

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

---

**ВЕСТНИК  
ПСИХОТЕРАПИИ**

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ**

**Главный редактор В.Ю. Рыбников**

**№ 69 (74)**

**Санкт-Петербург  
2019**

## **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) 513-67-97, 592-35-79

## **ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ**

Научно-практический журнал

- © Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, 2019
- © Международный институт резервных возможностей человека, 2019

**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 69 (74)**

St. Petersburg  
2019

## **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) 513-67-97, 592-35-79

## **BULLETIN OF PSYCHOTHERAPY**

Research & clinical practice journal

© Nikiforov Russian Centre of Emergency and Radiation  
Medicine, EMERCOM of Russia, 2019

© International Institute of Human Potential Abilities, 2019

# СОДЕРЖАНИЕ

## ПСИХИАТРИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

<b>Ташлыков В.А.</b> Возможности техник гипносуггестивной терапии в рамках краткосрочной психотерапии невротических расстройств .....	7
<b>Александров А.А.</b> Анализ аналитико-катартической терапии с позиций диалогического подхода .....	13

## МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

<b>Анисимов А.И., Ильина П.А., Маргошина И.Ю.</b> Психологические ресурсы здоровья как фактор защиты медработников от профессионального выгорания .....	30
<b>Мизерене Р., Мильчакова В.А., Мизерас С., Григорьев С.Г., Григорьев Г.И.</b> Уровни и структура мотивации на лечение у больных алкоголизмом, добровольно обратившихся за анонимной медико-психологической помощью .....	43
<b>Лазарева Е.Л. Николаев Е.Л.</b> Клинико-психологические факторы риска возникновения послеоперационных осложнений при эндопротезировании крупных суставов ...	64
<b>Лымаренко В.М., Леонтьев О.В.</b> Исследование и оценка синдрома профессионального выгорания у участковых врачей поликлиник Санкт-Петербурга .....	79
<b>Семенова Т.С., Бабин С.М., Ивашиненко Д.М., Подсадный С.А.</b> Психологическое благополучие и преморбидные личностные черты у подростков с гомосексуальной и бисексуальной ориентацией .....	97
<b>Задворьев С.Ф., Яковлев А.А., Дорофейкова М.В., Петрова Н.Н.</b> Взаимодополняющее прогностическое значение лабораторных и клинико-психологических данных при курации пациентов с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST .....	107
<b>Харитонов С.В., Голубев М.В., Зайцев В.П.</b> Комплаенс и реакция офисных сотрудников на представление образов, ассоциирующихся с психическим расслаблением .....	120
<b>Черный В.С., Леонтьев О.В., Александров М.В.</b> Психофизиологическая оценка остаточных явлений перенесенного острого отравления веществами нейротоксического действия .....	134
Информация о журнале .....	147

# CONTENTS

## PSYCHIATRY AND PSYCHOTHERAPY

### **Tashlykov V.A.**

The benefits of usage of the hypnosuggestive techniques in the framework of short-term psychotherapy of neurotic disorders ..... 7

### **Alexandrov A.A.**

The analysis of analitiko-katarticheskoy of therapy from positions of dialogical approach ..... 13

## MEDICAL PSYCHOLOGY

### **Anisimov A.I., Ilina P.A., Margoshina I.U.**

Psychological resources of health as a factor of protecting health workers from professional burnout ..... 30

### **Mizerene R., Mil'chakova V.A., Mizeras S., Grigoriev S.G., Grigoriev G.I.**

Levels and patterns of motivation for treatment in alcoholic patients who voluntarily sought anonymous psycho-medical assistance ..... 43

### **Lazareva E.Y., Nikolaev E.L.**

Clinical and psychological risk factors of postoperative complications occurrence with endoprosthetic replacement of large joints ..... 64

### **Lymarenko V.M., Leontev O.V.**

Study and evaluation syndrome professional burnout at doctors of primary outpatient department of St. Petersburg ..... 79

### **Semenova T.S., Babin S.M., Ivashinenko D.M., Podsadnyj S.A.**

Psychological well-being and premorbid personality traits in adolescents with homosexual and bisexual orientation ..... 97

### **Zadvorev S.F., Yakovlev A.A., Dorofeikova M.V., Petrova N.N.**

Complementary prognostic role of laboratory, clinical psychologic data and personal history in management of non-ST-elevation acute coronary syndrome ..... 107

### **Kharitonov S.V., Golubev M.V., Zaitsev V.P.**

Compliance and response in healthy individuals to the representation of images associated with mental relaxation ..... 120

### **Chernyy V.S., Leontiev O.V., Aleksandrov M.V.**

Psychophysiological assessment of the residual phenomena of the postponed sharp poisoning with substances of neurotoxic action ..... 134

Information about the Journal..... 147

# ПСИХИАТРИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

УДК 615.851.11 : 615.851.2

В.А. Ташлыков

## ВОЗМОЖНОСТИ ТЕХНИК ГИПНОСУГГЕСТИВНОЙ ТЕРАПИИ В РАМКАХ КРАТКОСРОЧНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

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

Представлена модель лично-ориентированной (реконструктивной) психотерапии с включением техник гипносуггестивной терапии при лечении невротических расстройств. Описаны различия в принципах и технике при классическом и эриксоновском гипнозе. Отмечены возможности использования того или другого типа гипноза при невротических расстройствах с учетом клинической картины, особенностей личностных позиций, установок и мотивации пациента относительно психотерапии.

Ключевые слова: лично-ориентированная (реконструктивная) психотерапия, классический гипноз, эриксоновский гипноз, гипносуггестивные техники.

В связи с современными требованиями общества к интенсивности и эффективности лечения невротических расстройств при экономии средств и времени внимание практиков привлечено к развитию интегративных, краткосрочных и эклектических моделей психотерапии. Особый интерес вызывает применение и совершенствование краткосрочных и интегративно-краткосрочных вариантов отечественного метода лично-ориентированной (реконструктивной) психотерапии [5].

Если краткосрочный вариант характеризуется в основном параметром ограничения во времени продолжительности курса психотерапии, то интегративно-краткосрочный – включает в себя также соединение принципов и техник основного метода психотерапии с техническими приемами других методов психотерапии. В данной работе анализируются возможности такой модели психотерапии, в которой для решения преимущественно

---

✉ Ташлыков Виктор Анатольевич – д.м.н. профессор, профессор каф. терапии и ревматологии имени Э.Э. Эйхвальда Сев.-Зап. гос. мед. ун-та им. И.И. Мечникова (Россия, 191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41); e-mail: vtashlykov@mail.ru.

симптоматических задач применяются гипносуггестивные методы. В этой модели психотерапевтическая стратегия направлена на достижение следующих лечебных целей:

а) выявление и отреагирование пациентом негативных переживаний в условиях эмоциональной поддержки и эмпатического подхода психотерапевта;

б) осознание пациентом своих дезадаптивных когнитивных, эмоциональных и поведенческих стереотипов, прежде всего в системе межличностных отношений, связанных с формированием и сохранением психогенно обусловленной симптоматики;

в) устранение психотерапевтом или совместно с пациентом симптомов или их контроль;

г) повышение самооценки с помощью позитивных подкреплений и гипнотических ресурсных техник;

д) освоение в рамках домашних заданий приемов когнитивного анализа своего дезадаптивного личностного функционирования, методик релаксации, функциональной тренировки и самогипноза для контроля психоэмоционального напряжения и редукции симптоматики.

Известный представитель поведенческой психотерапии, разработавший краткосрочный мультимодальный ее вариант, А. Лазарус [4], считает, что краткосрочная терапия укладывается в рамках от 1 до 15 сеансов часовой длительности, которые могут проводиться с частотой 1 или 2 раза в неделю.

Как показывает практика, ценным является интеграция в систему индивидуальной личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии когнитивных и гипносуггестивных техник [7]. Психотерапевтический диагноз строится с учетом психопатологии, личностной структуры, лечебного запроса пациента, характера мотивации и его ожиданий от психотерапии, установки на симптоматические или/и личностные изменения, его дезадаптивных и ресурсных личностных характеристик, особенностей системы психологической защиты и совладания, межличностной сферы и социальной среды.

Наличие глубоко вытесненных значимых переживаний и невротических конфликтов, а также нередко символического (при конверсионных) симптомах и эквивалентного (при вегетативных кризах) выражения их в клинической картине соматоформных расстройств и алекситимии ограничивает возможности интеграции в систему личностно-ориентированной (реконструктивной) техники рациональной и когнитивной психотерапии,



адресованной сознанию пациента. Однако эти техники достаточно эффективны для целей коррекции внутренней картины болезни, осознания пациентом влияния на болезнь эмоциональных стрессов, особенностей реагирования на ее проявления. Первоначальное осознание психосоматических взаимосвязей в развитии заболевания легче достигается пациентом, когда в обсуждении используется более понятный для него термин «эмоциональный или психофизиологический стресс». Принятие нового смыслового отношения к болезни сопровождается положительным плацебо-эффектом, уменьшением чувства тревоги, неопределенности и неясности, а также повышением мотивации пациента к участию в психотерапии.

Как уже отмечалось, при лечении пациентов с соматоформными расстройствами в связи с их клиническим и личностным своеобразием целесообразным является интеграция в систему личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии некоторых техник классической и эриксоновской гипнотерапии. Модели классического и эриксоновского гипноза [1, 2] имеют определенное сходство и различия. Эриксоновский гипноз включил весь эффективный опыт классического гипноза, но отличается от него принципами и техническими приемами. Если при классическом гипнозе лечебное действие приписывается техническому приему и психотерапевту, то при эриксоновском гипнозе – саногенным ресурсам пациента. В случае применения классического гипноза отношения психотерапевт–пациент строятся по типу прямого подчинения пациента врачу, а при эриксоновском гипнозе психотерапевт подстраивается (присоединяется) к пациенту. Если при классическом гипнозе 5–20 % пациентов считаются негипнабельными, а в эриксоновском гипнозе – все гипнабельными, «негипнабельность» расценивается как проявление методической ригидности и необходимости подбора других приемов гипнотизации.

В процессе сеанса гипноза может произвольно развиваться гипнотический транс у психотерапевта. В классическом гипнозе этот транс воспринимается как помеха, врач старается преодолеть его. Психотерапевт, применяя эриксоновский гипноз, использует этот транс для раскрытия своей эмпатии, присоединения к пациенту и повышения сенсорной восприимчивости при сохранении контроля над ситуацией. Лечебные формулировки при классическом гипнозе носят четкий и рациональный характер, сконцентрированы на конкретном симптоме, хотя и обращены к бессознательному. Терапевтические внушения при эриксоновском гипнозе [6] имеют расплывчатый характер, нередко в форме метафор, активирующих саногенные ресурсы пациента. В зависимости от установок пациента, особен-

ностей клиники невроза, мотивации и запроса пациента на психотерапию современный психотерапевт может выбирать классические или эриксоновские техники гипнотерапии.

Большинство пациентов с соматоформными расстройствами в соответствии со своей первоначальной пассивной установкой в отношении собственной роли в лечении и магическими ожиданиями с удовлетворением принимают предложение применить гипнотерапию. Для таких пациентов с выраженной пассивной установкой на лечение, повышенной внушаемостью, эффективными могут быть классические гипносуггестивные техники. Для пациентов с тревожными, фобическими, депрессивными невротическими расстройствами и с активной лечебной установкой на сотрудничество с психотерапевтом целесообразно использование эриксоновской гипнотерапии. В этом случае гипнотерапевтическая работа строится иначе, она активизирует воображение пациента, вовлекая его в развитие терапевтически действенных образов, эмоций и ощущений. При решении симптоматических задач в гипнозе используются визуальные компоненты соматовегетативных проявлений болезни с последующим редуцированием на основе внушений этих параллельных феноменов, например боли, в субъективном восприятии пациента.

Различные гипнотические приемы (прямое внушение, отвлечение, диссоциация, регрессия, символизация и т. п.) применяются при работе с болевыми невротическими расстройствами. При решении патогенетических задач на основе извлечения в гипнотическом трансе ресурсов прошлого личного опыта пациента по преодолению трудностей формируются устойчивые положительные эмоциональные установки. Сознательная и особенно подсознательная мотивация к изменениям и выздоровлению усиливается посредством интенсивного переживания в гипнотическом состоянии ситуаций будущего, в которых он чувствует себя уже здоровым.

Полезным является применение техники когнитивной гипнотерапии Е.Т. Дауда [3], основанной на работе с воображением в гипнотическом трансе. В частности, при идентификации образов, отражающих переживание расстройства, психотерапевт учит пациента вызывать спонтанный образ, касающийся основным симптомам невротического расстройства, а затем изменить его. При изменении этого спонтанного образа пациентом отмечалось и снижение выраженности симптоматики. Пациенты с соматоформными расстройствами в состоянии гипнотического транса охотно участвуют в психотерапевтической работе при проведении техник мысленного «путешествия по своему телу» или «инспекции внутренних частей

тела», творчески находя способы символических целительных воздействий на функциональные нарушения в том или ином органе или системе [5]. В зависимости от когнитивных возможностей пациента полученный символический материал на последнем этапе лечения обсуждается для достижения более глубокого его осознания.

Изменение когнитивных структур сопровождается значительным сопротивлением, а гипноз позволяет обойти это сопротивление. Невербальный характер этих гипнотических техник обеспечивает им прямой доступ к довербальным скрытым когнициям.

Таким образом, при лечении невротических расстройств с целью повышения его эффективности целесообразно использовать интегративный подход в рамках краткосрочной индивидуальной личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, с включением технических приемов классического или эриксоновского гипноза в зависимости от клинических особенностей, личностных позиций, мотивации и запроса пациента.

### Литература

1. Гордеев М.Н. Классический и эриксоновский гипноз: практ. руководство. – М. : Изд-во Ин-та психотерапии, 2001. – 240 с.
2. Гордеев М.Н., Евтушенко В.Г. Техники гипноза. – М. : Изд-во Ин-та психотерапии, 2003. – 245 с.
3. Дауд Е.Т. Когнитивная гипнотерапия. – СПб. [и др.] : Питер, 2003. – 224 с.
4. Лазарус А. Мысленным взором: образы как средство психотерапии: пер. с англ. – М. : Класс, 2000. – 217 с.
5. Психотерапия : учебник. – 3-е изд. / под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб. [и др.] : Питер, 2007. – 672 с.
6. Семинар с доктором медицины Милтоном Г. Эриконом (уроки гипноза). – М. : Класс, 2006. – 336 с.
7. Ташлыков В.А. Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия с интеграцией когнитивных и гипносуггестивных техник при лечении соматоформных расстройств // Вестник психотерапии. – 2014. – № 49 (54). – С. 23–30.

Поступила 02.12.2018

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

**Для цитирования.** Ташлыков В.А. Возможности техник гипносуггестивной терапии в рамках краткосрочной психотерапии невротических расстройств // Вестн. психотерапии. 2019. № 69 (74). С. 7–13.

---

## THE BENEFITS OF USAGE OF THE HYPNOSUGGESTIVE TECHNIQUES IN THE FRAMEWORK OF SHORT-TERM PSYCHOTHERAPY OF NEUROTIC DISORDERS

**Tashlykov V.A.**

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

✉ Viktor Anatolevich Tashlykov – Dr. Med. Sci. Prof., Department of Therapy and Rheumatology named after E.E.Eiyhvald of the North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov (Kirochnaya Str., 41, Saint-Petersburg, 191015, Russia), e-mail: vtashlykov@mail.ru.

**Abstract** In the following article, we describe the model of personality-oriented (reconstructive) psychotherapy employing hypnosuggestive techniques in the therapy of neurotic disorders. We differentiate the principles and techniques of the classical and Ericksonian hypnosis to define the means to use the one or another in case of neurotic disorders based on the clinical findings, the characteristics of personal positions, and the patient's attitude and motivation for the psychotherapy.

**Keywords:** personality-oriented (reconstructive) psychotherapy, classical hypnosis, Ericksonian hypnosis, hypnosuggestive techniques.

### References

1. Gordeev M.N. Klassicheskie i eriksonovskie gipnoz [Classical and Ericksonian hypnosis: practical guideline. Moskva. 2001. 240 p. (In Russ.)
2. Gordeev M.N., Evtushenko V.G. Tekhniki gipnoza [Hypnosis Techniques]. Moskva. 2003. 245 p. (In Russ.)
3. Daud E.T. Kognitivnaya gipnoterapiya [Cognitive hypnotherapy]. Sankt-Peterburg. 2003. 224 p. (In Russ.)
4. Lazarus A. Myslennym vzorom: obrazy kak sredstvo psikhoterapii [In the mind's eye. The Power of Imagery for Personal Enrichment]. Moskva. 2000. 217 p. (In Russ.)
5. Psikhoterapiya [Psychotherapy]. Ed. B.D. Karvasarskii. Sankt-Peterburg. 2007. 672 p. (In Russ.)
6. Seminar s doktorom meditsiny Miltonom G. Erikonom (uroki gipnoza) [Teaching Seminar with Milton H. Erickson, M.D. edited with commentary by Jeffrey K. Zeig, Ph.D. Seminar s doktorom meditsiny Miltonom G. Erikonom]. Moskva. 2006. 336 p. (In Russ.)
7. Tashlykov V.A. Lichnostno-orientirovannaya (rekonstruktivnaya) psikhoterapiya s integratsiei kognitivnykh i gipnosuggestivnykh tekhnik pri lechenii somatoformnykh rasstroistv [Personality-oriented (reconstructive) psychotherapy integrating the cognitive and hypnosuggestive techniques in the treatment of somatoform disorders]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2014. N 49. Pp. 23–30. (In Russ.)

Received 02.12.2018

**For citing.** Tashlykov V.A. *Vozможnosti texник gipnosuggestivnoj terapii v ramkax kratkosrochnoj psixoterapii nevroticheskix rasstrojstv. Vestnik psixhoterapii.* 2019. N 69. Pp. 7–13. (In Russ.)

Tashlykov V.A. The benefits of usage of the hypnosuggestive techniques in the framework of short-term psychotherapy of neurotic disorders. *The Bulletin of Psychotherapy.* 2019. N 69. Pp. 7–13.

УДК 615.851

**А.А. Александров**

## **АНАЛИЗ АНАЛИТИКО-КАТАРТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ С ПОЗИЦИЙ ДИАЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА**

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

В статье анализируется метод аналитико-катартической терапии с позиций диалогического подхода с точки зрения концепций внутренней речи и внутреннего диалога Л.С. Выготского и полифонической концепции сознания М.М. Бахтина. Целью метода является достижение катарсиса – феномена, при котором прежде подавленное психологическое содержание становится осознанным (в виде озарения) в результате предварительной внутренней работы по преодолению душевного кризиса. Катарсис завершается трансформацией личности и коррекцией нарушенных отношений. Основной техникой метода является «диалог с воображаемым значимым Другим». С точки зрения диалогического подхода АКТА является полифоническим методом психотерапии, в задачу которого входит персонификация внутренних голосов с последующим проигрыванием диалогов с их воображаемыми носителями. Диалоги в АКТА движутся по так называемому герменевтическому кругу, когда пациент переходит от одной значимой фигуры к другой, устанавливая тем самым связи между фигурами из прошлого и настоящего, выстраивая их в единую психогенетическую цепь. Понимание связи внутриличностной проблематики с межличностной конфликтностью приводит к росту самосознания и прежде всего к осознанию собственной роли в конфликтных ситуациях.

Ключевые слова: аналитико-катартическая терапия, внутренний диалог, полифонический метод психотерапии, катарсис, трансформация личности.

---

✉ Александров Артур Александрович – д-р мед. наук проф., проф. каф. общ., мед. психологии и педагогики Сев.-Зап. гос. мед. ун-т им. И.И. Мечникова (Россия, 191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41), e-mail: profalexandrov@yandex.ru.

Аналитико-катартическая терапия (АКТА) [1] – это современная модель психотерапии, основанная на психологии отношений В.Н. Мясищева [14]. Предшественниками АКТА являются патогенетическая психотерапия и её дальнейшее развитие, во многом связанное с широким использованием групповой динамики в виде личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова (ЛОРП) [16]. Разделяя теорию личности и концепцию невроза Мясищева, АКТА тем не менее *существенно* отличается методически как от патогенетической психотерапии, так и от ЛОРП.

Рассмотрим основные положения АКТА в их отличии от патогенетической психотерапии (которая входит в структуру ЛОРП в качестве ее индивидуальной формы) и от групповой формы ЛОРП. Патогенетическая психотерапия – альтернатива психоанализу. Создавая концепцию невроза и психотерапии, В.Н. Мясищев ставил перед собой цель *«преодоления фрейдизма»*. Он отказался от теории личности Фрейда, основанной на инстинктах, от инфантильно-сексуальной концепции невроза, но вместе с тем отбросил и «метод свободных ассоциаций» как спекулятивный. Он пытался заменить его строго научным методом, который представлял собой сочетание ассоциативного эксперимента с одновременной записью кожно-гальванической реакции (пробораз «детектора лжи», полиграфа). Основным же методом патогенетической психотерапии становится метод «беседы-дискуссии» Дюбуа. Слабая сторона метода беседы состоит в том, что, будучи рациональным в своей сущности, он в большей степени акцентировал изменения на когнитивном уровне и в меньшей степени затрагивал эмоциональную сферу личности.

Аналитико-катартическая терапия преодолевает этот недостаток. Она не ограничивается беседами врача с пациентом: ее ядром является имагинативная техника «диалога со значимым Другим». Мощный потенциал этой техники состоит в том, что она актуализирует *переживания* пациента. Диалог понимается как интегрирующий поток переживания, в котором восстанавливаются прежде разрозненные когнитивно-эмоциональные связи в системе значимых отношений – процесс, завершающийся катарсисом и трансформацией личности. Это первое основное положение и отличие АКТА от метода «беседы» патогенетической психотерапии.

Второе важное отличие состоит в том, что АКТА не ставит перед собой цели перевоспитания личности пациента. В патогенетической психотерапии терапевт осуществлял «дело перестройки личности больного», предлагая те ценности и стандарты поведения, которые считаются пра-

вильными, реалистичными и социально желаемыми. В АКТА изменения в поведенческой сфере рассматриваются как результат когнитивных и эмоциональных изменений. Реконструкция нарушенных отношений происходит в результате осознания, переосмысления и переоценки прежних позиций на основе внутренних ресурсов личности, которые раскрываются в процессе терапии. Вопросы перевоспитания личности выходят за рамки психотерапии. В связи с этим мы наряду с термином «реконструкция нарушенных отношений», который ассоциируется скорее с внешним воздействием, с усилиями терапевта, выступающего в роли «архитектора перестройки», применяем также термин «трансформация личности», подчеркивая тем самым внутренний источник изменений, результат работы рефлексии, процесса, который Ф.Е. Василюк [4] определял как «переживание-деятельность».

Понимание различий между АКТА и патогенетической психотерапией кроется в разведении понятий «инсайта» и «катарсиса». Иногда эти понятия употребляются как синонимы. Впервые термин «инсайт» применил гештальт-психолог Кёлер. По Кёлеру, при успешном решении интеллектуальной задачи происходит видение ситуации в целом и ее преобразование в гештальт, в силу чего изменяется характер приспособительных реакций. С тех пор главной проблемой в психоанализе является различие «истинного», эмоционального инсайта от чисто интеллектуального инсайта. Большинство авторов считает, что такое различие играет огромную роль с точки зрения психотерапевтического метода. АКТА разграничивает понятия инсайта и катарсиса следующим образом. Инсайт – это интеллектуальное явление, суть которого во внезапном понимании проблемы и нахождении её решения. При неврозе мы имеем дело с другим феноменом: здесь решается задача не на интеллект, она не связана с проблемой мышления, как полагают рациональные, или когнитивные, терапевты. Пациенту предстоит осознать внутренний конфликт, возникший в сфере его нравственных отношений. Невротик сопротивляется осознанию, прибегает к психологическим защитам. Здесь задача в том, как тайное (имплицитное) сделать явным (эксплицитным). А для этого необходимо преодолеть сопротивление, и здесь нужен катарсис – феномен, при котором прежде подавленное, вытесненное психологическое содержание становится осознанным (в виде озарения) в результате предварительной, подчас мучительной внутренней работы по преодолению душевного кризиса. Катарсис – это момент прорыва психологической защиты, сопровождаемый эмоциональными, когнитивными и телесно-физиологическими процессами. Катарсис

связан не только с осознанием, но и с последующей трансформацией личности. Разграничив понятия «инсайта» и «катарсиса», мы можем сформулировать основное различие в методах: патогенетическая терапия – это в большей степени инсайт-центрированный подход; АКТА – это терапия, центрированная на катарсисе.

Третье важное положение. К осознанию внутреннего конфликта пациент в АКТА подходит через проработку внешнего конфликта – через проигрывание межличностных конфликтов с эмоционально значимыми фигурами из прошлой и настоящей жизни. Это принципиальная позиция, поскольку человек познает себя и корректирует образы своего Я лишь в случае сравнения с другими людьми. Чтобы выработать самосознание, пишет Маркс, «человек сначала смотрится, как в зеркало, в другого человека. Лишь отнесясь к человеку Павлу как к себе подобному, человек Петр начинает относиться к себе как к человеку». Через осознание роли *собственной личности* в возникновении *межличностного конфликта* пациент подходит к осознанию неадекватных отношений, лежащих в основе его *внутреннего конфликта*.

Четвертое положение касается групповой формы терапии. В групповой форме АКТА терапевт работает с пациентом в диадном контакте на фоне группы. Несмотря на относительно ограниченное число интеракций между членами группы (они используются в заключительной части сеанса – шеринга), тем не менее отмечается выраженная групповая динамика, в короткие сроки возникает групповое сплочение. Это обуславливается феноменом идентификации членов группы с пациентом, разыгрывающим диалог с воображаемым значимым другим, – так называемым «созерцательным катарсисом».

Пятой отличительной чертой АКТА является способ осознания пациентом связи между прошлым и настоящим. Как известно, в современной психотерапии мнения по этому вопросу разделяются между теми, кто считает достаточным достижение интерперсонального осознания (представители феноменологического подхода), и теми, кто считает генетический контроль более существенным (психодинамическое направление). Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия настаивает на сочетании интерперсонального осознания с генетическим. Однако генетическое осознание достигается преимущественно в индивидуальной форме психотерапии, а осознание интерперсональное в большей степени акцентируется в групповой форме психотерапии. Аналитико-катарсическая терапия, благодаря использованию имагинативной техники диалога, предос-



твляет уникальную возможность сочетания двух видов осознания как при проведении индивидуальной, так и групповой терапии. Это связано с тем, что в АКТА проигрываются диалоги с двумя группами значимых фигур: из настоящей жизни пациента и с фигурами первичных социальных групп (родители, воспитатели и проч.), в которых формировалась неадекватная система отношений личности. Связь настоящего с прошлым – непреложное условие интеграции личности. В ЛОРП осознание связей между «настоящим» и «прошлым» опосредуется *обсуждением* в группе (при групповой форме) или в беседе с терапевтом (в индивидуальной психотерапии), то есть в обоих случаях опять-таки акцентируется когнитивное осознание. В АКТА же эти связи становятся очевидными посредством *переживания* в процессе эмоционально насыщенных диалогов со значимыми другими. Это один из важных моментов, способствующих интенсификации психотерапевтического процесса в аналитико-катартической терапии.

Совокупность всех выше изложенных положений позволяет рассматривать аналитико-катартическую терапию как самостоятельный оригинальный метод психотерапии. Придание диалогу с Другим статуса системообразующего фактора в достижении катарсиса и трансформации личности подводит нас к необходимости более пристального рассмотрения его теоретического обоснования, расширения методологической базы аналитико-катартической терапии. С этой целью мы обращаемся к современным подходам в психологии и психотерапии. Влияние феноменологического подхода очевидно. В нашей предыдущей статье в журнале «Вестник психотерапии» [2] диалог в аналитико-катартической терапии рассматривался с позиций феноменологической герменевтики. Целью настоящей статьи является рассмотрение АКТА с позиций диалогического подхода.

Психологи в последнее десятилетие проявляют повышенный интерес к понятию «диалог», связывая с ним надежды существенно обогатить и усовершенствовать существующие, а также разработать новые процедуры терапии и консультирования. Категория «диалог» используется наряду с понятиями «дискурс» и «нарратив» в таких содержательно близких направлениях психологии, как герменевтическая психология, дискурсивная психология, нарративная психология, лингвистическая психотерапия. По мнению В.А. Мединцева [13], в последние годы намечается тенденция в трактовке диалога как относительно самостоятельной научной парадигмы, в рамках которой исследователи осуществляют «моделирование внутреннего пространства личности». В отечественной психотерапии и психологическом консультировании диалогическое направление представлено в

работах А.Ф. Копьёва [12], А.Б. Орлова [15], Е.Т. Соколовой [18], Т.А. Флоренской [19], Н.Ф. Калиной [10].

Е.Т. Соколова и Н.С. Бурлакова [18] рассматривают проблемы и методы психотерапии в контексте ряда положений диалогической философии М.М. Бахтина и культурно-исторической теории Л.С. Выготского: психика понимается как структура принципиально диалогическая, имплицитно содержащая различные формы социальных внешних диалогов. Авторы подчеркивают, что главным методом и лечебным средством психотерапии становится особая форма взаимоотношений терапевта и пациента в процессе психотерапевтического контакта, при которой *«терапевт намеренно и осознанно встраивается в специфический внутренний диалог, содействуя его развитию и углублению»*. Суть метода Соколовой и Бурлаковой заключается в развертывании внутреннего диалога пациента в ходе коммуникации пациента и терапевта. Этот процесс сопряжен с дифференциацией прежде слитых с Я «голосов» значимых Других, их разведением в пространстве и времени, нахождением их действительного адресата из прошлого или настоящего. С этой целью авторами были разработаны специальные методы текстового анализа, которые, с одной стороны, позволяют «услышать» в репликах пациента обращенность к объектам, персонажам, находящимся за пределами актуального психотерапевтического пространства и времени, а с другой стороны, обнаружить *«свернутые диалогические отношения внутри отдельного высказывания, как бы инкорпорированные в нем»*.

В методе Е.Т. Соколовой, как и в методах других выше перечисленных авторов, в процессе общения с пациентом терапевт осуществляет реконструкцию (посредством интерпретации) внутренних диалогов пациента, персонифицируя его реплики (голоса) с предполагаемыми значимыми другими. М.М. Бахтин писал о том, что внутренний диалог происходит и тогда, когда реального внешнего собеседника не существует: второй собеседник присутствует незримо, его слов нет, но глубокий след этих слов определяет все наличные слова первого собеседника. Мы чувствуем, что это беседа, хотя говорит только один, и беседа напряженнейшая, ибо каждое наличное слово отзывается и реагирует на невидимого собеседника, указывает на несказанное чужое слово [3].

В АКТА терапевт также *«встраивается в специфический внутренний диалог, содействуя его развитию и углублению»*, однако здесь внутренним диалогом является диалог пациента с воображаемым значимым другим, предварительно идентифицированным в процессе беседы. Таким образом,

если в диалогических методах выше названных авторов Другой незримо присутствует в диалоге пациент–терапевт, то в АКТА этот Другой выходит из тени сознания, становится осязаемым, обретает плоть и голос, активно включается в диалог, отстаивая «свою правду». Теперь он открыт для более пристального анализа и интервенций терапевта. Терапевт поощряет выражение сильных чувств (используя драматизацию, усиление), спонтанность, искренность и смелость, критическое отношение пациента к самому себе, стремление «идти до конца»; сама «встреча» с Другим рассматривается как важное событие в жизни пациента, как «момент истины». Все усилия терапевта направлены на обострение внутренних противоречий, доведение их до степени взрыва, завершаемого осознанием и катарсисом. Терапевт не интерпретирует реплики пациента, а содействует вербализации скрытых смысловых позиций пациента, прибегая к конфронтации. Терапевт использует технику «двойного дублирования», цель которой заключается в прояснении неотчетливых переживаний, в основе которых лежат нарушенные отношения личности. В процессе дублирования неявный, имплицитный опыт пациента, существовавший прежде в довербализованной, дорефлексивной форме, в результате вербализации становится явным, эксплицитным.

Рассматривая диалог в АКТА с позиций диалогического подхода, мы прежде всего обращаемся к концепциям отечественных ученых – Л.С. Выготского и М.М. Бахтина. Это концепция внутренней речи Л.С. Выготского и диалогическая концепция бытия М.М. Бахтина. Работы этих мыслителей сходятся в диалогическом построении сознания. Л.С. Выготский представлял внутреннюю умственную деятельность как неотъемлемо диалогическую и говорил о диалогической природе человеческой мысли, что соответствовало и концепции М.М. Бахтина. Для Бахтина диалогические отношения людей – явление, которое пронизывает всю человеческую речь и сознание, все отношения и проявления человеческой жизни.

*Концепция внутренней речи Выготского.*

Чтобы разобраться в том, каким образом неотчетливые, неосознанные переживания становятся доступными сознанию пациента и какова в этом процессе роль терапевта, необходимо обратиться к концепции *внутренней речи* Л.С. Выготского [6]. Выготский пришел к выводу, что внутренняя речь есть особое явление и имеет структуру, отличную от структуры внешней речи. Внутренняя речь есть результат интериоризации внешней речи. Интериоризации подвергается то, что первоначально существовало в форме отношения между людьми. Диалоги с другими трансформи-

руются во внутренние диалоги. Другой репрезентирован во внутреннем мире человека. Внешняя речь есть процесс превращения мысли в слова. Внутренняя речь – этап на пути к внешней (коммуникативной) речи. Это отрывочная, фрагментарная и сокращенная речь, в которой смысл преобладает над значением. «Внутренняя речь есть в точном смысле речь почти без слов». Во внутренней речи отмечается наличие компонентов, которые к языку и речи отнести довольно трудно: это различные образы, эмоции и чувства. Во внутренней речи знаковый компонент психики (собственно внутренняя речь) образует неразрывное динамическое единство с образным и эмоциональным компонентами нашей психики. Речь тем самым представляет собой деятельность по вербализации образов сознания человека [8].

Каким образом мысли превращаются в слова? Мысль рождается не из другой мысли, а из мотивирующей сферы нашего сознания. Эта сфера охватывает наше влечение и потребности, наши интересы и побуждения, наши аффекты и эмоции. За мыслью стоит аффективная и волевая тенденция. Выготский писал, что полное понимание чужой мысли становится возможным только тогда, когда мы вскрываем ее действительную, аффективно-волевою подоплеку, когда раскрываем самый утаенный внутренний план речевого мышления: его *мотивацию*. «Самый утаенный внутренний план речевого мышления» есть не что иное, как неосознанные содержания, которые на пути в сознание не находят своего вербального выражения, не достигают своего полного сознательного выражения. Об этом Выготский пишет: «Слово, лишенное мысли, есть прежде всего мертвое слово. Но и мысль, не воплотившаяся в слове, остается стигийской тенью...» [6, с. 335]. Выготский предполагал, что «внутренний диалог» – это диалог с нашим «подсознанием». Бессознательной речью является наша внутренняя речь, которая в состоянии бодрствования не прерывается, но осознается нами очень редко. Внутренняя речь позволяет нам анализировать наши эмоции, мотивы, мысли и поведение, говорит учёный. Это выводит в план сознания то, что обычно остаётся в сфере бессознательного. Внутренняя речь есть мысль, задержанная на своем пути к слову. Выготский подчеркивает, что описанный им путь от мысли к слову может прерываться на любом пункте этого сложного пути в том и другом направлении. И любая мысль, которая останавливается в своем движении к свету сознания, содержит сжатые термины и смыслы. Внутренняя речь – это первый шаг мотивации к тому, чтобы покинуть сферу бессознательного и переродиться в свое сознательное выражение.

Попытаемся экстраполировать мысли Выготского на задачи диалога в АКТА. Очевидно, что одной из причин задержек превращения мысли в слово являются затруднения в вербализации пациентом своих переживаний. Страх раскрытия неосознанных содержаний запускает у невротика механизмы психологической защиты, предназначенные для искажения или утаивания первоначальных смыслов. Основным техническим приемом, который использует терапевт при проведении диалога пациента с воображаемым значимым Другим, является *двойное дублирование*.

Термин «дублирование», заимствованный из психодрамы, соответствует таким понятиям в научной психологии, как означение, вербализация, символизация. По существу, речь идет о технике означения неотчетливых переживаний, неосознанных отношений личности, которые лежат в основе эмоциональных нарушений. Д.Э. Волкова и А.Б. Орлов [5], проецируя в область психотерапии семиотическую концепцию означений Р. Барта, пользуются понятием первичного и вторичного означения. Изначально в речи пациента представлен только результат вторичного означения – это осмысленное, уже более-менее пережитое содержание, например интерпретация клиентом своих или чужих поступков, действий, реакций как несущих какой-либо смысл. До терапии клиент уже выделил это содержание как значимый, заслуживающий внимания «факт». Этап же первичного означения, как правило, в жизни клиента автоматизирован, «свернут». Сознанию представлен только результат «надстройки», переработки «сырого» материала первичного означения в ходе вторичного означения. Поэтому в задачу психотерапевта входит «распутать клубок» субъективных интерпретаций клиента, добраться до его сердцевины – неозначенных содержаний, альтернативных смыслов. Вместе с клиентом психотерапевт переозначивает элементы опыта клиента, выстраивая более соответствующее жизненным фактам восприятие реальности.

Большое внимание означению элементов внутреннего мира клиента уделяется в клиент-центрированной терапии: терапевт стимулирует свободное проявление чувств, а затем «принимает и проясняет» эти чувства, означивая (озвучивая или эмпатически выражая) их. На начальном этапе работы внутренние неосознаваемые содержания клиента циркулируют в поле психотерапии в полифонии смыслов наряду с осознаваемыми, однако на ином уровне (интуитивном, до-рефлексивном). Консультант артикулирует их и обозначает для клиента, зачастую вначале на до-речевом уровне [5]. Принципиальное отличие АКТА от клиент-центрированной психотерапии заключается в том, что терапевт не ограничивается отражением

чувств и кларификацией. АКТА-терапевт добавляет к отражению чувств когнитивные элементы, используя конфронтацию. И если клиент-центрированный терапевт в процессе вербализации следует на полшага позади пациента, то аналитико-катартический терапевт занимает более активную позицию: идет на полшага впереди пациента. Это различие непосредственно связано с теоретическими расхождениями: К. Рождерс уповал на врожденную тенденцию человека к самоактуализации, на внутренние адаптационные ресурсы, для реализации которых терапевту необходимо лишь создание определенных (принимающих) условий. В АКТА терапия начинается с установления доверительных отношений, но, когда рабочий альянс установлен, терапевт переходит к применению осторожной конфронтации.

С точки зрения семиотики, функцию психотерапевта в АКТА можно рассматривать как декодирование речи пациента, отталкиваясь от теории психолингвиста Н.И. Жинкина об особых кодах внутренней речи и кодовых переходах [9]. Автор ввел понятие универсального предметного кода, с помощью которого осуществляется перевод мысли на язык человека, перекодирование с кодов мозга на коды естественного языка. Восприятие высказывания – процесс декодирования. Мыслительная активность слушающего направлена на постижение цели говорящего, мотива и скрытого смысла сообщения. В процессе порождения текста происходит «означивание и переозначивание» внутренних содержаний клиента им самим или терапевтом, в результате которых эти содержания оказываются представленными самому субъекту по-новому, в иных качествах, с иных точек зрения. Любой текст по своей природе неоднозначен, в нем содержится множество смыслов, требующих расшифровки, владения кодами, причем ни один из смыслов, извлеченных из текста, не является единственно истинным, верным. Более того, эти смыслы невозможно ни полностью выделить, ни окончательно классифицировать: они неисчерпаемы. Некоторые смыслы доминируют в тексте, заглушая прочие [5]. Как отмечает Н.Ф. Калина [10], в речи клиента может звучать непредумышленная полифония смыслов, позволяющая терапевту заглянуть в бессознательное клиента. Процесс декодирования опирается на множество факторов, не имеющих отношения к лексико-грамматической структуре языка. Он имеет целостный характер и учитывает знания об адресате, предшествующие началу общения, и характер взаимных отношений между собеседниками, и невербальные сознательные и бессознательные проявления автора речи и т. п. [7].

Таким образом, знания языка недостаточно для полноценного смыслового восприятия речевого сообщения. Большое значение здесь имеет адекватная референция, т. е. соотнесение высказывания с реальной событийной ситуацией. Н.И. Жинкин указывал, что мы понимаем не речь (текст), а действительность. Поэтому в АКТА каждому диалогу пациента со значимым другим предшествует беседа, целью которой является ознакомление с контекстом, с конкретной событийной ситуацией пациента.

*Диалогическая концепция М.М. Бахтина и творчество Ф.М. Достоевского.*

Свою диалогическую концепцию бытия Бахтин развивает, опираясь на литературные произведения Ф.М. Достоевского. Достоевский создал принципиально новую – полифоническую – форму романа. Задача полифонии (многоголосия) – не судить героев с «единственно правильной», авторской, точки зрения, а сводить героев друг с другом в «большом диалоге» в мире произведения. М.М. Бахтин рассматривал внутренний диалог как взаимоотношения внутренних собеседников. «Два героя всегда вводятся Достоевским так, что каждый из них интимно связан с внутренним голосом другого. Поэтому в их диалоге реплики одного задевают и даже частично совпадают с репликами внутреннего диалога другого. Глубокая существенная связь или частичное совпадение чужих слов одного героя с внутренним и тайным словом другого героя – обязательный момент во всех существенных диалогах Достоевского» [3, с. 387]. Факт взаимосвязи реплики одного героя с внутренним голосом другого в произведениях Ф.М. Достоевского крайне важен для понимания сущности метода диалога в АКТА – диалога с воображаемым Другим. «Подлинно диалогическим является такое общение, при котором возникает “резонанс” воспринимаемой реплики собеседника и собственного “тайного слова” – мысли, еще не выговоренной вслух, недооформленной в речи и не до конца осознанной» [11]. В АКТА это положение находит свое отражение в технике двойного дублирования – технике выявления «тайного слова». Это означает, что внутренний диалог на самом деле представляет собой полилог – одновременное взаимодействие между собой нескольких психических инстанций. В данном случае происходит полилог между новыми и прежними «участниками» внутреннего диалога, осуществляется взаимопроникновение их позиций. Таким образом, если рассматривать внутренний диалог в плане развития, генетически, – он представляет собой полилог, так как включает в свернутой форме, как правило, генетически более ранние внутренние диалоги [17].

В зарубежной психологии идеи диалогизма получили признание и развитие благодаря переводам работ Л.С. Выготского и М.М. Бахтина. Опираясь на концепцию полифонического сознания последователи М.М. Бахтина Х. Херманс и Х. Кемтен (H. Hermans, H. Kemten) [21] разработали концепцию «диалогического Я» («dialogical Self»), выделив в структуре «Я» множество относительно самостоятельных «голосов» («Я-позиций»), которые ранее представляли собой участников неких социальных отношений. Каждая из этих позиций выражает различные части личностного сознания, порождая соответствующие им воспоминания или истории (нарративы). Диалогическое Я функционирует как своеобразный социум, в котором существуют возражения, согласия, разногласия, переговоры, объединения и т. д. То есть и общество, и диалогическое Я существуют в полифонии консонансных и диссонансных голосов, в которых присутствуют условия для интерсубъективного обмена, а также социальное доминирование и подчинение [13]. Авторы полагают, что для различения в нарративах диалогических голосов не обойтись без знания *изображаемого мира* (figured world). Необходимо также анализировать и паралингвистические составляющие общения.

АКТА – полифоническая форма психотерапии, сравнимая по структуре с полифоническим романом Достоевского, в котором голоса различных позиций принадлежат их конкретным носителям – героям сочинения. В АКТА герои – это значимые другие пациента, связанные с различными этапами его жизни, образы которых репрезентированы в его внутреннем мире. Главный принцип диалога в АКТА и он же главный технический прием – это разведение внутренних голосов по конкретным значимым другим – носителям определенных смыслов, позиций, с последующим вступлением пациента в диалог с ними. В процессе перехода от сеанса к сеансу, от одной значимой фигуры к другой происходит экспликация (развертывание) внутренних голосов, другими словами – превращение «почти молчаливой» внутренней речи во внешнюю вербализованную речь. Диалоги в АКТА движутся по так называемому герменевтическому кругу (кругу понимания), когда пациент переходит от одной значимой фигуры к другой, устанавливая тем самым связи между фигурами из прошлого и настоящего, выстраивая их в единую психогенетическую цепь. Понимание связи внутриличностной проблематики с межличностной конфликтностью приводит к росту самосознания и прежде всего к осознанию своей роли в конфликтной ситуации, интеграции личности и коррекции нарушенных отношений.



В АКТА роль наблюдения, рефлексии и анализа выполняет Я пациента, которое раздваивается во внутреннем диалоге на противоречащие друг другу позиции: Я и проективное Я. Третьим же участником является терапевт. Он также наблюдает и анализирует, но, отождествляясь с обеими позициями пациента, он тем самым способствует его самоотождествлению. Кроме того, терапевт отождествляется с реальным значимым другим, тем самым осуществляется связь внутреннего мира пациента (субъективного) с внешним (реальным) миром. В процессе диалога усилия терапевта направлены на вербализацию внутренней (смысловой) речи пациента, на выявление скрытых смыслов. Внутренний процесс конструирования речи становится внешним и тем самым доступным для исследования и терапевтического воздействия. Терапевт становится соучастником процесса вербализации мыслей пациента, процесса его мышления. Терапевт стремится к тому, чтобы его голос был созвучен «тайному слову» пациента. Когда голоса терапевта и пациента сливаются в единый голос – тогда, по выражению Бахтина, происходит «встреча двух сознаний».

### **Заключение**

АКТА – современная модель психотерапии, сочетающая в себе элементы каузального и феноменологического подходов. Теоретической основой АКТА является психология отношений В.Н. Мясищева (теория личности и концепция психогенеза невроза). Развивая отечественную модель психотерапии, АКТА обращается также к ряду идей и концепций из других направлений психологической науки, в частности: к концепции незавершенных действий Б.В. Зейгарник, концепции педагогического взрыва А.С. Макаренко, к полифонической концепции сознания М.М. Бахтина, к концепции внутренней речи и внутреннего диалога Л.С. Выготского.

АКТА работает с неосознанными переживаниями и стремится к достижению катарсиса. АКТА рассматривает катарсис как нравственное очищение – феномен, при котором прежде подавленное, вытесненное психологическое содержание становится осознанным (в виде озарения) в результате предварительной, подчас мучительной внутренней работы по преодолению душевного кризиса. Катарсис завершается трансформацией личности и коррекцией нарушенных отношений.

Катарсис достигается в процессе диалога пациента с воображаемым значимым Другим. При этом используется техника *двойного дублирования* – означение терапевтом противоречивых чувств и желаний пациента, которые лежат в основе его неосознанного внутреннего конфликта. С позиций

семиотики, диалог в АКТА – это процесс декодирования внутренней мыслительной речи в речь внешнюю, коммуникативную. Л.С. Выготский: «Мысль не выражается, но совершается в слове». В АКТА этот процесс осуществляется при активном участии и под контролем терапевта.

С точки зрения диалогического подхода, АКТА является полифоническим методом психотерапии, в задачу которого входит персонификация внутренних голосов с последующим проигрыванием диалогов с их воображаемыми носителями. Диалоги в АКТА движутся по так называемому герменевтическому кругу (кругу понимания), когда пациент переходит от одной значимой фигуры к другой, устанавливая тем самым связи между фигурами из прошлого и настоящего, выстраивая их в единую психогенетическую цепь. Понимание связи внутриличностной проблематики с межличностной конфликтностью приводит к росту самосознания и прежде всего к осознанию собственной роли в конфликтной ситуации.

### Литература

1. Александров А.А. Аналитико-катартическая терапия эмоциональных нарушений. – СПб. : СпецЛит, 2017. – 231 с.
2. Александров А.А., Ильченко Е.Г. Диалог в аналитико-катартической терапии с позиций феноменологической герменевтики // Вестн. психотерапии. – 2017. – № 64 (69). – С. 92–105.
3. Бахтин М.М. Проблемы поэтики Достоевского. – СПб.: АЗБУКА, 2017. – 412 с.
4. Василюк Ф.Е. Психология переживания. Анализ преодоления кризисных ситуаций. – М. : Изд-во Моск. ун-та, 1984. – 200 с.
5. Волкова Д.Э., Орлов А.Б. Означение внутренних содержаний внутреннего мира клиента в разговорной и экспрессивной психотерапии // Вопросы психологии. – 2009. – № 2. – С. 88–97.
6. Выготский Л.С. Мышление и речь : монография. – 5-е изд., испр. – М. : Лабиринт, 1999. – 352 с.
7. Горелов И.Н., Седов К.Ф. Основы психолингвистики. – М. : Лабиринт, 2010. – 320 с.
8. Ерчак Н.Т. Внутренняя речь и мышление. – Аддукция и выхаванне, 2017 (Минск). – № 1. – С. 64–73.
9. Жинкин Н.И. Речь как проводник информации. – М. : Наука. 1982. – 160 с.
10. Калина Н.Ф. Анализ дискурса в психотерапии // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2002. – № 3. – 197 с.
11. Копылов С.О. Психологические аспекты творческого наследия М.М. Бахтина // Вопросы психологии. – 2011. – № 3. – С. 22 – 28.
12. Копьёв А.Ф. Особенности индивидуального психологического консультирования как диалогического общения : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М., 1991. – 23 с.

13. Мединцев В.А. Субъектно-диалогическая модель внутреннего пространства личности // Вопросы психологии. – 2011. – № 3. – С. 100–113.
14. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. – Л. : Изд-во ЛГУ. – 1960. – 428 с.
15. Орлов А.Б. Психологическое консультирование и психотерапия: триалогический подход // Вопросы психологии. – 2002. – № 3. – С. 3–18.
16. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб. : Питер, 2000. – 1019 с.
17. Россохин А.В., Измагурова В.Л. Внутренний диалог и его связь с рефлексией // Вопросы психологии. – 2008. – № 4. – С. 3–14.
18. Соколова Е.Т., Бурлакова Н.С. К обоснованию метода диалогического анализа случая // Вопросы психологии. – 1997. – № 2. – С. 61–75.
19. Флоренская Т.А. Диалог в практической психологии: наука о душе. – М. : Владос, 2001. – 208 с.
20. Alexandrov A.A. Analytical-Cathartic Therapy of Emotional Disturbances // International Journal of Dynamic Psychiatry. – 2018. – № 51. – P. 156–169.
21. Hermans H.J.M., Kemten, H.J.G. The dialogical Self: Meaning as movement. San Diego : Academic Press, 1993.

Поступила 02.03.2019

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

**Для цитирования.** Александров А.А. Анализ аналитико-катартической терапии с позиций диалогического подхода // Вестн. психотерапии. 2019. № 69 (74). С. 13–29.

---

**THE ANALYSIS OF ANALITIKO-KATARTICHESKOY OF THERAPY  
FROM POSITIONS OF DIALOGICAL APPROACH**

**Alexandrov A.A.**

North-West State Medical University after I.I. Mechnikov  
(Kirochnaya St., 41, Saint-Petersburg, Russia)

✉ Artur Aleksandrovich Alexandrov – Dr. Med. Sci. Prof., Prof. of the Department of General and Medical Psychology and Pedagogics North-West State Medical University after I.I. Mechnikov (Kirochnaya St., 41, Saint-Petersburg, 191015, Russia), e-mail: profalexandrov@yandex.ru.

**Abstract.** The article analyzes the method of analytic-cathartic therapy from the standpoint of the dialogic approach, from the point of view of the concepts of internal speech and internal dialogue L.S. Vygotsky and the polyphonic concept of consciousness M.M. Bakhtin. The purpose of the method is to achieve catharsis - a phenomenon in which the previously depressed psychological content becomes conscious (in the

form of illumination) as a result of preliminary internal work to overcome mental crisis. The catharsis is completed by the transformation of the personality and the correction of disturbed relationships. The main technique of the method is “Dialogue with an imaginary significant Other”. From the point of view of the dialogical approach, the ACT is a polyphonic method of psychotherapy, whose task is to personify the internal voices and then play the dialogues with their imaginary speakers. Dialogues in the ACT move along the so-called hermeneutic circle, when the patient moves from one significant figure to another, thereby establishing connections between figures from the past and the present, building them into a single psychogenetic chain. Understanding the relationship of intrapersonal issues with interpersonal conflict leads to an increase in the patient's self-awareness and, above all, awareness of his own role in conflict situations.

**Key words:** analytical-cathartic therapy, internal dialogue, polyphonic method of psychotherapy, catharsis, personality transformation.

### References

1. Aleksandrov A.A. Analitiko-katarticheskaya terapiya emocionalnyh narushenij [Analytic-cathartic therapy of emotional violations]. Sankt-Peterburg. 2017. 231 p. (In Russ.)
2. Aleksandrov A.A., Il'chenko E.G. Dialog v analitiko-katarticheskoy terapii s pozicij fenomenologicheskoy germenoviki [Dialogue in analytic-cathartic therapy from positions of phenomenological hermeneutics]. *Vestnik psixoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2017. N 64 (69). Pp. 92–105. (In Russ.)
3. Baxtin M.M. Problemy poetiki Dostoevskogo [Problems of poetics of Dostoyevsky]. Sankt-Peterburg. 2017. 412 p. (In Russ.)
4. Vasilyuk F.E. Psixologiya perezhivaniya. Analiz preodoleniya krizisnyh situacij [Experience psychology. Analysis of overcoming crisis situations]. Moskva. 1984. 200 p. (In Russ.)
5. Volkova D.E., Orlov A.B. Oznachenie vnutrennix sodержanij vnutrennego mira klienta v razgovornoj i ekspressivnoj psixoterapii [Oznachenie's Eagles of internal content of inner world of the client in colloquial and expressional psychotherapy]. *Voprosy psixologii* [Psychology Questions]. 2009. N 2. Pp. 88–97. (In Russ.)
6. Vygotskij L.S. Myshlenie i rech [Thinking and speech.]. Moskva. 1999. 352 p. (In Russ.)
7. Gorelov I.N., Sedov K.F. Osnovy psixolingvistiki [Fundamentals of psycholinguistics]. Moskva. 2010. 320 p. (In Russ.)
8. Erchak N.T. Vnutrennyaya rech i myshlenie [Internal speech and thinking]. Minsk. 2017. N 1. Pp. 64–73. (In Russ.)
9. Zhinkin N.I. Rech kak provodnik informacii [Speech as information conductor]. Moskva. 1982. 160 p. (In Russ.)
10. Kalina N.F. Analiz diskursa v psixoterapii [The analysis of a discourse in psychotherapy]. *Zhurnal prakticheskoy psixologii i psixoanaliza* [Journal of practical psychology and psychoanalysis]. 2002. N 3. 197 p. (In Russ.)
11. Kopylov S.O. Psixologicheskie aspekty tvorcheskogo naslediya M.M. Baxtina [Psychological aspects of creative heritage of M.M. Bakhtin]. *Voprosy psixologii* [Psychology Questions]. 2011. N 3. Pp. 22 – 28. (In Russ.)

12. Kopyov A.F. Osobennosti individualnogo psixologicheskogo konsultirovaniya kak dialogicheskogo obshheniya [Features of individual psychological consultation as dialogical communication] : Abstract Dissertation PhD. Psikhol. Sci. Moskva. 1991. 23 p. (In Russ.)
13. Medincev V.A. Sub`ektno-dialogicheskaya model vnutrennego prostranstva lichnosti [Subject and dialogical model of internal space of the personality]. *Voprosy psixologii* [Psychology Questions]. 2011. N 3. Pp. 100–113. (In Russ.)
14. Myasishhev V.N. Lichnost i nevrozy [Personality and neuroses]. Leningrad. 1960. 428 p. (In Russ.)
15. Orlov A.B. Psixologicheskoe konsultirovanie i psixoterapiya: trialogicheskij podxod [Psychological consultation and psychotherapy: trialogicheskij approach]. *Voprosy psixologii* [Psychology Questions]. 2002. N 3. Pp. 3–18. (In Russ.)
16. Psixoterapevticheskaya enciklopediya. [Psychotherapeutic encyclopedia]. Ed. B.D. Karvasarsky]. Sankt-Peterburg. 2000. 1019 p. (In Russ.)
17. Rossoxin A.V., Izmagurova V.L. Vnutrennij dialog i ego svyaz s refleksiej [Internal dialogue and its communication with a reflection]. *Voprosy psixologii* [Psychology Questions]. 2008. N 4. Pp. 3–14. (In Russ.)
18. Sokolova E.T., Burlakova N.S. K obosnovaniyu metoda dialogicheskogo analiza sluchaya [To justification of a method of the dialogical analysis of a case]. *Voprosy psixologii* [Psychology Questions]. 1997. N 2. Pp. 61–75. (In Russ.)
19. Florenskaya T.A. Dialog v prakticheskoy psixologii: nauka o dushe [Dialogue in practical psychology: science about soul]. Moskva. 2001. 208 p. (In Russ.)
20. Alexandrov A.A. Analytical-Cathartic Therapy of Emotional Disturbances. *International Journal of Dynamic Psychiatry*. 2018. N 51. Pp. 156–169.
22. Hermans H.J.M., Kempen, H.J.G. The dialogical Self: Meaning as movement. San Diego: Academic Press. 1993.

Received 02.03.2019

**For citing.** Alexandrov A.A. Analiz analitiko-katarticheskoy terapii s pozicij dialogicheskogo podxoda. *Vestnik psixoterapii*. 2019. N 69. Pp. 13–29. (In Russ.)

Alexandrov A.A. The analysis of analitiko-katarticheskoy of therapy from positions of dialogical approach. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2019. N 69. Pp. 13–29.

# МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 159.9.072

А.И. Анисимов<sup>1</sup>, П.А. Ильина<sup>2</sup>, И.Ю. Маргошина<sup>1</sup>

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ РЕСУРСЫ ЗДОРОВЬЯ КАК ФАКТОР ЗАЩИТЫ МЕДРАБОТНИКОВ ОТ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

<sup>1</sup> Санкт-Петербургский государственный институт психологии  
и социальной работы

(Россия, 199178, Санкт-Петербург, 12-я линия В. о., д. 13-А);

<sup>2</sup> Российская академия народного хозяйства и государственной службы  
при Президенте РФ, Северо-Западный институт управления  
(Россия, 199178, Санкт-Петербург, Средний проспект В. о., д. 57/43).

На выборке медицинских работников изучалась взаимосвязь между профессиональным выгоранием и психологическими ресурсами здоровья. Проверялось предположение о том, что респонденты с высоким уровнем психологических ресурсов здоровья в меньшей степени подвержены профессиональному выгоранию. Выявлено, что устойчивость к выгоранию связана с высокой выраженностью таких психологических ресурсов здоровья медработников, как экзистенциальная исполненность и проактивность.

Ключевые слова: потенциал здоровья, психологические ресурсы здоровья, экзистенциальная исполненность, проактивность, рефлексивность, профессиональное выгорание.

---

✉ Анисимов Алексей Игоревич – канд. психол. наук, доцент каф. консультативной психологии и психологии здоровья, Санкт-Петербургский гос. ин-т психологии и социальной работы (Россия, 199178, Санкт-Петербург, 12-я линия В. о., д. 13-А), e-mail: aai101@mail.ru;

Ильина Полина Александровна – психолог, Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ, Северо-Западный институт управления (Россия, 199178, Санкт-Петербург, Средний проспект В. о., д. 57/43), e-mail: lpa11@list.ru;

Маргошина Инна Юрьевна – канд. психол. наук, доцент каф. консультативной психологии и психологии здоровья, Санкт-Петербургский гос. ин-т психологии и социальной работы (Россия, 199178, Санкт-Петербург, 12-я линия В. о., д. 13-А), e-mail: inna\_che@rambler.ru.

## Введение

Изучение здоровья и болезней связано с осмыслением природы и сущности человека. В последние десятилетия в качестве нового научного направления происходит становление психологии здоровья. Многие ученые сходятся во мнении, что в качестве центрального объекта исследований здесь должна выступать «здоровая личность» [6].

Современные условия профессиональной деятельности актуализируют необходимость оценки адаптационных ресурсов человека в период, когда еще отсутствуют явные признаки заболевания и существуют возможности эффективного восстановления резервов (ресурсов) здоровья. Своевременная диагностика снижения резервных возможностей человека позволит действительно регулировать и эффективно влиять на состояние здоровья специалиста с целью обеспечения его сохранности [12].

Согласно концепции саногенеза, «заболеть человеку или быть здоровым, а заболевшему умереть или остаться живым зависит не только от силы патогенных факторов, но и от активности саногенных механизмов» [цит. по 5, с. 261]. Истощение адаптивно-компенсаторного потенциала (резерва здоровья) означает уменьшение способности организма противостоять повреждающему влиянию среды, способствуя развитию заболевания.

Поэтому современная профилактическая работа строится не только на основе предупреждения действия факторов риска, но и на основе формирования резервов здоровья [5]. Исследователи выделяют две стратегии профилактики – гигиеническую и валеологическую. Первая ориентирована на текущее поведение, где критерием успеха служит устранение у пациента факторов риска. Вторая модель ориентирована на конечную цель – дожитие до необходимого возраста. Критерием успеха является «увеличение резерва здоровья и снижение интегрального риска смерти вне зависимости от наличия или отсутствия факторов риска. В этом суть персонализированной профилактической стратегии: выявление в населении лиц с избыточным риском и его коррекция через увеличение резерва здоровья» [5, с. 268].

Положение о ресурсах здоровья отражено в современных основополагающих документах Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Здоровье рассматривается в двух аспектах: «баланс здоровья» и «потенциал здоровья». Баланс здоровья определяется «как динамическое равновесие между организмом человека и окружающей средой; стабильная связь человека с внешним миром». Потенциал здоровья – это ресурсы человека –

«индивидуальная способность каждого противостоять влияниям окружающей среды, угрожающим балансу здоровья» [11, с. 7].

Современная концепция ВОЗ в области укрепления здоровья видит своей целью поддержание и укрепление здоровья человека через накопление ресурсов для борьбы с факторами, угрожающими здоровью [11].

Слово «ресурс» происходит от французского «resources» («средства», «запасы», «возможности», «источники чего-либо»). В самом общем случае под ресурсом личности понимается всё то, что ей принадлежит. Сочетание наличных ресурсов человека и определенной объективной ситуации, в которой он находится, как раз и определяет соответствующие возможности человека [4].

В психологических исследованиях ресурсный подход зародился в рамках гуманистического направления. Ему было отведено важное место в изучении конструктивного начала личности, позволяющего преодолевать трудные жизненные ситуации [7].

В.А. Ананьев даёт следующее определение: «ресурс – это адаптационная способность психики человека усиливать во много раз интенсивность своей деятельности по сравнению с состояниями относительного покоя» [1].

Н.Е. Водопьянова определяет ресурсы как внутренние и внешние переменные, способствующие психологической устойчивости в стрессогенных ситуациях. По её мнению, «это эмоциональные, мотивационно-волевые, когнитивные и поведенческие конструкты, которые человек актуализирует для адаптации к стрессогенным трудовым и жизненным ситуациям; это средства (инструменты), используемые им для трансформации взаимодействия со стрессогенной ситуацией» [3, с. 17–18].

Разные ресурсы играют различную роль в адаптации человека и преодолении трудных жизненных событий. Наиболее значимыми в контексте преодоления являются личностные и психологические ресурсы. К ним современные исследователи относят следующие: состояние здоровья, позитивность мышления, самооценку, рациональность мышления, эмоционально-волевые качества, активную жизненную позицию, отношение к стрессам как к возможности приобретения личного опыта и возможности личностного роста и многие другие.

Личностные (психологические) ресурсы могут быть представлены как система способностей человека к устранению противоречий с жизненной средой, преодоления неблагоприятных жизненных обстоятельств по-



средством трансформации ценностно-смыслового измерения личности, задающего ее направленность и создающего основу для самореализации [9].

По опыту наших предыдущих исследований [2 и др.], наиболее важными ресурсами личности, способствующими поддержанию её здоровья и одновременно наиболее информативные для практического изучения (в силу имеющегося надежного психодиагностического инструментария), являются проактивность, рефлексивность и экзистенциальная исполненность.

Кратко представим каждый из них. В способности человека не только реагировать на изменения окружающей среды, но и оказывать на неё *проактивное воздействие* в соответствии со своим жизненным смыслом исследователи видят одно из принципиальных отличий человеческой психики от психики животных [14].

*Рефлексия* в контексте психологических исследований понимается как «способность произвольного обращения человеком сознания на самого себя и имеет два аспекта: механизм произвольного манипулирования идеальными содержаниями в умственном плане, основанный на переживании дистанции между своим сознанием и его интенциональным объектом, и направленность этого процесса на самого себя как на объект рефлексии» [8].

*Экзистенциальная исполненность* – понятие, которое использует В. Франкл для описания качества жизни человека. Стремление к смыслу считается ведущим принципом поведения зрелой личности на этапе среднего возраста (А. Лэнгле, В. Франкл). В экзистенциальной исполненности проявляется «осмысленность жизни личности, принятие себя, позитивная оценка качества своей жизни и удовлетворенность ею» [10]. Уровень экзистенциальной исполненности показывает, «много ли осмысленного в жизни личности, как часто она живёт с внутренним согласием, соответствуют ли её сущности принимаемые ею решения и совершаемые поступки, может ли личность вносить то хорошее, как она это понимает, в жизнь» [10]. Речь идет не о том, как живет человек на самом деле, но скорее о том, как он полагает, что живет.

Врачебная практика относится к той сфере профессиональной деятельности, которая протекает в стрессовых условиях и значительно повышает риск нарушений здоровья. Одним из таких нарушений является синдром выгорания – феномен, в высокой степени отражающийся на процессе и результатах трудовой деятельности медицинских работников. Ведущую роль в возникновении синдрома «выгорания» играют эмоционально за-

трудные или напряженные отношения в системе «человек–человек», к которым относятся отношения между лечащим врачом и трудными пациентами. Наиболее ярко синдром «выгорания» проявляется в тех случаях, когда коммуникации отягощены эмоциональной насыщенностью или когнитивной сложностью.

Профессиональная деятельность медицинских работников предполагает формирование ими у пациентов активной здоровьесберегающей жизненной позиции. Может ли медицинский работник, не обладающий высоким потенциалом здоровья, оказывать полноценную, соответствующую профессиональным моральным нормам помощь людям?

Выполнение этой профессиональной миссии возможно при условии, что сам медицинский работник не просто пропагандирует нормы здорового образа жизни, а руководствуется ими в своей собственной жизни и убежден, что жизнь – это высшая ценность, а здоровье – главное условие её качества.

На основании проведенного теоретического анализа мы предположили, что психологические ресурсы здоровья могут выступать в роли фактора защиты от профессионального выгорания (ПВ). Для подтверждения этой гипотезы необходимо было проверить, существует ли взаимосвязь между степенью ПВ и такими психологическими ресурсами здоровья медработников, как проактивность, рефлексивность, экзистенциальная исполненность. В рамках эмпирического исследования был проведен сравнительный анализ психологических ресурсов здоровья групп медработников с разной степенью ПВ.

### **Материал и методы**

Целью эмпирического исследования стало изучение взаимосвязи психологических ресурсов здоровья и степени ПВ у медицинских работников.

Для реализации этой цели была проведена оценка психологических ресурсов здоровья и степени профессионального выгорания медработников.

Описание выборки исследования: в исследовании приняли участие сотрудники клиники Института мозга человека РАН: врачи (28 чел.) и медицинские сестры (55 чел.), 56 женщин, 17 мужчин, возраст испытуемых от 23 до 72 лет (среднее значение – 40 лет), стаж работы – от 1 года до 55 лет (среднее значение – 18 лет).

В исследовании использовались следующие психодиагностические методики:

1. Опросник проактивного совладающего поведения (Л. Аспинвалл, Е. Грингласс, Р. Шварцер, в адаптации Е.С. Старченковой) [13];

2. Шкала экзистенции (А. Лэнгле и К. Орглер, в адаптации С.В. Кривцовой) [10];

3. Дифференциальный тест рефлексивности (Д.А. Леонтьев, Е.М. Лаптева, Е.Н. Осин и А.Ж. Салихова) [8];

4. Опросник «Профессиональное выгорание» (англ. Maslach Burnout Inventory, сокр. МВІ) (К. Маслач и С. Джексон, адаптирован Н.Е. Водопьяновой, Е.С. Старченковой) [15];

Для математико-статистической обработки эмпирических данных использовался пакет программ «STATISTICA 6.0». Проверка значимости различий между несвязанными выборками осуществлялась с помощью U-критерия Манна–Уитни.

### Результаты исследования

Определение степени ПВ у медработников было проведено с помощью опросника Н.Е. Водопьяновой и Е.С. Старченковой. Степень выраженности ПВ определялась нами в соответствии со значением интегрального (системного) показателя выгорания.

Процентное соотношение опрошенных респондентов в зависимости от степени выраженности ПВ представлено в таблице 1.

Таблица 1

Степень выраженности ПВ у медработников

Низкая степень	Средняя степень	Высокая степень	Крайне высокая степень
≤ 6 баллов	7-8 баллов	9-10 баллов	11 ≥ баллов
28 (24,5 %)	18 (38 %)	20 (27 %)	7 (9,5 %)

Полученные результаты говорят о том, что 37 % опрошенных медработников испытывают высокую и крайне высокую степень ПВ, что свидетельствует о наличии деструктивного процесса потери профессиональной эффективности, снижения коммуникабельности и толерантности, развития нервно-психической дезадаптации.

Для сравнения показателей психологических ресурсов здоровья медработников с разной степенью ПВ было выделены 2 группы:

1-я группа – 35 респондентов со значением интегрального показателя ПВ ниже среднего показателя ( $PВ < 7$ );

2-я группа – 38 респондентов со значением интегрального показателя ПВ выше среднего показателя ( $PВ > 7$ ).

Проведено сравнение показателей психологических ресурсов здоровья (проактивность, экзистенциальная исполненность, рефлексивность) между выделенными группами медработников. Результаты сравнения групп по методике «Опросник проактивного совладающего поведения» представлены в таблице 2.

Таблица 2

Сравнение показателей проактивности

	1 группа		2 группа		U	p
	среднее	стд. откл.	среднее	стд. откл.		
Проактивное преодоление	43,1	6,0	40,4	6,5	483,0	0,05*
Рефлексивное преодоление	32,8	5,5	31,0	6,4	592,5	0,42
Стратегическое планирование	11,2	2,3	10,4	2,9	551,5	0,21
Превентивное преодоление	31,1	4,5	29,4	5,9	521,0	0,11
Поиск инструментальной поддержки	18,9	3,7	17,4	4,7	546,5	0,19
Поиск эмоциональной поддержки	13,1	3,0	11,6	3,8	498,5	0,07

На основании сравнительного анализа выявлены статистически значимые различия по показателю «проактивное преодоление» ( $U = 483,0$  при  $p \leq 0,05$ ).

Проактивное преодоление, согласно авторам методики, представляет собой процесс целеполагания, т. е. постановку «важных для личности целей, а также процесс саморегуляции по достижению этих целей, включающий когнитивную и поведенческую составляющие». Суть данного вида совладания со стрессовыми ситуациями заключается в усилиях индивида по формированию «общих ресурсов, которые облегчают достижение важных целей и способствуют личностному росту».

Такой результат может говорить о том, что представители группы медработников с высокой степенью ПВ в меньшей мере по сравнению с их

коллегами из группы с низкой степенью выгорания активируют этот психологический ресурс. Они значительно реже занимаются целеполаганием, что во многом затрудняет совладание со стрессовыми событиями. Тем самым выражена стратегия проактивного преодоления (и следовательно, проактивности как важного психологического ресурса здоровья личности) у них находится на недостаточном уровне.

Далее проведено сравнение ресурсов здоровья групп медработников с разной степенью ПВ по «Шкале экзистенции». Данные, полученные по субшкалам данной методики, представлены в таблице 3.

Таблица 3

Сравнение показателей экзистенции

	1 группа		2 группа		U	p
	среднее	стд. откл.	среднее	стд. откл.		
Самодистанцирование (SD)	35,1	4,3	29,7	8,0	371,5	0,001*
Самотрансценденция (ST)	72,9	6,5	65,7	12,0	386,5	0,001*
Свобода (F)	46,9	6,7	43,2	7,2	477,0	0,05*
Ответственность (V)	56,7	7,5	50,4	7,8	364,0	0,001*
Персональность (P)	108,0	9,4	95,4	16,7	331,5	0,001*
Экзистенциальность (E)	103,5	12,5	93,6	13,2	369,0	0,001*
Исполненность (G)	211,6	19,2	189,1	27,7	318,5	0,001*

Выявлены статистически значимые различия: «самодистанцирование» (SD) ( $U = 371,5$ ; при  $p \leq 0,01$ ), «самотрансценденция» (ST) ( $U = 386,5$ ; при  $p \leq 0,01$ ), «свобода» (F) ( $U = 477,0$ ; при  $p \leq 0,05$ ), «ответственность» (V) ( $U = 364,0$ ; при  $p \leq 0,01$ ), «персональность» (P) ( $U = 331,0$ ; при  $p \leq 0,01$ ), «экзистенциальность» (E) ( $U = 369,0$ ; при  $p \leq 0,01$ ), «исполненность» (G) ( $U = 318,5$ ; при  $p \leq 0,01$ ). Показатели медработников с более низким уровнем ПВ превосходят показатели их коллег с высокой степенью выгорания по всем субшкалам использованной методики.

Полученные данные могут свидетельствовать о том, что медработникам группы с высокой степенью ПВ свойственна недостаточно выраженная способность «дистанцироваться по отношению к себе самому», присутствуют трудности с отсрочкой при необходимости удовлетворения своих желаний, с изменением представлений, чтобы взглянуть на себя и на ситуацию со стороны. У медработников этой группы снижена способность «находить реальные возможности действия, создавать из них иерархию в соответствии с их ценностью и таким образом приходить к персонально

обоснованному решению». У них отмечаются также недостаточно выраженные способности ориентироваться в социуме, принимать ответственные решения и их реализовывать, совершенствуя свою жизнедеятельность. Они демонстрируют неудовлетворенность качеством своей жизни, что во многом может объясняться недостаточно развитыми у них экзистенциальными способностями.

Таким образом, можно говорить о том, что у медработников с высокой степенью ПВ значительно реже актуализируются такие психологические ресурсы, как экзистенциальные способности, что приводит к неудовлетворенности качеством собственной жизнедеятельности и говорит о необходимости формирования, накопления и активизации данных ресурсов для улучшения состояния индивидуального здоровья.

С другой стороны, можно констатировать, что медработники, ощущающие экзистенциальную исполненность, в большей мере способные к самодистанцированию и самотрансценденции, обладающие ощущением свободы в сочетании с ответственностью, менее склонны к переживанию синдрома выгорания.

Далее осуществлялось сравнение групп медработников с помощью методики «Дифференциальный тип рефлексии» (ДТР). Результаты сравнения представлены в таблице 4.

Таблица 4

Сравнение показателей рефлексивности

	1 группа		2 группа		U	p
	среднее	стд. откл.	среднее	стд. откл.		
Системная рефлексия	38,1	4,3	36,9	6,1	167,5	0,58
Интроспекция	21,3	4,8	24,7	5,2	119,5	0,06
Квазирефлексия	20,1	6,6	23,5	4,5	129,5	0,10

По методике ДТР не установлено значимых различий. Это говорит о том, что не прослеживается связи между шкалами опросника (системной рефлексии, интроспекции, квазирефлексии) и степенью ПВ у медработников.

### Выводы исследования

1. Медицинские работники с низкой и средней степенью профессионального выгорания обладают более выраженными психологическими ре-

сурсами здоровья по сравнению с их коллегами, имеющими более высокую степень выгорания. Об этом свидетельствуют установленные различия между обследованными группами с разной степенью ПВ по следующим показателям: «самотрансценденция», «самодистанцирование», «свобода», «ответственность», «экзистенциальность», «персональность», «экзистенциальная исполненность» и «проактивное преодоление». Эти результаты подтверждают наличие взаимосвязи между выраженностью психологических ресурсов здоровья и степенью профессионального выгорания у медицинских работников.

2. Значительная часть обследованных медицинских работников (27 человек, 37 %) демонстрирует высокую (20 человек, 27 %) и крайне высокую (7 человек, 9,5 %) степень профессионального выгорания и может быть отнесена к группе риска. Такие данные актуализируют необходимость организации работы по психологической профилактике и коррекции синдрома выгорания в данном медицинском учреждении.

Полученные результаты дают основание констатировать, что психологические ресурсы здоровья могут выступать в роли фактора защиты от синдрома выгорания. Психологическая диагностика данных ресурсов может служить дополнительным инструментом оценки потенциала здоровья и позволяет прогнозировать изменения текущего состояния специалистов в процессе их профессиональной деятельности.

### Литература

1. Ананьев В.А. Основы психологии здоровья: Учеб. пособие [Кн. 1: Концептуальные основы психологии]. – СПб. : Речь, 2006. – 384 с.
2. Анисимов А.И., Киреева Н.Н. Изучение ресурсов духовного здоровья у студентов // Учён. зап. С.-Петербур. гос. ин-та психологии и соц. работы. – 2016. – Т. 25, № 1. – С. 102–112.
3. Водопьянова Н.Е. Ресурсное обеспечение противодействия профессиональному выгоранию субъектов труда: автореф. дис. ... док. психол. наук. – СПб., 2014. – 48 с.
4. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика : практ. пособие. – 3-е изд., испр. и доп. – М. : Юрайт, 2017. – 343 с.
5. Гундаров И.А., Полесский В.А. Профилактическая медицина на рубеже веков. От факторов риска – к резервам здоровья и социальной профилактике : монография. – М. : ОУП ВО «АТиСО», 2016. – 329 с.
6. Здоровая личность : монография / ред. Г.С. Никифорова. – СПб. : Речь, 2013. – 400 с.
7. Концепт душевного здоровья в человекознании / отв. ред. О.И. Даниленко. – СПб. : Изд-во СПбГУ, 2014. – 372 с.

8. Леонтьев Д.А., Осин Е.Н. Рефлексия «хорошая» и «дурная»: от объяснительной модели к дифференциальной диагностике // Психология. Журнал Высшей школы экономики. – 2014. – Т. 11, № 4. – С. 110–135.

9. Личностный потенциал. Структура и диагностика / под ред. Д.А. Леонтьева. – М. : Смысл, 2011. – 679 с.

10. Лэнгле А., Кривцова С.В., К. Орглер Шкала экзистенции [Электронный ресурс] // Экзистенциальный анализ. – 2009. – № 1. – С. 141–170. URL: [http://aeapp.ru/sites/default/files/uploads/bulletin\\_11.pdf](http://aeapp.ru/sites/default/files/uploads/bulletin_11.pdf).

11. Полесский В.А., Мартынчик С.А., Мартынчик Е.А. Концепция охраны и укрепления здоровья, программно-стратегические действия и задачи ВОЗ по достижению «Здоровья для всех» // Обществ. здоровье и профилактика заболеваний. – 2006. – № 4. – С. 3–13.

12. Пономаренко В.А. Размышления о здоровье / под общ. ред. А.Н. Разумова. – М. : Магистр-пресс, 2001. – 429 с.

13. Старченкова Е.С. Опросник проактивного совладающего поведения // Психология менеджмента : практикум / под ред. Г.С. Никифорова. – СПб. : Речь, 2010. – С. 376–384.

14. Старченкова Е.С. Ресурсы проактивного совладающего поведения // Вестник СПбГУ. 2012. – Сер. 12. – Вып. 1. – С. 51–61.

15. Старченкова Е.С., Водопьянова Н.Е., Наследов А.Д. Стандартизированный опросник «профессиональное выгорание» для специалистов социально-экономических профессий // Вестник СПбГУ. 2013. – Сер. 12. – Вып. 4. – С. 17–27.

Поступила 12.09.2018

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

**Для цитирования.** Анисимов А.И., Ильина П.А., Маргошина И.Ю. Психологические ресурсы здоровья как фактор защиты медработников от профессионального выгорания // Вестн. психотерапии. 2019. № 69 (74). С. 30–42.

---

## PSYCHOLOGICAL RESOURCES OF HEALTH AS A FACTOR OF PROTECTING HEALTH WORKERS FROM PROFESSIONAL BURNOUT

**Anisimov A.I.<sup>1</sup>, Ilina P.A.<sup>2</sup>, Margoshina I.U.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Saint-Petersburg state institute of psychology and social work  
(Vasilievsky Island 12 line, 13-A, St. Petersburg, Russia)

<sup>2</sup> North-West Institute of Management  
(Middle Avenue Vasilievsky Island, 57/43, St. Petersburg, Russia.).



✉ Alexey Igorevich Anisimov – PhD Psychol. Sci., Associate Professor of Department of chair of advisory psychology and psychology of health, Saint-Petersburg state institute of psychology and social work (Vasilievsky Island, 12 line, 13-A, St. Petersburg, 199178, Russia), e-mail: aai101@mail.ru;

Polina Aleksandrovna Ilina – psychologist, Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration, North-West Institute of Management (Middle Avenue Vasilievsky Island, 57/43, St. Petersburg, 199178, Russia), Ipa11@list.ru;

Inna Yuryevna Margoshina – PhD Psychol. Sci., Associate Professor of Department of chair of advisory psychology and psychology of health, Saint-Petersburg state institute of psychology and social work (Vasilievsky Island 12 line, 13-A, St. Petersburg, 199178, Russia), e-mail: inna\_che@rambler.ru

**Abstract.** A sample of medical workers examined the relationship between professional burnout and psychological health resources. The assumption was made that respondents with a high level of psychological health resources are less susceptible to professional burnout. It was revealed that the resistance to burnout is associated with the high severity of such psychological health resources of health workers as existential fulfillment and proactivity.

**Key words:** health potential, psychological resources of health, existential fulfillment, proactivity, reflexivity, professional burnout.

### References

1. Ananyev V.A. Osnovy psikhologii zdorov'ya: uchebnoye posobiye (Kn.1: Kontseptualnye osnovy psikhologii) [Foundations of health psychology: study guide (1st Book: Conceptual foundations of Psychology)]. Sankt-Petersburg. 2006. 384 p. (In Russ.)
2. Anisimov A.I., Kireeva N.N. Izuchenie resursov dukhovnogo zdorov'ya u studentov [Studying the spiritual health resources of students]. *Uchyonye zapiski Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo instituta psikhologii i sotsial'noj raboty* [Scientific notes journal of St. Petersburg State Institute of Psychology and Social Work]. 2016. Vol. 25, N1. Pp. 102–112. (In Russ.)
3. Vodopyanova N.E. Resursnoe obespechenie protivodejstviya professional'nomu vygoraniyu sub"ektov truda [Resource support for counteracting the professional burnout of labor subjects] : Abstract dissertation Dr. Psychol. Sci. Sankt-Peterburg. 2014. 48 p. (In Russ.)
4. Vodopyanova N.E., Starchenkova E.S. Sindrom vygoraniya: diagnostika i profilaktika: prakt. posobie [Burnout syndrome: diagnosis and prevention: practice allowance]. Moskva. 2017. 343 p. (In Russ.)
5. Gundarov I.A., Poleskiy V.A. Profilakticheskaya meditsina na rubezhe vekov. Ot faktorov riska – k rezervam zdorov'ya i sotsial'noj profilaktike [Preventive medicine at the turn of the century. From risk factors to health reserves and social prevention]. Moskva. 2016. 329 p. (In Russ.)
6. Zdorovaya lichnost [Healthy personality]. Eds. : G.S. Nikiforov. Sankt-Petersburg. 2013. 399 p. (In Russ.)

7. Kontsept dushevnoy zdravya v chelovekoznanii [The concept of mental health in the science of man]. Eds. : O.I. Danilenko Sankt-Petersburg. 2014. 372 p. (In Russ.)

8. Leontyev D.A., Osin Ye.N. Refleksiya «khoroshaya» i «durnaya»: ot obyasnitelnoy modeli k differentsialnoy diagnostike [«Good» and «bad» reflection: from an explanatory model to differential diagnostics]. *Psikhologiya. Zhurnal Vyshey shkoly ekonomiki* [Psychology. Journal of the Higher School of Economics]. 2014. Vol. 4, N 11. Pp. 110–135. (In Russ.)

9. Lichnostnyy potentsial. Struktura i diagnostika: sbornik statey [Personal potential. Structure and diagnostics: collection of articles]. Eds. : D.A. Leontyev. Moskva. 2011. 679 p. (In Russ.)

10. Längle A., Krivtsova S.V., Orgler C. Shkala ekzistentsii [Existence scale]. *Ehkzistentsial'nyj analiz* [Existential Analysis-Bulletin]. 2009. N 1. Pp. 141–170. URL: [http://www.ieapp.ru/templates/ieapp/documents/bulletin\\_1.pdf](http://www.ieapp.ru/templates/ieapp/documents/bulletin_1.pdf) (In Russ.)

11. Poleskiy V.A., Martynchik S.A., Martynchik E.A. Kontseptsiya okhrany i ukrepleniya zdravya, programmno-strategicheskiye deystviya i zadachi VOZ po dostizheniyu «Zdorovya dlya vsekh» [The concept of health protection and promotion, policy and strategic actions and objectives of the WHO on achieving the «Health for All»]. *Obshchestvennoe zdorov'e i profilaktika zabolevaniy* [Public Health and Prevention of Diseases]. 2006. N 4. Pp. 3–13. (In Russ.)

12. Ponomarenko V.A. Razmyshleniya o zdorov'e [Reflections on health]. Eds. : A.N. Razumova. Moskva. 2001. 429 p. (In Russ.)

13. Starchenkova Ye.S. Oprosnik proaktivnogo sovladayushchego povedeniya [Proactive coping inventory]. *Psikhologiya menedzhmenta : praktikum* [Psychology of management : practicum]. Eds. : G.S. Nikiforov. Sankt-Petersburg. 2010. Pp. 376–384. (In Russ.)

14. Starchenkova E.S. Resursy proaktivnogo sovladayushchego povedeniya [Resources of proactive coping behavior]. *Vestnik SPbGU* [Vestnik of St. Petersburg State University]. 2012. Ser. 12. Iss. 1. Pp. 51–61. (In Russ.)

15. Starchenkova E.S., Vodopyanova N.E., Nasledov A.D. Standartizirovannyj oprosnik «professional'noe vygoranie» dlya spetsialistov sotsionomicheskikh professij [Standardized Professional Burnout Questionnaire for Socionomic Professionals Specialists]. *Vestnik SPbGU* [Vestnik St. Petersburg State University]. 2013. Ser. 12. Iss. 4. P. 17–27. (In Russ.)

Received 12.09.2018

**For citing.** Anisimov A.I., Il'ina P.A., Margoshina I.YU. Psikhologicheskie resursy zdorov'ya kak faktor zashhity medrabotnikov ot professional'nogo vygoraniya. *Vestnik psikhoterapii*. 2019. N 69. Pp. 30–42. (In Russ.)

Anisimov A.I., Ilina P.A., Margoshina I.U. Psychological resources of health as a factor of protecting health workers from professional burnout. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2019. N 69. Pp. 30–42.

## УРОВНИ И СТРУКТУРА МОТИВАЦИИ НА ЛЕЧЕНИЕ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ, ДОБРОВОЛЬНО ОБРАТИВШИХСЯ ЗА АНОНИМНОЙ МЕДИКО- ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ

<sup>1</sup> Психотерапевтический кабинет

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

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

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

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

Выявлены и оценены мотивационные характеристики у больных алкоголизмом, обратившихся добровольно, за анонимной медицинской помощью в Международный институт резервных возможностей человека. Обследовали 186 человек с зависимостью от алкоголя (F10.2 по критериям МКБ-10), из них 151 мужчина и 35 женщин в возрасте –  $41,2 \pm 1,0$  и  $44,1 \pm 2,3$  года соответственно. Критериями не включения в исследование являлись: F10.1 F10.3 по критериям МКБ-10, коморбидная патология зависимости от алкоголя с эндогенными психическими, аффективными преморбидными расстройствами, ВИЧ-инфекцией и/или вирусным гепатитом С, сочетанное употребление алкоголя и других психоактивных веществ, отсутствие у больных желания участвовать в обследова-

---

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

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

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

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

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

нии. Все пациенты за медицинской помощью по поводу алкоголизма обратились впервые.

Мотивации к лечению изучалась с помощью «Шкалы оценки изменений Университета Род-Айленд». Ценностно-смысловые, когнитивные и поведенческие компоненты мотивации к лечению оценивались с помощью психодиагностических методик: опросника «Самозффективности воздержания от употребления алкоголя в ближайшем будущем» и «Шкалы готовности к изменению и стремления к лечению».

Установили, что мотивация на лечение у больных алкоголизмом имеет достаточно сложную структуру, представленную на трех уровнях: негативный (11 % больных), неустойчивый (66 %) и позитивный (23 %). Ценностно-смысловой предиктор «лечебные цели» достоверно связан с уровнем мотивации на лечение. В группах пациентов с негативной и неустойчивой мотивацией преобладали лица, целью лечения которых был временный отказ от употребления алкоголя (50,0 % и 55,6 %), а в группе с позитивным уровнем мотивации доминировали пациенты с желанием полностью отказаться от приема алкоголя (71,4 %). Когнитивные предикторы по двум шкалам «Признания болезни» и «Двойственное отношение к болезни» в группах пациентов с разной мотивацией на лечение продемонстрировали устойчивый статистически значимый рост их манифестации с ростом уровня мотивации. В группах больных с различным уровнем мотивации на лечение когнитивные предикторы продемонстрировали более или менее устойчивый тренд к увеличению средних значений, от групп с негативным уровнем к группам с позитивным уровнем мотивации на лечение. Поведенческий предиктор мотивации на лечение показал, что с повышением уровня мотивации достоверно повышается и уровень выраженности активности (от  $32,1 \pm 5,4$  дециля при низком уровне мотивации до  $55,2 \pm 4,8$  дециля при высоком уровне мотивации).

Ключевые слова: алкоголизм, Международный институт резервных возможностей человека, анонимное лечение алкоголизма, мотивация на лечение, поведенческие предикторы мотивации.

Продолжая тему мотивации на лечение у больных алкоголизмом, предложенную читателям журнала Вестник психотерапии (2018. № 66 (71). С. 83-101), приводим результаты нашего исследования по изучению мотивационных характеристик больных алкоголизмом, добровольно обратившихся за медико-психологической помощью в Международный институт резервных возможностей человека (МИРВЧ) (Лицензия № ЛО-78-01-006709 от 18.04.2016 г. на осуществление медицинской деятельности при оказании первичной специализированной помощи в амбулаторных условиях по психотерапии).

## **Материалы исследования**

Исследовательскую выборку составили 186 человек с зависимостью от алкоголя (F10.2 по критериям МКБ-10) из числа наших пациентов, добровольно обратившихся за анонимной помощью методом духовно ориентированной психотерапии на православной основе (ДОПЦЗ). В том числе 151 мужчина и 35 женщин в возрасте –  $41,2 \pm 1,0$  и  $44,1 \pm 2,3$  года соответственно. Все они дали зарок на срок более 1 года.

Обследование проводили на 15–16-е сутки добровольного воздержания от алкоголя. Все пациенты подписывали информированное согласие на проведение обследования. Критериями не включения в исследование являлись: F10.1 F10.3 по критериям МКБ-10 [3], коморбидная патология зависимости от алкоголя с эндогенными психическими, аффективными преморбидными расстройствами, ВИЧ-инфекцией и/или вирусным гепатитом С, сочетанное употребление алкоголя и других психоактивных веществ, отсутствие у больных желания участвовать в обследовании.

Выявлено, что преобладающее число больных характеризуют средний и высокий уровень образования, достаточная социальная и профессиональная сохранность. В клинике болезни доминирует выраженная высокая толерантность к алкоголю с преимущественным сроком запоев 3-4 дня. Средняя суточная доза употребляемого алкоголя в пересчете на водку находилась в пределах от 300 до 700 мл. Преимущественным напитком являлась водка. Около половины не признали болезненного характера своей зависимости, тем не менее, большинство больных оценили катастрофичность своего положения и самостоятельно, а иногда при содействии родственников, друзей или в силу сложившихся семейных или служебных обстоятельств обратились за медицинской помощью. Все пациенты за медицинской помощью по поводу алкоголизма обратились впервые.

## **Методы исследования**

Для оценки мотивации к лечению использовалась «Шкала оценки изменений Университета Род-Айленд», которая представляет собой авторизованный и адаптированный профессором В.М. Ялтонским перевод на русский язык варианта методики «University of Rhode Island Change Assessment Scale» (URICA) E.N. McConaughy, J.O. Prochaska и W.F. Velicer (1983) [6, 9]. Методика позволяет оценить уровень готовности изменения поведения или уровень готовности к лечению. Обработка результатов тестирования производится при помощи специальных ключей, позволяющих оценить четыре субшкалы в баллах. По соответствующей формуле расчи-

тывается уровень готовности или стадия изменения зависимого поведения по модели Дж.О. Прохазки и К.К. ДиКлементе [7].

Отсутствие готовности, или стадия предшествующая появлению регулярных размышлений о необходимости изменить зависимое от алкоголя поведения определяется при общей готовности менее 8 баллов (уровень мотивации – негативная мотивация). Незначительная готовность, или стадия размышления о необходимости изменения зависимого от алкоголя поведения, определяется при общей готовности от 8 до 11 баллов (уровень мотивации – неустойчивая мотивация). Достаточная готовность, или стадия действий, отражает предпринимаемые больным конкретные действия, связанные с изменением зависимого от алкоголя поведения определяется при общей готовности 11-14 баллов (уровень мотивации – позитивный). Готовность более 14 баллов определяется как не прекращающиеся постоянные действия или усилия для решения данной проблемы (уровень мотивации – очень высокий).

Для оценки ценностно-смысловых, когнитивных и поведенческих компонентов мотивации к лечению были использованы психодиагностические методики: опросник «Самоэффективности воздержания от употребления алкоголя в ближайшем будущем» и «Шкала готовности к изменению и стремления к лечению».

Опросник «Самоэффективности воздержания от употребления алкоголя в ближайшем будущем», который представляет собой авторизованный и адаптированный на русский язык профессором В.М. Ялтонским вариант методики «End of treatment self-efficacy coping» R. Goldbeck, P. Myatt и T. Aitchison (1997) [6, 8]. Методика позволяет определить «цели лечения», а также компоненты самоэффективности воздержания от употребления алкоголя в ближайшем будущем: «желание воздержания», «необходимость воздержания», «трудность воздержания», «желание помощи от других при воздержании», «понимание риска рецидива».

«Цель лечения» определяется выбором испытуемых из 4 предлагаемых вариантов, а компоненты самоэффективности воздержания от употребления алкоголя в ближайшем будущем определяются ответом испытуемого на утверждения, каждое из которых сформулировано с раздваивающимся окончанием: два противоположных варианта окончания задают полюса оценочной шкалы, между которыми возможны семь градаций предпочтения.

«Шкала готовности к изменению и стремления к лечению» позволяет оценить уровень признания болезни, уровень двойственного отношения к

болезни и настойчивость в достижении цели лечения, заключающейся в полном отказе от употребления алкоголя. Методика включает 19 утверждений, на которые испытуемый дает согласие разной степени выраженности – от полного несогласия до полного согласия (от 1 до 5). Обработка результатов тестирования производится при помощи специальных ключей, позволяющих подсчитать баллы по соответствующим шкалам определенным образом.

Математико-статистическая обработка данных исследования осуществлена с помощью модулей «Анализ данных» и «Мастер диаграмм» табличного редактора Excel, а также процедур модуля Basic Statistics / Tables (Базовые статистики и таблицы): описательная статистика, частотные таблицы и таблицы сопряженности пакета программ по статистической обработке данных Statistica for Windows [3].

### **Уровни мотивации на лечение у больных алкоголизмом**

В ходе исследования было определено 3 уровня мотивации к лечению, каждый из которых был рассчитан по соответствующим шкалам методики Университета Род-Айленда (URICA). Авторская методика включает 32 утверждения, на которые испытуемый дает согласие разной степени выраженности – от полного несогласия до полного согласия (от 1 до 5 баллов). Ответы группируются в четыре субшкалы, определяющие стадию изменения зависимого поведения по модели Дж.О. Прохазки и К.К. Дик-лементе.

1) стадию предшествующую появлению регулярных размышлений о необходимости изменить зависимое от алкоголя поведения (компонент «Предварительные размышления»);

2) стадию размышления о необходимости изменения зависимого от алкоголя поведения (компонент «Размышления»);

3) стадию действий, отражающую предпринимаемые больным конкретные действия, связанные с изменением зависимого от алкоголя поведения (компонент «Действия»).

4) стадию сопровождающих действий, то есть неоднократно принимаемые конкретные действия (компонент «Сопровождающие действия»).

По соответствующей формуле были рассчитаны уровни мотивации или готовность на лечение: уровень негативной мотивации (готовность на уровне до 8 баллов), уровень неустойчивой мотивации на лечение (готовность на уровне от 8 до 11 баллов) и уровень позитивной мотивации на ле-

чение (готовность на уровне от 11 до 14 баллов). Готовность к лечению выше 14 баллов у наших больных не выявлена ни у кого.

При негативном уровне мотивации над желанием лечиться преобладает мотивация на продолжение употребление алкоголя, при этом лечение, как правило, мотивировано внешними причинами и угрозой от родственников.

При неустойчивом уровне мотивации желание лечиться выражено в той же мере, что и мотивация на продолжение употребление алкоголя, а лечение мотивировано как внешними, так и внутренними причинами.

При позитивном уровне мотивация на лечение желание лечиться преобладает над мотивацией на продолжение употребление алкоголя. В этом случае лечение мотивировано в большей мере внутренними причинами, чем внешними [2, 4, 6, 7, 12].

Результаты исследования компонентов мотивации на лечение при разных уровнях готовности к лечению представлены в табл.1, из которых следует, что у 16 (10,7 %) больных алкоголизмом, впервые обратившимся в МИРВЧ для лечения методом ДОПЦЗ, на этом этапе исследования был определен негативный уровень мотивации на лечение, у 99 (66,0 %) был определен уровень неустойчивой мотивации на лечение и у 35 (23,3 %) – позитивный уровень мотивации на лечение.

Таблица 1

Компоненты мотивации при разных уровнях готовности к лечению,  
Т-баллы

Компонент мотивации Т-баллы	Позитивный (n=16)	Неустойчивый (n=99)	Негативный (n=35)
Предварительные размышления	50,0±2,4	60,5±1,8	72,2±4,5
Размышления	54,6 ± 2,1	42,4±1,5	31,9±6,4
Действия	61,3 ± 2,9	51,3±1,8	43,1±5,3
Средний уровень готовности к лечению (балл)	12,1 ± 0,1	9,8 ± 0,1	6,6 ± 0,8

Компонент «Предварительные размышления» статистически Достоверно ( $p < 0,05$ ) наиболее выражен в группе с уровнем негативной мотивации на лечение –  $72,2 \pm 4,5$  Т-балла, в группе с уровнем неустойчивой мотивации на лечение –  $60,5 \pm 1,8$  Т-балла, и наименее выражен в группе с уровнем позитивной мотивации на лечение –  $50,0 \pm 2,4$  Т-балла.



Компонент «Размышления» наименее выражен в группе с уровнем негативной мотивации на лечение –  $31,9 \pm 6,4$  Т-балла, наиболее – в группе с уровнем позитивной мотивации на лечение –  $54,6 \pm 2,2$  Т-балла.

Компонент «Действия» наименее выражен в группе с уровнем негативной мотивации на лечение –  $43,1 \pm 5,2$  Т-балла. В группе с уровнем неустойчивой мотивации на лечение он составляет  $51,3 \pm 1,8$  Т-балла, а наиболее выражен в группе с уровнем позитивной мотивации на лечение –  $61,3 \pm 2,9$  Т-балла ( $p < 0,05$ ).

Для пациентов с негативным уровнем мотивации характерным является практически двух кратное ( $p < 0,001$ ) преобладание компонента «Предварительные размышления» ( $72,2 \pm 4,5$  Т-баллов) над компонентом «Размышления» ( $31,9 \pm 6,4$  Т-баллов). Компонент «Действия», занимая некоторое промежуточное значение равное  $43,1 \pm 5,2$  Т-баллов, достоверно уступает аналогичному компоненту при других уровнях мотивации ( $p < 0,05$ ).

У больных с неустойчивым уровнем мотивации значение компонента «Предварительные размышления» снизился по сравнению с больными с негативной мотивацией и составил  $60,5 \pm 1,8$  Т-балла. При этом он сохранил более высокое значение по сравнению с компонентами «Размышления» ( $42,4 \pm 1,5$  Т-балла) и «Действия» ( $51,3 \pm 1,8$  Т-балла). Но различия оказались не столь выражены как у больных с негативной мотивацией.

У больных следующей группы, с уровнем позитивной мотивации на лечение, в поведении доминировал компонент «Действия» ( $61,3 \pm 2,9$  Т-балла), достоверно ( $p < 0,05$ ) увеличившись и по сравнению с другими группами (табл. 1). Компоненты «Размышления» и «Предварительные размышления» выражены значительно ( $p < 0,05$ ) меньше ( $54,6 \pm 2,1$  и  $50,0 \pm 2,4$  Т-баллов – соответственно).

При уровне негативной мотивации на лечение доминирующий компонент «Предваряющие размышления об изменении зависимого поведения» характеризовался тем, что больные не признавали существование для них проблемы алкоголизации или не были обеспокоены ею. Окружающие, видя проблемное поведение, пытались обратить внимание их на наличие проблемы, но те практически не реагировали на это. Они считали, что убедительных причин для изменения зависимого от алкоголя поведения у них нет.

Переход на неустойчивую мотивацию с предыдущей стадии был связан скорее с получением своевременной и лично значимой для больной информации. На этой стадии больные начинают задумываться об измене-

нии поведения, связанного со злоупотреблением алкоголем, – сопоставлять, «взвешивать на весах» доводы за и против продолжения злоупотребления. «Весы» качаются то в одну сторону, то в другую, сомнения в правильности выбора и стремление начать пить «как все», контролировать прием алкоголя, а не прекращать это делать полностью, одолевают больных. Они начинают искать помощь в решении проблемы, которую не могут решить сами, которую еще только начинают признавать.

При уровне позитивной мотивации на лечение больные становятся готовыми к изменению зависимого от алкоголя поведения, и настроены на достижение реальной цели. Они начинают распознавать пусковые факторы, приводящие к рецидиву зависимого поведения, учатся работать с негативными эмоциями, записываются на саморегуляцию. На этой стадии больные пытаются активно сопротивляться давлению со стороны окружающих, вовлекающих их снова в употребление алкоголя [2]. Они отмечают, что верят в повышение качества жизни, позитивно относятся к духовным знаниям и посещению Церкви. Больные считают, что у них может появиться свободное время, и сознаются, что не имели навыков проведения свободного времени без употребления алкоголя. Также они думают, что новые виды деятельности, не связанные с употреблением алкоголя, в том числе посещение Храма, создадут для них новую социально – поддерживающую сеть из числа людей, не употребляющих алкоголь. Некоторые считают, что нужно включиться в работу сообщества «Анонимных Алкоголиков» или приходить в МИРВЧ для дальнейшего сопровождения результатов лечения при помощи психотерапии или психокоррекции [1].

Таким образом, с ростом воздействия окружающей действительности происходит динамика формирования внутренней картины болезни, реализующейся в создании разного уровня мотивации на лечение: от негативного к неустойчивому, а в дальнейшем и к позитивному.

***Ценностно-смысловые предикторы мотивации на лечение у больных алкоголизмом, обратившимся в МИРВЧ***, оценивались при помощи опросника «Самоэффективности воздержания от употребления алкоголя в ближайшем будущем», который представляет собой адаптированный В.М. Ялтонским (2009) вариант методики R. Goldbeck, P. Myatt и T. Aitchison «End of treatment self-efficacy coping» (1997) [6, 8].

Варианты целеполагания на лечение у всех опрошенных больных алкоголизмом представлены в табл. 2. 41,1 % мужчин обратились за помощью с целью временного отказа от употребления алкоголя, 32,5 % – пол-

ного отказа от приема алкоголя и около четверти (25,2 %) пациентов обратились в МИРВЧ без определенной цели – исключительно по настоянию родственников. Из числа женщин на первом месте оказались те из них, которые имели целью полный отказ от приема алкоголя – 45,7 %. Для 34,3 % женщин визит в институт был обозначен как «без определенной цели» и для 14,3 % целью визита стал временный отказ от употребления алкоголя. С целью обеспечения «контроля над дозой и частотой употребления алкоголя» обратились 5,7 % женщин и 1,3 % мужчин.

Таблица 2

Распределение пациентов в зависимости от целей посещения врача

Пол		Без определенной цели	Контроль над дозой и частотой употребления алкоголя	Временный отказ от употребления алкоголя	Полный отказ от приема алкоголя	Всего
Мужчины	абс.	38	2	62	49	151
	%	25,2 %	1,3 %	41,1 %	32,5 %	81,2 %
Женщины	абс.	12	2	5	16	35
	%	34,3 %	5,7 %	14,3 %	45,7 %	18,8 %
Все	абс.	50	4	67	65	186
	%	26,9 %	2,2 %	36,0 %	34,9 %	100 %

Таким образом, 34,9 % всех опрошенных пациентов обратились за медицинской помощью с целью полного отказа от приема алкоголя, 36,0 % – с целью временного отказа от употребления алкоголя и около трети (26,9 %) – посещали врача без определенной цели.

Структура вариантов ответов в зависимости от определенной пациентами «цели лечения» в мотивационных группах представлена на рис. 1. Установлено, что с усилением мотивации на лечение существенно ( $p < 0,05$ ) снижается доля пациентов, посетивших лечебное учреждение без определенной цели соответственно с 16,7 %, 1,9 % и до 2,4 %, а также имеющих целью выработать контроль над дозой и частотой употребления алкоголя с 33,3 %, 9,3 % и до 2,4 %.

В группах пациентов с негативной и неустойчивой мотивацией преобладали лица, целью лечения которых был временный отказ от употребления алкоголя (50,0 % и 55,6 %), тогда как в группе с позитивным уровнем мотивации таких пациентов оказалось лишь 23,8 %.

В группе с позитивным уровнем мотивации доминировали пациенты с наиболее серьезными целями, а именно, полностью отказаться от приема алкоголя (71,4 %). В группе с неустойчивой мотивацией эти пациенты составили 33,3 %, в группе с негативной мотивацией таких лиц не было.

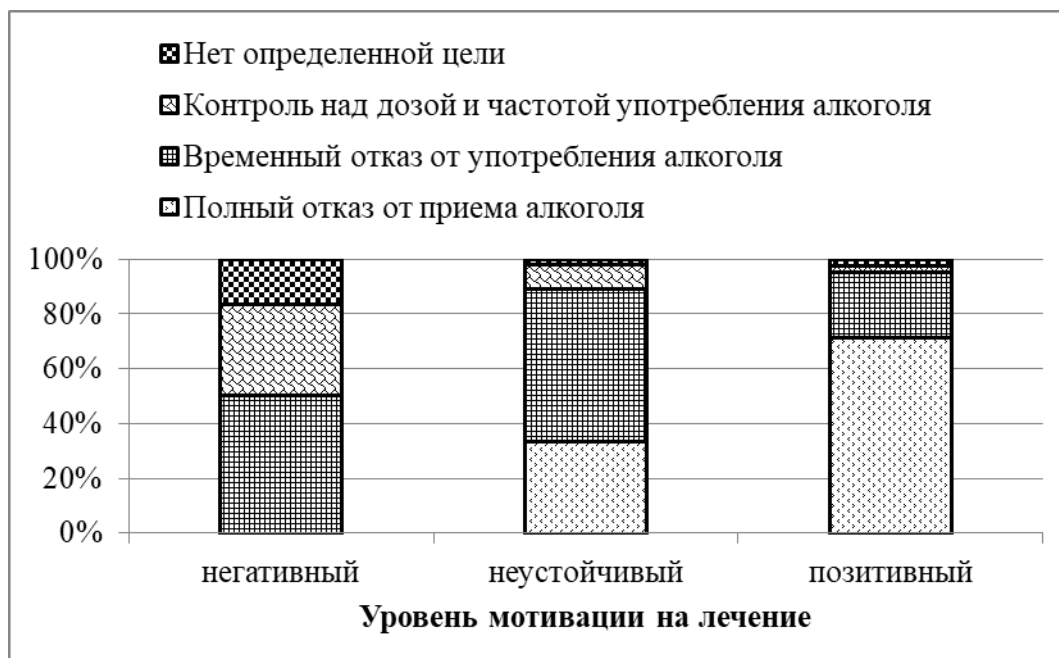


Рис. 1. Структура целей лечения при различных уровнях мотивации на лечение

Таким образом, лечебные цели, которые для себя определили пациенты, достоверно связаны с уровнем мотивации на лечение или, другими словами, об уровне мотивации на лечение можно судить по тем целям, которые сформулировал для себя пациент. Чем серьезнее цель лечения больного, тем выше его мотивационный потенциал.

**Когнитивные предикторы мотивации на лечение у больных, зависящих от алкоголя.** К когнитивным предикторам мотивации на лечение относятся шкалы «Признание болезни» и «Амбитенденто-амбивалентное (или двойственное) отношение к болезни» теста SOCRATES [10], а также эффективность воздержания от употребления алкоголя по тому же опроснику оценки «Самоеффективности воздержания от употребления алкоголя в ближайшем будущем».

Опросник позволяет определить компоненты воздержания от употребления алкоголя в ближайшем будущем: «Желание воздержания», «Необходимость воздержания», «Трудность воздержания», «Желание помощи

от других при воздержании», «Понимание риска рецидива» путем ответа пациента на утверждения, каждое из которых сформулировано с раздваивающимся окончанием. Два противоположных варианта окончания задают полюса оценочной шкалы, между которыми возможны 7 градаций предпочтения.

Методика по тесту SOCRATES включает 19 утверждений, на которые испытуемый дает согласие разной степени выраженности – от полного несогласия до полного согласия (от 1 до 5). Обработка результатов тестирования производится при помощи специальных ключей, позволяющих подсчитать баллы по соответствующим шкалам. С помощью этой методики обследовано 135 человек (мужчин – 109, женщин – 26).

Высокий балл по шкале «Признание болезни» теста SOCRATES означает, что пациент осведомлен о своих проблемах, связанных с употреблением алкоголя, стремится к переменам и считает, что все проблемы будут продолжаться, если он сам не изменится.

Низкие баллы по этой шкале означают, что больные не сомневаются в том, что с ними происходит: они уверены, что пить умеют и нет никаких проблем с употреблением алкоголя или что они алкоголики и обязательно нужно лечиться.

Высокий балл по шкале «Двойственное отношение к болезни» теста SOCRATES отражает двойственность или неуверенность больных в своем состоянии: мысли о возможности контролирования выпивки чередуются с мыслями, что они пьют слишком много, чем наносят ущерб себе и другим людям.

Низкие баллы по этой шкале означают, что больные не сомневаются в том, что с ними происходит. Они или уверены, что пить умеют, и нет никаких проблем с употреблением алкоголя или, что они алкоголики и обязательно нужно лечиться.

Результаты исследования по шкалам «Признания болезни» и «Двойственное отношение к болезни» теста SOCRATES представлены в табл. 3 и 4.

Распределения мужчин и женщин по уровню признания болезни статистически однородные ( $\chi^2 = 1,17$ ,  $p > 0,05$ ) табл. 3. Тем не менее, обращает на себя внимание, что у мужчин по сравнению с женщинами преобладали пациенты с низким и высоким уровнем признания болезни. Доля женщин со средним уровнем этого показателя превосходит долю мужчин с этим уровнем почти на четверть – 42,3 % и 29,4 % соответственно. Среди мужчин преобладали пациенты с низким уровнем признания болезни (43,1 %), среди женщин – со средним уровнем (42,3 %).

Таблица 3

Распределение больных алкоголизмом по уровню шкалы  
«Признание болезни» в децилях

Пол		«Признание болезни»			Итого
		низкий уровень до 40 дец.	средний уровень от 40 до 60 дец.	высокий уровень более 60 дец.	
Мужчины	абс.	47	32	30	109
	%	43,1 %	29,4 %	27,5 %	80,7 %
Женщины	абс.	10	11	5	26
	%	38,5 %	42,3 %	19,2 %	19,3 %
Всего	абс.	57	43	35	135
	%	42,2 %	31,8 %	25,9 %	100 %

Данные, представленные в табл. 4 и демонстрирующие «Двойственное отношение к болезни», показывают отсутствие статистической связи гендерного распределения пациентов по уровням «Двойственного отношения к болезни» ( $\chi^2 = 0,44$ ,  $p > 0,05$ ). Однако следует отметить очевидную тенденцию увеличения доли пациентов, как мужчин, так и женщин с более высоким уровнем «Двойственного отношения к болезни». Высокий уровень продемонстрировали более половины обследованных пациентов, а именно 50,5 % мужчин и 57,7 % женщин.

Таблица 4

Распределение больных алкоголизмом по уровню шкалы  
«Двойственное отношение к болезни» в децилях

Пол		«Двойственное отношение к болезни»			Итого
		низкий уровень до 40 дец.	средний уровень от 40 до 60 дец.	высокий уровень более 60 дец.	
Мужчины	абс.	10	44	55	109
	%	9,2 %	40,4 %	50,5 %	80,7 %
Женщины	абс.	2	9	15	26
	%	7,7 %	34,6 %	57,7 %	19,3 %
Всего	абс.	12	53	70	135
	%	8,9 %	39,3 %	51,8 %	100 %

Таким образом, 25,9 % респондентов ответили на вопросы теста SOCRATES в пользу высокого уровня «Признания болезни» и 42,2 % – в пользу низкого уровня «Признания болезни». В ответах на тест SOCRATES

TES по шкале «Двойственное отношение к болезни» более половины респондентов оказались с высоким уровнем определения и 8,9 % с низким уровнем определения.

Результаты исследования по шкалам теста SOCRATES «Признание болезни» и «Двойственное отношение к болезни» в группах пациентов с разной мотивацией на лечение представлены на рис. 2, из которого следует, что происходит устойчивый статистически значимый ( $p < 0,01$ ) рост манифестации осознанного отношения к болезни с ростом уровня мотивации к лечению, проявляющихся по шкале «Признание болезни». Этот показатель в группе лиц с негативной мотивацией на лечение составил ( $25,0 \pm 5,7$ ) дециля, в группе с неустойчивой мотивацией – ( $39,2 \pm 2,2$ ) дециля, в группе с позитивной мотивацией на лечение – ( $57,3 \pm 2,5$ ) дециля. Аналогичная динамика отмечается и в оценках по шкале «Двойственное отношение к болезни»: показатель в группе с негативной мотивацией на лечение составил  $47,5 \pm 4,1$  дециля, в группе с неустойчивой –  $62,7 \pm 2,3$  дециля и в группе с позитивной мотивацией на лечение –  $75,8 \pm 3,5$  дециля.

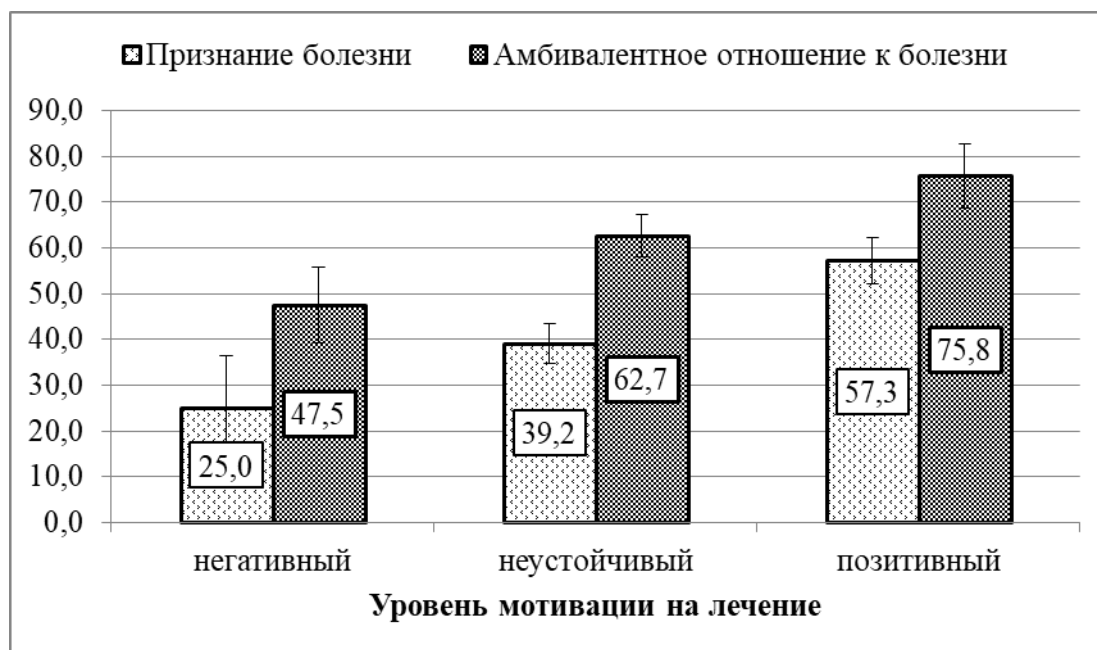


Рис. 2. Характеристика когнитивных предикторов мотивации на лечение

Характеристика пациентов всей выборки по опроснику «Самоэффективности воздержания от употребления алкоголя в ближайшие 3 месяца после лечения» составляет оценка в средних баллах (из 7 возможных) компонентов, содержащихся в этом тесте:

- сильная ( $5,3 \pm 0,2$  баллов) «Потребность воздерживаться от употребления алкоголя»;
- сильная ( $5,9 \pm 0,1$  баллов) «Уверенность сейчас, что смогут воздерживаться от употребления алкоголя»;
- низкая ( $3,4 \pm 0,2$  балла) «Трудность воздерживаться от употребления алкоголя» – то есть больные не считают, что будет трудно воздержаться от алкоголя;
- низкая ( $3,5 \pm 0,2$  балла) «Помощь от других людей, чтобы продолжать воздерживаться от употребления алкоголя» – то есть больные в основном считают, что сумеют воздержаться без помощи со стороны;
- немногим выше среднего ( $4,8 \pm 0,2$  баллов) оценивается понимание риска рецидива, как «уверенность сейчас, что, употребив через 3 месяца после лечения алкоголь 1-2 раза возможно будет это употребление прекратить в дальнейшем» – то есть больные не очень уверены или скорей не уверены как сложится ситуация через 3 месяца.

Содержание показателей «Самозффективности воздержания от употребления алкоголя в ближайшем будущем» в группах больных с различным уровнем мотивации на лечение приведено в табл. 5.

Таблица 5

Показатели «Самозффективности воздержания от употребления алкоголя в ближайшем будущем» в группах больных с разным уровнем мотивации на лечении, балл ( $M \pm m$ )

Показатель воздержания	Уровень мотивации на лечение		
	негативный	неустойчивый	позитивный
Желание воздержания	$4,2 \pm 0,7$	$5,2 \pm 0,2$	$6,3 \pm 0,2$
Необходимость воздержания	$5,5 \pm 0,6$	$5,9 \pm 0,2$	$6,0 \pm 0,3$
Трудность воздержания	$2,8 \pm 0,5$	$3,4 \pm 0,2$	$3,8 \pm 0,5$
Желание помощи от других при воздержании	$3,4 \pm 0,7$	$3,4 \pm 0,3$	$4,0 \pm 0,5$
Понимание риска рецидива	$4,6 \pm 0,8$	$4,8 \pm 0,3$	$5,0 \pm 0,5$

Практически все показатели продемонстрировали более или менее устойчивый тренд к увеличению средних значений, от групп с негативным уровнем к группам с позитивным уровнем мотивации на лечение (рис. 5).

Наиболее выраженный положительный тренд продемонстрировал показатель «Желание воздержания» – от  $4,2 \pm 0,7$  в группе с негативной мотивацией до  $5,2 \pm 0,2$  в группе с неустойчивой мотивацией и до  $6,3 \pm 0,2$  балла. Низкая выраженность тренда оказалась у показателей «Необходи-



мость воздержания» и «Желание помощи от других при воздержании», динамика изменений которых составила 0,5 и 0,6 балла соответственно. Минимальный тренд оказался у показателя «Понимание риска рецидива»:  $4,6 \pm 0,8$  балла в группе с негативным уровнем,  $4,8 \pm 0,3$  – в группе с неустойчивым уровнем и  $5,0 \pm 0,5$  в группе позитивной мотивации на лечение.

***Поведенческие предикторы мотивации на лечение у больных, зависящих от алкоголя, с разным уровнем мотивации на лечение.*** К поведенческим предикторам мотивации на лечение относится конкретная работа над проблемой решения алкоголизации, связанная с полным отказом от употребления алкоголя – то есть настойчивость в достижении цели лечения. Этот показатель оценивался по третьей шкале теста SOCRATES – шкала «Выраженность активности» [6, 10].

Высокие баллы по этой шкале показывают, что пациентами уже предпринимаются шаги к решению проблемы с их питьем, и, возможно, даже достигнут некоторый успех в этом отношении. Изменение становится очевидным, и они стремятся к сохранению выработанного статуса и стремления к трезвости. Повторимся, что высокий балл по этой шкале указывает на возможный успех в решении проблемы. В нашей выборке таких больных 24 %.

Низкие баллы демонстрируют недостаточные действия и стремления к изменению их алкогольных привычек. Они пока не достигли определенного прогресса в этом направлении. 33 % респондентов вошли в эту группу.

43 % остальных респондентов составили группу со средним уровнем выраженности активности.

Распределение мужчин и женщин по группам «Выраженности активности» (табл. 6) демонстрирует однородность ( $p > 0,05$ ). Чаще всего встречались пациенты со средним уровнем активности – 44,0 % мужчин и 42,3 % женщин. С низким уровнем несколько чаще встречались мужчины, а с высоким уровнем – женщины.

Распределение пациентов с различным уровнем мотивации на лечение по степени «Выраженности активности» представлено на рис. 3. С ростом уровня мотивации доля пациентов, у которых определена низкая «Выраженность активности» (до 40 децилей), достоверно снижается от 57,1 % до 29,0 %. В то же время с ростом уровня мотивации существенно увеличивается доля пациентов, имевших высокий уровень «Выраженности активности» (более 60 децилей) – от 7,1 % до 38,7 %.

Таблица 6

Распределение пациентов по уровню «Выраженности активности»  
в соответствии со шкалой SOCRATES

Пол		Выраженность активности			
		низкий уровень до 40 децилей	средний уро- вень от 40 до 60 децилей	высокий уровень более 60 деци- лей	Итого
Мужчины	абс.	38	48	23	109
	%	34,9 %	44,0 %	21,1 %	80,7 %
Женщины	абс.	6	11	9	26
	%	23,1 %	42,3 %	34,6 %	19,3 %
Всего	абс.	44	59	32	135
	%	32,6 %	43,7 %	23,7 %	100 %

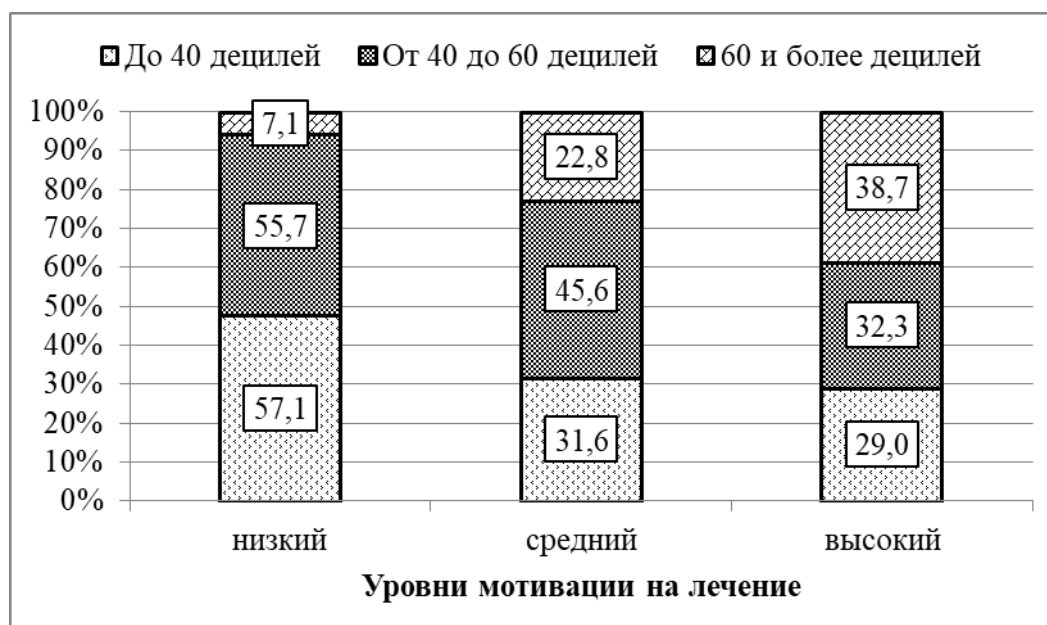


Рис. 3. Распределение пациентов с различным уровнем мотивации на лечение по степени «выраженности активности» ( $p < 0,01$ )

Существенным фактом является то, что в группе со средним уровнем мотивации доминировали пациенты со средним значением децильной оценки «выраженности активности» равной 45,6 %.

### Выводы

1. Мотивация на лечение у больных алкоголизмом имеет достаточно сложную структуру, которую можно представить на трех уровнях: негативный (11 % больных), неустойчивый (66 %) и позитивный (23 %). Нега-

тивный уровень характеризуется нежеланием лечиться, порывами продолжить контролируемое употребление алкоголя в будущем, внешней регуляцией поведения, пассивностью в процессе лечения и непониманием риска рецидивов. Неустойчивый уровень характеризуется сочетанием противоречивых мотивов по отношению к употреблению алкоголя, своеобразной интерпретацией норм общества, осуждающих злоупотребление алкоголем, но поддерживающих контролируемое употребление алкоголя. Позитивный уровень отличается наличием положительных установок на лечение, снижением доли внешнего регулирования поведения, возрастанием роли личности пациента в процессе лечения и самостоятельном выборе своего поведения.

2. Основной ценностно-смысловой предиктор «лечебные цели» достоверно связан с уровнем мотивации на лечение. В группах пациентов с негативной и неустойчивой мотивацией преобладали лица, целью лечения которых был временный отказ от употребления алкоголя (50,0 % и 55,6 %), а в группе с позитивным уровнем мотивации доминировали пациенты с желанием полностью отказаться от приема алкоголя (71,4 %).

3. Когнитивные предикторы по двум шкалам теста SOCRATES «Признания болезни» и «Двойственное отношение к болезни» в группах пациентов с разной мотивацией на лечение продемонстрировали устойчивый статистически значимый рост их манифестации. Показатель «Признание болезни» в группе лиц с негативной мотивацией на лечение составил  $(25,0 \pm 5,7)$  дециля, в группе с неустойчивой мотивацией –  $(39,2 \pm 2,2)$  дециля, в группе с позитивной мотивацией на лечение –  $(57,3 \pm 2,5)$  дециля. По шкале «Двойственное отношение к болезни»: показатель в группе с негативной мотивацией на лечение составил  $47,5 \pm 4,1$  дециля, в группе с неустойчивой –  $62,7 \pm 2,3$  дециля и в группе с позитивной мотивацией на лечение –  $75,8 \pm 3,5$  дециля.

4. Когнитивные предикторы: «Потребность воздерживаться от употребления алкоголя», «Уверенность сейчас, что смогут воздерживаться от употребления алкоголя», «Трудность воздерживаться от употребления алкоголя», «Помощь от других людей, чтобы продолжать воздерживаться от употребления алкоголя» и понимание риска рецидива определялись по опроснику «Самоеффективности воздержания от употребления алкоголя в ближайшем будущем». В группах больных с различным уровнем мотивации на лечение эти предикторы продемонстрировали более или менее ус-

тойчивый тренд к увеличению средних значений, от групп с негативным уровнем к группам с позитивным уровнем мотивации на лечение.

5. Поведенческий предиктор мотивации на лечение, выявленный по третьей шкале теста SOCRATES – шкала «Выраженность активности», показал, что с повышением уровня мотивации достоверно повышается и уровень «Выраженность активности» (от  $32,1 \pm 5,4$  дециля при низком уровне мотивации до  $55,2 \pm 4,8$  дециля при высоком уровне мотивации).

### Литература

1. Григорьев Г.И. Грех как аддиктивное поведение: богословские основания и медико-психологический опыт исследования: монография. – СПб., 2014. – 472 с.

2. Колпаков Я.В., Ялтонский В.М. Когнитивные и поведенческие предикторы мотивации на лечение у женщин, зависимых от алкоголя // Вестн. моск. ун-та. сер. 14. Психология. 2009. – № 4. – С. 44–54.

3. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – СПб.: Оверлайд, 1994. – 300 с.

4. Осин О.Н. Чувство связности как показатель психологического здоровья и его диагностика // Психол. диагностика. – 2007. – №3. – С. 22–40.

5. Юнкеров В.И., Григорьев С.Г., Резванцев М.В. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований. – СПб.: ВМедА, 2011. – 318 с.

6. Ялтонский В.М. Теоретическая модель мотивации к лечению зависимости от психоактивных веществ // Вопр. наркологии. – 2009. – № 6. – С. 68–76.

7. DiClemente C.C. Changing addictive behaviors: a process perspective // Psychiatr. Serv. – 1999. – Vol. 50, N 11. – P. 1427–1434.

8. Goldbeck R., Myatt P., Aitchison T. End of treatment self-efficacy coping: a predictor of abstinence // Addiction. – 1997. – Vol. 92, N 3. – P. 313–324.

9. McConaughy E.N., Prochaska J.O., Velicer W.F. Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles // Psychotherapy: Theory, Research and Practice. – 1983. – N 20. – P. 368–375.

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

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

12. Prochaska J.O., DiClemente C.C. Stages of change in the modification of problem behaviors // Progress in Behavior Modification / Hersen M., Eisler R.M., Miller W.M. (eds). – Sycamore, PL, 1992. – P.184–214.

Поступила 01.03.2019

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

**Для цитирования.** Мизерене Р., Мильчакова В.А., Мизерас С., Григорьев С.Г., Григорьев Г.И. Уровни и структура мотивации на лечение у больных алкоголизмом, добровольно обратившихся за анонимной медико-психологической помощью // Вестн. психотерапии. – 2019. – № 69 (74). – С. 43–63.

---

**LEVELS AND PATTERNS OF MOTIVATION FOR TREATMENT  
IN ALCOHOLIC PATIENTS WHO VOLUNTARILY SOUGHT  
ANONYMOUS PSYCHO-MEDICAL ASSISTANCE**

**Miserene R.<sup>1</sup>, Milchakova V.A.<sup>2,3</sup>, Mizeras S.<sup>3</sup>,  
Grigoriev S.G.<sup>4</sup>, Grigoriev G.I.<sup>2,3</sup>**

<sup>1</sup> Psychotherapy office (Kyastuchio Str., 16, Kretinga, Republic Lithuania);

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

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

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

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

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

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

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

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

**Abstract.** The motivational characteristics were identified and evaluated in patients with alcoholism who volunteered for anonymous medical assistance at the International Institute of Human Potential Abilities. One hundred eighty six patients with alcohol addiction (F10.2 by ICD-10), were surveyed: 151 men and 35 women aged

41,2 ± 1,0 and 44,1 ± 2,3, respectively. Inclusion criteria: F10.1 and F10.3 by ICD-10, associated alcohol dependence with endogenous mental, affective premorbid disorders, HIV infection and / or viral hepatitis C, combined use of alcohol and other psychoactive substances, lack of desire in patients to participate in the survey. All patients sought medical help for alcoholism for the first time.

Treatment motivation was studied using the University of Rhode Island Change Assessment Scale. The value-semantic, cognitive and behavioral components of motivation for treatment were assessed using psychodiagnostic methods: Alcohol abstinence self-efficacy in the near future and Scale of readiness for change and desire for treatment.

It was found that the motivation for treatment in patients with alcoholism has a rather complex structure on three levels: negative (11 % of patients), unstable (66 %) and positive (23 %). The value-semantic predictor “therapeutic goals” is reliably associated with the level of motivation for treatment. In groups of patients with negative and unstable motivation, treatment objective of temporary abstinence prevailed (50,0 % and 55,6 %), and in the group with positive motivation, the desire to completely abandon alcohol intake dominated (71,4 %). Cognitive predictors on the two scales “Disease Recognition” and “Ambivalence towards the disease” in groups of patients with different motivation for treatment demonstrated a steady statistically significant increase in their manifestation with an increase in the level of motivation. In groups of patients with different levels of motivation for treatment, cognitive predictors showed a more or less steady trend towards an increase in mean values, from groups with a negative level to groups with a positive level of motivation for treatment.

The behavioral predictor of motivation for treatment showed that with an increase in the level of motivation, the level of activity increases significantly (from 32,1 ± 5,4 deciles with a low level of motivation to 55,2 ± 4,8 deciles with a high level of motivation).

**Keywords:** alcoholism, International Institute of Human Potential Abilities, anonymous treatment of alcoholism, treatment motivation, behavioral predictors of motivation.

### References

1. Grigor'ev G.I. Grekh kak addiktivnoe povedenie: bogoslovskie osnovaniya i mediko-psikhologicheskij opyt issledovaniya: monografiya [Sin as addictive behavior: theological foundations and medico-psychological experience of research]. Sankt-Peterburg. 2014. 472 p. (In Russ)
2. Kolpakov Ya.V., Yaltonskii V.M. Kognitivnye i povedencheskie prediktory motivatsii na lechenie u zhenshchin, zavisimykh ot alkogolya [Cognitive and behavioral predictors of motivation for treatment in women addicted to alcohol]. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14. Psikhologiya* [Moscow state university bulletin. Series 14: Psychology]. 2009. N 4. Pp. 44–54. (In Russ.)
3. Mezhdunarodnaya klassifikatsiya boleznej (10-j peresmotr). Klassifikatsiya psikhicheskikh i povedencheskikh rasstrojstv. Klinicheskie opisaniya i ukazaniya po diagnostike [International Classification of Diseases (10th revision). Classification of

mental and behavioral disorders. Clinical descriptions and diagnostic instructions]. Sankt-Peterburg. 1994. 300 p. (In Russ.)

4. Osin O.N. Chuvstvo svyaznosti kak pokazatel' psikhologicheskogo zdorov'ya i ego diagnostika [The feeling of connectedness as an indicator of psychological health and its diagnosis]. *Psikhologicheskaya diagnostika* [Psychological diagnosis]. – 2007. N 3. P. 22–40. (In Russ.)

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

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

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

8. Goldbeck R., Myatt P., Aitchison T. End of treatment self-efficacy coping: a predictor of abstinence. *Addiction.* 1997. Vol. 92, N 3. P. 313–324.

9. McConaughy E.N., Prochaska J.O., Velicer W.F. Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice.* 1983. N 20. P. 368–375.

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

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

12. Prochaska J.O., DiClemente C.C. Stages of change in the modification of problem behaviors. *Progress in Behavior Modification.* Sycamore, PL, 1992. P.184–214.

Received 01.03.2019

**For citing.** Mizerene R., Mil'chakova V.A., Mizeras S., Grigor'ev S.G., Grigor'ev G.I. Urovni i struktura motivatsii na lechenie u bol'nykh alkogolizmom, dobrovol'no obrativshikhsya za anonimnoj mediko-psikhologicheskoy pomoshh'yu. *Vestnik psikhoterapii.* 2019. N 69. P. 43–63. (In Russ.)

Mizerene R., Mil'chakova V.A., Mizeras S., Grigoriev S.G., Grigoriev G.I. Levels and patterns of motivation for treatment in alcoholic patients who voluntarily sought anonymous psycho-medical assistance. *The Bulletin of Psychotherapy.* 2019. N 69. P. 43–63.

## **КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ КРУПНЫХ СУСТАВОВ**

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

В настоящем обзоре приведен анализ клинико-психологических факторов развития послеоперационных осложнений у пациентов при эндопротезировании крупных суставов. Показана роль аффективных и невротических расстройств в возникновении послеоперационных осложнений, выраженности боли, осложнении раны и степени удовлетворенности пациента результатом операции. Среди факторов риска, осложняющих послеоперационную реабилитацию, выделяются индивидуально-личностные особенности пациентов, дооперационная боль, функциональный статус, повышенный индекс массы тела и побочные эффекты применяемых при лечении препаратов. На степень удовлетворенности пациентов проведенной операцией оказывают влияние тревожные расстройства, послеоперационная боль, развивающаяся когнитивная дисфункция.

Ключевые слова: эндопротезирование крупных суставов, послеоперационные осложнения, клинико-психологические особенности пациентов, факторы риска, психологическое сопровождение пациентов

Остеоартроз является заболеванием костно-мышечной системы и частой причиной нетрудоспособности и инвалидности населения. Остеоартроз чаще поражает людей пожилого возраста, а его основными причинами выступают сниженная физическая активность и травматизм. Эндопротезирование крупных суставов является наиболее предпочтительным вариантом лечения остеоартрозов в тех случаях, когда консервативные методы не дают необходимого результата. Главными показаниями к эндопротезированию являются сильная боль, ограничивающая движения, и низкое качество жизни пациентов.

В настоящее время эндопротезирование успешно применяется в лечении тяжелого остеоартроза почти всех крупных суставов и не имеет воз-

---

Лазарева Елена Юрьевна – канд. психол. наук, доц. каф. соц. и клинич. психологии, Чувашский гос. ун-т им. И.Н. Ульянова (Россия, 428015, г. Чебоксары, Московский пр., д. 15), e-mail: elyu88@gmail.com;

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



растных ограничений. Большинство пациентов после операции сообщает об увеличении физической активности [32], улучшении функции сустава, уменьшении боли и улучшении качества сна [19], но в некоторых случаях пациенты сообщают о непроходящей боли, которая снижает функционирование оперированного сустава [21]. Пациенты после операции могут чувствовать неуверенность относительно допустимой физической нагрузки на сустав, что в некоторых случаях приводит к снижению двигательной активности, уменьшению нагрузки на сустав путем сокращения времени ходьбы и гимнастики [32].

При этом успешность и длительность послеоперационного процесса реабилитации пациентов во многом зависит от комплексного подхода к организации реабилитационных мероприятий, включающих физиотерапию, лечебную физкультуру и психологическое сопровождение, а также от эффективного решения проблем взаимодействия пациента и системы здравоохранения при организации восстановительной реабилитации после операции по эндопротезированию крупных суставов [4].

Изучение клинико-психологических факторов риска возникновения послеоперационных осложнений у пациентов позволит конкретизировать мишени психологического воздействия на каждом этапе лечения и реабилитации, а также разработать дифференцированные программы медико-психологического сопровождения пациентов после операции эндопротезирования крупных суставов.

Имеющиеся на сегодняшний день исследования свидетельствуют о том, что на результат проведенной операции оказывают влияние многочисленные факторы. Среди таких факторов исследователи чаще называют клинические, демографические, психофизические характеристики, психический статус пациентов и наличие психических расстройств в предоперационный период [8].

Ограничение физической активности в связи с заболеванием способствует изменению всего образа жизни пациента, возникновению тревожности, эмоциональной напряженности и стресса [1]. Пациенты, длительно ожидающие оперативного вмешательства, особенно остро ощущают ухудшение психического и физического состояния, теряют уверенность в возможности улучшения здоровья и повышения качества жизни [7], что может негативно сказываться на ожиданиях пациентов от операции. В свою очередь, более высокие начальные ожидания относительно операции у пациентов ассоциированы с большей вероятностью улучшения двигательной активности и качества жизни [21]. Уровень снижения качества

жизни и выраженность боли на данном этапе эндопротезирования могут быть клинически важными на постоперационном этапе [16].

Как показывают результаты исследования, проведенного учеными Великобритании, у большинства пациентов, ожидающих полную замену тазобедренного сустава, расстройства настроения и пограничные психические расстройства не связаны с предстоящей операцией [12] и чаще ассоциируются с соматическими симптомами заболевания.

Другое исследование, проведенное в США, показало, что психические расстройства и небольшое время после операции выступают сильными показателями наиболее низкого индекса остеоартрита. При наличии данных расстройств постоперационное улучшение состояния у тревожных пациентов обычно не достигает сопоставимых функциональных и психосоциологических результатов [28].

Приведенные данные научных исследований свидетельствуют, что у пациентов с остеоартрозом, ожидающих операцию полной замены тазобедренного сустава, достаточно часто выявляются те или иные психические расстройства, которые сопровождают соматические проявления заболевания и ухудшают функциональные и психосоциальные результаты операции.

Оперативное вмешательство для большинства пациентов является стрессовым событием, оказывающим негативное влияние на психологическое состояние, в связи с чем в предоперационный период большинство пациентов испытывает стресс, тревожность и депрессию [6]. Психологическое состояние пациентов в данный период в большей степени зависит от пола и возраста. Так, например, пожилые пациенты, которые чаще сталкиваются с трудностями в социальной адаптации, воспринимают фрустрирующие ситуации как неизбежные и склонны преуменьшать значимость фрустрирующей ситуации. Для женщин в большей степени характерен предоперационный страх [25], сниженный эмоциональный фон и частая неудовлетворенность жизненной ситуацией после операции [2].

Наиболее часто выявляемыми психическими расстройствами у пациентов с остеоартрозом, ожидающими операцию эндопротезирования суставов, являются глубокая депрессия, генерализованное тревожное расстройство и панические нарушения [33]. Обычно пациенты с данными дооперационными расстройствами и высокой соматизацией чувствуют себя хуже как до, так и после проведенной операции. При этом пациенты, которым было диагностировано по крайней мере одно психическое расстройство до операции, через год после операции показали более низкую, по

сравнению с пациентами без психопатологии, удовлетворенность операцией при той же самой степени улучшения функции сустава [17, 23, 34]. Установлено, что высокая тревожность у данных пациентов чаще ассоциируется с более низким болевым порогом [6], а высокие уровни тревоги и депрессии после операции увеличивают вероятность осложнений раны и продолжительность госпитализации [26, 32], в связи с чем пациенты с невротическими и аффективными расстройствами требуют большего количества ресурсов здравоохранения в послеоперационном восстановлении [20, 37].

Психические расстройства оказывают негативное влияние и на процесс послеоперационной реабилитации пациентов. На данном этапе невротические состояния различной степени выраженности проявляются болевыми ощущениями, тревогой, страхом смерти и эмоциональным напряжением [1, 5]. Представленные в исследованиях результаты показывают, что сопутствующее лечение психических расстройств является фактором риска для осложненного течения послеоперационного периода после артропластики независимо от типа лечения. Осложнения могут быть также вызваны побочными эффектами используемых для лечения фармпрепаратов [24].

Устойчивая тенденция к фрустрации, выявляемая у большинства пациентов, проходящих послеоперационную реабилитацию, свидетельствует о том, что при ухудшении состояния здоровья или в ситуации конфликтного взаимодействия возможно возникновение фрустрационных состояний различной степени выраженности [3].

Исследование отношения между индивидуальностью, функцией сустава и общим физическим и психическим здоровьем показало, что индивидуальность может играть определенную роль во взаимосвязи данных характеристик. Так, тип индивидуальности «нестабильный интроверт» связан с худшей дооперационной функцией сустава и здоровьем у больных с остеоартрозом. У больных с артрозом колена с типами индивидуальности «стабильный экстраверт» и «нестабильный интроверт» выявлено более низкое общее состояние здоровья [31].

В послеоперационный период у одних пациентов наблюдаются черты истероидности и гипомании. Они ждут от окружающих внимания, поддержки и сочувствия. Другие пациенты демонстрируют психастенические черты. Данные пациенты тревожны, подвержены фрустрационным реакциям, нерешительны, сдержанны и имеют низкую самооценку [2]. Такие черты личности в большинстве случаев провоцируют развитие и поддержи-

вают у пациентов негативные состояния, вызывая осложнения, удлиняющие процесс послеоперационной реабилитации, в связи с чем психологические реакции на проведенную операцию оказывают влияние на клиническую картину болезни [2, 6]. Несерьезное отношение к врачебным рекомендациям, чаще наблюдаемое у женщин, снижает эффективность восстановительного лечения [2]. Между тем выявление взаимосвязи черт личности с развитием послеоперационных осложнений показывает, что результат операции в большей степени зависит от дооперационной функции сустава и здоровья, чем от типа индивидуальности [31].

У большинства пациентов с остеоартритом колена после операции обнаруживается уменьшение боли, улучшение способности преодолевать подъем на ступеньку и снижение страха перед падением [38]. В свою очередь, психопатологические факторы, особенно катастрофизация боли, могут оказывать влияние на усиление послеоперационной боли [9]. Умеренными коррелятами к сильной боли после общей артропластики колена являются болезни сердца, депрессия и тревожность [36]. При этом положительные корреляционные связи между характеристиками боли, страхом движения и падения показывают, что контроль страха перед движением или падением оказывается потенциально полезным до и после операции для предотвращения тяжелого функционального ограничения при преодолении подъема на ступеньку [22, 38].

Другими факторами риска послеоперационных осложнений у пациентов исследователи называют дооперационную боль, функциональный статус, предшествующий травматический стресс, повышенный индекс массы тела.

Значительно худшие результаты психического и физического здоровья после операции были выявлены у группы пациентов, испытывавших боль в области поясницы до операции по полной артропластике колена, в результате чего дооперационная боль и функциональный статус могут являться факторами риска постоперационного успеха [10].

Пациенты, сообщающие о значительной силе предшествовавшего травматического стресса, спустя 1–3 месяца после операции испытывали меньшую боль и функциональные ограничения. При этом у данных пациентов через 3 месяца после операции также наблюдалась низкая вероятность развития посттравматического стресса [15].

Современные исследования дают противоречивую информацию о возможном влиянии повышенного индекса массы тела на возникновение послеоперационных осложнений и более длительный период восстановле-

ния после операции на колене [26]. Существуют исследования, которые подтверждают взаимосвязь увеличения индекса массы тела с менее успешными результатами операции и меньшей удовлетворенностью пациента операцией.

Еще одним послеоперационным осложнением является когнитивная дисфункция, которая чаще развивается у пожилых пациентов после операции и спустя несколько месяцев после нее. Снижение когнитивных способностей происходит у 5 % госпитализированных пациентов старшего возраста [34].

Внутрибольничные вмешательства, такие как познавательно стимулирующие действия, могли бы бороться со снижением когнитивных способностей [13]. Пациенты с когнитивным нарушением до операции и год спустя показывают более высокие уровни беспокойства и депрессии. При этом когнитивное нарушение оказывает влияние на степень удовлетворенности пациента операцией [39], а улучшение качества жизни по параметру психического здоровья выявляется после операции у всех пациентов с любой степенью когнитивного нарушения [23, 14].

В литературе приводятся противоречивые данные по числу случаев развития послеоперационного бреда после операций на крупных суставах [35] и роли когнитивной дисфункции в ухудшении результатов операций у пожилых пациентов [23, 30]. Тем не менее указывается, что развивающийся после полной артропластики колена бред задерживает послеоперационную способность пациента передвигаться и увеличивает время его пребывания в больнице, что сопряжено с функциональными и социально-экономическими потерями [40].

Какой вклад вносит употребление пациентами химических веществ? В частности, отмечено, что у пациентов, злоупотребляющих психоактивными веществами, наблюдаются послеоперационные транзиторные психозы, плохое соблюдение режима и тенденция не выполнять медицинские предписания после операции, а также раннее прекращение наблюдения у врача, в связи с чем в данном случае хирургам необходимо работать совместно с другими медицинскими специалистами для эффективного выполнения операции по эндопротезированию сустава [41].

Таким образом, проведенный анализ клиничко-психологических факторов риска возникновения послеоперационных осложнений эндопротезирования крупных суставов показал отчетливую взаимосвязь наличия аффективных и невротических расстройств с возникновением послеоперационных осложнений и негативных состояний, проявляющихся низкой удов-

летворенностью операцией, более выраженными болевыми ощущениями и осложнениями раны. Дополнительными факторами риска являются индивидуально-личностные особенности больных, провоцирующие и поддерживающие негативные эмоциональные состояния и несерьезное отношение к лечебным рекомендациям. Существенными факторами риска также выступают: наличие дооперационной боли, функциональный статус и повышенный индекс массы тела, побочные эффекты применяемых при лечении фармпрепаратов.

На удовлетворенность результатом проведенной операции оказывает влияние развитие когнитивной дисфункции, которая, в свою очередь, может являться одним из послеоперационных осложнений. Злоупотребление психоактивными веществами может сопровождаться послеоперационными транзиторными психозами, несоблюдением режима и низкой приверженностью к лечению.

Выделение описанных факторов риска не только яснее высвечивает проблемные места в организации медико-психологического сопровождения пациентов при эндопротезировании крупных суставов, но и позволяет определить конкретные мишени психологического воздействия. На наш взгляд, к таким психотерапевтическим мишеням можно прежде всего отнести существующие у пациента дооперационные и послеоперационные невротические и аффективные расстройства. Отдельно хотим выделить в качестве мишеней дисфункциональные когнитивные установки катастрофизации боли и ее последствий, а также послеоперационный страх возобновления двигательной активности из-за возможности падения. Дополнительного внимания требует работа с мишенью, определяемой характером личностных особенностей пациента, способствующих снижению приверженности к лечению. Специфической для пациентов пожилого возраста мишенью является снижение когнитивных способностей, что тесно связано с успешностью реабилитационного процесса.

Разработка персонифицированных программ психологической помощи пациентам с остеоартрозом предполагает ее структурирование по нескольким этапам – психообразовательному, психотерапевтическому и психореабилитационному. В таком случае целью психообразовательного этапа будет наиболее полное и доступное пациенту информирование о предстоящей операции, особенностях течения послеоперационного и реабилитационного периода, в результате чего у пациента должны сформироваться положительное ожидание предстоящего оперативного лечения, снизиться предоперационная тревога и страх, установиться продуктивный

контакт с врачом, способствующий формированию высокой приверженности лечению. Целью психотерапевтического этапа становится коррекция негативных эмоциональных состояний и дезадаптивных проявлений личностных особенностей, гармонизация внутренней картины болезни, преодоление тенденций к катастрофизации последствий боли. Показателями эффективности прохождения данного этапа психологической помощи является уменьшение числа и выраженности послеоперационных осложнений, снижение интенсивности болевых ощущений и частоты негативных эмоциональных состояний, стабильность в выполнении врачебных рекомендаций. Целью психореабилитационного этапа психологической помощи является устранение у пациента излишнего страха нормальной двигательной активности, чрезмерной фиксированности на своем физическом состоянии, пессимистического ожидания негативных перспектив, активное стимулирование у пожилых пациентов когнитивной деятельности.

С учетом того, что при эндопротезировании крупных суставов на возникновение у пациентов послеоперационных осложнений влияет множество медицинских, психологических и социальных факторов, организация медико-психологического сопровождения данной группы больных должна осуществляться медицинскими специалистами различного профиля в тесном взаимодействии с психиатрами, психотерапевтами и медицинскими психологами.

### Литература

1. Айдаров В.И., Тахавиева Ф.В., Загидуллин М.В., Тимершин Р.Р. Оптимизация реабилитационной помощи при эндопротезировании крупных суставов нижних конечностей // Практическая медицина. – 2014. – № 4–2 (80). – С. 15–18.
2. Взорова Л.А. Психологическое сопровождение женщин пожилого возраста с эндопротезированием тазобедренного сустава // Клинические и фундаментальные аспекты геронтологии. – 2017. – С. 115–119.
3. Едифанова А.С. Особенности фрустрационных реакций пациентов при эндопротезировании крупных суставов // *Norwegian Journal of development of the International Science*. – 2018. – № 18. – С. 54–55.
4. Федонников А. С., Еругина М. В., Андриянова Е. А., Норкин И.А. Медико-социологическая диагностика организации реабилитации пациентов после эндопротезирования тазобедренного и коленного суставов // Саратовский науч.-мед. журнал. – 2017. – № 13 (3). – С. 761–764.
5. Хайбуллина С.З., Айдаров В.И. Методы психолого-педагогического сопровождения реабилитации инвалидов, перенесших тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава (ТЭТС) // Казанский педагогический журнал. – 2008. – № 11. – С. 51–59.

6. Ялонецкий И. З., Заневский В. П., Шумейко И. В., Грачев С.С. Влияние тревожности, возраста и пола на порог болевой чувствительности у пациентов, подвергающихся тотальному эндопротезированию тазобедренного сустава // Военная медицина. – 2016. – № 4 (41). – С. 42–45.
7. Ackerman I.N., Bennell K.L., Osborne R.H. Decline in Health-Related Quality of Life reported by more than half of those waiting for joint replacement surgery: a prospective cohort study // BMC Musculoskelet Disorders. – 2011. – N 12, May 23. – P. 108.
8. Belfer I., Greco C.M., Lokshin A. [et. al] The design and methods of genetic studies on acute and chronic postoperative pain in patients after total knee replacement // Pain Med. – 2014. – N 15 (9), Sep. – P. 1590–1602.
9. Bierke S., Petersen W. Influence of anxiety and pain catastrophizing on the course of pain within the first year after uncomplicated total knee replacement: a prospective study // Arch. Orthop. Trauma. Surg. – 2017. – N 137 (12), Dec. – P. 1735–1742.
10. Boyle J.K., Anthony I.C., Jones B.G. [et. al] Influence of low back pain on total knee arthroplasty outcome // Knee. – 2014. – N 21 (2), Mar. – P. 410–414.
11. Britteon P., Cullum N., Sutton M. Association between psychological health and wound complications after surgery // Br. J. Surg. – 2017. – N 104 (6), May. – P. 769–776.
12. Brownlow H.C., Benjamin S., Andrew J.G., Kay P. Disability and mental health of patients waiting for total hip replacement // Ann R. Coll. Surg. Engl. – 2001. – N 83 (2), Mar. – P. 128–133.
13. Cheng C.M., Chiu M.J., Wang J.H. [et. al] Cognitive stimulation during hospitalization improves global cognition of older Taiwanese undergoing elective total knee and hip replacement surgery // J. Adv. Nurs. – 2012. – N 68 (6), Jun. – P. 1322–1329.
14. Clement N.D., MacDonald D., Burnett R. Primary total knee replacement in patients with mental disability improves their mental health and knee function: a prospective study // Bone Joint. J. – 2013. – N 95-B (3), Mar. – P. 360–366.
15. Cremeans-Smith J.K., Greene K., Delahanty D.L. Trauma history as a resilience factor for patients recovering from total knee replacement surgery // Psychol. Health. – 2015. – N 30 (9). – P. 1005–1016.
16. Desmeules F., Dionne C.E., Belzile E. [et. al] The burden of wait for knee replacement surgery: effects on pain, function and health-related quality of life at the time of surgery // Rheumatology (Oxford). – 2010. – N 49 (5), May. – P. 945–954.
17. Duivenvoorden T., Vissers M.M., Verhaar J.A. [et. al] Anxiety and depressive symptoms before and after total hip and knee arthroplasty: a prospective multicentre study // Osteoarthritis Cartilage. – 2013. – N 21 (12), Dec. – P. 1834–1840.
18. Ellis H.B., Howard K.J., Khaleel M.A., Bucholz R. Effect of psychopathology on patient-perceived outcomes of total knee arthroplasty within an indigent population // J. Bone Joint Surg. Am. – 2012. – N 94 (12), Jun. – P. 84.



19. Er M.S., Altinel E.C., Altinel L. [et. al] An assessment of sleep quality in patients undergoing total knee arthroplasty before and after surgery // *Acta Orthop. Traumatol. Turc.* – 2014. – N 48 (1). – P. 50–54.
20. Gong L., Chen H. Descriptive analysis of the cost-effectiveness of depressed patients undergoing total knee arthroplasty: an economic decision analysis // *J. Orthop. Sci.* – 2014. – N 19 (5), Sep. – P. 820–826.
21. Gonzalez Saenz de Tejada M., Escobar A., Bilbao A. [et. al] A prospective study of the association of patient expectations with changes in health-related quality of life outcomes, following total joint replacement. // *BMC Musculoskelet Disorders.* – 2014. – N 15, Jul. – P. 248.
22. Güney-Deniz H., Irem Kınıklı G., Çağlar Ö. [et. al] Does kinesiphobia affect the early functional outcomes following total knee arthroplasty? // *Physiother. Theory. Pract.* – 2017. – N 33 (6), Jun. – P. 448–453.
23. Jiménez M., Zorrilla P., López-Alonso A. [et. al] Does pre-surgical cognitive impairment affect knee replacement results? // *Rev. Esp. Cir. Ortop. Traumatol.* – 2014. – N 58 (6), Nov-Dec. – P. 364–369.
24. Jorgensen C.C., Knop J., Nordentoft M., Kehlet H. Psychiatric Disorders and Psychopharmacologic Treatment as Risk Factors in Elective Fast-track Total Hip and Knee Arthroplasty // *Anesthesiology.* – 2015. – N 123 (6), Dec. – P. 1281–1291.
25. Karlson E.W., Daltroy L.H., Liang M.H. [et. al] Gender differences in patient preferences may underlie differential utilization of elective surgery // *American Journal of Medicine.* – 1997. – N 102 (6), Jun. – P. 524–530.
26. Kluczynski M.A., Bisson L.J., Marzo J.M. Does body mass index affect outcomes of ambulatory knee and shoulder surgery? // *Arthroscopy.* – 2014. – N 30 (7), Jul. – P. 856–65.
27. Krenk L., Kehlet H, Bæk Hansen T. [et. al] Cognitive dysfunction after fast-track hip and knee replacement // *Anesth Analg.* – 2014. – N 118 (5), May. – P. 1034–1040.
28. Lavernia CJ1, Alcerro JC, Brooks LG, Rossi MD. Mental health and outcomes in primary total joint arthroplasty // *J. Arthroplasty.* – 2012. – N 27 (7), Aug. – P. 1276–1282.
29. Münnich U., König D.P., Popken F., Hackenbroch M.H. Development of physical and sports activity in patients before and after implantation of a total knee endoprosthesis. A prospective study of 40 patients // *Versicherungsmedizin.* – 2003. – N 55(2), Jun. – P. 82–86.
30. Postler A., Neidel J., Günther K.P., Kirschner S. Incidence of early postoperative cognitive dysfunction and other adverse events in elderly patients undergoing elective total hip replacement (THR) // *Arch. Gerontol. Geriatr.* – 2011. – N 53 (3), Nov-Dec. – P. 328–333.
31. Ramaesh R., Jenkins P., Lane J.V. [et. al] Personality, function and satisfaction in patients undergoing total hip or knee replacement // *J. Orthop. Sci.* – 2014. – N 19 (2), Mar. – P. 275–281.

32. Rasouli M.R., Menendez M.E., Sayadipour A. [et. al] Direct Cost and Complications Associated With Total Joint Arthroplasty in Patients With Preoperative Anxiety and Depression // *J. Arthroplasty*. – 2016. – N 31(2), Feb. – P. 533–536.
33. Riddle D.L., Wade J.B., Jiranek W.A. Major depression, generalized anxiety disorder, and panic disorder in patients scheduled for knee arthroplasty // *J. Arthroplasty*. – 2010. – N 25 (4), Jun. – P. 581–588.
34. Riediger W., Doering S., Krismer M. Depression and somatisation influence the outcome of total hip replacement // *Int. Orthop*. – 2010. – N 34 (1), Feb. – P. 13–18.
35. Scott J.E., Mathias J.L., Kneebone A.C. Incidence of delirium following total joint replacement in older adults: a meta-analysis // *Gen. Hosp. Psychiatry*. – 2015. N 37 (3), May–Jun. – P. 223–229.
36. Singh J.A., Lewallen D.G. Medical and psychological comorbidity predicts poor pain outcomes after total knee arthroplasty // *Rheumatology (Oxford)*. – 2013. – N 52 (5), May. – P. 916–923.
37. Stundner O., Kirksey M., Chiu Y.L. [et. al] Demographics and perioperative outcome in patients with depression and anxiety undergoing total joint arthroplasty: a population-based study // *Psychosomatics*. – 2013. – N 54 (2), Mar–Apr. – P. 149–157.
38. Unver B., Ertekin Ö., Karatosun V. Pain, fear of falling and stair climbing ability in patients with knee osteoarthritis before and after knee replacement: 6 month follow-up study // *J. Back Musculoskelet Rehabil*. – 2014. – N 27 (1). – P. 77–84.
39. Vissers M.M., de Groot I.B., Reijman M. [et. al] Functional capacity and actual daily activity do not contribute to patient satisfaction after total knee arthroplasty // *BMC Musculoskelet Disord*. – 2010. – N 11, Jun. – P. 121.
40. Wang L., Seok S., Kim S. [et. al] The Risk Factors of Postoperative Delirium after Total Knee Arthroplasty // *J. Knee Surg*. – 2017. – N 30 (6), Jul. – P.600–605.
41. Yu Y.H., Chen A.C., Hu C.C. [et. al] Acute delirium and poor compliance in total hip arthroplasty patients with substance abuse disorders // *J. Arthroplasty*. – 2012. – N 27 (8), Sep. – P. 1526–1529.

Поступила 30.11.2018

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

**Для цитирования.** Лазарева Е.Л. Николаев Е.Л. Клинико-психологические факторы риска возникновения послеоперационных осложнений при эндопротезировании крупных суставов // *Вестн. психотерапии*. 2019. № 69 (74). С. 64–78.

# CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL RISK FACTORS OF POSTOPERATIVE COMPLICATIONS OCCURRENCE WITH ENDOPROSTHETIC REPLACEMENT OF LARGE JOINTS

**Lazareva E.Y., Nikolaev E.L.**

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

Elena Yurevna Lazareva – PhD Psychol. Sci., Associate Professor of Department of Social and Clinical Psychology, Chuvash State University (Moskovskii Ave., 15, Cheboksary, 428015, Russia), e-mail: elyu88@gmail.com

✉ Evgeni Lvovich Nikolaev – Dr. Med. Sci. Prof., Head of the Department of Social and Clinical Psychology, Chuvash State University (Moskovskii Ave., 15, Cheboksary, 428015, Russia), e-mail: pzdorovie@bk.ru. ORCID 0000-0001-8976-715X

**Abstract.** This review provides an analysis of the clinical and psychological factors in the development of postoperative complications in patients with large joint endoprosthetics. The role of affective and neurotic disorders in the occurrence of postoperative complications, severity of pain, complications of wounds and the degree of patient satisfaction with the result of the operation is shown. Among the risk factors that complicate postoperative rehabilitation, stand out the individual and personal characteristics of patients, preoperative pain, functional status, increased body mass index and side effects of the drugs used in the treatment. Anxiety disorders, postoperative pain, and developing cognitive dysfunction affect the degree of patient satisfaction with the surgery.

**Keywords:** endoprosthetic replacement of large joints, postoperative complications, clinical and psychological characteristics of patients, risk factors, psychological support for patients.

## References

1. Ajdarov V.I., Tahavieva F.V., Zagidullin M.V., Timershin R.R. Optimizatsiya reabilitatsionnoj pomoshi pri endoprotezirovanii krupnyh sustavov nizhnih konechnostej [Optimization of rehabilitation assistance in endoprosthesis replacement of large joints of the lower extremities]. *Prakticheskaya medicina* [Practical medicine]. 2014. N 4–2 (80). Pp. 15–18. (In Russ.)
2. Vzorova L.A. Psihologicheskoe soprovozhdenie zhenshin pozhilogo vozrasta s endoprotezirovaniem tazobedrennogo sustava [Psychological support for elderly women with hip joint arthroplasty]. *Klinicheskie i fundamentalnye aspekty gerontologii* [Clinical and fundamental aspects of gerontology]. 2017. Pp. 115–119. (In Russ.)
3. Edifanova A.S. Osobennosti frustratsionnyh reakcij pacientov pri endoprotezirovanii krupnyh sustavov [Features of frustration reactions of patients in endoprosthesis replacement of large joints]. *Norwegian Journal of development of the International Science*. 2018. N 18. Pp. 54–55.
4. Fedonnikov A. S., Erugina M. V., Andriyanova E. A., Norkin I. A. Mediko-sociologicheskaya diagnostika organizatsii reabilitatsii pacientov posle endoproteziro-

vaniya tazobedrennogo i kolennogo sustavov [Medical and sociological diagnostics of organization of the rehabilitation of patients after endoprosthetics of the hip and knee joints]. *Saratovskij nauchno-meditsinskij zhurnal* [Saratov Science and Medicine Journal]. 2017. N 13 (3). Pp. 761–764. (In Russ.)

5. Hajbullina S.Z., Ajdarov V.I. Metody psihologo-pedagogicheskogo soprovozhdeniya reabilitatsii invalidov, perenessih totalnoe endoprotezirovanie tazobedrennogo sustava (TETS) [Methods of psychological and pedagogical support in rehabilitation of people with disabilities who underwent total hip joint endoprosthesis (TETS)]. *Kazanskij pedagogicheskij zhurnal* [Kazan Pedagogical Journal]. 2008. N 11. Pp. 51–59.

6. Yaloneckij I. Z., Zanevskij V. P., Shumejko I. V., Grachev S.S. Vliyanie trevozhnosti, vozrasta i pola na porog bolevoj chuvstvitelnosti u pacientov, podvergayushihsia totalnomu endoprotezirovaniyu tazobedrennogo sustava [The effect of anxiety, age and gender on the pain sensitivity threshold in patients undergoing total hip arthroplasty]. *Voennaya medicina* [Military Medicine]. 2016. N 4 (41). Pp. 42–45.

7. Ackerman I.N., Bennell K.L., Osborne R.H. Decline in Health-Related Quality of Life reported by more than half of those waiting for joint replacement surgery: a prospective cohort study. *BMC Musculoskelet Disorders*. 2011. N 12, May. P. 108.

8. Belfer I., Greco C.M., Lokshin A. [et. al] The design and methods of genetic studies on acute and chronic postoperative pain in patients after total knee replacement. *Pain Med*. 2014. N 15 (9), Sep. Pp. 1590–1602.

9. Bierke S., Petersen W. Influence of anxiety and pain catastrophizing on the course of pain within the first year after uncomplicated total knee replacement: a prospective study. *Arch. Orthop. Trauma. Surg*. 2017. N 137 (12), Dec. Pp. 1735–1742.

10. Boyle J.K., Anthony I.C., Jones B.G. [et. al] Influence of low back pain on total knee arthroplasty outcome. *Knee*. 2014. N. 21 (2), Mar. Pp. 410–414.

11. Britteon P., Cullum N., Sutton M. Association between psychological health and wound complications after surgery. *Br. J. Surg*. 2017. N. 104 (6), May. Pp. 769–776.

12. Brownlow H.C., Benjamin S., Andrew J.G., Kay P. Disability and mental health of patients waiting for total hip replacement. *Ann R. Coll. Surg. Engl*. 2001. N 83 (2), Mar. Pp. 128–133.

13. Cheng C.M., Chiu M.J., Wang J.H. [et. al] Cognitive stimulation during hospitalization improves global cognition of older Taiwanese undergoing elective total knee and hip replacement surgery. *J. Adv. Nurs*. 2012. N 68 (6), Jun. Pp. 1322–1329.

14. Clement N.D., MacDonald D., Burnett R. Primary total knee replacement in patients with mental disability improves their mental health and knee function: a prospective study. *Bone Joint. J*. 2013. N 95-B (3), Mar. Pp. 360–366.

15. Cremeans-Smith J.K., Greene K., Delahanty D.L. Trauma history as a resilience factor for patients recovering from total knee replacement surgery. *Psychol. Health*. 2015. N 30 (9). Pp. 1005–1016.

16. Desmeules F., Dionne C.E., Belzile E. [et. al] The burden of wait for knee replacement surgery: effects on pain, function and health-related quality of life at the time of surgery. *Rheumatology (Oxford)*. 2010. N. 49 (5), May. Pp. 945–954.

17. Duivenvoorden T., Vissers M.M., Verhaar J.A. [et. al] Anxiety and depressive symptoms before and after total hip and knee arthroplasty: a prospective multicentre study. *Osteoarthritis Cartilage*. 2013. N. 21 (12), Dec. Pp. 1834–1840.
18. Ellis H.B., Howard K.J., Khaleel M.A., Bucholz R. Effect of psychopathology on patient-perceived outcomes of total knee arthroplasty within an indigent population. *J. Bone Joint Surg. Am.* 2012. N 94 (12), Jun 20. P. 84.
19. Er M.S., Altinel E.C., Altinel L. [et. al] An assessment of sleep quality in patients undergoing total knee arthroplasty before and after surgery. *Acta Orthop. Traumatol. Turc.* 2014. N 48 (1). Pp. 50–54.
20. Gong L., Chen H. Descriptive analysis of the cost-effectiveness of depressed patients undergoing total knee arthroplasty: an economic decision analysis. *J. Orthop. Sci.* 2014. N 19 (5), Sep. Pp. 820–826.
21. Gonzalez Saenz de Tejada M., Escobar A., Bilbao A. [et. al] A prospective study of the association of patient expectations with changes in health-related quality of life outcomes, following total joint replacement. *BMC Musculoskelet Disorders*. 2014. N 15, Jul. P. 248.
22. Güney-Deniz H., Irem Kınıklı G., Çağlar Ö. [et. al] Does kinesiphobia affect the early functional outcomes following total knee arthroplasty? *Physiother. Theory. Pract.* 2017. N 33 (6), Jun. Pp. 448–453.
23. Jiménez M., Zorrilla P., López-Alonso A. [et. al] Does pre-surgical cognitive impairment affect knee replacement results? *Rev. Esp. Cir. Ortop. Traumatol.* 2014. N 58 (6), Nov–Dec. Pp. 364–369.
24. Jorgensen C.C., Knop J., Nordentoft M., Kehlet H. Psychiatric Disorders and Psychopharmacologic Treatment as Risk Factors in Elective Fast-track Total Hip and Knee Arthroplasty. *Anesthesiology*. 2015. N 123 (6), Dec. Pp. 1281–1291.
25. Karlson E.W., Daltroy L.H., Liang M.H. [et. al] Gender differences in patient preferences may underlie differential utilization of elective surgery. *American Journal of Medicine*. 1997. N 102 (6), Jun. Pp. 524–530.
26. Kluczynski M.A., Bisson L.J., Marzo J.M. Does body mass index affect outcomes of ambulatory knee and shoulder surgery? *Arthroscopy*. 2014. N 30 (7), Jul. Pp. 856–865.
27. Krenk L., Kehlet H, Bæk Hansen T. [et. al] Cognitive dysfunction after fast-track hip and knee replacement. *Anesth Analg*. 2014. N 118 (5), May. Pp. 1034–1040.
28. Lavernia CJ1, Alcerro JC, Brooks LG, Rossi MD. Mental health and outcomes in primary total joint arthroplasty. *J. Arthroplasty*. 2012. N 27 (7), Aug. Pp. 1276–1282.
29. Münnich U., König D.P., Popken F., Hackenbroch M.H. Development of physical and sports activity in patients before and after implantation of a total knee endoprosthesis. A prospective study of 40 patients. *Versicherungsmedizin*. 2003. N 55 (2), Jun. Pp. 82–86.
30. Postler A., Neidel J., Günther K.P., Kirschner S. Incidence of early postoperative cognitive dysfunction and other adverse events in elderly patients undergoing elective total hip replacement (THR). *Arch. Gerontol. Geriatr.* 2011. N 53 (3), Nov–Dec. Pp. 328–333.

31. Ramaesh R., Jenkins P., Lane J.V. [et. al] Personality, function and satisfaction in patients undergoing total hip or knee replacement. *J. Orthop. Sci.* 2014. N 19 (2), Mar. Pp. 275–281.
32. Rasouli M.R., Menendez M.E., Sayadipour A. [et. al] Direct Cost and Complications Associated With Total Joint Arthroplasty in Patients With Preoperative Anxiety and Depression. *J. Arthroplasty.* 2016. N 31 (2), Feb. Pp. 533–536.
33. Riddle D.L., Wade J.B., Jiranek W.A. Major depression, generalized anxiety disorder, and panic disorder in patients scheduled for knee arthroplasty. *J. Arthroplasty.* 2010. N 25 (4), Jun. Pp. 581–588.
34. Riediger W., Doering S., Krismer M. Depression and somatisation influence the outcome of total hip replacement. *Int. Orthop.* 2010. N 34 (1), Feb. Pp. 13–18.
35. Scott J.E., Mathias J.L., Kneebone A.C. Incidence of delirium following total joint replacement in older adults: a meta-analysis. *Gen. Hosp. Psychiatry.* 2015. N 37 (3), May–Jun. Pp. 223–229.
36. Singh J.A., Lewallen D.G. Medical and psychological comorbidity predicts poor pain outcomes after total knee arthroplasty. *Rheumatology (Oxford).* 2013. N 52 (5), May. Pp. 916–923.
37. Stundner O., Kirksey M., Chiu Y.L. [et. al] Demographics and perioperative outcome in patients with depression and anxiety undergoing total joint arthroplasty: a population-based study. *Psychosomatics.* 2013. N 54 (2), Mar–Apr. Pp. 149–157.
38. Unver B., Ertekin Ö., Karatosun V. Pain, fear of falling and stair climbing ability in patients with knee osteoarthritis before and after knee replacement: 6 month follow-up study. *J. Back Musculoskelet Rehabil.* 2014. N 27 (1). Pp. 77–84.
39. Vissers M.M., de Groot I.B., Reijman M. [et. al] Functional capacity and actual daily activity do not contribute to patient satisfaction after total knee arthroplasty. *BMC Musculoskelet Disord.* 2010. N 11, Jun 16. P. 121.
40. Wang L., Seok S., Kim S. [et. al] The Risk Factors of Postoperative Delirium after Total Knee Arthroplasty. *J. Knee Surg.* 2017. N 30 (6), Jul. Pp. 600–605.
41. Yu Y.H., Chen A.C., Hu C.C. [et. al] Acute delirium and poor compliance in total hip arthroplasty patients with substance abuse disorders. *J. Arthroplasty.* 2012. N 27 (8), Sep. Pp. 1526–1529.

Received 30.11.2018

**For citing.** Lazareva E.L. Nikolaev E.L. Kliniko-psihologicheskie faktory riska vznicknoveniya posleoperacionnyh oslozhnenij pri endoprotezirovanii krupnyh sustavov // Vestnik psihoterapii. 2019. № 69. Pp. 64–78. **(In Russ.)**

Lazareva E.Y., Nikolaev E.L. Clinical and psychological risk factors of postoperative complications occurrence with endoprosthetic replacement of large joints. *The Bulletin of Psychotherapy.* 2019. N 69. Pp. 64–78.

## ИССЛЕДОВАНИЕ И ОЦЕНКА СИНДРОМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У УЧАСТКОВЫХ ВРАЧЕЙ ПОЛИКЛИНИК САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

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

Исследован синдром профессионального выгорания у участковых врачей терапевтов и врачей общей практики поликлиник Невского района Санкт-Петербурга в результате воздействия хронического профессионального стресса. В работе использовалась обобщенная оценка синдрома профессионального выгорания. Исследование включало три части: диагностическую, оценочную и профилактическую. Анализ результатов показал, что у участковых врачей терапевтов и врачей общей практики поликлиник наиболее частыми сформированными симптомами являются: «неадекватное избирательное эмоциональное реагирование», «редукция профессиональных обязанностей» и «переживание психотравмирующих обстоятельств». Проведённые профилактические мероприятия на организационном, индивидуальном и межличностном уровне уменьшали рабочее напряжение, повышали профессиональную мотивацию и удовлетворенность от выполненной работы, оптимизировали психофизиологическое состояние, выравняли баланс между физическими и психоэмоциональными затратами.

Ключевые слова: синдром профессионального выгорания, хронический профессиональный стресс, участковый врач терапевт, врач общей практики, диспансерное обследование, психовегетативные расстройства.

### Введение

Основными задачами участкового врача терапевта и врача общей практики поликлиники являются прием больных, своевременная постановка диагноза и проведение адекватного лечения. За довольно короткий промежуток времени врач должен тщательно собрать анамнез болезни и жиз-

---

✉ Лымаренко Валерий Михайлович – канд. мед. наук, доцент каф. хирургии и инновационных технологий ин-та ДПО «Экстремальная медицина» Всерос. центра экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2), e-mail: lymarenkovm@mail.ru;

Леонтьев Олег Валентинович – д-р мед. наук профессор, 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.

ни, детально осмотреть больного по органам и системам, выбрать схему дополнительного исследования, назначить лечение. Участковые врачи терапевты и врачи общей практики поликлиник работают в условиях постоянного физического и эмоционального напряжения, что приводит к развитию хронического профессионального стресса. Это обусловлено большим объемом работы, высокой профессиональной ответственностью, относительно низким уровнем заработной платы, длительным периодом существенного снижения качества жизни работников данной профессии, неадекватным медицинским обеспечением (лекарственным, диагностическим оборудованием) а также обострением противоречий между профессиональным, нравственным долгом и возможностями оказания высококвалифицированной медицинской помощи населению в современных условиях работы [5, 7, 10].

В высоко урбанизированном обществе отмечается увеличение ожиданий и запросов у пациентов при недостаточных ресурсных возможностях системы здравоохранения. Эти факторы способствуют увеличению напряженности труда работников ряда медицинских специальностей. В последующем такое состояние приводит к психовегетативным расстройствам, развитию хронического профессионального стресса и синдрома профессионального выгорания.

Профессия участкового врача терапевта и врача общей практики поликлиник связана с высоким уровнем ответственности и малой степенью свободы в принятии самостоятельного решения. Участковые врачи терапевты и врачи общей практики поликлиник оказывают медицинскую помощь самому массовому контингенту пациентов, не всегда имеют возможность выписки адекватных лекарственных препаратов и назначения необходимых современных методов обследования, работают в режиме «ограниченных возможностей», что приводит к эмоциональным перегрузкам и развитию хронического стресса. Статистика свидетельствует, что до 80 % обращений за первичной медицинской помощью в России приходится на участковую службу.

Хронический профессиональный стресс умеренной интенсивности способствует развитию у участковых врачей терапевтов и врачей общей практики поликлиник психоэмоционального напряжения как составляющей части «синдрома профессионального выгорания» (СПВ). Проведенные многими исследователями исследования показывают, что он может развиваться у 30–50 % врачей разных специальностей. Авторами установлено, что формированию СПВ способствуют факторы организации про-



фессиональной деятельности, индивидуальные особенности и характер межличностных отношений [1, 4, 6, 12, 13, 15].

Закономерности развития указанных нарушений, представленные в научной литературе, позволяют эффективно организовывать и проводить мероприятия профилактики и реабилитации специалистов [3, 8, 11].

Пусковым механизмом метаболических нарушений и целого ряда патологических состояний является хронический профессиональный стресс умеренной интенсивности. Чаще всего это проявляется в заболеваниях сердечно-сосудистой системы [16, 17].

В 1993 году Э.В. Земцовским был предложен термин «стрессорная кардиомиопатия», определенный как «невоспалительное, некоронарогенное заболевание миокарда, обусловленное воздействием стресса и проявляющееся нарушением электрогенеза миокарда, аритмиями, развитием систолической и диастолической дисфункции» [14]. Именно такая формулировка соответствует существующей классификации ВОЗ, включает особенности клинического развития данной патологии и позволяет учитывать всю совокупность внешних и внутренних воздействий на миокард, а также возможность одновременного влияния психоэмоционального и физического стресса.

«Синдром выгорания», по определению ВОЗ, – это «состояние физического, эмоционального или мотивационного истощения с проявлением усталости, бессонницы, повышенной подверженностью соматическим заболеваниям и нарушением продуктивности в работе». Синдром часто может проявляться потребностью в употреблении алкоголя или других психоактивных веществ и приводить к суицидальному поведению. В МКБ-10 «синдром выгорания» отнесен в диагностический таксон Z 73 – «Проблемы, связанные с трудностями управления своей жизнью» и шифруется Z 73.0 – «выгорание» (burnout).

Изучение детерминантов СПВ позволяет создавать его концептуальные модели. Наиболее разработанной и изученной является трехфакторная модель СПВ С. Maslach, адаптированная для медицинских работников Н.Е. Водопьяновой [6]. Эта модель включает три фактора: эмоциональное истощение, деперсонализацию и редукцию личностных достижений.

### **Цель исследования**

Выявить у участковых врачей терапевтов и врачей общей практики поликлиник уровень выраженности синдрома профессионального выгорания при воздействии хронического профессионального стресса. Опреде-

лить возможности диагностики СПВ в рамках проводимых ежегодных диспансерных обследований врачей. Выработать рекомендации по коррекции СПВ.

### Материал и методы

Исследование проводилось на базе поликлинических отделений Невского района города Санкт-Петербурга. Объектом изучения данного исследования являлись 172 врача. Средний возраст испытуемых составил  $37,3 \pm 6,8$  года, стаж работы – 6–19 лет. Мужчин в выборке было 27 %, женщин – 73 %. 39 % обследованных врачей имели высшую квалификационную категорию, 34 % – первую, 18 % – вторую.

Используемые методы диагностики представлены в табл. 1.

Таблица 1

Методы исследования

Показатели	Диагностические методы
Профессиональное выгорание	Тест эмоционального и профессионального выгорания (МВІ в адаптации Н.Е. Водопьяновой)
	Опросник В.В. Бойко
Напряженность труда	Авторская анкета
Экспертные оценки адаптации	Авторская анкета
Тонус вегетативной нервной системы	Исследование вегетативного тонуса сердечно-сосудистой системы по методике А. Вейна: пульс, артериальное давление (АД), данные ЭКГ, анкета для выявления признаков вегетативных изменений

Уровень выраженности СПВ определяли при помощи следующих методов:

1. Метод определения уровня психического выгорания МВІ (Maslach Burnout Inventor) в адаптации для медицинских работников Н.Е. Водопьяновой [6]. Результаты оценивались по трем шкалам: эмоциональное истощение, деперсонализация и редукция личных достижений;

2. Опросник «Синдром эмоционального выгорания» В.В. Бойко [2]. Синдром считается сформированным при общей оценке теста в 181 балл и более, фаза – в 61 балл и более, симптом – в 20 баллов и более.

В исследовании использовался метод экспертных оценок. Экспертами выступили непосредственные руководители подразделений лечебно-профилактических учреждений. Согласно их оценкам, участковые врачи терапевты и врачи общей практики поликлиник показали средний уровень

адаптации: состояние здоровья –  $5,2 \pm 0,2$  балла, соблюдение социальных норм и правил (дисциплинированность) –  $5,8 \pm 0,5$  балла, профессиональная эффективность –  $4,9 \pm 0,1$  балла (по 10-балльной шкале).

Изучение психовегетативного статуса проводилось по методике А. Вейна (1997), которая включает исследование вегетативного тонуса сердечно-сосудистой системы человека по измеряемым параметрам: пульс, артериальное давление, данные электрокардиограммы [4].

С целью исключения субъективизма в оценке результатов была использована обобщенная оценка СПВ (ООц СПВ). Проведённые и описанные ранее исследования показали, что совместное применение тестов, ориентированных на различные концептуальные аспекты диагностики компонентного состава СПВ, повышают надежность и валидность полученных данных [9, 12, 18]. Корреляционный анализ структурных компонентов тестов, проведённых в исследовании, выявил значимые положительные корреляционные связи высокой и средней величины, а с данными редукции личных достижений теста МВІ – отрицательные, что является обоснованным, так как функционально высокие показатели этой шкалы свидетельствовали о низких проявлениях изучаемого свойства. На основании этого состав ООц СПВ сформирован суммированием показателей всех шкал тестов (показатели шкалы МВІ редукции личных достижений вычитались).

Для этапа отбора была специально разработана анкета напряженности труда врачей разных специальностей. Респондентам ставилась задача оценки от 1 до 10 баллов тяжести, напряженности и вредности труда (10 – наименьшая оценка выраженности, 1 балл – наибольшая). Высчитывались средние баллы по каждой характеристике труда, которые затем ранжировались.

У участковых врачей терапевтов и врачей общей практики поликлиник показатели напряженности труда (психическое и эмоциональное напряжение), тяжести труда (физическая характеристика), и наличия профессиональных вредностей были высокими.

Схема исследований включала три этапа: диагностический, оценку наличия СПВ и профилактический этап (рис. 1).



Рис. 1. Схема диагностики СПВ

### Результаты и их обсуждение

Степень выраженности и частота проявления теста эмоционального и профессионального выгорания у врачей мегаполиса представлены в табл. 2.

Таблица 2

Данные теста эмоционального и профессионального выгорания

Показатель	X ± m, балл	Уровень выраженности СПВ, %		
		низкий	средний	высокий
Эмоциональное истощение	17,4 ± 0,3	88	58	26
Деперсонализация	11,3 ± 0,4	20	83	69
Редукция личных достижений	33,2 ± 0,6	35	86	51

Результаты исследования показывают, что в группе участковых врачей терапевтов и врачей общей практики поликлиник наблюдается средний уровень формирования СПВ. Наиболее значимые проявления СПВ у обследованных врачей принимают формы деперсонализации и редукации профессиональных достижений (табл. 2).

Полученные результаты согласуются с мнением Н.Е. Водопьяновой [6] о том, что профессиональная деятельность формирует у врачей уменьшение субъективной значимости и удовлетворенности от своей работы, а это снижает эмпатию, обесценивает межличностные отношения, вызывает стремление сократить круг своих профессиональных обязанностей и способствует появлению разочарования и профессиональной неэффективности.

Обследованная группа участковых врачей терапевтов и врачей общей практики поликлиник продемонстрировала невысокую степень выраженности СПВ по опроснику В.В. Бойко –  $47 \pm 0,4$  балла. При суммарном посимптомном анализе получены следующие результаты: по фазе напряжения –  $43 \pm 0,3$  балла, по фазе резистенции –  $83 \pm 0,6$  балла. Структурная сформированность отдельных симптомов СПВ представлена на рис. 2.

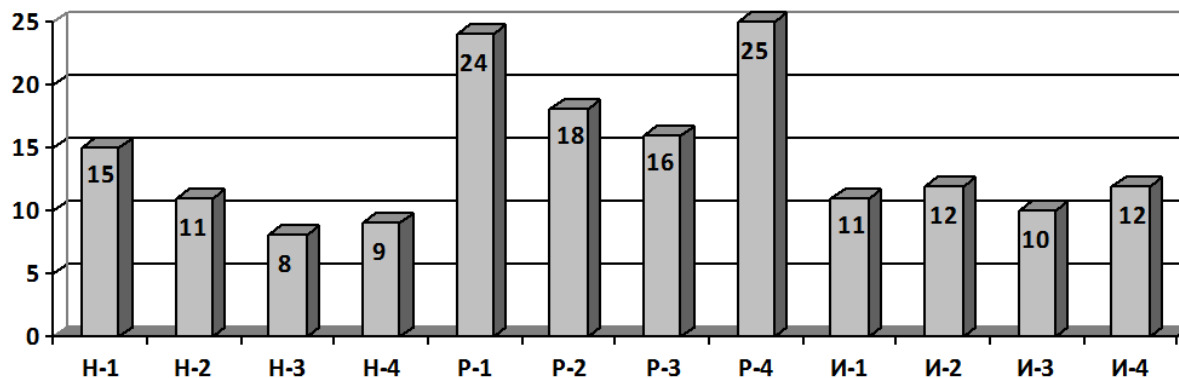


Рис. 2. Структура сформированности симптомов СПВ (по методике В.В. Бойко)

Примечание:

а) напряжение Н-1 – переживание психотравмирующих обстоятельств; Н-2 – неудовлетворенность собой; Н-3 – «загнанность в клетку»; Н-4 – тревога и депрессия;

б) резистентность Р-1 – неадекватное избирательное эмоциональное реагирование; Р-2 – эмоционально-нравственная дезориентация; Р-3 – расширение сферы экономии эмоций; Р-4 – редукация профессиональных обязанностей;

в) истощение И-1 – эмоциональный дефицит; И-2 – эмоциональная отстраненность; И-3 – личностная отстраненность или деперсонализация; И-4 – психосоматические и психовегетативные нарушения.

Выявлены высокие положительные корреляционные связи ( $r = 0,61$ ;  $p < 0,05$ ) между количеством сформированных симптомов и общей оценкой опросника. Сформированность СПВ по опроснику В.В. Бойко отмечалась у 18 % участковых врачей терапевтов и врачей общей практики поликлиник, фаза напряжения – у 14 %, фаза резистенции – у 72 %.

Проведённым исследованием установлено, что у участковых врачей терапевтов и врачей общей практики поликлиник сформированными и частыми симптомами являются Р-1 «неадекватное избирательное эмоциональное реагирование», Р-4 «редукция профессиональных обязанностей» и Н-1 «переживание психотравмирующих обстоятельств». В результате у участковых врачей терапевтов и врачей общей практики поликлиник усиливается осознание психотравмирующих факторов профессиональной деятельности. Врачи перестают различать два принципиально отличающиеся явления: экономичное проявление эмоций и неадекватное избирательное эмоциональное реагирование – и поэтому стараются облегчить или сократить обязанности, которые требуют эмоциональных затрат.

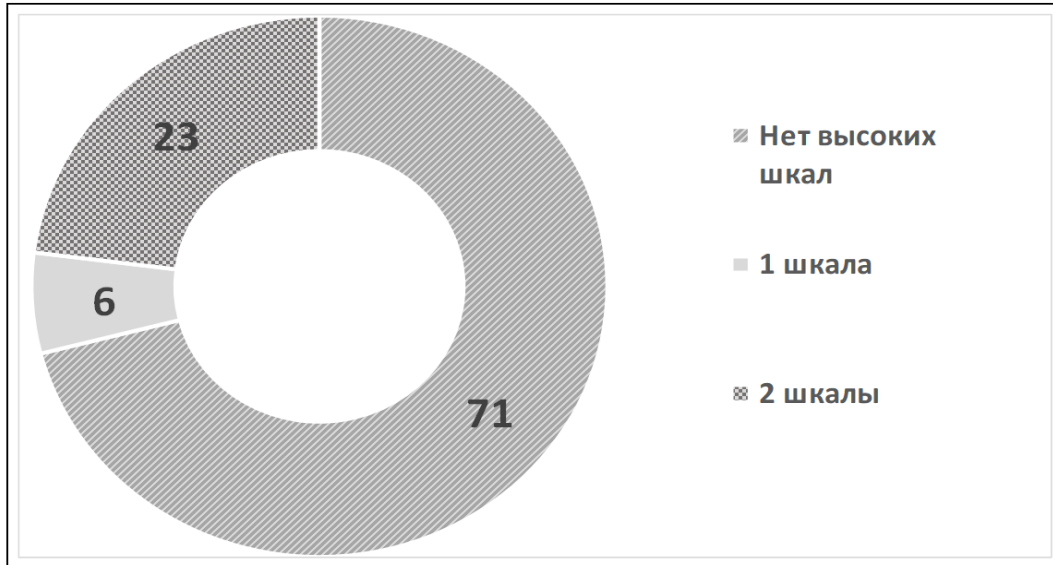
Результаты качественной оценки шкал теста МВІ и симптомов опросника В.В. Бойко представлены на рис. 3.

У 72 % обследованных участковых врачей терапевтов и врачей общей практики поликлиник сформированных симптомов по опроснику В.В. Бойко не выявлено.

Выявлено, что у 71 % врачей данные теста эмоционального и профессионального выгорания характеризуются низкими и средними величинами, высоких значений по трем шкалам теста у обследованных лиц не обнаружено. Достоверных связей непараметрический корреляционный анализ качественных проявлений шкал и выраженности общей оценки по тесту эмоционального и профессионального выгорания не выявил.

По тесту В.В. Бойко сформированные три симптома определились у 5 % участковых врачей терапевтов и врачей общей практики поликлиник, четыре симптома и более – у 18 %. При анализе взаимосвязей количества сформированных симптомов и общей оценки опросника В.В. Бойко определены положительные корреляционные связи высокой величины ( $r = 0,61$ ;  $p < 0,05$ ). При отсутствии сформированных симптомов средняя оценка опросника В.В. Бойко составляла  $52,1 \pm 2,2$  балла, при сформированном одном симптоме –  $98,6 \pm 1,5$ , при двух –  $131,4 \pm 2,8$ , при трех –  $166,2 \pm 1,3$ , при четырех –  $192,3 \pm 2,6$ . Можно полагать, что сформированность трех симптомов может свидетельствовать о формировании СПВ, а четырех симптомов и более – о сформированности СПВ.

**Тест М В I**



**Опросник В.В. Бойко**

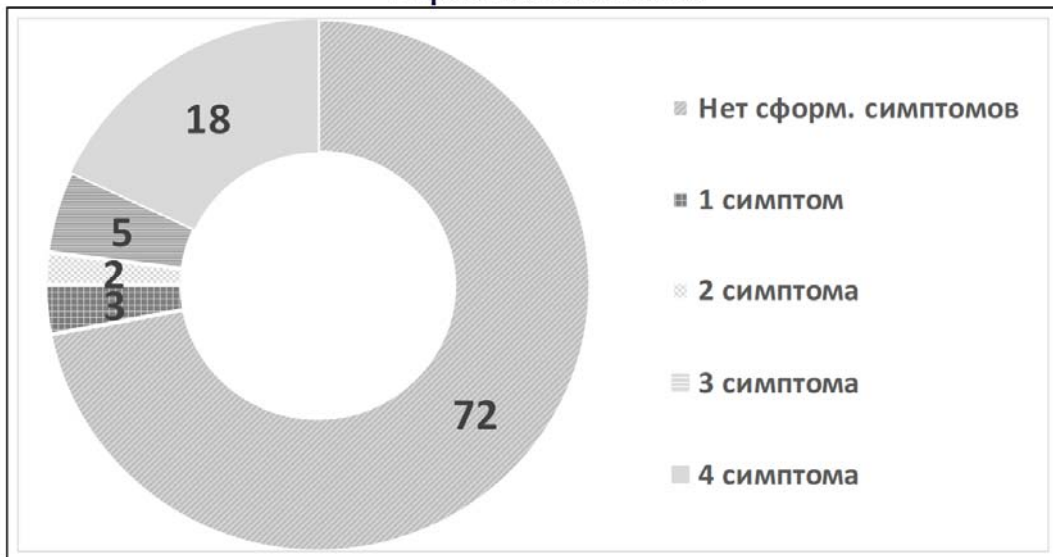


Рис. 3. Высокие и сформированные структурные компоненты тестов

Полученные данные корреляционного анализа шкал проведённых тестов позволили сконструировать ООц СПВ, которая рассчитывалась путем суммирования результатов опросника В.В. Бойко и теста МВІ (показатели редукции личных достижений вычитались, так как ее высокие оценки свидетельствовали о низких проявлениях искомого свойства).

У участковых врачей терапевтов и врачей общей практики поликлиник средняя ООц СПВ составила  $87,1 \pm 4,3$  балла.

Результаты ООц СПВ выявили значимые отрицательные корреляционные связи с экспертными оценками профессиональной эффективности и

состояния здоровья (табл. 3). Исследования показали, что измерение и учет ООц СПВ у участковых врачей терапевтов и врачей общей практики поликлиник способствуют адекватному подбору мероприятий по профилактике СПВ.

Таблица 3

Корреляционные связи ООц СПВ и данных адаптации

Показатель		Коэффициент корреляции
1	Экспертные оценки адаптации:	
	Состояние здоровья	– 0,28
	Профессиональная эффективность	– 0,29
2	Уровень жизни:	
	Приобретение товаров длительного пользования	0,19
3	Профессиональные отношения:	
	Организация труда	– 0,16
	Отношение членов семьи к профессии врача	– 0,23
4	Состояние здоровья и работоспособность:	
	Работоспособность	– 0,19
	Физическая подготовленность	– 0,20
	Физическая активность в течение рабочего дня	– 0,29
5	Духовность и здоровьесберегающее поведение:	
	Реализация здорового образа жизни	– 0,229
	Удовлетворенность от курения и употребления алкоголя	0,11
	Соблюдение в стране законности	– 0,21
6	Данные тестов оценки ПВ:	
	Компонентный состав тестов (шкалы, фазы, синдромы)	0,60–0,84
	Редукция личных достижений теста МВИ	– 0,19

Выполненные исследования выявили вероятностную взаимообусловленность оценок удовлетворенности от реализации ведущих потребностей и уровня выраженности СПВ у участковых врачей терапевтов и врачей общей практики поликлиник, а обобщенная оценка СПВ имела статистически значимые отрицательные связи с экспертными оценками профессиональной эффективности и состояния здоровья, что указывает на концептуальную, диагностическую и прогностическую валидность проведенных исследований.

Исследование психовегетативного дисбаланса проводилось у 2 групп участковых врачей терапевтов и врачей общей практики поликлиник, не имевших ранее выявленных заболеваний сердечно-сосудистой системы и не предъявляющих активных жалоб. Первая группа (I группа) в количестве 66 человек с признаками СПВ и вторая группа (II группа) в количестве 51 человека без обнаруженных признаков СПВ (табл. 4).



Таблица 4

Исследование показателей психовегетативного дисбаланса, %

Группы	Психовегетативный дисбаланс по данным:				
	анкеты	схемы исследований	пульса	АД	ЭКГ
I группа	79	56	52	42	58
II группа	21	11	4	12	9

При изучение психовегетативного дисбаланса (по схеме А. Вейна) в I группе нами выявлено появление жалоб астенического характера. Преобладала тахикардия, в основном лабильная тахикардия. Уровень систолического АД был повышен. На ЭКГ: интервал S-T смещён ниже изолинии, а зубец T низкий, чаще уплощённый, зубец Р во II-III отведениях был повышен. Показатели информируют о преобладании у пациентов I группы симпатических влияний.

Анализ данных диспансеризаций за предыдущие 3 года показал нарастание количество жалоб астенического характера у лиц, отнесённых к I группе.

Проведённые исследования дали возможность разработать практические рекомендации в виде схемы системы профилактики СПВ для внедрения в медицинских организациях. Схема включает диагностический и профилактический этапы, на которых проводятся мероприятия первичной, вторичной и третичной профилактики на организационном, межличностном и индивидуальном уровнях [12], что позволяет сократить выраженность СПВ у участковых врачей терапевтов и врачей общей практики поликлиник.

На диагностическом этапе выявлялись факторы риска развития СПВ и проводилась оценка признаков формирования СПВ. Участковые врачи терапевты и врачи общей практики поликлиник, у которых по тестам были выявлены признаки формирования СПВ и сформированные признаки СПВ, были взяты под наблюдение. Врачам проведены психопрофилактические и реабилитационные мероприятия в соответствии с разработанной схемой (рис. 4).

## ОЦЕНКА НАЛИЧИЯ ПРИЗНАКОВ СПВ И ФАКТОРОВ РИСКА

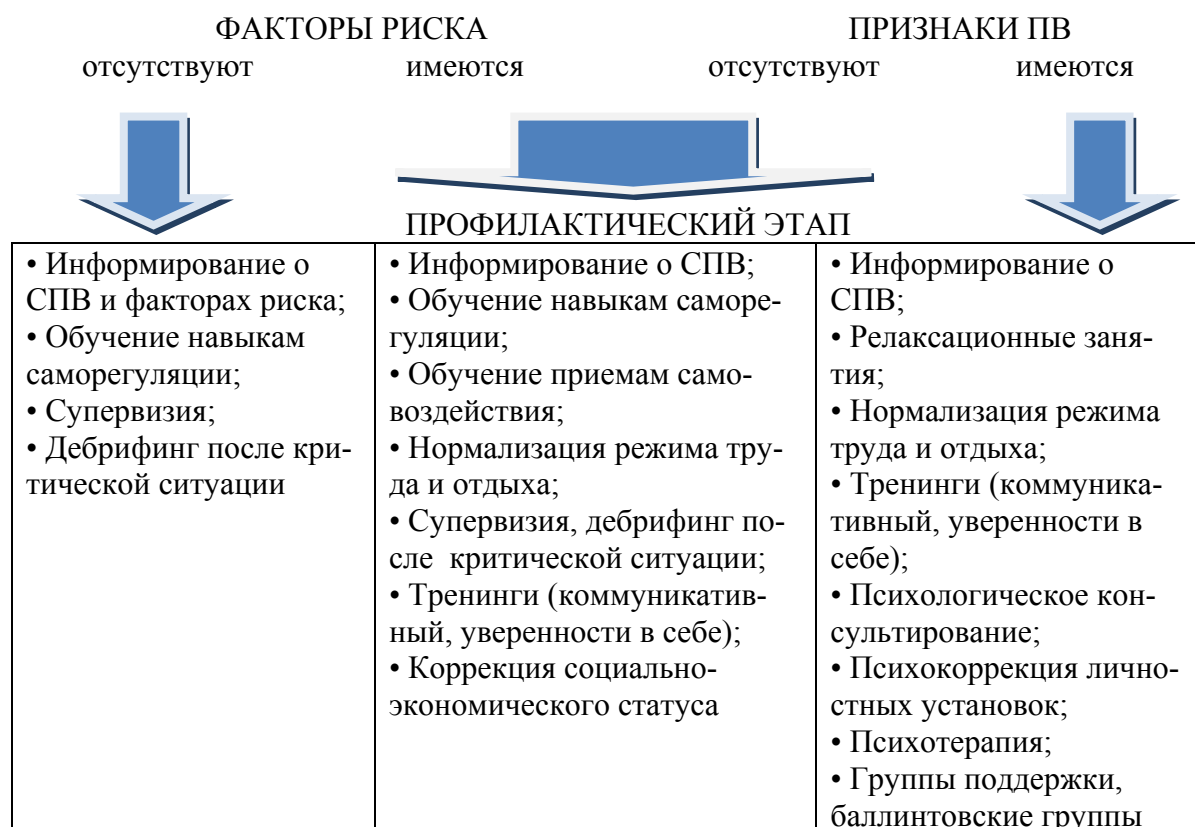


Рис. 4. Модель системы профилактики СПВ

Мероприятия профилактики были направлены на индивидуальный, межличностный и организационный уровни системы и формировали у врачей культуру эмоций и производственных отношений, уменьшали рабочее напряжение и повышали профессиональную мотивацию, а также выравнивали баланс между физическими и психоэмоциональными затратами и получаемым вознаграждением, повышали удовлетворенность от выполненной работы.

Руководителя подразделения для проведения организационных мероприятий информировали по каждому врачу о негативных профессиональных отношениях в лечебных подразделениях, неблагоприятных условиях работы, возникновении комплекса утомления.

Существенное место в системе профилактики мы отводили информированию о проявлениях СПВ и возможности его преодоления. С целью формирования у врачей навыка самоконтроля за психофизиологическим состоянием по внешним проявлениям эмоций и произвольном подавлении отрицательных эмоций использовалась известная методика «Самоконтроль – саморегуляция» (СКР) [9]. Сущность методики заключается в том, что

врач в повседневной жизни должен выработать у себя привычку задавать себе вопросы: «Не скован ли?», «Как мои мышцы?», «Как моя мимика?», «Как я дышу?», «Нет ли учащенного дыхания с сокращенной фазой выдоха?».

Эти вопросы необходимо повторять в любых сложных жизненных ситуациях. В случае обнаружения нежелательных признаков (скованности в мышцах из-за их непроизвольного напряжения, учащенного дыхания, искаженной мимики) их необходимо произвольно устранять (например, преодолеть скованность, расслабив мышцы тела, сделать 2-3 глубоких вдоха и выдоха и стараться дышать так, чтобы выдох и пауза занимали примерно  $\frac{3}{4}$  всего дыхательного цикла, улыбнуться, восстановить мимику спокойствия и уверенности). Последующее анкетирование участковых врачей терапевтов и врачей общей практики поликлиник, изучивших и применявших методику, определило её высокую эффективность.

Знание возможных проявлений СПВ и адекватная оценка собственного эмоционального состояния помогала врачам в сложных и экстремальных ситуациях. Экономичное проявление эмоций позволяло более ответственно относиться к своей профессиональной деятельности, к пациентам и коллегам. Нормализация психического состояния повышала уверенность в собственных силах, способствовала оптимизации выполнения работ и профилактике формирования СПВ.

### **Заключение**

Мероприятия ежегодной диспансеризации участковых врачей терапевтов и врачей общей практики поликлиник позволяют на ранних этапах выявить группы риска развития СПВ.

У 18 % обследованных участковых врачей терапевтов и врачей общей практики поликлиник мегаполиса выявлен синдром профессионального выгорания, обусловленный хроническим профессиональным стрессом. У 5 % обследованных определены начальные признаки формирования СПВ.

Относительно высокий уровень сформированности СПВ на фоне напряженной профессиональной деятельности свидетельствует о недостаточно выраженных адаптивных возможностях врачей, что подтверждается экспертными оценками профессиональной эффективности, дисциплинированности и состояния здоровья. Высокая валидность и надежность оценки СПВ достигалась использованием обобщенной оценки показателей опросника В.В. Бойко и теста МВІ. Установлено, что низкий уровень сформиро-

ванности СПВ характеризуется обобщенными оценками до 59 баллов, средний уровень – 60–136 баллами, высокий уровень – 137 баллами и более.

Полученные результаты исследования позволили сформировать систему мероприятий профилактики СПВ. Предложенные мероприятия первичной профилактики направлены на оптимизацию психофизиологического здоровья и предупреждение развития СПВ; вторичной – на раннюю диагностику начальных форм противостояния личности с требованиями профессии, предотвращение нетрудоспособности и стрессовых реакций организма; третичной – на предупреждение хронических заболеваний, нервно-психических расстройств и реабилитацию.

### Литература

1. Апчел В.Я., Цыган В.Н. Стресс и стрессоустойчивость человека. – СПб. : ВМА, 2009. – 86 с.
2. Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. – СПб. : Питер, 2009. – 105 с.
3. Бухарин В.А., Черный В.С. Способ восстановления и повышения работоспособности путем совместного применения гипербарической оксигенации и транскраниального воздействия импульсным электрическим током // Уч. зап. унта им. П.Ф. Лесгафта. – 2011. – № 5 (75). – С. 31–35.
4. Вейн А.М. Вегетативные расстройства. – М. : Мед. инф. агентство, 1998. – 749 с.
5. Винокур В.А., Розанова М.Н. Профессиональный стресс губит врача // Медицина Санкт-Петербурга. – СПб. : Изд-во СПбГУ, 2007. – № 11. – С. 28.
6. Водопьянова Н.Е. Синдром психического выгорания в коммуникативных профессиях // Психология здоровья / под ред. Г.С. Никифорова. – СПб. : Изд-во СПбГУ, 2010. – С. 443–463.
7. Гарганеева Н.П. Концепция факторов риска в оценке прогноза сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с тревожными и депрессивными расстройствами // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 2. – С. 63–66.
8. Дильман В.М. Возрастная специфика психосоматической патологии // Физиология человека. – 2009. – Т. 10, № 2. – С. 193–201.
9. Евдокимов В.И., Марищук В.Л., Губин А.И. Эмоциональные состояния в экстремальных условиях деятельности и их коррекция // Вестник психотерапии. – 2008. – № 26 (31). – С. 56–66.
10. Кузнецова О.А., Щелкова О.Ю., Мазурок В.А., Решетов М.В. Диагностика профессионального «психического выгорания» врачей анестезиологов-реаниматологов // Вестник психотерапии. – 2008. – № 25 (30). – С. 75–83.
11. Лозинская Е.И. Исследование синдрома перегорания в психиатрической клинике // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи / под ред. О. В. Лиманкина. – СПб., 2009. – Т. 2. – С. 249–257.

12. Лымаренко В.М. Профессиональное выгорание у медицинских работников поликлинических учреждений как предпосылка психосоматической патологии // Материалы межвузовской науч.-практ. конф. с междунар. участием «Психологические проблемы современного общества». – СПб. : МИЭП, 2011. – С. 89–97.
13. Малыгин В.Л., Искандирова А.Б., Пахтусова Е.Е., Шевченко Д.В. Распространенность синдрома эмоционального выгорания у врачей различных специальностей. – М. : Моск. гос. мед.-стомат. ун-т, 2008. – С. 23–29.
14. Сапова Н.И. Экстремальность, стресс и адаптация // Материалы конф. «Социально-психологические проблемы государственного управления в России». – СПб. : Высшая школа экономики, 2015. – С. 50–55.
15. Саркисова В.А. Профессиональная заболеваемость медицинских работников в России: проблемы и решения // Главная мед. сестра. – 2011. – № 8. – С. 62–64.
16. Юматов Е.А. Сердечно-сосудистые реакции при эмоциональных перенапряжениях // Физиология человека. – 2010. – № 5. – С. 893–905.
17. Balon R. Reflections on relevance: Psychotherapy and Psychosomatics in 2003 // Psychother. Psychosom. – 2009. – Vol. 73, N 1. – P. 5–9.
18. Kohle K., Koerfer A., Thomas W. [et al.] Integrative psychosomatics: contributions to a reform of medical training // Psychother. Psychosom. Med. Psychol. – 2010. – Vol. 53, N 2. – P. 65–70.

Поступила 04.02.2019

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

**Для цитирования.** Лымаренко В.М., Леонтьев О.В. Исследование и оценка синдрома профессионального выгорания у участковых врачей поликлиник Санкт-Петербурга // Вестн. психотерапии. 2019. № 69 (74). С. 79–96.

---

**STUDY AND EVALUATION SYNDROME PROFESSIONAL BURNOUT AT DOCTORS  
OF PRIMARY OUTPATIENT DEPARTMENT OF ST. PETERSBURG**

**Lymarenko V.M., Leontev O.V.**

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

✉ Valerii Mihailovich Lymarenko – PhD Med. Sci., head of Department of surgery and innovative technologies of the Institute DPO «Extreme Medicine» Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Akademica Lebedeva Str., 4/2, St. Petersburg, 1940044, Russia), e-mail: lymarenkovm@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, 1940044, Russia), e-mail: lov63@inbox.ru.

**Abstract.** The syndrome of professional burning out at influence of a chronic professional stress at doctors of primary outpatient department of Nevsky district of St. Petersburg is investigated. The generalized assessment of a syndrome of professional burning out was used. The research included three stages: diagnostic, assessment of existence of a syndrome of professional burning out and preventive. The research showed that at doctors of primary outpatient department the most frequent created symptoms are: «inadequate selective emotional reaction», «a reduction of professional duties» and «experience of the psychoinjuring circumstances». Actions of a system of prevention of a syndrome of professional burning out at individual, interpersonal and organizational level increased professional motivation, reduced operating voltage, optimized a psychophysiological state, leveled balance between physical and psychoemotional expenses, increased satisfaction from the performed work.

**Keywords:** chronic occupational stress, burnout syndrome, outpatient examination, autonomic tone, psycho-vegetative disorders, the doctor primary physicians outpatient department.

### References

1. Apchel V.YA., Cygan V.N. Stress i stressoustojchivost' cheloveka [Stress and resistance to stress of the person]. Sankt-Peterburg. 2009. 86 p. (In Russ)
2. Bojko V.V. Sindrom «ehmocional'nogo vygoraniya v professional'nom obshchenii [A syndrome of «emotional burning out» in professional communication]. Sankt-Peterburg. 2009. 105 p. (In Russ)
3. Buharin V.A. Chernyj V.S. Sposob vosstanovleniya i povysheniya rabotosposobnosti putem sovместnogo primeneniya giperbaricheskoj oksigenacii i transkranial'nogo vozdejstviya impul'snym ehlektricheskim tokom [A way of restoration and increase in working capacity by combined use of hyperbaric oxygenation and transcranialny influence by pulse electric current]. *Uchenye zapiski universiteta im. P.F. Lesgafta* [Scientific Notes University P.F. Lesgaft]. 2011. N 5 (75). Pp. 31–35. (In Russ)
4. Vein A.M. Vegetativnye rasstroistva [Vegetative frustration]. Moskva. 2003. 749 p. (In Russ)
5. Vinokur V.A., Rozanova M.N. Professional'nyj stress gubit vracha [Occupational stress is ruining doctor]. *Medicina Sankt-Peterburga* [Medicine Of St. Petersburg]. Sankt-Peterburg. 2007. N 11. Pp. 28. (In Russ)
6. Vodop'yanova N.E. Sindrom psihicheskogo vygoraniya v kommunikativnyh professiyah. [A syndrome of mental burning out in communicative professions]. *Psihologiya zdorov'ya* [Health Psychology]. Eds. : G.S. Nikiforova. Sankt-Peterburg. 2010. Pp. 443–463. (In Russ)
7. Garganeeva N.P. Kontsepsiya faktorov riska v otsenke prognoza serdechno-sosudistykh zabolevanij u patsientov s trevozhnymi i depressivnymi rasstrojstvami

[The concept of risk factors in evaluating the prognosis of cardiovascular disease in patients with anxiety and depressive disorders]. *Sibirskij vestnik psixiatrii i narkologii* [Siberian Bulletin of Psychiatry and Narcology]. 2010. N 2. Pp. 63–66. (In Russ)

8. Dil'man V.M. Vozrastnaya specifika psixosomaticheskoj patologii [Age specificity of psychosomatic pathology]. *Fiziologiya cheloveka* [Human Physiology]. 2009. Vol. 10, N 2. Pp. 193–201. (In Russ)

9. Evdokimov V.I., Marishhuk V.L., Gubin A.I. Ehmotsional'nye sostoyaniya v ehkstremaal'nykh usloviyakh deyatel'nosti i ikh korrektsiya [Emotional state in extreme conditions and their correction]. *Vestnik psixhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2008. N 26 (31). Pp. 56–66. (In Russ)

10. Kuznecova O.A., Shhelkova O.Yu., Mazurok V.A., Reshetov M.V. Diagnostika professional'nogo «psikhicheskogo vygoraniya» vrachej anesteziologov-reanimatologov [Professional Diagnostics 'mental Burnout' doctors anesthesiologists-resuscitators]. *Vestnik psixhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2008. N 25 (30). Pp.75–83. (In Russ)

11. Lozinskaya E.I. Proyavlenie sindroma peregoraniya u psixiatrov i onkologov [Manifestation of a syndrome of burn-out at psychiatrists and oncologists]. Problemy i perspektivy razvitiya stacionarnoj psixiatricheskoj pomoshhi [Problems and prospects of development of inpatient psychiatric care]. Eds. : O. V. Limankina. Sankt-Peterburg. 2009. Vol. 2. Pp. 249–257. (In Russ)

12. Lymarenko V.M. Professional'noe vygoranie u medicinskih rabotnikov poliklinicheskikh uchrezhdenij kak predposylka psixosomaticheskoj patologii [Professional burning out at health workers of polyclinic institutions as a prerequisite of psychosomatic pathology]. *Psixologicheskie problemy sovremennogo obshchestva* [Psychological problems of modern society] : Scientific. Conf. Proceeding, Sankt-Peterburg. 2011. Pp. 89–97. (In Russ)

13. Malygin V.L., Iskandirova A.B., Pakhtusova E.E., Shevchenko D.V. Rasprostranennost' sindroma ehmtsional'nogo vygoraniya u vrachej razlichnykh spetsial'nostej [The prevalence of the syndrome of Burnout among doctors of various specialties]. Moskva. 2008. Pp. 23–29. (In Russ)

14. Sapova N.I. Ehkstremaal'nost', stress i adaptaciya [Extremeness, stress and adaptation]. *Social'no-psixologicheskie problemy gosudarstvennogo upravleniya v Rossii* [Social and psychological problems of governance in Russia] : Scientific. Conf. Proceeding, Sankt-Peterburg. 2015. Pp. 50–55. (In Russ)

15. Sarkisova V.A. Professional'naya zaboлеваemost' meditsinskih rabotnikov v Rossii: problemy i resheniya [Occupational diseases of medical workers in the Russia: pro-Bloem and Solutions]. *Glavnaya meditsinskaya sestra* [Home honey. sister]. 2011. N 8. Pp. 62–64. (In Russ)

16. Yumatov E.A. Serdechno-sosudistye reakcii pri ehmocional'nyh perenapryazheniyah [Cardiovascular reactions at an emotional retension]. *Fiziologiya cheloveka* [Human Physiology]. 2010. N 5. Pp. 893–905. (In Russ)

17. Balon R. Reflections on relevance: Psychotherapy and Psychosomatics in 2003. *Psychother. Psychosom.* 2009. Vol. 73, N 1. Pp. 5–9.

18. Kohle K., Koerfer A., Thomas W. [et al.] Integrative psychosomatics: contributions to a reform of medical training. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* 2010. Vol. 53, N 2. Pp. 65–70.

Received 04.02.2019

**For citing:** Lymarenko V.M., Leontev O.V. Issledovanie i ozenka sindroma professionalnogo vygorania u uchastkovykh vrachei poliklinik Sankt-Peterburga. *Vestnik psikhoterapii*. 2019. N 69. Pp. 79–96. **(In Russ.)**

Lymarenko V.M., Leontev O.V. Study and evaluation syndrome professional burnout at doctors of primary outpatient department of St. Petersburg. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2019. N 69. Pp. 79–96.



**ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ  
И ПРЕМОРБИДНЫЕ ЛИЧНОСТНЫЕ ЧЕРТЫ  
У ПОДРОСТКОВ С ГОМОСЕКСУАЛЬНОЙ  
И БИСЕКСУАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИЕЙ**

<sup>1</sup> Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1  
(Россия, Оренбург, ул. Цвиллинга, д. 5);

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

<sup>3</sup> Санкт-Петербургский государственный университет  
(Россия, Санкт-Петербург, 21-я линия В. о., д. 8, лит. А);

<sup>4</sup> Психиатрическая больница № 1 им. П.П. Кащенко  
(Россия, Ленинградская обл., с. Никольское, Меньковская ул., д.10);

<sup>5</sup> Тульский государственный университет  
(Россия, Тула, пр. Ленина, 92).

Целью работы явилось изучение психологического благополучия и преморбидных личностных черт у подростков с гомосексуальной и бисексуальной ориентацией. В исследовании приняло участие 70 подростков в возрасте 12–16 лет, кто относил себя к гомосексуалам/бисексуалам.

Методы исследования: Шкала А. Кинси; Пятифакторный опросник личности; Шкала психологического благополучия Рифф; Шкала самооффективности, Тест диспозиционного оптимизма.

В результате исследования было обнаружено, что для опрошенных подростков свойственен не очень высокий уровень психологического благополучия и характерны такие особенности, как высокий нейротизм, развитая экспрессив-

---

Семенова Татьяна Сергеевна – мед. психолог Оренбургской областной клинической психиатрической больницы № 1, г. Оренбург (Россия, 460000, Оренбург, ул. Цвиллинга, д. 5); e-mail: 555\_sts@mail.ru;

✉ Бабин Сергей Михайлович – д.м.н. проф., зав. каф. психотерапии и сексологии Сев.-Зап. гос. мед. ун-та им. И.И. Мечникова (Россия, 191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41); проф. Санкт-Петербургского гос. ун-та (Россия, 199034, Санкт-Петербург, 21-я линия В. о., д. 8, лит. А); консультант Психиатрической бол-цы №1 им. П.П. Кащенко (Россия, 188357, Ленинградская обл., с. Никольское, Меньковская ул., д.10); e-mail: sergbabin@inbox.ru;

Ивашиненко Дмитрий Михайлович – к.м.н. доцент, зав. каф. психиатрии и наркологии Тульского гос. ун-та (Россия, 300012, Тула, пр. Ленина, д. 92); e-mail: divashinenko@mail.ru;

Подсадный Сергей Александрович – к.м.н., доцент каф. психотерапии и сексологии Сев.-Зап. гос. мед. ун-та им. И.И. Мечникова (Россия, 191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41).

ность и высокая привязанность. Преобладают средний и низкий уровни оптимизма и самоофективности.

Практическая значимость проведенного исследования заключается в том, что полученные нами данные могут быть использованы для дальнейшего изучения личностных детерминант субъективного благополучия у лиц с гомосексуальной и бисексуальной ориентацией.

Ключевые слова: гомосексуальность, бисексуальность, подростки, самоофективность, психологическое благополучие, оптимизм, личность.

## **Введение**

Господствующие нормы морали долгое время были направлены против гомосексуализма, а людей с гомосексуальной ориентацией подвергали травле. Исключение гомосексуальности из списка психических заболеваний в МКБ-10 и признание возможности и допустимости существования гомосексуального влечения у здорового человека, не избавило людей гомосексуальной ориентации от дискриминации и стигматизации общества. В современном обществе представление о гомосексуальности постепенно изменяется, но до сих пор много людей считают гомосексуальность болезнью и порицают людей с нетрадиционной сексуальной ориентацией. Дискриминация и стигматизация лиц с квир-идентичностью приводит к нарушению функционирования разных сфер жизни и личности данных людей. В этой связи формируется необходимость создания и реализации мер психопрофилактики и психогигиены среди гомосексуалов.

Сегодня в обществе гомосексуальность до сих пор часто рассматривается как стигматированная идентичность. Дискриминация отражается на тех, кто отказывается скрывать свою сексуальную ориентацию или ассимилироваться с доминирующей культурой. Поскольку гетеросексуальность большинством членов нашего общества рассматривается как естественная, нормальная и более нравственная форма сексуальности человека, гетеросексизм становится одной из форм угнетения и подчинения всех лиц, ведущих «негетеросексуальный образ жизни» [4]. Поскольку такие социальные нормы чтут гетеросексуальный образ жизни выше всех остальных, дискриминация секс-меньшинств свирепствует во многих культурах, в том числе и в развитых странах, в которых, казалось бы, настала эпоха абсолютной сексуальной свободы (например, США).

Признание собственной сексуальной ориентации влечет за собой стигматизацию и дискриминацию, о которых сложно кому-либо рассказать и это создает основание для формирования серьезных проблем с субъективным благополучием у подростков с проблемами сексуальной ориентации [1, 5].

Дискриминация, стигма и виктимизация создают враждебную среду и стрессовую ситуацию, которые вносят значимый вклад в нарушение психического здоровья, в том числе формирование чувства стыда, вины, тревожности и депрессии [2; 3].

Психологическое благополучие и преморбидные личностные черты являются важными составляющими для снижения последствий стигматизации и дискриминации, так как помогают найти позитивные ресурсы личности.

### **Материалы и методы**

Основной этап исследования проходил с посредством крупнейшего российского сообщества в известной социальной сети и был озаглавлен «Дети-404. ЛГБТ-подростки». Исследование проходило как веб-обследование. Выборка исследования состояла из 70 подростков в возрасте 12–16 лет (средний возраст – 14,05 лет), кто имел сексуальное/эротическое влечение к лицам того же пола либо относил себя к гомосексуалам/бисексуалам. 59 (84,3 %) выборки были женщины, 11 (15,7 %) были мужчины. Каждый участник дал добровольное согласие на участие в исследовании. Респондентам дистанционно были представлены электронные бланки с текстами всех психодиагностических методик, входивших в специально подобранный нами комплекс изучения личностных детерминант психологического благополучия. Участие в исследовании предполагало анонимность и конфиденциальность. Права ни одного субъекта не были нарушены. В данном исследовании мы использовали следующие методики: Шкала А. Кинси; Пятифакторный опросник личности; Шкала психологического благополучия Рифф; Шкала самооффективности, Тест диспозиционного оптимизма.

### **Результаты**

Как показала шкала Кинси, 6 (8,6 %) исследуемых были преимущественно гетеросексуальны, с неслучайными проявлениями гомосексуальности, 5 (7,1 %) подростков были преимущественно гомосексуальны, с неслучайными проявлениями гетеросексуальности, 3 (4,3 %) человека – преимущественно гомосексуальны, с единичными проявлениями гетеросексуальности, 42 (60 %) участника – бисексуальны, остальные 14 (20 %) были исключительно гомосексуальны.

Диспозиционные черты личности изучались с помощью Пятифакторного личностного опросника (Большая пятерка, BigFivepersonalitytraits).

Усредненный профиль личности респондентов представлен на рис. 1.

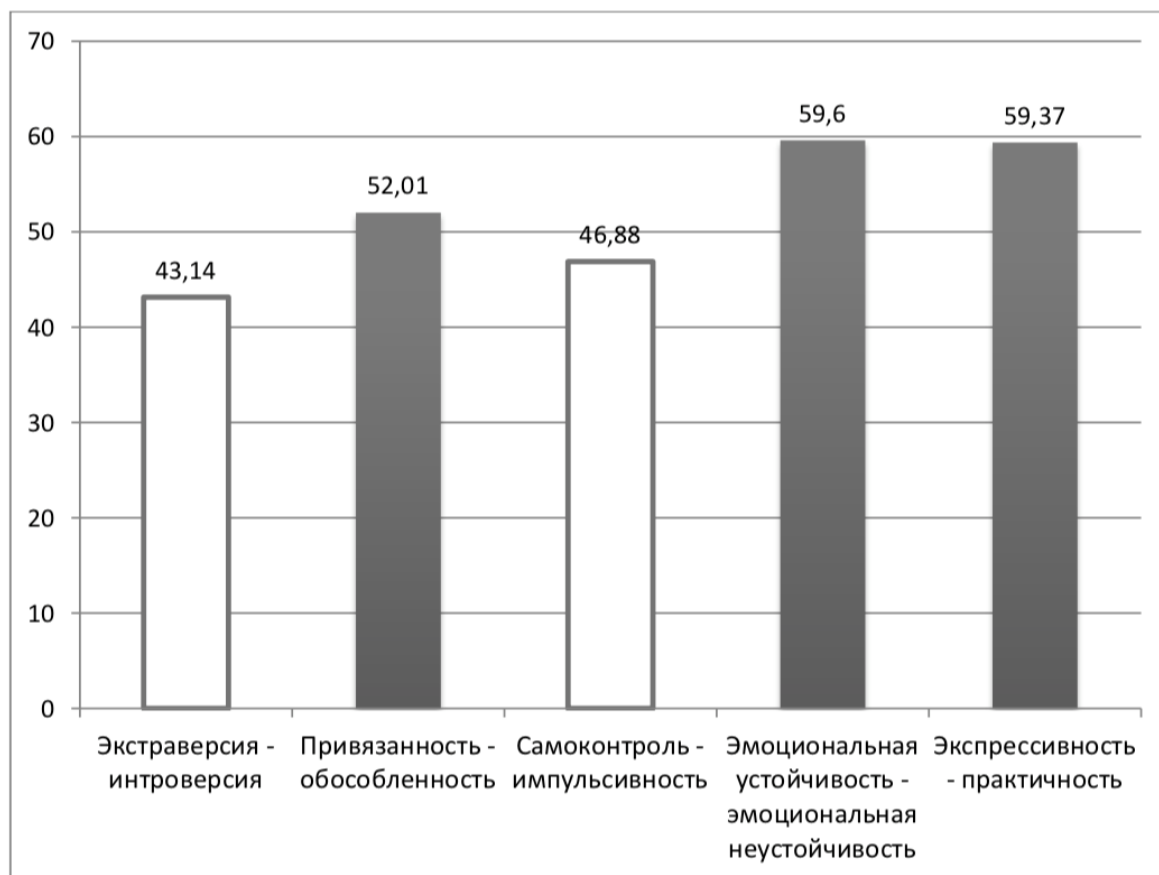


Рис. 1. Профиль личности гомосексуальных подростков (согласно Пятифакторной модели)

Оказалось, что для опрошенных подростков, считающих себя гомосексуалами и бисексуалами, характерны такие особенности, как высокий нейротизм (эмоциональная неустойчивость), развитая экспрессивность (открытость новому опыту) и, что удивительно, высокая привязанность. Более низкие баллы подростки набрали по шкалам «Экстраверсия – интроверсия» и «Самоконтроль – импульсивность».

Анализируя эти данные, можно говорить, что подростков, принявших участие в этом исследовании, отличают следующие параметры:

1) **интроверсия**, включая неуверенность в себе, большую опору на собственные силы и взгляды, чем на взгляды других людей, склонность к уходу в фантазии, несколько сниженный, но ровный фон настроения, озабоченность своими личными проблемами и переживаниями, сдержанность, замкнутость и неумение раскрыться окружающим;

2) **эмоциональная неустойчивость**, включая сниженную способ-

ность контролировать свои эмоции, капризность, ощущение беспомощности, внешнюю обусловленность поведения (зависимость от средовых воздействий), тревожное ожидание неприятностей, экзальтированность (быстрая смена настроения от восторга и эйфории до глубокого разочарования и депрессии), сниженную самооценку и обидчивость;

3) **экспрессивность** – легкое отношение к жизни, сниженная социальная ответственность, легкомысленность, любопытство и открытость новому опыту, интуитивность, эстетство;

4) **сниженный самоконтроль**, включая стремление к поиску легких путей в жизни, естественность поведения, беспечность, склонность к необдуманным поступкам, низкую добросовестность в работе, готовность отвергать и не соблюдать принятые в обществе требования и ограничения, неконвенциональное или даже асоциальное поведение, склонность «жить сегодняшним днем», не задумываясь о будущем;

5) **привязанность** – сильная потребность быть рядом с другим, отзывчивость, развитая эмпатия, доверчивость, альтруизм.

Общий показатель психологического благополучия (322,9) в обследованной группе людей приближается к нижней границе среднего уровня (в популяции он представлен в диапазоне значений от 315 до 413). Иначе говоря, гомосексуальным и бисексуальным подросткам свойственен не очень высокий уровень психологического благополучия (рис. 2).

Чуть более оптимистично выделяются на этом фоне довольно высокие значения по шкале «Личностный рост». Поэтому велика вероятность того, что подростки могут воспринимать себя самореализующимися, испытывать чувство реализации своего внутреннего потенциала, отслеживать улучшения в самих себе с течением времени, изменяться в соответствии с полученными знаниями и результатами. По шкалам «Управление средой» и «Самопринятие» подростки набрали крайне низкие баллы.

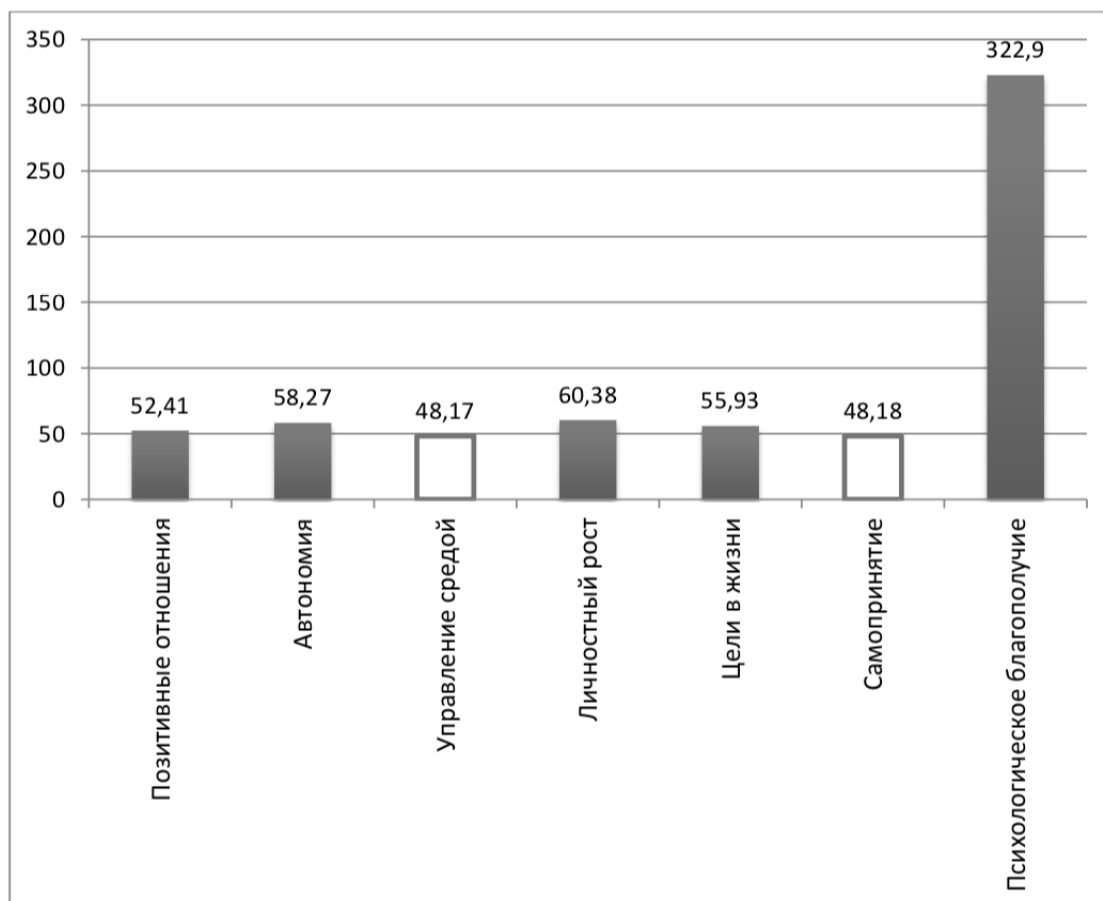


Рис. 2. Средние показатели по психологическому благополучию у подростков с проблемами сексуальной ориентации

Как показал анализ (см. табл.), умеренный и низкий уровень самооффективности был выявлен у 33 (47,1 %) и 32 (45,7 %) подростков соответственно. Высокие баллы по самооффективности были набраны только 5 (7,1 %) респондентами. В среднем в исследовательской выборке умеренные значения самооффективности доминируют.

Общая самооффективность (описательные статистики) у подростков с проблемами сексуальной ориентации

	Min	Max	M	SD
Самооффективность	16	41	27,74	5,594

Оптимизм изучался с помощью Теста диспозиционного оптимизма. У 31 (44,3 %) респондента был выявлен низкий уровень оптимизма. Люди с низким оптимизмом обычно полагают, что их будущее будет более веро-

ятно связано с негативными обстоятельствами и трудностями. При этом такие лица воспринимают проблемы как долговременные и сложно решаемые. Хорошие события оцениваются такими людьми как случайные и быстро проходящие. 14 (20 %) бисексуальных и гомосексуальных подростков показали средний, или умеренный, уровень оптимизма. Только 25 (35,7 %) людей продемонстрировали высокие показатели оптимизма. Общие результаты исследования оптимизма представлены на рис. 3.

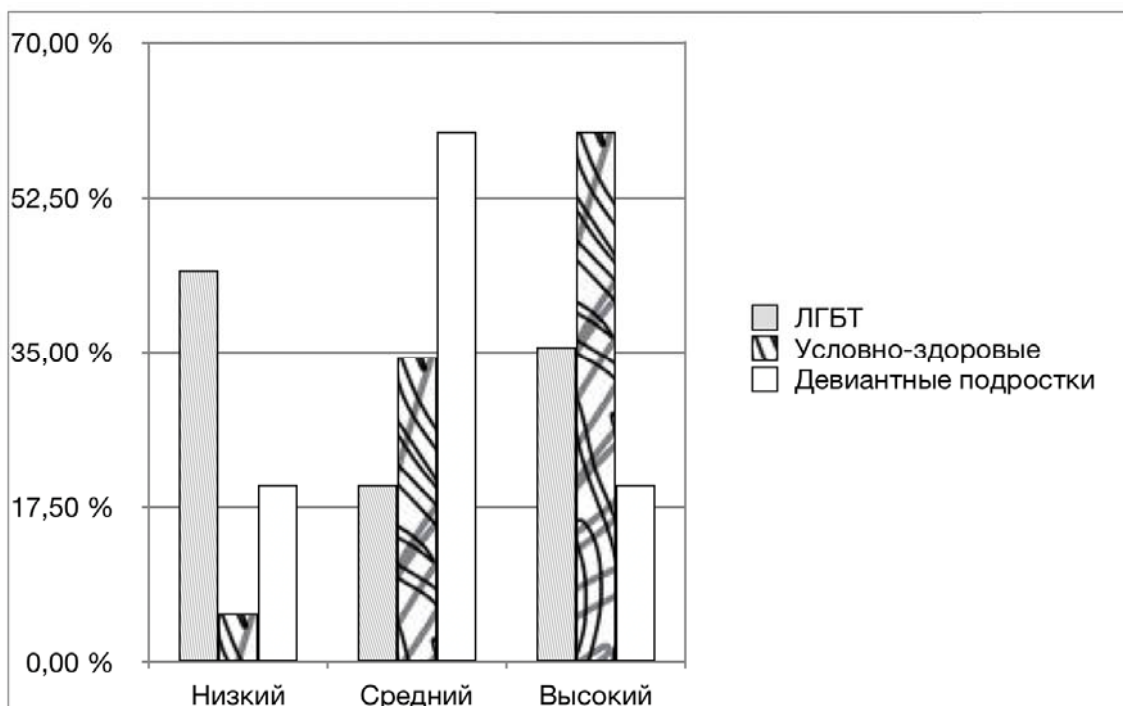


Рис. 3. Выраженность уровня диспозиционного оптимизма в %

### Обсуждение

1. Исследование показало, что для бисексуальных и гомосексуальных подростков характерны такие особенности, как высокий нейротизм (эмоциональная неустойчивость), развитая экспрессивность (открытость новому опыту) и, что удивительно, высокая привязанность. Более низкие баллы подростки набрали по шкалам «Экстраверсия – интроверсия» и «Самоконтроль – импульсивность».

2. В структуре психологического благополучия подростков с проблемами сексуальной ориентации выявлен низкий уровень самопринятия и готовности оказывать влияние на социальное окружение.

3. В среднем в исследовательской выборке доминируют умеренные значения самооффективности и оптимизма.

Практическая значимость проведенного исследования заключается в том, что полученные нами данные могут быть использованы для дальнейшего изучения личностных детерминант субъективного благополучия у лиц с гомосексуальной и бисексуальной ориентацией.

### Литература

1. Barrientos-Delgado J., Cárdenas-Castro M., Gómez-Ojeda F. Socio-demographic characteristics, subjective well-being, and homophobia experienced by a sample of gay men from three cities in Chile // *Cad Saude Publica*. – 2014, Jun. – Vol. 30 (6). – P. 1259–69.
2. Clements-Nolle K., Marx R., Katz M. Attempted suicide among transgender persons: The influence of gender-based discrimination and victimization // *J Homosexual*. – 2006. – Vol. 51 (3). – P. 53–69.
3. Ellis K.M., Eriksen K. Transsexual and transgenderist experiences and treatment options // *Fam J*. – 2002. – Vol. 10. – P. 289–299.
4. Evans E.A. Coming out in the workplace: Stigma and boundary management for homosexual men // *Masters Theses*. – Eastern Illinois University, 2007. – P. 761 [Электронный ресурс]. URL: <http://thekeep.eiu.edu/theses/761> (дата обращения: 12.09.2017).
5. Frost D.M., Lehavot K., Meyer I.H. Minority stress and physical health among sexual minority individuals // *J Behav Med*. – 2015, Feb. – Vol. 38 (1). – P. 1–8. doi: 10.1007/s10865-013-9523-8.

Поступила 16.01.2019

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

**Для цитирования.** Семенова Т.С., Бабин С.М., Ивашиненко Д.М., Подсадный С.А. Психологическое благополучие и преморбидные личностные черты у подростков с гомосексуальной и бисексуальной ориентацией // *Вестн. психотерапии*. 2019. № 69 (74). С. 97–106.

---

### PSYCHOLOGICAL WELL-BEING AND PREMORBID PERSONALITY TRAITS IN ADOLESCENTS WITH HOMOSEXUAL AND BISEXUAL ORIENTATION

**Semenova T.S.<sup>1</sup>, Babin S.M.<sup>2,3,4</sup>, Ivashinenko D.M.<sup>5</sup>, Podsadnyi S.A.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Orenburg Regional Clinical Psychiatric Hospital N 1  
(Zwillinga, Str., 5, Orenburg, Russia);

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



- <sup>3</sup> Saint-Petersburg State University (21st line, 8, St. Petersburg, Russia);  
<sup>4</sup> Psychiatric hospital N 1 named after P.P Kaschenko  
(Menkovskaya Str. 10, p. Nikolskoye, Leningrad region, 188357, Russia);  
<sup>5</sup> Tula State University (Lenin Str., 92, Tula, Russia).

Tatiana Sergeevna Semenova – clinical psychologist of the Orenburg Regional Clinical Psychiatric Hospital N 1 (Zwillinga, Str., 5, Orenburg, 460000, Russia); e-mail: 555\_sts@mail.ru);

✉ Sergey Michailovich Babin – Dr. Med. Sci. Prof., Head of the Department of Psychotherapy and Sexology North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov (Kirochnaya Str., 41, St. Petersburg, 191015, Russia), Saint-Petersburg State University (21st line, 8, St. Petersburg, 199034, Russia), Psychiatric hospital N 1 named after P.P Kaschenko (Menkovskaya Str. 10, p. Nikolskoye, Leningrad region, 188357, Russia); e-mail: sergbabin@inbox.ru;

Dmitry Mikhailovich Ivashinenko – PhD. Med. Sci. Associate Professor, Head of the Department of Psychiatry and Narcology, Tula State University (Lenin Str., 92, Tula, 300012, Russia); e-mail: divashinenko@mail.ru;

Sergey Alexanndrovich Podsadnyi – PhD. Med. Sci., Associate Professor Head of the Department of Psychotherapy and Sexology North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov (Kirochnaya Str., 41, St. Petersburg, 191015, Russia); e-mail: podsadnyi@list.ru.

**Abstract.** The proposed work studies the psychological well-being and pre-morbid personality traits in adolescents with homosexual and bisexual orientation. The study involved 70 adolescents aged 12-16 years who considered themselves homosexuals / bisexuals.

Research methods: scale of self-efficacy; five-Factor personality questionnaire; scale of psychological well-being of Riff; scale of self-efficacy; test of dispositional optimism.

As a result of the study, it was found that the surveyed adolescents are not characterized by a very high level of psychological well-being and are characterized by such features as high neuroticism, developed expressiveness and high attachment. Medium and low levels of optimism and self-efficacy prevail.

The practical significance of the study is that the data obtained by us can be used to further study the personal determinants of subjective well-being in persons with homosexual and bisexual orientation.

**Keywords:** homosexual, bisexual, adolescents, self-efficacy, psychological well-being, optimism, personality.

### References

1. Barrientos-Delgado J., Cárdenas-Castro M., Gómez-Ojeda F. Socio-demographic characteristics. subjective well-being. and homophobia experienced by a sample of gay men from three cities in Chile. *Cad Saude Publica*. 2014 Jun. Vol. 30 (6). Pp. 1259–69.

2. Clements-Nolle K., Marx R., Katz M. Attempted suicide among transgender persons: The influence of gender-based discrimination and victimization. *J Homosexual.* 2006. Vol. 51 (3). Pp. 53–69.
3. Ellis K.M., Eriksen K. Transsexual and transgenderist experiences and treatment options. *Fam J.* 2002. Vol. 10. P. 289–299.
4. Evans E.A. Coming out in the workplace: Stigma and boundary management for homosexual men. *Masters Theses.* – *Eastern Illinois University.* 2007. P. 761. URL: <http://thekeep.eiu.edu/theses/761>.
5. Frost D.M., Lehavot K., Meyer I.H. Minority stress and physical health among sexual minority individuals. *J Behav Med.* 2015 Feb. Vol. 38 (1). P. 1–8. doi: 10.1007/s10865-013-9523-8.

Received 16.01.2019

**For citing.** Semenova T.S., Babin S.M., Ivashinenko D.M., Podsadnyj S.A. Psikhologicheskoe blagopoluchie i premorbidnye lichnostnye cherty u podrostkov s gomoseksual'noj i biseksual'noj orientatsiej. *Vestnik psikhoterapii.* 2019. N 69. Pp. 97–106. (In Russ.)

Semenova T.S., Babin S.M., Ivashinenko D.M., Podsadnyj S.A. Psychological well-being and premorbid personality traits in adolescents with homosexual and bisexual orientation. *The Bulletin of Psychotherapy.* 2019. N 69. Pp. 97–106.

**ВЗАИМОДОПОЛНЯЮЩЕЕ ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ  
ЛАБОРАТОРНЫХ И КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ДАННЫХ  
ПРИ КУРАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КРОНАРНЫМ  
СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST**

<sup>1</sup> Городская многопрофильная больница № 2

(Россия, Санкт-Петербург, Учебный пер., д. 5);

<sup>2</sup> Санкт-Петербургский государственный университет

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

<sup>3</sup> Институт эволюционной физиологии и биохимии им. И.М. Сеченова

Российской академии наук (Россия, Санкт-Петербург, пр. Тореза, д. 44).

Представляемая статья посвящена оценке значения клинического Индекса психокардиологической коморбидности при стратификации рисков у пациентов, госпитализируемых в кардиологический стационар с диагнозом направляющего учреждения «Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST на ЭКГ» (ОКСбпST). Ретроспективный анализ 367 пациентов, госпитализированных с представлением об «ОКСбпST», показал, что Индекс психокардиологической коморбидности является независимым значимым предиктором исключения ОКСбпST (AUC 0,668 ± 0,026, p < 0,001), наравне с уровнем сердечного тропонина I в момент поступления в стационар (ТпI<sub>0</sub>). Балл по подшкале тревоги шкалы Госпитальной шкалы тревоги и депрессии ассоциирован с более высоким риском инфаркта миокарда за время госпитализации у лиц с верифицированным ОКС (9,83 ± 3,61 балла против 7,08 ± 3,96 балла в группе с неразвившимся острым повреждением миокарда, p = 0,035) независимо от исходного уровня ТпI<sub>0</sub>. При ТпI<sub>0</sub> < 2,0 пг/мл не выявлено случаев возникновения ОИМ за период нахождения в стационаре. Показано, что клинико-психологические характеристики

---

✉ Задворьев Сергей Федорович – врач-кардиолог отд-я кардиологии № 1 Городской многопрофильной больницы № 2 (Россия, 194354, Санкт-Петербург, Учебный пер., д. 5); e-mail: zadvoryevsf@yandex.ru;

Яковлев Артём Алексеевич – канд. мед. наук, ассистент кафедры госпитальной терапии медицинского фак-та Санкт-Петербургского гос. универ. (Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7–9); e-mail: yakotema@gmail.com;

Дорофейкова Мария Владимировна – науч. сотрудник Ин-та эволюционной физиологии и биохимии им. И.М. Сеченова (Россия, 194223, Санкт-Петербург, пр. Тореза, д. 44); e-mail: mvdorofeykova@mail.ru;

Петрова Наталия Николаевна – д-р мед. наук, проф., зав. каф. психиатрии и наркологии медицинского ф-та Санкт-Петербургского гос. универ. (Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7–9); e-mail: petrova\_nn@mail.ru.

пациентов, госпитализируемых с представлением об ОКСбпST, могут быть использованы как дополнительный инструмент оценки риска у таких больных.

Ключевые слова: острый коронарный синдром без подъема ST, психокордиология, коморбидность, тропонин I.

### **Введение**

Острый коронарный синдром без стойкого подъема ST (ОКСбпST) на электрокардиограмме (ЭКГ) представляет собой группу широко распространенных состояний, обуславливающих около 400 тысяч госпитализаций в год в Российской Федерации и несколько десятков процентов от всех экстренных госпитализаций в западных странах [13], обязывая к экстренной диагностике и активной тактике ведения пациентов. Сочетание высокого риска инфаркта миокарда с высоким полиморфизмом клинической и ЭКГ-картины при ОКСбпST бросает вызов кардиологам амбулаторного и стационарного звеньев медицинской помощи.

Прорывом в диагностике повреждения миокарда при ОКСбпST стало внедрение в клиническую практику высокочувствительных методов определения концентрации сердечных тропонинов (СТп) в крови [14]. Эта группа лабораторных тестов, мощности которых достаточно для количественного определения СТп (тропонина I или T, в зависимости от тест-системы) в крови большинства здоровых лиц, не только выявляет повреждение миокарда с практически абсолютной чувствительностью, но и обеспечивает возможность оценки рисков повреждения миокарда при нормальном или умеренном повышении значения СТп [4]. Использование методов диагностики, основанных на определении уровня СТп, зарекомендовало себя как надежный и эффективный метод в плане соотношения стоимости и эффективности [7].

Действующие клинические рекомендации регламентируют алгоритмы интерпретации анализов на уровень СТп в момент поступления в стационар (в случае, если от момента обострения прошло более 1 часа) и в динамике через 1 час или 3 часа, в зависимости от давности наступления симптомов [11].

Клинико-anamnestические аспекты оказания помощи полны сложностей и противоречий. Существующие клинические шкалы GRACE [15] и HAS-BLED [6] продемонстрировали корреляцию с выраженностью атеросклеротического поражения коронарных сосудов у пациентов с ОКСбпST, но они не применялись у пациентов, направляемых с представлением об ОКСбпST на догоспитальном этапе. Это особенно актуально в связи с тем, что для реальной клинической практики характерен высокий процент лож-

но-положительных результатов клинической диагностики ОКСбпST на до-госпитальном этапе [2].

Повышение чувствительности анализа на STп сопровождается некоторым снижением специфичности, которая составляет около 85 % [10]. По данным реестровых исследований, внедрение «высокочувствительных» тестов повышает эффективность диагностики ОКС по сравнению с «чувствительным» методом при увеличении числа ложно-положительных диагнозов [7], в то время как использование дополнительных алгоритмов оценки ранней динамики TпI позволяет снизить их долю. Единственная валидированная на сегодняшний день шкала ишемического риска, продемонстрировавшая свою эффективность при ОКСбпST, это шкала GRACE, являющаяся также предиктором возникновения острого инфаркта миокарда без стойкого подъема ST (ИМбпST) [15].

Немаловажный вклад в диагностику острого коронарного синдрома (ОКС) вносят личностные особенности пациентов. Продемонстрировано, что пациенты с болями в грудной клетке и исключенной ишемической их природой демонстрируют более выраженную тревогу [8], а распространенность панического расстройства среди этих пациентов в 5 раз выше, чем у лиц с ангинозной болью и патологией крупных коронарных артерий [3]. По отдельным данным, пациенты с соматоформным расстройством обращаются в медицинские учреждения в 3,4 раза, чем лица без верифицированных психических расстройств [5].

Полезной представляется идентификация соматических (или напоминающих таковые) симптомов, сигнализирующих о высокой вероятности коморбидного психического расстройства. Подтвержденные в этом качестве симптомы, такие как пресинкопальные состояния, одышка, головная боль и боль в грудной клетке [9], не могут быть использованы в кардиологической практике ввиду низкой специфичности.

Ранее был разработан Индекс психокardiологической коморбидности, позволяющий рассчитать предтестовую вероятность назначения пациенту психофармакотерапии в стационаре и вероятность ее рекомендации на амбулаторный прием [2].

### **Цель исследования**

Оценить место клинического Индекса психокardiологической коморбидности в вопросе стратификации рисков у пациентов, госпитализируемых с диагнозом направляющего учреждения «ОКСбпST».

## Материал и методы

В ретроспективном порядке были проанализированы истории болезни 367 пациентов, госпитализированных в экстренном порядке с диагнозом направляющего учреждения «ОКСбпST» в отделение интенсивной терапии многопрофильного стационара, давших информированное согласие на сбор и обработку данных. Критериями исключения являлись: уровень СТпI на момент поступления в стационар (СТпI<sub>0</sub>) более 130 пг/мл (пятикратное превышение уровня 99-го перцентиля для популяции здоровых лиц в использованной тест-системе); отказ пациента от продолжения лечения до момента взятия второго анализа крови на уровень СТпI; выявление стойкого подъема сегмента ST на ЭКГ в течение первых суток госпитализации. Исследование проводилось в соответствии с принципами Хельсинкской декларации. У всех пациентов проводился анализ крови на уровень СТпI при поступлении и в динамике через 3 часа. У использованной тест-системы 99-й перцентиль СТпI для здоровой популяции составил 26 пг/мл. Демографические признаки обследованных больных представлены в таблице 1.

Таблица 1

Характеристика когорты пациентов, госпитализированных с диагнозом направляющего учреждения «ОКСбпST»

Показатель	Совокупная выборка	Не стенокардия	Стабильная стенокардия	ОКСбпST
Женский пол, %	55***	61	60	43
Средний возраст ± ст. отклонение, годы	67,5 ± 12,8	66,3 ± 13,7	72,2 ± 10,6	67,4 ± 11,7
Лабильная артериальная гипертензия (АГ), %	31***	39	40	15
Нарушения сердечного ритма с дебютом до 55 лет, %	9***	14	3	3
Среднее число сопутствующих заболеваний ± ст. отклонение	3,2 ± 1,8	3,1 ± 1,8	3,7 ± 1,9	3,2 ± 1,7
Число пациентов (% от совокупной когорты)	367	196	54	117
СТпI при поступлении, пг/мл	19,1 ± 25,5***	12,6 ± 17,6	19,9 ± 26,8	29,4 ± 31,9
СТпI максимальный, пг/мл	2789,4***	67,9	32,6	6277,2

Показатель	Совокупная выборка	Не стенокардия	Стабильная стенокардия	ОКСбпСТ
Средний Индекс психокардиологической коморбидности, баллов $\pm$ ст. отклонение	7,34 $\pm$ 4,80***	8,24 $\pm$ 4,93	8,61 $\pm$ 5,18	5,59 $\pm$ 3,93
ОСН II-IV кл. Killip или ХСН III-IV кл. NYHA на момент поступления, %	7,4	7,1	9,4	7,0
Ранее перенесенный инфаркт миокарда, %	28	24	29	33

Примечания: \* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,01$ , \*\*\* $p < 0,001$  для различия между тремя группами. ОСН – острая сердечная недостаточность, ХСН – хроническая сердечная недостаточность

В группе верифицированного ОКСбпСТ у 65 пациентов (53 % случаев подтвержденных ОКС и 17,2 % от всех обследованных пациентов) был диагностирован инфаркт миокарда. В остальных случаях уровень биомаркеров повреждения миокарда не достиг диагностически значимого уровня [12], и у пациентов была диагностирована нестабильная стенокардия. Инвазивная диагностика ишемической болезни сердца (коронароангиография) проводилась в 144 случаях (38,1%). Для каждого пациента был рассчитан Индекс психокардиологической коморбидности (И) по формуле:

$$И = Д + 3(6)*С + 3*П + 8*Л,$$

где Д – число сопутствующих диагнозов; С – сердцебиение, дрожь в грудной клетке или аритмии, дебютировавшие до 55 лет (3 балла) или до 50 лет (6 баллов); П – женский пол; Л – лабильная/пароксизмальная артериальная гипертензия [2].

86 пациентов были обследовано посредством Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), заполнявшейся после принятия решения об инвазивной диагностике ИБС (или отказе от нее), получения данных об уровне биомаркеров повреждения миокарда и разъяснения пациентам данных обследований и дальнейшей тактики лечения. Выраженность тревожной и депрессивной симптоматики по шкале HADS в различных группах пациентов показана в таблице 2.

Таблица 2

Уровень тревоги и депрессии по данным обследования при помощи шкалы HADS в разных подгруппах пациентов, госпитализированных с диагнозом направляющего учреждения «ОКСбпСТ»

Показатель	Совокупная выборка	Не стенокардия	Стабильная стенокардия	ОКС
N, пациентов	86	44	13	29
HADS A, баллы	7,49 ± 4,06	8,02 ± 4,07	6,36 ± 3,95	7,21 ± 4,09
Норма, чел. (% от данной подгруппы пациентов)	47 (55)	23 (52)	9 (69)	15 (52)
Субклиническая тревога, чел. (%)	17 (20)	10 (23)	1 (8)	6 (21)
Клинически выраженная тревога, чел. (%)	22 (25)	11 (25)	3 (23)	8 (27)
HADS D, баллы	6,92 ± 3,98	7,36 ± 4,09	7,09 ± 3,84	7,09 ± 3,84
Норма, чел. (%)	48 (56)	25 (57)	6 (46)	17 (59)
Субклиническая депрессия, чел. (%)	20 (23)	10 (23)	5 (39)	5 (17)
Клинически выраженная депрессия, чел. (%)	18 (21)	9 (20)	2 (15)	7 (24)

Для проведения статистического анализа использовались методы корреляционного анализа по Спирмену, множественной линейной регрессии (пошаговый отбор переменных), U-критерий Манна–Уитни, критерий Краскела–Уоллиса, применен двусторонний уровень значимости ( $p < 0,05$ ).

### Результаты исследования

Среди пациентов с подтвержденным диагнозом «ОКСбпСТ», по сравнению с остальными группами, оказалось меньше женщин, больных с лабильной артериальной гипертензией и с ранним дебютом нарушений сердечного ритма (табл. 1). В данной группе закономерно были более высокие уровни СТпI как при поступлении в стационар, так и во время госпитализации. Составлена ROC-кривая соотношения чувствительности и специфичности предлагаемого индексов отношении исключения диагноза «ОКСбпСТ». Площадь под кривой (AUC) составила  $0,668 \pm 0,026$  ( $p < 0,001$ ). Прогрессирующее снижение вероятности ОИМбпСТ за время нахождения в стационаре отмечалось как по мере увеличения Индекса психокardiологической коморбидности, так и по мере возрастания уровня СТпI<sub>0</sub> (табл. 3).



Таблица 3

Вероятность подтверждения диагноза ОИМбпСТ у пациентов с разным Индексом психокардиологической коморбидности и уровнем СТпI<sub>0</sub>

Уровень СТпI <sub>0</sub> , пг/мл	Вероятность подтверждения диагноза ОИМбпСТ у пациентов с разными ИПК и СТпI <sub>0</sub> , %				
	52–130	45 (19/42)	46	54	46
26–52	32 (12/37)	33	50	21	25
2–26	12 (30/245)	35	11	7	6
0–2	0 (0/43)	0	0	0	0
		30 (23/77)	21 (18/87)	11 (16/140)	6 (4/63)
ИПК		0–3*	4–6*	7–14*	≥ 15*

Примечания: СТпI<sub>0</sub> – сердечный тропонин I при поступлении в стационар; \*ИПК – индекс психокардиологической коморбидности, его значение. Для подгрупп по ИПК и по СТпI<sub>0</sub> представлены как вероятности подтверждения ОИМбпСТ (%), так и абсолютные значения (в скобках).

*Комментарий к табл. 3.* Сумма строк или столбцов отражает вероятность подтверждения диагноза ОИМбпСТ. Так, 46 % в верхней левой группе обозначает, что среди обследованных пациентов с индексом психокардиологической коморбидности от 0 до 3 и с СТпI<sub>0</sub> от 52 до 130 пг/мл диагноз ОИМбпСТ был верифицирован в 46 % случаев, а при СТпI<sub>0</sub> от 26 до 52 пг/мл – в 33 % и т. д. Вероятность подтверждения ОИМ ни в одной группе не составила 100 %. Цифры в скобках – это абсолютные значения количества пациентов в каждой из подгрупп с числом пациентов с подтвержденным ОИМбпСТ. Например, «12 % (30/245)» в подгруппе «СТпI 2-26» означает, что исходный уровень сердечного тропонина I от 2 до 26 пг/мл отмечен у 245 пациентов, из них у 30 (12 %) – верифицирован ОИМбпСТ.

При уровне СТпI<sub>0</sub> менее 2,0 пг/мл не было обнаружено ни одного случая ИМбпСТ, в то время как доля ОИМбпСТ в группе ТпI<sub>0</sub> более 52 пг/мл достигала 45 %.

Был проведен регрессионный анализ влияния уровня СТпI<sub>0</sub> и предлагаемого индекса на вероятность ОИМбпСТ в стационаре, получена регрессионная модель ( $R^2 = 0,155$ ) следующего вида:

$$\text{ИМ} = 0,145 + 0,005 * \text{СТпI}_0 - 0,01 * \text{И},$$

где ИМ – вероятность верификации ОИМбпСТ за время текущей госпитализации, СТпI<sub>0</sub> – уровень СТпI на момент поступления в стационар, И – предлагаемый индекс.

Таким образом, каждый 1 пг/мл концентрации СТпI в крови пациента ассоциирован с дополнительным приростом вероятности ИМ на 0,5 %, а

повышение Индекса психокardiологической коморбидности на каждый балл – с ее понижением на 1 %. Приращение  $R^2$  составило 0,132 для СТпI<sub>0</sub> и 0,023 для Индекса. Выявленные изменения были независимы от возраста пациентов и от наличия ОКС или ОИМ в анамнезе. Упомянутые параметры не продемонстрировали ассоциации с максимальным уровнем СТпI или с заключительным клиническим диагнозом, хотя и были ассоциированы с более высоким процентом подтверждения ОКС (в группах с подтвержденным или исключенным ОКС было, соответственно, 32 % и 25 % пациентов, ранее переносивших ОИМ ( $p = 0,0002$ ), а средний возраст составил  $69,9 \pm 11,7$  и  $67,0 \pm 13,1$  года ( $p = 0,049$ )).

Проведена оценка взаимосвязи исследованных переменных с уровнем тревоги и депрессии по шкале HADS. Выяснилось, что балл по подшкале тревоги ассоциирован с более высоким риском инфаркта миокарда у лиц с верифицированным ОКСбпST ( $9,83 \pm 3,61$  балла против  $7,08 \pm 3,96$  балла в группе с неразвившимся острым повреждением миокарда,  $p = 0,035$ ) при отсутствии такой взаимосвязи с СТпI<sub>0</sub>. Различие достигалось благодаря более высокой скорости роста уровня СТпI сыворотки в первые часы госпитализации (средний прирост СТпI в группе нормы –  $297 \pm 1247$  пг/мл, в группе субклинической тревоги –  $4040 \pm 12540$  пг/мл, в группе клинически выраженной тревоги –  $7108 \pm 25493$  пг/мл,  $p = 0,035$ ). Доля ОИМ от числа пациентов с подтвержденным ОКСбпST составила 40 % в группе низкого уровня тревоги, 67 % в группе субклинически выраженной тревоги, 100 % в группе клинически выраженной тревоги ( $p = 0,028$  для различий между группами).

### Обсуждение

Исследование показало, что клинические алгоритмы, такие как Индекс психокardiологической коморбидности, имеют независимое прогностическое значение при раннем исключении ОИМбпST у пациентов, госпитализируемых с ОКС. Предложенный клинико-анамнестический индекс (и аналогичные ему), будучи доступен на догоспитальном этапе, может быть использован в экстренной ситуации для дополнительной стратификации риска у данной группы больных.

Отсутствие абсолютно объективных критериев диагностики ОКСбпST обуславливает несоответствие реальной популяции ОКСбпST когортам исследований, имеющих в большинстве случаев объективизированные критерии включения, и их сложно экстраполировать на реальную популяцию в вопросах, касающихся оценки специфичности используемых

критериев при стратификации риска у больного с ОКС. По своему демографическому профилю и профилю сопутствующих заболеваний (см. табл. 1) обследованная группа больных близка к когортам других популяционных исследований, таких как РЕКОРД-3 [1]. Более высокий процент диагностирования ОИМ по сравнению с упомянутым исследованием обусловлен, вероятно, рутинным использованием высокочувствительной тест-системы для определения уровня СТпI.

Наши данные демонстрируют высокую диагностическую ценность крайне низкого уровня СТпI<sub>0</sub> (менее 2 пг/мл) в отношении исключения ОИМбпСТ. Прогностическая ценность отрицательного результата составила 100 % (43 случая из 43), что согласуется с данными иностранных реестровых исследований [11].

Противоречие между отрицательным прогностическим значением предлагаемого индекса, валидированного в том числе и по шкале HADS, и положительным прогностическим значением шкалы HADS в отношении развития ОИМ, обусловлено вкладом повреждения миокарда 2-го типа. Тревога, способствующая вегетативной лабильности, в когорте пациентов, госпитализируемых с представлением об ОКСбпСТ, обуславливает как его гипердиагностику, так и риск осложненного течения у лиц с подтвержденным ОКС. Эти пациенты находятся в группе риска состояний, сопровождающихся нестабильной гемодинамикой.

Наше исследование имеет ряд ограничений. В частности, отсутствуют данные о связи данного индекса с риском смерти у больных с ОКСбпСТ. Данный параметр будет отслежен в дальнейших исследованиях. Интерес представляет оценка значения клиничко-anamnestических и психологических факторов как дополнения более сложных методов интерпретации тропонинового теста и ранней динамики биомаркеров повреждения миокарда. В нашей когорте пациентов не было получено достоверного прироста эффективности от анализа динамики СТпI по сравнению с однократным анализом. Ввиду того, что оценка выраженности тревожной и депрессивной симптоматики проводилась после диагностики ОКС, направление причинно-следственной связи между выраженностью тревоги и наличием инфаркта миокарда достоверно установить невозможно. В то же время очевидно, что пациенты с ОКСбпСТ и высокой выраженностью тревоги требуют ведения с учетом связи их психического состояния и системной гемодинамик.

## Заключение

Учет клинико-anamнестических факторов имеет достоверное значение при диагностике и стратификации риска ОИМбпСТ у пациентов, госпитализированных с представлением об ОКСбпСТ и не имеющих исходного повышения уровня ТпI, в дополнение к клинической картине и данным лабораторной диагностики. Психологическое сопровождение в сочетании с рутинной симптоматической психофармакотерапией позволит снизить риски неблагоприятного течения ОКСбпСТ в группе пациентов с индексом психокardiологической коморбидности более 11, а также улучшить качество жизни в данной группе пациентов.

### Благодарности:

Авторы признательны Савельевой Ольге Анатольевне и Гараханян Анне Александровне за ценные критические замечания при составлении первичной базы данных реестра пациентов.

## Литература

1. Васильева Л.В., Шевченко И.И., Эрлих А.Д. [и др.] Динамика лечения и госпитальных исходов у пациентов с острым коронарным синдромом в «неинвазивных» стационарах (данные регистров серии «РЕКОРД») // Трудный пациент. – 2016. – Т. 14. – С. 5–10.
2. Дорофейкова М.В., Задворьев С.Ф., Петрова Н.Н., Яковлев А.А. К вопросу о выделении группы риска наличия психических расстройств в практике кардиологического отделения // Acta biomedica scientifica. – 2017. – Т. 5, № 2. – С. 114–121.
3. Christoph M., Christoph A., Dannemann S. [et al.] Mental symptoms in patients with cardiac symptoms and normal coronary arteries // Open Heart. – 2014. – Vol. 1, № 1. – P. e000093. doi: 10.1136/openhrt-2014-000093.
4. Dalal J.J., Ponde C.K., Pinto B. et al. Time to shift from contemporary to high-sensitivity cardiac troponin in diagnosis of acute coronary syndromes // Indian Heart Journal. – 2016. – Vol. 68, № 6. – P. 851–855.
5. Hansen M.S., Fink P., Frydenberg M., Oxhøj M.L. Use of health services, mental illness, and self-rated disability and health in medical inpatients // Psychosomatic Medicine. – 2002. – Vol. 64, № 4. – P. 668–675.
6. Hsieh M.J., Lee C.H., Chen C.C. et al. Predictive performance of HAS-BLED risk score for long-term survival in patients with non-ST elevated myocardial infarction without atrial fibrillation // Journal of Cardiology. – 2017. – Vol. 69, № 1. – P. 136–143.
7. Jülicher P., Greenslade J.H., Parsonage W.A., Cullen L. The organizational value of diagnostic strategies using high-sensitivity troponin for patients with possible acute coronary syndromes: a trial-based cost-effectiveness analysis // British Medical Journal Open. – 2017. – Vol. 7. – P. e013653. doi:10.1136/bmjopen-2016-013653.
8. Kisely S.R., Campbell L.A., Yelland M.J., Paydar A. Psychological interventions for symptomatic management of non-specific chest pain in patients with

normal coronary anatomy // Cochrane Database of Systematic Reviews, 2015. – Issue 6. Art. No.: CD004101. doi: 10.1002/14651858.CD004101. pub 5.

9. Rasmussen N.H., Bernard M.E., Hamsen W.S. Physical symptoms that predict psychiatric disorders in rural primary care adults // *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. – 2008. – Vol. 14. – P. 399–406.

10. Reichlin T., Hochholzer W., Bassetti S. et al., Early diagnosis of myocardial infarction with sensitive cardiac troponin assays // *New England Journal of Medicine*. – 2009. – Vol. 361, № 9. – P. 858–867.

11. Rubini Giménez M., Hoeller R., Reichlin T., et al. Rapid rule out of acute myocardial infarction using undetectable levels of high-sensitivity cardiac troponin // *International Journal of Cardiology*. – 2013 – Vol. 168, № 4. – P. 3896–3901.

12. Thygesen K., Alpert J.S., Jaffe A.S. et al. Fourth universal definition of myocardial infarction (2018) // *Journal of American College of Cardiology*. – 2018. – Vol. 72, № 18. – P. 2231–2264.

13. Townsend N., Wickramasinghe K., Bhatnagar P. et al. Coronary heart disease statistics 2012 edition. – London: British Heart Foundation, 2012. – 211 p.

14. Van der Laarse A., Cobbaert C.M., Gorgels A.P.M., Swenne C.A. Will future troponin measurement overrule the ECG as the primary diagnostic tool in patients with acute coronary syndrome? // *Journal of Electrocardiology*. – 2013. – Vol. 46, № 4. – P. 312–317.

15. Zhang N., Liu W. Establishment of a hybrid risk model to predict major cardiac adverse events in patients with non-ST-elevation acute coronary syndromes // *Experimental and therapeutic medicine*. – 2016. – Vol. 12, № 1. – P. 427–432.

Поступила 24.11.2018

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

**Для цитирования.** Задворьев С.Ф., Яковлев А.А., Дорофейкова М.В., Петрова Н.Н. Взаимодополняющее прогностическое значение лабораторных и клинико-психологических данных при курации пациентов с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST // *Вестн. психотерапии*. 2019. № 69 (74). С. 107–119.

---

**COMPLEMENTARY PROGNOSTIC ROLE OF LABORATORY, CLINICAL PSYCHOLOGIC  
DATA AND PERSONAL HISTORY IN MANAGEMENT OF NON-ST-ELEVATION  
ACUTE CORONARY SYNDROME**

**Zadvorev S.F.<sup>1</sup>, Yakovlev A.A.<sup>2</sup>, Dorofeikova M.V.<sup>3</sup>, Petrova N.N.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> City multi-field hospital N 2 (Uchebnyi lane, 5, St. Petersburg, Russia);

<sup>2</sup> St. Petersburg State University (Universitetskaya Emb., 7/9, St. Petersburg, Russia);

<sup>3</sup> Institute of evolutionary physiology and biochemistry of I.M. Sechenov  
(Toreza av., 44, St. Petersburg, Russia).

✉ Zadvorev Sergei Fedorovich – cardiologist of office of cardiology N 1, City multi-field hospital N 2 (Uchebnyi lane, 5, St. Petersburg, 194354, Russia), zadvoryevsf@yandex.ru;

Yakovlev Artyom Alekseyevich – PhD med. Sci, assistant to department of hospital therapy of Medical faculty of St. Petersburg State University (Universitetskaya Emb., 7/9, St. Petersburg, 199034, Russia), yakotema@gmail.com;

Dorofeykova Maria Vladimirovna – research associate of science of Institute of evolutionary physiology and biochemistry of I.M. Sechenov (Toreza av., 44, St. Petersburg, 194223, Russia), mvdorofeykova@mail.ru;

Petrova Natalia Nikolaevna – Dr. Med. Sci. Prof., the manager of department of psychiatry and narcology of the Medical fact St. Petersburg state University (Universitetskaya Emb., 7/9, St. Petersburg, 199034, Russia), e-mail: petrova\_nn@mail.ru.

**Abstract.** This article is focused on evaluation of role of psychocardiac comorbidity index in risk stratification of patients presenting with NSTEMI-ACS. A retrospective analysis of 367 health records of patients presenting with NSTEMI-ACS has shown that both Index of psychocardiac comorbidity (AUC  $0,668 \pm 0,026$ ,  $p < 0,001$ ) and troponin I at admission (TnI<sub>0</sub>) are independent predictors of ruled out NSTEMI-ACS. Anxiety measured by Hospital anxiety and depression scale was associated with higher risk of myocardial infarction (NSTEMI) in patients with verified NSTEMI-ACS (mean score  $9,83 \pm 3,61$  vs.  $7,08 \pm 3,96$  for NSTEMI vs. unstable angina,  $p = 0,035$ ). No cases of NSTEMI was detected in subgroup of TnI<sub>0</sub> < 2,0 pg/ml. The results suggest that clinical and psychological characteristics of patients presenting with NSTEMI-ACS might be used as an additional instrument of risk evaluation in NSTEMI-ACS subpopulation.

**Keywords:** non-ST elevation acute coronary syndrome, psychocardiology, comorbidity, troponin I.

### References

1. Vasilyeva L.V., Shevchenko I.I., Ehrlieh A.D. [et al.] Dinamika lecheniya i gospital'nyh iskhodov u pacientov s ostrym koronarnym sindromom v «neinvazivnyh» stacionarah (dannye registrov serii «REKORD») [Dynamics of treatment and hospital outcomes at patients with a sharp coronary syndrome in "noninvasive" hospitals (the RECORD series given registers)]. *Trudnyj pacient* [Difficult patient]. 2016. Vol. 14. Pp. 5–10. (In Russ.)
2. Dorofeykova M.V., Zadvorvev S.F., Petrova N.N., Yakovlev A.A. K voprosu o vydelenii gruppy riska nalichiya psichicheskikh rasstrojstv v praktike kardiologicheskogo otdeleniya [To a question of allocation of risk group of presence of mental disorders in practice of cardiological office]. *Acta biomedica scientifica*. 2017. Vol. 5, N 2. Pp. 114–121. (In Russ.)
3. Christoph M., Christoph A., Dannemann S. [et al.] Mental symptoms in patients with cardiac symptoms and normal coronary arteries. *Open Heart*. 2014. Vol. 1. N 1. P. e000093. doi: 10.1136/openhrt-2014-000093.
4. Dalal J.J., Ponde C.K., Pinto B. [et al.] Time to shift from contemporary to high-sensitivity cardiac troponin in diagnosis of acute coronary syndromes. *Indian Heart Journal*. 2016. Vol. 68, N 6. Pp. 851–855.
5. Hansen M.S., Fink P., Frydenberg M., Oxhøj M.L. Use of health services,

mental illness, and self-rated disability and health in medical inpatients. *Psychosomatic Medicine*. 2002. Vol. 64, N 4. Pp. 668–675.

6. Hsieh M.J., Lee C.H., Chen C.C. [et al.] Predictive performance of HAS-BLED risk score for long-term survival in patients with non-ST elevated myocardial infarction without atrial fibrillation. *Journal of Cardiology*. 2017. Vol. 69, N 1. Pp. 136–143.

7. Jülicher P., Greenslade J.H., Parsonage W.A., Cullen L. The organizational value of diagnostic strategies using high-sensitivity troponin for patients with possible acute coronary syndromes: a trial-based cost-effectiveness analysis. *British Medical Journal Open*. 2017. Vol. 7. P. e013653. doi:10.1136/bmjopen-2016-013653.

8. Kisely S.R., Campbell L.A., Yelland M.J., Paydar A. Psychological interventions for symptomatic management of non-specific chest pain in patients with normal coronary anatomy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015. Issue 6. Art. No.: CD004101. doi: 10.1002/14651858.CD004101. pub 5.

9. Rasmussen N.H., Bernard M.E., Hamsen W.S. Physical symptoms that predict psychiatric disorders in rural primary care adults. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2008. Vol. 14. Pp. 399–406.

10. Reichlin T., Hochholzer W., Bassetti S. [et al.] Early diagnosis of myocardial infarction with sensitive cardiac troponin assays. *New England Journal of Medicine*. 2009. Vol. 361, N. 9. Pp. 858–867.

11. Rubini Giménez M., Hoeller R., Reichlin T. [et al.] Rapid rule out of acute myocardial infarction using undetectable levels of high-sensitivity cardiac troponin. *International Journal of Cardiology*. 2013 Vol. 168, N 4. Pp. 3896–3901.

12. Thygesen K., Alpert J.S., Jaffe A.S. et al. Fourth universal definition of myocardial infarction. *Journal of American College of Cardiology*. 2018. Vol. 72, N 18. P. 2231–2264.

13. Townsend N., Wickramasinghe K., Bhatnagar P. et al. Coronary heart disease statistics 2012 edition. *London: British Heart Foundation*, 2012. 211 p.

14. Van der Laarse A., Cobbaert C.M., Gorgels A.P.M., Swenne C.A. Will future troponin measurement overrule the ECG as the primary diagnostic tool in patients with acute coronary syndrome? *Journal of Electrocardiology*. 2013. Vol. 46, N. 4. Pp. 312–317.

15. Zhang N., Liu W. Establishment of a hybrid risk model to predict major cardiac adverse events in patients with non-ST-elevation acute coronary syndromes. *Experimental and therapeutic medicine*. 2016. Vol. 12, N 1. Pp. 427–432.

Received 24.11.2018

**For citing.** Zadvorev S.F., Yakovlev A.A., Dorofeikova M.V., Petrova N.N. Vzaimodopolnyayushchee prognosticheskoe znachenie laboratornyh i kliniko-psihologicheskikh dannyh pri kuracii pacientov s ostrym koronarnym sindromom bez podyema segmenta ST. *Vestnik psikhoterapii*. 2019. N 69. Pp. 107–119. **(In Russ.)**

Zadvorev S.F., Yakovlev A.A., Dorofeikova M.V., Petrova N.N. Complementary prognostic role of laboratory, clinical psychologic data and personal history in management of non-ST-elevation acute coronary syndrome. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2019. N 69. Pp. 107–119.

## **КОМПЛАЕНС И РЕАКЦИЯ ОФИСНЫХ СОТРУДНИКОВ НА ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ОБРАЗОВ, АССОЦИИРУЮЩИХСЯ С ПСИХИЧЕСКИМ РАССЛАБЛЕНИЕМ**

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

В работе приводятся данные о характере субъективных реакций и изменения показателей артериального давления и частоты пульса при представлении образов, связанных с психическим расслаблением, полученные в рандомизированной выборке здоровых трудоспособных офисных сотрудников. Оценивались реакции как на однократное выполнение задания на представление расслабляющих образов на рабочем месте, так и реакции на выполнение этого задания после двухнедельной практики. Исследовалась также приверженность офисных сотрудников регулярно вызывать у себя расслабляющие образы. В исследовании приняли участие 58 человек (19 мужчин и 39 женщин).

Полученные результаты свидетельствуют, что: и при однократном, и при постоянном выполнении заданий на представление расслабляющих образов не происходит статистически достоверных изменений ни субъективно определяемого уровня психического расслабления, ни гемодинамических показателей. Приверженность офисных сотрудников предлагаемому способу составила 56,2 %. Отдельные негативные реакции и отказы от выполнения упражнения, направленного на психическое расслабление, отмечены у 3,75 % обследованных. Тем самым предлагаемый способ психической релаксации на рабочем месте имеет 56,2 % приверженцев, но у некоторых сотрудников не вызывает такого интереса, а почти у 4 % вызывает сопротивление.

Ключевые слова: расслабление, образы, комплаенс, здоровые, профилактика.

---

✉ Харитонов Сергей Викторович – д-р мед. наук, вед. науч. сотр. Московского научно-практ. центра мед. реабилитации, восстановительной и спортивной медицины» (Россия, 105120, г. Москва, ул. Земляной вал, д. 53), e-mail: sergeyhar@mail.ru;

Голубев Михаил Викторович – д-р мед. наук проф., вед. науч. сотр. Московского научно-практ. центра мед. реабилитации, восстановительной и спортивной медицины» (Россия, 105120, г. Москва, ул. Земляной вал, д. 53), e-mail: golubevmisha@gmail.com;

Зайцев Вадим Петрович – д-р мед. наук проф., гл. науч. сотр. Московского научно-практ. центра мед. реабилитации, восстановительной и спортивной медицины» (Россия, 105120, г. Москва, ул. Земляной вал, д. 53), e-mail: vaza@3psy.ru.



Использование немедикаментозных подходов к профилактике стресса у здоровых лиц, чья деятельность сопряжена с высокой подверженностью стрессовым воздействиям [1], является одним из весьма важных направлений сохранения здоровья работающего населения [4]. В этой связи представляется существенным понимание эффективности предлагаемых для такого рода профилактики методов.

В качестве одного из довольно популярных, полезных и эффективных методов профилактической направленности и оздоровления часто рассматриваются упражнения, направленные на психическую релаксацию [3; 5]. Имеются многочисленные свидетельства, что такие упражнения дают положительный эффект для состояния психического здоровья. Практика их использования расширяется и уже столь значительна, что разрабатываются приложения для смартфонов по «управлению стрессом» и даже проводятся научные исследования, оценивающие эффективность такого рода воздействий [6].

Один из часто применяемых подходов для формирования психического расслабления – представление образов, ассоциирующихся с расслаблением и покоем. В некоторых исследованиях получены довольно убедительные свидетельства, позволяющие считать такой способ расслабления действенным, и на этой основе разрабатываются соответствующие курсы психокоррекционной направленности, действенные, по мнению авторов, и для пациентов с психическими расстройствами [7].

На примере исследований с нейровизуализацией во время концентрации внимания на расслабляющих психических образах и состояниях утверждается, что вызываемые при медитации (йога Патанджали) изменения в активности затылочной и префронтальной коры мозга могут объяснять наличие биологического и нейрофизиологического субстрата медитации [12] и аналогичных способов психической релаксации.

С другой стороны, сообщается, что результаты влияния ментальных образов на физиологические процессы могут быть разными [8] и многие параметры физиологического и психологического отклика на такое воздействие довольно вариабельны, по крайней мере у лиц, имеющих психические расстройства [10]. Что касается здоровых людей, то имеются данные, что оценка и восприятие ими образов отличается от восприятия образов больными [9]. Поэтому экстраполировать результаты, полученные у пациентов, имеющих психические нарушения, на популяцию здоровых может быть не совсем корректно.

Кроме того, для здоровых лиц полезным оказывается активный от-

дых, положительно влияющий и на самочувствие, и на межличностные отношения [11], а будет ли также полезна практика систематического расслабления, не совсем понятно. К сожалению, в литературе нам так и не удалось обнаружить исследований, где сравнивались бы влияние активного отдыха и отдыха в виде психической релаксации на самочувствие здоровых людей и пациентов с разными формами психической патологии.

Другой стороной вопроса об эффективности влияния образов, связанных с психическим расслаблением, на функционирование здоровых людей является их желание использовать эти образы для достижения состояния расслабления и обеспечения таким образом профилактики психоэмоциональных перегрузок и, как следствие, осуществление профилактики психической дезадаптации. И можно ожидать, что приверженность [2] психопрофилактическим мероприятиям может быть существенным фактором сохранения здоровья.

Для выяснения влияния представления расслабляющих образов на состояние офисных работников и их приверженности вызывать у себя такие представления с фиксацией внимания на состоянии расслабленности и было предпринято настоящее исследование.

Цель исследования: определить физиологические реакции и приверженность офисных работников упражнениям предлагающим вызывать психические образы, ассоциирующиеся с расслаблением выполняемые на рабочем месте.

### **Дизайн и методы исследования**

Сначала проводилось первое (тестовое) исследование, где оценивалась первичная субъективная реакция и гемодинамический отклик при концентрации внимания на предположительно вызывающих психическое расслабление представлениях и психических ощущениях. Измерения физиологических показателей (артериальное давление и частота пульса) и заполнение визуально-аналоговой шкалы (измеряющей выраженность расслабления, трудность доступа к ощущению расслабленности и трудность фиксации внимания на расслабляющих образах) проводились через 3–5 минут после того, как больные концентрировались на образах, предположительно ассоциирующихся с расслаблением. С помощью визуально-аналоговой шкалы измерялись три субъективных показателя. Первым оценивался уровень субъективно определяемой психической расслабленности (0 баллов – не расслаблен, 10 баллов – максимальное расслабление). Далее предлагалось оценить субъективно определяемую трудность представле-

ния расслабляющего образа (доступность состояния). Здесь 0 баллов – легко представить образы, вызывающие психическое расслабление, нет препятствий, а 10 баллов – крайне трудно представить что-либо расслабляющее. После чего оценивалась субъективно определяемая трудность удержания внимания на состоянии психического расслабления, где 0 баллов – совсем не трудно удерживать внимание на расслабляющих образах, 10 баллов – крайне трудно фиксировать внимание на расслабляющих образах.

Оценка параметров гемодинамики проводилась с помощью автоматического измерителя артериального давления UA-777. После чего выполнялось второе исследование, предполагавшее проведение оценки комплаентности участников исследования. С этой целью в облачном сервисе (OneDrive) создавались дневники мониторинга, в которых в урочное время, сразу после выполнения упражнений по концентрации внимания на расслабляющих образах, участники должны были ставить отметку о выполнении задания. Таким образом, исследователи получали данные о выполнении заданий в онлайн режиме. Заранее оговаривались удобное и дополнительное время для выполнения задания и наличие способов напоминания о необходимости выполнения этого задания («стикеры»). Всего предлагалось выполнять задание в течение двух недель (14 дней) один раз в день, длительностью от 3 до 5 минут.

Далее выполнялось третье исследование (кумулятивное), где оценивались субъективная реакция и гемодинамический отклик при концентрации внимания на предположительно вызывающих психическое расслабление представлениях и психических ощущениях после многократного повторения концентрации внимания на таких образах. Оценивались те же параметры, что и в первом, тестовом исследовании.

Первый и третий этапы исследования проводились на рабочих местах.

### **Материал исследования**

Материалом исследования являлись данные субъективных отчетов и объективных измерений гемодинамических показателей, полученные у 58 здоровых в психическом и соматическом отношении испытуемых. Испытуемые были случайно отобраны из генеральной совокупности 116 человек. Рандомизация осуществлялась с помощью генератора случайных чисел.

В состав участников исследования вошли 19 мужчин и 39 женщин. Испытуемые имели среднее и высшее образование. Занятость была пред-

ставлена преимущественно офисной работой.

Средний возраст по группе составил  $34,6 \pm 4,2$  года. Состояли в брачных отношениях 62 % испытуемых (36 человек).

### Результаты исследования

*I. Тестовое исследование.* Первичная субъективная реакция и гемодинамический отклик при концентрации внимания на предположительно ассоциирующихся с психическим расслаблением представлениях и психических ощущениях.

1.1. До предложения испытуемым выполнять задание на концентрацию внимания на предположительно вызывающих психическое расслабление представлениях и психических ощущениях уровень субъективно выраженной фоновой психической релаксации составил у них 5,5 баллов при  $\sigma_x$  (стандартное отклонение) = 1,6 балла. После концентрации внимания на расслабляющих в психическом плане ощущениях и представлениях в среднем по группе уровень субъективной психической расслабленности составил 6,3 балла при  $\sigma_x = 1,3$  балла. Эти различия оказались статистически недостоверными. В тесте Уилкоксона  $Z = 1,77$  при  $p = 0,07$ , в Методе знаков  $Z = 1,5$  при  $p = 0,1$ .

Субъективно определяемая трудность представления (доступность состояния) ощущения психического расслабления до выполнения задания (в фоне) составила в среднем по группе 6 баллов при  $\sigma_x = 3$  баллам. После концентрации внимания на состоянии психического расслаблении среднее значение этого показателя в группе составило 4,7 балла при  $\sigma_x = 1,9$  балла. Эти различия оказались статистически недостоверными. В тесте Уилкоксона  $Z = 1,18$  при  $p = 0,2$ , в Методе знаков  $Z = 0$  при  $p = 1$ .

Субъективно определяемая трудность удержания внимания на состоянии расслабления в первом, фоновом исследовании до представления образов, ассоциирующихся с психической расслабленностью, составила 5,8 балла при  $\sigma_x = 3,2$  балла. После концентрации внимания на психическом расслаблении этот показатель почти не изменился и составил 5,6 балла при  $\sigma_x = 1,9$  балла. Эти различия не являлись статистически достоверными. В тесте Уилкоксона  $Z = 0,49$  при  $p = 0,6$ , в Методе знаков  $Z = 0$  при  $p = 1$ .

Динамика субъективных показателей в тестовом исследовании представлена на рисунке 1.

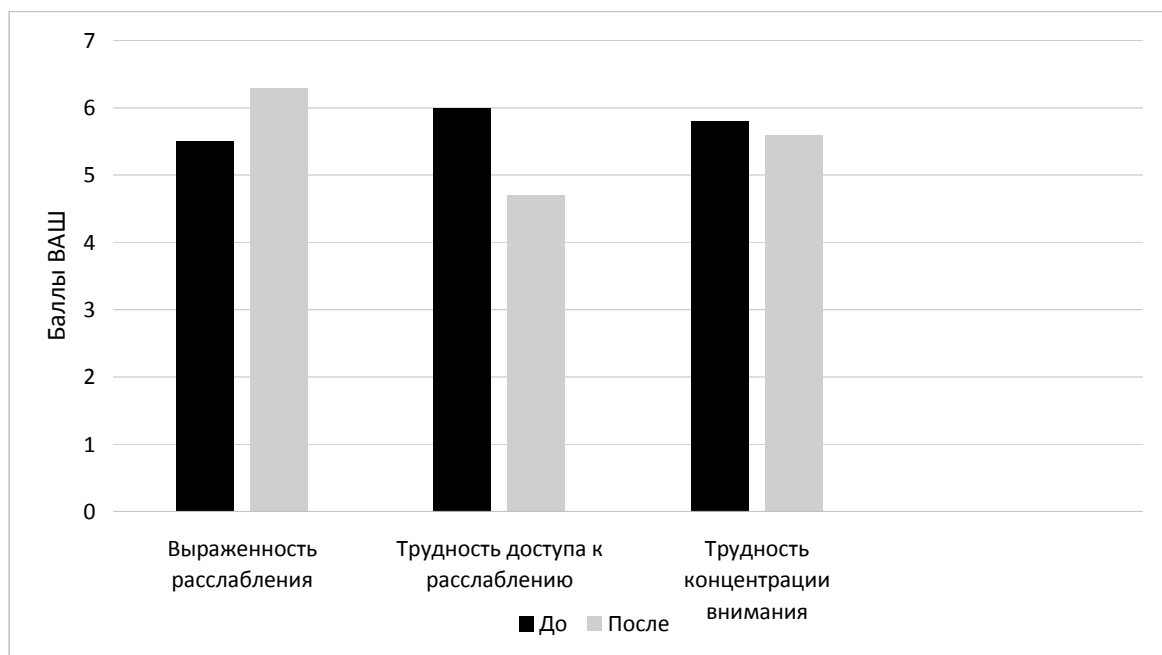


Рис. 1. Динамика субъективных показателей

1.2. Фоновые значения показателей систолического артериального давления в группе составили 126 мм рт. ст. при  $\sigma_x = 12,5$  мм рт. ст. После концентрации внимания на предположительно вызывающих психическое расслабление представлениях и психических ощущениях показатели систолического артериального давления несколько снизились, составив в среднем по группе 125,1 мм рт. ст. при  $\sigma_x = 13,6$  мм рт. ст. Эти различия не являлись статистически достоверными. В тесте Уилкоксона  $Z = 0,84$  при  $p = 0,4$ , в Методе знаков  $Z = 0,35$  при  $p = 0,7$ .

Диастолическое артериальное давление до выполнения задания составило 87,3 мм рт. ст. в среднем по группе при  $\sigma_x = 10,6$  мм рт. ст. После концентрации внимания на предположительно ассоциирующихся с психическим расслаблением представлениях и психических ощущениях показатели диастолического артериального давления возросли до 89,3 мм рт. ст. при  $\sigma_x = 8,1$  мм рт. ст. Различия не являлись статистически достоверными. В тесте Уилкоксона  $Z = 1,3$  при  $p = 0,19$ , в Методе знаков  $Z = 0$  при  $p = 1$ .

Пульсовое артериальное давление в среднем по группе до выполнения задания составило 38,7 мм рт. ст. при  $\sigma_x = 6,1$  мм рт. ст. После выполнения задания на концентрацию внимания на предположительно вызывающих психическое расслабление представлениях и психических ощущениях показатели пульсового давления снизились, составив 35,7 мм рт. ст. при  $\sigma_x = 7,4$  мм рт. ст. Различия не были статистически достоверными. В тесте Уилкоксона  $Z = 1,5$  при  $p = 0,14$ , в Методе знаков  $Z = 1,3$  при  $p = 0,18$ .

Частота пульса в среднем по группе до выполнения задания = 84,1 удар в 1 минуту при  $\sigma_x = 10,1$  удара. После концентрации внимания на расслабляющих образах пульс в среднем по группе составил 83 удара в 1 минуту при  $\sigma_x = 8$  ударов. Различия не были статистически достоверными. В тесте Уилкоксона  $Z = 0,9$  при  $p = 0,34$ , в Методе знаков  $Z = 0,66$  при  $p = 0,5$ .

Графическая динамика показателей гемодинамики в ответ на представление образов, ассоциирующихся с расслаблением, представлена на рисунке 2.

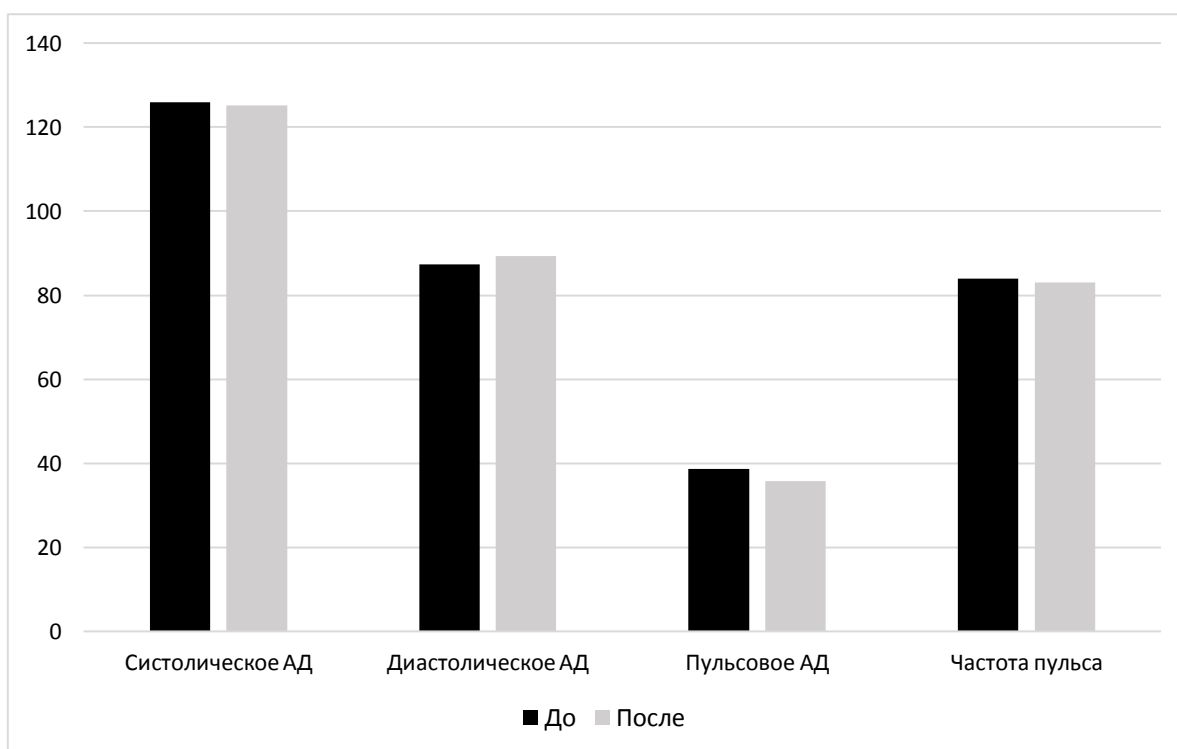


Рис. 2. Динамика показателей гемодинамики в ответ на представление образов, ассоциирующихся с расслаблением

Как видно из полученных результатов, однократное представление переживаний (длительностью 3–5 минут), связанных с психическим расслаблением и концентрация внимания на ощущениях, ассоциированных с этими переживаниями не приводят к каким-либо существенным изменениям ни гемодинамических показателей, ни изучаемых в работе субъективных переживаний.

*II. Оценка приверженности* осуществлялась путем подсчета отметок, их пропусков (отсутствие отметки в течении дня) и количества инициатив выполнять упражнение дополнительно к тому графику, что указывался в

дневнике.

Всего по группе ожидалось 812 отметок (от 58 человек на протяжении 14 дней).

На момент завершения исследования было сделано 457 своевременных отметок (56,2 %) о выполнении задания. Указали, что задание было выполнено, но не смогли поставить отметку о его выполнении по причине отсутствия средств связи на момент выполнения задания, 8 раз (0,98 %). Задание было выполнено, но по иным причинам отметка не была поставлена 27 раз (3,3 %). Таким образом, пропуски выполнения задания без указания объективных причин для этого произошли 320 раз (39,4 %). Основной причиной пропусков выполнения упражнений указывались занятость и отсутствие эффекта от упражнений (184 случая – 57,5 % от числа всех пропусков) или просто забывчивость (97 человек – 30,3 % от числа всех пропусков). Двенадцать участников (3,75 %) указали, что необходимость выполнять упражнение иногда вызывала сопротивление, особенно когда совпадала с необходимостью мобилизоваться по вопросам профессиональной или бытовой занятости, и упражнение даже мешало в ситуациях, когда требовалась мобилизация, а не расслабленность.

Участников исследования, не допустивших ни одного пропуска задания, было двое. От 1 до 5 пропусков сделали 5 человек. Не сделали ни одной отметки, хотя имели для этого все возможности, два человека.

Проявили инициативу по выполнению упражнения в дополнение к заданиям по расписанию 8 человек (13,8 % участников). Задание выполнялось ими 14 раз.

*III. Кумулятивное исследование.* Субъективная реакция и гемодинамический отклик при концентрации внимания на предположительно вызывающих психическое расслабление представлениях и ассоциированных с ним психических ощущениях после многократного повторения концентрации.

Субъективно определяемая по визуально-аналоговой шкале выраженность психического расслабления после исследования составила 6,8 балла ( $\sigma_x = 1,8$  балла), что на 1 балл больше, чем выраженность расслабления до проведения тренинга. Однако эти различия не являются достоверными. В тесте Уилкоксона  $Z = 14$ , при  $p = 0,16$ . По Методу знаков  $Z = 1,76$  при  $p = 0,07$ .

После того как участники исследования концентрировались на тех же самых образах, способных, по их мнению, вызвать расслабление, что и при первом, тестовом исследовании, выраженность субъективно опреде-

ляемого психического расслабления составила 7 баллов при  $\sigma_x = 2,6$ . Это на 0,75 балла больше, чем до попытки вызвать расслабление. Различия в выраженности были недостоверными. В тесте Уилкоксона  $Z = 0,8$  при  $p = 0,4$ . В Методе знаков  $Z = 0,35$  при  $p = 0,35$ .

Динамика субъективных показателей в кумулятивном исследовании представлена на рисунке 3.

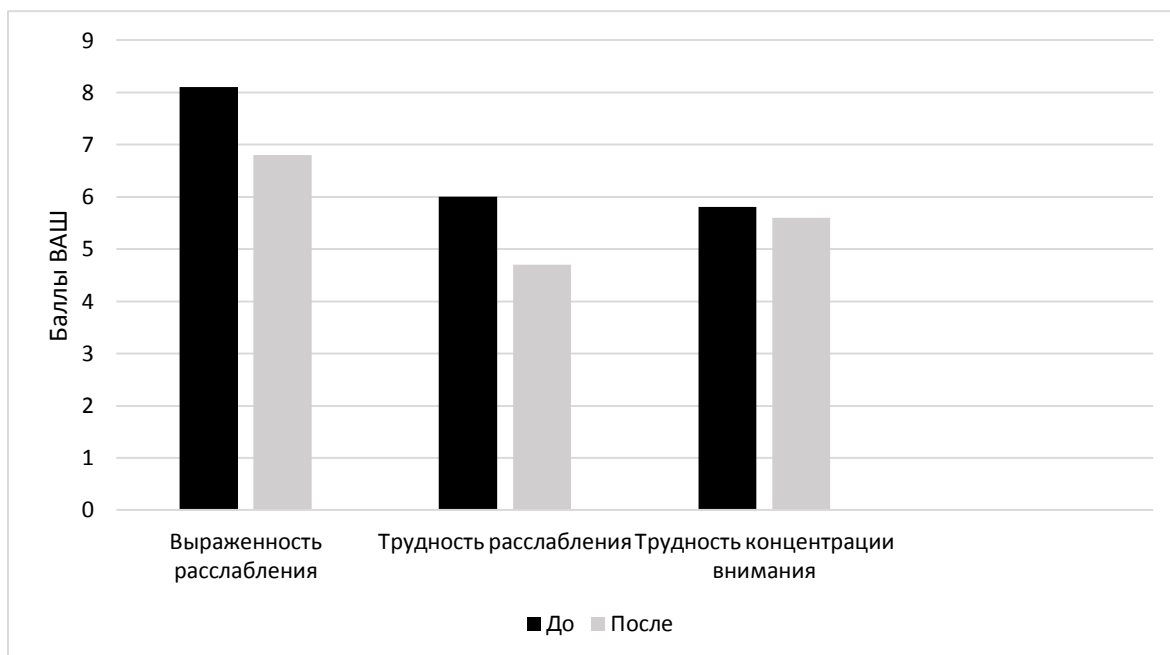


Рис. 3. Динамика показателей по ВАШ в кумулятивном исследовании

Показатели систолического артериального давления в фоновом измерении кумулятивного исследования составили 120 мм рт. ст. при  $\sigma_x = 14,5$  мм рт. ст. При концентрации внимания на расслабляющих представлениях уровень систолического артериального давления составил 116,5 мм рт. ст. при  $\sigma_x = 14,9$ . Различия в изменении уровня показателей между фоном и расслаблением в тестовом и кумулятивном исследовании недостоверны. В тесте Уилкоксона  $Z = 1,4$  при  $p = 0,14$ .

Диастолическое артериальное давление в фоновом измерении составило 84 мм рт. ст. при  $\sigma_x = 7,6$  мм рт. ст. После концентрации внимания на расслабляющих представлениях отмечался статистически недостоверный рост показателей диастолического давления до 85 мм рт. ст. при  $\sigma_x = 10,3$  мм рт. ст. В тесте Уилкоксона  $Z = 2,1$  при  $p = 0,33$ .

Частота пульса в фоновом исследовании в среднем по группе составила 77,2 удара в 1 минуту при  $\sigma_x = 8,3$ . После концентрации внимания на состоянии расслабления частота пульса снизилась до 74 ударов в 1 минуту



при  $\sigma_x = 5,3$ . Различия динамики изменения показателей в тестовом и кумулятивном исследовании статистически недостоверны. В тесте Уилкоксона  $Z = 0$  при  $p = 1$ .

Пульсовое давление в фоновом кумулятивном исследовании составило 36 мм рт. ст. при  $\sigma_x = 8,2$  мм рт. ст. После концентрации внимания на расслабляющих представлениях пульсовое давление составило 31,5 мм рт. ст. при  $\sigma_x = 8,9$  мм рт. ст. Различия динамики пульсового давления при концентрации внимания на расслабляющих представлениях в фоновом и кумулятивном исследовании недостоверны. В тесте Уилкоксона  $Z = 1,3$  при  $p = 0,2$ .

В графическом виде динамика гемодинамических показателей, в ответ на представление образов, ассоциирующихся с расслаблением при накоплении (континуальное воздействие), представлена на рисунке 4.

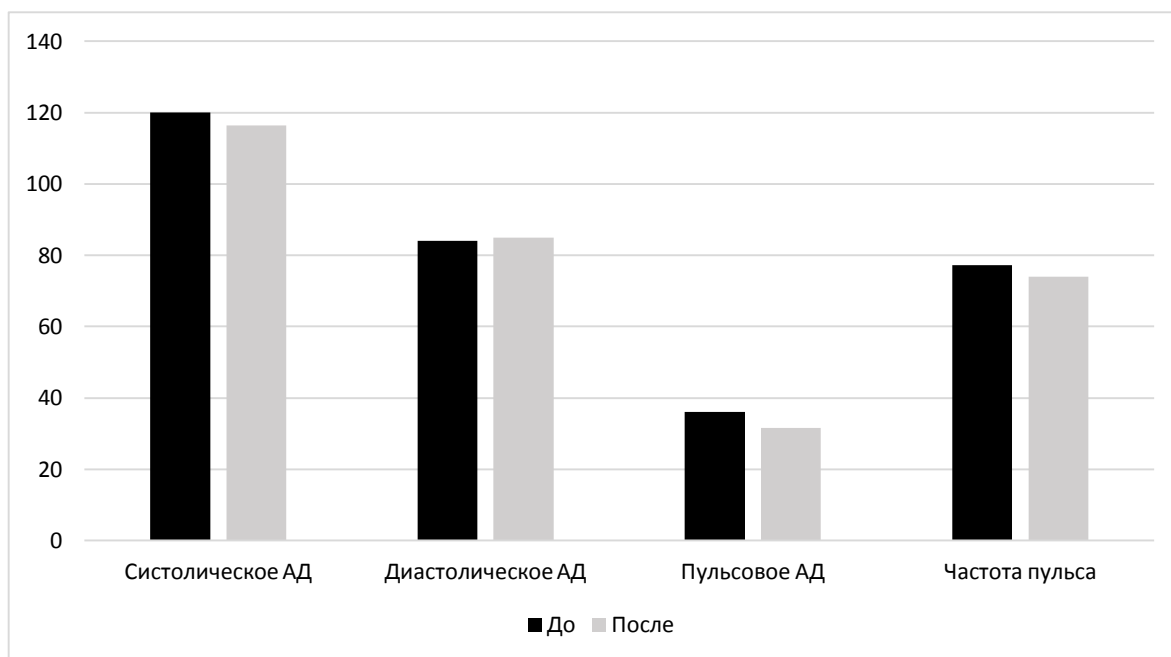


Рис. 4. Динамика гемодинамических показателей

### Обсуждение

Как видно из полученных результатов исследования, представление образов, предположительно вызывающих психическую релаксацию у здоровых лиц, практически не оказывает влияния ни на их психическое самочувствие, ни на показатели гемодинамики, при том что отдельные участники исследования демонстрировали значительные отклонения показателей субъективного восприятия расслабления и/или гемодинамической ответ, что говорит о существенном разбросе данных.

Накопление опыта по осуществлению такого рода воздействия (континуальное воздействие) у офисных сотрудников не привело к сколь-либо существенным изменениям их реагирования: субъективные и гемодинамические показатели отклонялись незначительно.

Среди основных причин, по которым участники исследования не выполняли задание, указывались забывание, занятость и отсутствие эффекта от упражнений. Вероятно, это говорит, что предложенное упражнение не соответствовало имеющимся стратегиям адаптации. Некоторые из участников прямо указывали, что упражнение мешало, особенно в ситуациях, когда требовалась мобилизация, а не расслабленность.

Исследование проводилось на рабочем месте, когда сотрудники, вероятнее всего, были достаточно мотивированными на выполнение профессиональной деятельности и состояние расслабления могло противоречить их намерениям.

Таким образом, можно заключать, что распространение практик, ориентированных на психическое расслабление для всех офисных работников на рабочем месте, выглядит сомнительным.

### **Выводы**

1. Однократное представление образов, связанных с опытом психического расслабления, и концентрация внимания на этих образах не приводят к достоверному изменению психического ощущения расслабленности. Также не наблюдается достоверных изменений гемодинамических показателей.

2. Систематическое выполнение упражнения по представлению образов, связанных с опытом психического расслабления и концентрация внимания на этих образах и ассоциированных с ними психических и соматических ощущениях, не приводит к достоверному изменению ощущения расслабленности и изменениям гемодинамических показателей у здоровых в психическом и физическом отношении лиц.

3. Комплаенс к выполнению психорелаксирующих упражнений преимущественно определяется соответствием упражнения предпочитаемым стратегиям адаптации. В случаях, когда упражнение помогает снизить избыточное психическое напряжение, оно предпочитается. В случаях, когда упражнение мешает мобилизоваться, оно не выполняется или выполняется с сопутствующим негативным отношением к нему (в нашем исследовании таких лиц было по меньшей мере 3,75 %).

## Литература

1. Бокова И.А., Разумов А.Н., Агасаров Л.Г. Немедикаментозные технологии в реабилитации пациентов с постстрессовыми расстройствами // *Вопр. курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры*. – 2018. – Т. 95, № 2–2. – С. 32.
2. Вольская Е.А. Пациентский комплаенс. Обзор тенденций в исследованиях. – *Remedium.ru*. [Электронный ресурс]. – МГМСУ, 2014 – (Режим доступа: <http://www.remedium.ru>).
3. Леонова А.Б., Кузнецова А.С. Психологические технологии управления состоянием человека. – М. : Смысл, 2009. – 311 с.
4. Разумов А.Н. Фундаментальные и прикладные аспекты современной концепции охраны здоровья // *Russian Journal of Rehabilitation Medicine*. – 2017. – № 1. – С. 3–23.
5. Шмигель Н.Е. Релаксация – не просто расслабление, а путь ...к здоровью! // *РиТМ – Психология для всех*. – 2011. – № 9. – С. 11–14.
6. Baek J.H., Kim J.H., Oh S. [et al.] Smart Stress Care: Usability, Feasibility and Preliminary Efficacy of Fully Automated Stress Management Application for Employees // *Psychiatry Investig.* – 2018 Oct. – V. 15 (10). – P. 991–999. doi: 10.30773/pi.2018.08.10.
7. de Araújo Elias A.C., Giglio J.S., de Mattos Pimenta C.A., El-Dash L.G. Therapeutical intervention, relaxation, mental images, and spirituality (RIME) for spiritual pain in terminal patients. A training program. // *Scientific World Journal*. – 2006 Jun. – Vol. 27 (6). – P. 2158–2169.
8. Krause-Utz A., Walther J.C., Lis S. [et al.] Heart rate variability during a cognitive reappraisal task in female patients with borderline personality disorder: the role of comorbid posttraumatic stress disorder and dissociation. // *Psychol. Med.* – 2018 Sep. – Vol. 10. – P. 1–12. doi: 10.1017/S0033291718002489.
9. Mel'nikov M.E., Petrovskii E.D., Bezmaternykh D.D. [et al.] Responses in Healthy Individuals and in Patients with Mild Depression to Presentation of Pleasant and Unpleasant Images // *Bull. Exp. Biol. Med.* – 2018 Mar. – Vol. 164 (5) – P. 601–604.
10. Meyer P.W., Müller L.E., Zastrow A. [et al.] Heart rate variability in patients with post-traumatic stress disorder or borderline personality disorder: relationship to early life maltreatment // *J. Neural. Transm. (Vienna)*. – 2016 Sep. – Vol. 123 (9). – P. 1107–1118. doi: 10.1007/s00702-016-1584-8.
11. Michishita R., Jiang Y., Ariyoshi D. [et al.] The practice of active rest by workplace units improves personal relationships, mental health, and physical activity among workers // *J. Occup Health*. – 2017 Mar. – Vol. 59 (2). – P. 122–130. doi: 10.1539/joh.16-0182-OA.
12. Mishra S.K., Khosa S., Singh S. [et al.] Changes in functional magnetic resonance imaging with Yogic meditation: A pilot study // *Ayu*. – 2017 Jul-Dec. – Vol. 38 (3–4). – P. 108–112. doi: 10.4103/ayu.AYU\_34\_17.

Поступила 11.02.2019

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

**Для цитирования.** Харитонов С.В. Голубев М.В. Зайцев В.П. Комплаенс и реакция офисных сотрудников на представление образов, ассоциирующихся с психическим расслаблением // Вестн. психотерапии. 2019. № 69 (74). С. 120–134.

---

**COMPLIANCE AND RESPONSE IN HEALTHY INDIVIDUALS TO THE REPRESENTATION OF IMAGES ASSOCIATED WITH MENTAL RELAXATION**

**Kharitonov S.V., Golubev M.V., Zaitsev V.P.**

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, 105120, Moscow, Russia), e-mail: sergey-har@mail.ru;

Mikhail Viktorovich Golubev – Dr. Med. Sci., Prof., Leading researcher of Moscow scientific and practical center of medical rehabilitation, recovery and sports medicine (Str. Zemlyanoj Val, 53, 105120, Moscow, Russia), e-mail: golubevmisha@gmail.com;

Vadim Petrovich Zaytsev – Dr. Med. Sci., Prof., Chief researcher of Moscow scientific and practical center of medical rehabilitation, recovery and sports medicine (Str. Zemlyanoj Val, 53, 105120, Moscow, Russia), e-mail: vaza@3psy.ru.

**Abstract.** The paper presents data on the nature of subjective reactions and changes in blood pressure and heart rate in the representation of images associated with mental relaxation, obtained in a randomized sample of healthy, able-bodied people. Were evaluated reactions, as a one-time job on the view relaxing images in the workplace and reactions to this assignment after two weeks of practice. The commitment of healthy people to regularly evoke relaxing images has also been investigated. The study involved 58 people (19 men and 39 women).

The results show that: both single and continuous performance of tasks on the representation of relaxing images does not occur statistically significant changes or subjectively determined level of mental relaxation or hemodynamic parameters. Adherence of healthy people to the proposed method was 56.2%. Some negative reactions and refusals to perform exercises aimed at mental relaxation were noted in 3.75% of the examined patients. Thus, the proposed method of mental relaxation in the workplace has 56.2 % of adherents, but some employees do not cause such interest, and almost 4 % causes resistance.

**Key words:** relaxation, images, compliance, healthy, prevention.

## Reference

1. Bokova I.A., Razumov A.N., Agasarov L.G. Nemedikamentoznye tekhnologii v rehabilitacii pacientov s poststressovymi rasstrojstvami [Non-drug technologies in rehabilitation of patients with post-stressful frustration]. *Voprosy kurortologii, fizioterapii i lechebnoj fizicheskoj kultury*. [Questions of balneology, physical therapy and medical physical culture]. 2018. Vol. 95. N 2–2. Pp. 32. (In Russ)
2. Volskaya E.A. Patsientskij kompliens. Obzor tendencij v issledovaniyah. [Patsiyentsky compliance. The review of trends in researches] *Remedium.ru*. [Elektronnyj resurs]. MGMSU, 2014. <http://www.remedium.ru>. (In Russ)
3. Leonova A. B., Kuznecova A. S. Psihologicheskie tekhnologii upravleniya sostoyaniem cheloveka [Psychological technologies of management of a condition of the person]. Moskva. 2009. 311 p. (In Russ)
4. Razumov A.N. Fundamentalnye i prikladnye aspekty sovremennoj koncepcii ohrany zdorov'ya [Fundamental and applied aspects of the modern concept of health protection]. *Russian Journal of Rehabilitation Medicine* [Russian Journal of Rehabilitation Medicine]. 2017. N 1. Pp. 3–23. (In Russ)
5. SHmigel N.E. Relaksaciya – ne prosto rasslablenie, a put' ...k zdorov'yu! [A relaxation – relaxation, and a way ... to health is not simple!]. *Psihologiya dlya vsekh* [Psychology for all]. 2011. N 9. Pp. 11–14. (In Russ)
6. Baek J.H., Kim J.H., Oh S. [et al.] Smart Stress Care: Usability, Feasibility and Preliminary Efficacy of Fully Automated Stress Management Application for Employees. *Psychiatry Investig.* 2018 Oct. Vol. 15 (10). Pp. 991–999. doi: 10.30773/pi.2018.08.10.
7. de Araújo Elias A.C., Giglio J.S., de Mattos Pimenta C.A., El-Dash L.G. Therapeutical intervention, relaxation, mental images, and spirituality (RIME) for spiritual pain in terminal patients. A training program. *Scientific World Journal*. 2006 Jun. Vol. 27 (6). Pp. 2158–2169.
8. Krause-Utz A., Walther J.C., Lis S. [et al.] Heart rate variability during a cognitive reappraisal task in female patients with borderline personality disorder: the role of comorbid posttraumatic stress disorder and dissociation. *Psychol. Med.* 2018 Sep. Vol. 10. Pp. 1–12. doi: 10.1017/S0033291718002489.
9. Mel'nikov M.E., Petrovskii E.D., Bezmaternykh D.D. [et al.] Responses in Healthy Individuals and in Patients with Mild Depression to Presentation of Pleasant and Unpleasant Images. *Bull. Exp. Biol. Med.* 2018 Mar. Vol. 164 (5). Pp. 601–604.
10. Meyer P.W., Müller L.E., Zastrow A. [et al.] Heart rate variability in patients with post-traumatic stress disorder or borderline personality disorder: relationship to early life maltreatment. *J. Neural. Transm. (Vienna)*. 2016 Sep. Vol.123 (9). Pp. 1107–1118. doi: 10.1007/s00702-016-1584-8.
11. Michishita R., Jiang Y., Ariyoshi D. [et al.] The practice of active rest by workplace units improves personal relationships, mental health, and physical activity among workers. *J. Occup Health.* 2017 Mar. Vol.59 (2). Pp. 122–130. doi: 10.1539/joh.16-0182-OA.
12. Mishra S.K., Khosa S., Singh S. [et al.] Changes in functional magnetic resonance imaging with Yogic meditation: A pilot study. *Ayu.* 2017 Jul-Dec. Vol. 38 (3–4). Pp. 108–112. doi: 10.4103/ayu.AYU\_34\_17.

Received 11.02.2019

**For citing:** Kharitonov S.V., Golubev M.V., Zaitsev V.P. Komplains i reakciya ofisnyx sotrudnikov na predstavlenie obrazov, associiruyushhixsya s psixicheskim rasslableniem. *Vestnik psikhoterapii*. 2019. N 69. Pp. 120–134. (In Russ.)

Kharitonov S.V., Golubev M.V., Zaitsev V.P. Compliance and response in healthy individuals to the representation of images associated with mental relaxation. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2019. N 69. Pp. 120–134.

УДК 615-099.07

**В.С. Черный<sup>1</sup>, О.В. Леонтьев<sup>2</sup>, М.В. Александров<sup>3</sup>**

## **ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОСТАТОЧНЫХ ЯВЛЕНИЙ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО ОТРАВЛЕНИЯ ВЕЩЕСТВАМИ НЕЙРОТОКСИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ**

<sup>1</sup> Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова  
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6);

<sup>2</sup> Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины  
им. А.М. Никифорова МЧС России

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

<sup>3</sup> Институт токсикологии Федерального медико-биологического агентства  
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 1).

Изучена динамика восстановления функций нервной системы после перенесенного острого отравления веществами нейротоксического действия. Обследование проводили в два этапа: перед выпиской из стационара и через два месяца после выписки. Оценивались психофизиологические характеристики внимания, памяти, мышления, эмоционального статуса. Установлено, что спустя два месяца после окончания лечения и выписки из стационара у больных, перенесших отравление веществами нейротоксического действия, психофизиологиче-

---

✉ Черный Валерий Станиславович – д-р мед. наук доцент, проф. каф. организации и тактики медицинской службы флота (с курсом ТБСФ) Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: 9297911@list.ru;

Леонтьев Олег Валентинович – д-р мед. наук профессор, 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;

Александров Михаил Всеволодович – д-р мед. наук профессор, вед. науч. сотр. Ин-та токсикологии Федерального медико-биологического агентства (Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 1), e-mail: mdoktor@yandex.ru.

ские показатели полностью не восстанавливаются. Более выраженные изменения отмечались в группе больных, перенесших отравление продуктами горения: жалобы на слабость, утомляемость; увеличенные значения сенсомоторных реакций; снижение успешности выполнения корректурной пробы, а также показателей скорости мышления. В группе больных, перенесших отравление психофармакологическими препаратами, остаточные явления отмечены в повышенном уровне реактивной тревожности.

Ключевые слова: острое отравление, вещества нейротоксического действия, остаточные явления острого отравления, функции нервной системы, психофизиологические характеристики.

В большинстве случаев острых отравлений в патологический процесс в той или иной степени вовлекается нервная система. Совокупность синдромов и состояний, возникающих в результате острой дисфункции ЦНС при тяжелом отравлении, может быть охарактеризована следующими основными синдромами и состояниями: синдромы нарушения сознания – выключения (оглушение, сопор, кома) и помрачения сознания (галлюциноз, делирий, аменция, сумеречное помрачение); двигательные расстройства (судорожный синдром, мышечная гипотония); расстройства стволовых функций (острая дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность), гипоталамические нарушения метаболизма по типу катаболизма [3, 4, 7, 9].

Некоторые признаки перенесенного острого отравления сохраняются после восстановления состояния здоровья или в отдаленном периоде. Такие проявления относят к остаточным явлениям и отдаленным последствиям. Причиной остаточных явлений при остром отравлении может быть также срыв нервной регуляции. Он выступает патогенетическим механизмом остаточных явлений и отдаленных последствий острого отравления [1, 6, 8].

Целью исследования явилась оценка динамики восстановления функций нервной системы после перенесенного острого отравления веществами нейротоксического действия.

Для оценки психофизиологических показателей после перенесенного острого отравления нейротоксикантами изучены результаты лечения и наблюдения 28 случаев отравлений. Исследование проведено в Калининградском военном госпитале.

В первую группу (группа 1) вошли 12 больных с острыми ингаляционными отравлениями продуктами горения (СО). Вторая группа (группа 2) состояла из 16 больных с острыми пероральными отравлениями психотропными препаратами. Данная группа была разделена на две под-

группы: в подгруппе 2.1 (9 больных) проводили стандартную дезинтоксикационную терапию; в подгруппе 2.2 (7 больных) в дополнение к стандартной интенсивной терапии – курс оксигенотерапии (ОБТ). Парциальное давление кислорода составляло 0,18–0,20 МПа, экспозиция – 60 мин, количество сеансов – 7–10. Средняя продолжительность лечения при интоксикациях составила  $16,6 \pm 5,4$  сут.

Всего обследовано 17 мужчин и 11 женщин. Критериями включения были:

- 1) степень тяжести острого отравления – средняя, тяжелая или крайне тяжелая;
- 2) ведущим синдромом острого периода были сопор, кома I–II степени;
- 3) возраст обследуемых – 20–45 лет;

В целях объективизации результатов психофизиологического исследования в изучаемые группы не включались лица, находящиеся под наблюдением психиатра и злоупотребляющие психоактивными веществами, страдающие хроническим алкоголизмом, имеющие выраженную сопутствующую соматическую патологию. В контрольную группу вошли здоровые лица (18 человек).

Обследование проводили в два этапа: на момент клинического восстановления после перенесенного острого отравления перед выпиской из стационара и через два месяца после выписки.

Для формирования психофизиологической характеристики состояния внимания, памяти, мышления, эмоционального статуса при оценке остаточных явлений перенесенного острого отравления применялись следующие методики. Свойства основных нервных процессов (возбуждение и лабильность) оценивали в ходе выполнения методов исследования психомоторных качеств: реакция на движущийся объект (РДО), сложная сенсомоторная реакция с дифференцировкой (ССМР). С помощью методики «арифметический счет в уме» оценивали продуктивность мышления, объем и устойчивость внимания. Для оценки свойств внимания была использована корректурная проба Э. Ландольта. Оперативная память оценивалась по методике памяти на числа при предъявлении стимульного материала на слух. Уровень тревожности оценивали по опроснику Ч.Д. Спилбергера [2, 5].

На первом этапе исследования оценивалось восстановление функционального состояния больных после перенесенного острого отравления веществами нейротоксического действия на момент выписки из стационара.



При оценке субъективного состояния на момент выписки у обследуемых в группах отмечалась разная динамика показателей (табл. 1).

Таблица 1

Показатели субъективного состояния у больных, перенесших острое отравление нейротоксикантами, на момент выписки, ( $M \pm m$ )

Параметры, ед. измер.	Контрольная группа, n = 18	Группа 1, n = 12	Группа 2	
			без ОБТ, n = 9	с ОБТ, n = 7
Жалобы, кол-во	–	2,4 ± 0,8	1,2 ± 0,5	0,8 ± 0,4
Самочувствие, усл. ед.	5,5 ± 0,4	3,8 ± 0,6 *	5,0 ± 0,7	5,1 ± 0,8
Активность, усл. ед.	5,7 ± 0,2	4,1 ± 0,5*	5,4 ± 0,4	5,5 ± 0,6
Настроение, усл. ед.	5,8 ± 0,3	4,0 ± 0,5 *	4,8 ± 0,5*	5,0 ± 0,6
Реактивная тревожность, усл. ед.	39,8 ± 1,6	51,2 ± 2,0 *	49,4 ± 2,3 *	40,2 ± 2,8
Личностная тревожность, усл. ед.	36,3 ± 2,0	66,2 ± 2,4 *	39,4 ± 1,8 *	38,6 ± 1,9

Примечание: \* – различия параметров достоверны по сравнению с контрольной группой ( $p < 0,05$ ).

Так, на момент выписки более низкие значения по методике САН отмечались в группе 1: показатели самочувствия были ниже, чем в контрольной группе в 1,4 раза ( $p < 0,05$ ), активности – в 1,4 раза ( $p < 0,05$ ), настроения – в 1,5 раза ( $p < 0,05$ ). В группе больных с острым пероральным отравлением психотропным препаратом, которым сеансы ОБТ не проводились, на момент выписки показатели настроения были достоверно ниже, чем в группе здоровых лиц.

Проведение ОБТ позволило улучшить субъективное состояние больных, что проявилось в восстановлении показателей самочувствия, активности и настроения до значений контрольной группы.

На момент выписки у обследуемых в группе 1 и подгруппе 2.1 по методике Спилбергера–Ханина отмечался высокий уровень реактивной тревожности, который достоверно превысил показатели контрольной группы.

При оценке процессов возбуждения и торможения ЦНС по методикам РДО и ССМР установлено снижение психофизиологических показателей в группах лиц, перенесших отравление нейротоксикантами (табл. 2).

Таблица 2

Показатели сенсомоторных реакций у больных, перенесших острое отравление нейротоксикантами, на момент выписки, (M ± m)

Параметры, ед. измер.	Контрольная группа, n = 18	Группа 1, n = 12	Группа 2	
			без ОБТ, n = 9	с ОБТ, n = 7
Суммарное отклонение, дел.	3,2 ± 0,2	5,8 ± 0,4*	5,2 ± 0,9*	3,8 ± 0,6 #
Относительная частота точных реакций, %	91,6 ± 1,6	83 ± 2,2*	86 ± 3,1	88 ± 2,9
Латентный период, мс	268 ± 12	321 ± 30*	286 ± 28	284 ± 32
Относительное кол-во ошибок, %	± 0,9	6,2 ± 1,2*	3,8 ± 1,0	3,4 ± 0,9

Примечание: \* – различия параметров достоверны по сравнению с контрольной группой ( $p < 0,05$ ); # – различия параметров в подгруппах больных с отравлениями психотропными препаратами достоверны ( $p < 0,05$ ).

Так, у обследуемых группы 1 суммарное отклонение РДО было больше, чем в контрольной группе, в 1,9 раза ( $p < 0,05$ ). Отмечены достоверные отличия по сравнению с показателями здоровых лиц по относительной частоте точных реакций РДО. Латентный период и относительное количество допущенных ошибок в группе 1 достоверно превышали аналогичные значения контрольной группы.

В подгруппе больных 2.1, перенесших отравление психотропными препаратами, по методике РДО выявлено превышение по сравнению с показателями здоровых лиц суммарного отклонения в 1,6 раза ( $p < 0,05$ ).

Установлено, что восстановление функций более выражено в подгруппе больных 2.2, получавших ОБТ. Показатели сенсомоторных реакций в этой подгруппе не отличались от контрольной группы, а показатель суммарного отклонения РДО достоверно превышал аналогичный показатель подгруппы 2.1 больных, не получавших ОБТ.

Нарушения произвольного внимания заключались в затруднении концентрации на требованиях предлагаемых заданий и ошибках в ходе их выполнения. При проведении корректурной пробы с кольцами Ландольта выявлено снижение показателей внимания, которое было более выражено в группах больных, перенесших отравление СО и психотропным препаратом без использования в лечении ОБТ (табл. 3).

Таблица 3

Параметры внимания у больных, перенесших острое отравление нейротоксикантами, на момент выписки, ( $M \pm m$ )

Параметры, ед. измер.	Контрольная группа, n = 18	Группа 1, n = 12	Группа 2	
			без ОБТ, n = 9	с ОБТ, n = 7
Скорость переработки информации, бит/с	0,76 ± 0,08	0,41 ± 0,28*	0,42 ± 0,21*	0,58 ± 0,18
Истощаемость внимания, отн. ед.	0,08 ± 0,02	0,12 ± 0,04*	0,19 ± 0,04*	0,10 ± 0,05
Успешность выполнения пробы, отн. ед.	0,83 ± 0,11	0,28 ± 0,13*	0,31 ± 0,11*	0,67 ± 0,14 #

Примечание: \* – различия параметров достоверны по сравнению с контрольной группой ( $p < 0,05$ ); # – различия параметров в подгруппах больных с отравлениями психотропными препаратами достоверны ( $p < 0,05$ ).

Так, скорость переработки информации в группах 1 и 2.2 на момент выписки была достоверно ниже показателей контрольной группы – в 1,9 раза и 1,8 раза соответственно. Истощаемость внимания в группах 1 и 2.2 превышала показатели здоровых лиц в 1,5 раза ( $p < 0,05$ ) и в 2,4 раза ( $p < 0,05$ ) соответственно. Успешность выполнения корректурной пробы была в указанных группах достоверно ниже, чем в контрольной группе.

Применение ОБТ позволило ускорить восстановительные процессы в ЦНС: показатели скорости переработки информации, успешности выполнения корректурной пробы в подгруппе 2.2 достоверно не отличались от группы контроля, при этом успешность выполнения пробы была достоверно выше, чем в подгруппе 2.1.

Психофизиологическое исследование больных, перенесших острое отравление нейротоксикантами, выявило снижение показателей оперативной памяти и мышления на момент выписки (табл. 4).

Установлено достоверное снижение объема кратковременной памяти в группе больных, перенесших острое отравление продуктами горения, по сравнению с показателями группы здоровых испытуемых в 1,6 раза. В группе больных, перенесших острое отравление продуктами горения, достоверно снижена скорость мышления и повышено количество допускаемых ошибок ( $p < 0,05$ ).

Таблица 4

Показатели кратковременной памяти и мышления у больных, перенесших острое отравление нейротоксикантами, на момент выписки, ( $M \pm m$ )

Параметры, ед. измер.	Контрольная группа, n = 18	Группа 1, n = 12	Группа 2	
			без ОБТ, n = 9	с ОБТ, n = 7
Объем кратковременной памяти, кол-во чисел	6,4 ± 0,4	4,1 ± 0,7*	5,1 ± 0,8	6,2 ± 0,9
Количество сумм, шт.	13,6 ± 0,7	10,2 ± 0,9*	11,2 ± 0,9	12,1 ± 1,0
Количество ошибок, шт.	1,5 ± 0,2	2,6 ± 0,4*	2,3 ± 0,3*	1,6 ± 0,4#

Примечание: \* – различия параметров достоверны по сравнению с контрольной группой ( $p < 0,05$ ); # – различия параметров в подгруппах больных с отравлениями психотропными препаратами достоверны ( $p < 0,05$ ).

Установлено, что в подгруппе 2.1 больных, перенесших острое отравление ПФП, повышено количество ошибок ( $p < 0,05$ ). Применение ОБТ позволило ускорить восстановление функционального состояния ЦНС: в подгруппе 2.2 показатели кратковременной памяти и скорости мышления не отличались от значений в группе здоровых лиц, а количество ошибок, допущенных при проведении методики «арифметический счет в уме», было достоверно ниже значений в подгруппе 2.1.

Исходя из данных, полученных в ходе первого этапа работы, было проведено исследование для оценки эффективности восстановления функционального состояния больных после перенесенного острого отравления веществами нейротоксического действия через два месяца.

В ходе исследования нами наблюдались больные, перенесшие острое отравление веществами нейротоксического действия, не имевшие выраженной сопутствующей соматической патологии. Тем не менее через два месяца после перенесенного острого отравления выявлено, что не все показатели субъективного состояния соответствуют показателям здоровых лиц (табл. 5).

Для больных, перенесших отравление СО, было характерно наличие жалоб астенического характера. Больные отмечали слабость, утомляемость, нарушения сна, повышенную утомляемость при физической нагрузке. Сниженная активность ( $p < 0,05$ ) в группе 1 на фоне нормальных значений самочувствия и настроения, по всей вероятности, свидетельствует о наличии определенного дискомфорта.

Таблица 5

Показатели субъективного состояния после перенесенного острого отравления нейротоксикантами, ( $M \pm m$ )

Параметры, ед. измер.	Контрольная группа, n = 18	Через 2 месяца	
		Группа 1, n = 8	Группа 2, n = 7
Жалобы, кол-во	–	2,2 ± 0,3*	1,4 ± 0,2
Самочувствие, усл. ед.	5,5 ± 0,4	3,9 ± 1,2	5,1 ± 0,6
Активность, усл. ед.	5,7 ± 0,2	4,2 ± 0,7*	5,6 ± 0,8
Настроение, усл. ед.	5,8 ± 0,3	5,0 ± 0,4	5,2 ± 0,5
Реактивная тревожность, усл. ед.	39,8 ± 1,6	51,0 ± 2,4*	49,4 ± 3,1*
Личностная тревожность, усл. ед.	36,3 ± 2,0	49,1 ± 1,9	41,4 ± 2,3

Примечание: \* – различия параметров достоверны по сравнению с контрольной группой ( $p < 0,05$ ).

Больные групп 1 и 2 демонстрировали высокую аффективную напряженность через два месяца после выписки из стационара. Так, у больных, перенесших отравление продуктами горения, показатели уровня реактивной тревожности превышали эти значения в контрольной группе в 1,3 раза ( $p < 0,05$ ), в группе больных, перенесших отравление психофармакологическими препаратами, – в 1,2 раза ( $p < 0,05$ ).

При сравнении результатов выполнения методик РДО и ССМР в группах больных и здоровых лиц установлено, что в группе 1 через два месяца после перенесенного острого отравления сохраняются остаточные астенические явления. Это проявилось в сниженной скорости реагирования обследуемых (табл. 6).

Так, средняя арифметическая РДО в группе 1 превышала значения контрольной группы в 1,7 раза, длительность латентного периода ССМР – в 1,3 раза. В группе 2 достоверных отличий от контрольной группы в параметрах сенсомоторных реакций не выявлено.

Таблица 6

Показатели сенсомоторных реакций после перенесенного острого отравления нейротоксикантами, ( $M \pm m$ )

Параметры, ед. измер.	Контрольная группа, n = 18	Через 2 месяца	
		Группа 1, n = 8	Группа 2, n = 7
Суммарное отклонение, дел.	3,2 ± 0,2	5,3 ± 0,8*	4,1 ± 0,3
Относительная частота точных реакций, %	91,6 ± 1,6	86,1 ± 3,2	89,1 ± 2,4
Латентный период ССМР, мс	268 ± 12	351 ± 25*	284 ± 21
Относительное количество ошибок, %	2,4 ± 0,9	4,1 ± 1,3	2,9 ± 1,8

Примечание: \* – различия параметров достоверны по сравнению с контрольной группой ( $p < 0,05$ ).

При проведении корректурной пробы установлено, что показатели в группах значимо не отличаются от значений в контрольной группе, за исключением успешности выполнения пробы в группе 1. Данный показатель был ниже показателей контрольной группы в 1,7 раза ( $p < 0,05$ ), что свидетельствует о снижении концентрации и устойчивости внимания обследуемых (табл. 7).

Таблица 7

Показатели внимания после перенесенного острого отравления нейротоксикантами ( $M \pm m$ )

Параметры, ед. измер.	Контрольная группа, n = 18	Через 2 месяца	
		Группа 1, n = 8	Группа 2, n = 7
Скорость переработки информации, бит/с	0,76 ± 0,11	0,55 ± 0,16	0,65 ± 0,12
Истощаемость внимания, отн. ед.	0,08 ± 0,02	0,12 ± 0,05	0,11 ± 0,05
Успешность выполнения пробы, отн. ед.	0,83 ± 0,11	0,47 ± 0,10*	0,66 ± 0,15

Примечание: \* – различия параметров достоверны по сравнению с контрольной группой ( $p < 0,05$ ).

Установлено, что спустя два месяца после окончания лечения и выписки из стационара в группе 1 сохраняются низкие показатели скорости мышления (табл. 8).

Таблица 8

Показатели кратковременной памяти и мышления после перенесенного острого отравления нейротоксикантами, ( $M \pm m$ )

Параметры, ед. измер.	Контрольная группа, n = 18	Через 2 месяца	
		Группа 1, n = 8	Группа 2, n = 7
Объем кратковременной памяти, кол-во чисел	6,4 ± 0,4	5,1 ± 0,5	6,0 ± 0,7
Скорость мышления, кол-во сумм	13,6 ± 0,7	10,6 ± 0,8*	11,9 ± 0,14
Скорость мышления, кол-во ошибок	1,5 ± 0,2	2,5 ± 0,4*	1,7 ± 0,3

Примечание: \* – различия параметров достоверны по сравнению с контрольной группой ( $p < 0,05$ ).

Так, количество сумм было ниже показателей контрольной группы в 1,3 раза, количество ошибок в 1,7 раза больше. Это свидетельствует о том, что через два месяца не происходит полного восстановления психофизиологических показателей в группе больных, перенесших отравление продуктами горения.

### Заключение

Таким образом, психофизиологическое исследование выявило, что на момент выписки у больных, перенесших острое отравление нейротоксикантами, где ОБТ не проводилась, субъективное состояние не восстанавливается. Установлено, что показатели мышления, внимания и оперативной памяти снижены по сравнению с группой здоровых лиц. Применение ОБТ в группе больных, перенесших отравление ПФП, позволило улучшить субъективное состояние, ускорить восстановительные процессы в ЦНС, что проявилось в улучшении показателей мышления, внимания и оперативной памяти.

Через два месяца дезадаптационные расстройства в группе больных, перенесших острое отравление психофармакологическими препаратами, регрессируют, а в группе больных, перенесших отравление угарным газом, они сохраняются достаточно выражено.

### Литература

1. Лобанов М.М. Актуальные вопросы токсикологии и профпатологии химической этиологии. – Волгоград, 2010. – 195 с.
2. Загрядский В.П., Сулимо-Самуйлло З.К. Методы исследования в физиологии труда. – Л. : ВМедА, 1991. – 112 с.
3. Медицинская токсикология: национальное руководство / под ред.

Е.А. Лужникова. – М. : ГЕОТАР-Медиа, 2012. – 928 с.

4. Отравление монооксидом углерода (угарным газом) / под ред. Ю.В. Зобнина. – СПб. : Тактик-Студио, 2011. – 86 с.

5. Психодиагностические методы выявления дезадаптационных нарушений в практике клинических психологов / под ред. проф. В.Ю. Рыбникова, проф. С.В. Чермянина. – СПб. : «Фарминдекс», 2009. – 231 с.

6. Софронов Г.А., Черный В.С., Александров М.В. Качество жизни лиц, перенесших острые отравления продуктами горения // Вестник Росс. Воен.-мед. акад. – 2012. – № 2 (38). – С. 6–10.

7. Софронов Г.А., Александров М.В., Головкин А.И. [и др.] Экстремальная токсикология. – СПб. : ЭЛБИ-СПб, 2010. – 256 с.

8. Черный В.С., Александров М.В. Профиль качества жизни в отдаленном периоде острого отравления смесью психотропных препаратов // Вестник С.-Петерб. ун-та. – 2012. – Сер. 11, вып. 3. – С. 55–61.

9. Шилов В.В., Александров М.В., Васильев С.А. [и др.] Острая церебральная недостаточность при тяжелых отравлениях // Росс. биомед. журнал Medline.ru. – 2010. – Т. 11. – С. 315–321.

Поступила 02.03.2019

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

**Для цитирования.** Черный В.С., Леонтьев О.В., Александров М.В. Психофизиологическая оценка остаточных явлений перенесенного острого отравления веществами нейротоксического действия // Вестн. психотерапии. 2019. № 69 (74). С. 134–146.

---

**PSYCHOPHYSIOLOGICAL ASSESSMENT OF THE RESIDUAL PHENOMENA  
OF THE POSTPONED SHARP POISONING WITH SUBSTANCES OF NEUROTOXIC ACTION**

**Chernyy V.S.<sup>1</sup>, Leontev O.V.<sup>2</sup>, Aleksandrov M.V.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Military-medical academy of S.M. Kirov  
(Akademica Lebedeva, 6, St. Petersburg, Russia);

<sup>2</sup> Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine,  
EMERCOM of Russia (Akademica Lebedeva, 4/2, St. Petersburg, Russia);

<sup>3</sup> Institute of toxicology of Federal Medical-Biological Agency  
(Bekhterev St., 1, St. Petersburg, Russia).

✉ Valerij Stanislavovich Chernyy – Dr. Med. Sci., Professor of the Department of Organization and Tactics of the Medical Service of the Navy (with a course of TBSF) of the Military Medical Academy named after S.M. Kirov (Akademica Lebedeva, 6, St. Petersburg, 1940044, Russia), e-mail: 9297911@list.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, 1940044, Russia), e-mail: lov63@inbox.ru;

Mixail Vsevolodovich Aleksandrov – Dr. Med. Sci. Prof., leading researcher of Institute of toxicology of Federal Medical Biological Agency (Bekhterev St., 1, St. Petersburg, 192019, Russia), e-mail: mdoktor@yandex.ru.

**Abstract.** Dynamics of recovering of functions of nervous system from the postponed sharp poisoning with substances of neurotoxic action is studied. Inspection was carried out in two steps: before an extract from a hospital and in two months after an extract. Psychophysiological characteristics of attention, memory, thinking, the emotional status were estimated. It is established that two months later after the end of treatment and an extract from a hospital at the patients who had poisoning with substances of neurotoxic action, psychophysiological indicators completely are not restored. More expressed changes were noted in group of the patients who had poisoning with burning products: complaints to weakness, fatigue; the increased values the sensomotornykh of reactions; decrease in success of performance of proof test and also thinking speed indicators. In group of the patients who had poisoning with psychopharmacological medicines, the residual phenomena are noted in the increased level of jet uneasiness.

**Keywords:** sharp poisoning, substances of neurotoxic action, residual phenomena of sharp poisoning, function of nervous system, psychophysiological characteristics.

### References

7. Lobanov M.M. Aktualny voprosy toksikologii i profpatologii ximicheskoy etiologii [Topical issues of toxicology and professional pathology of a chemical etiology]. Volgograd. 2010. 195 p. (In Russ)

2. Zagryadskij V.P., Sulimo-Samujllo Z.K. Metody issledovaniya v fiziologii truda [Research methods in work physiology]. Leningrad. 1991. 112 p. (In Russ)

3. Medicinskaya toksikologiya: nacionalnoe rukovodstvo [Medical toxicology: national leaders]. Eds. : E.A. Luzhnikov. Moskva. 2012. 928 p. (In Russ)

4. Otravlenie monooksidom ugleroda (ugarnym gazom) [Poisoning with carbon monoxide (carbon monoxide)] Eds. : Yu.V. Zobnin. Sankt-Peterburg. 2011. 86 p. (In Russ)

5. Psixodiagnosticheskie metody vyyavleniya dezadaptacionnyx narushenij v praktike klinicheskix psixologov [Psychodiagnostic methods of identification the dezadaptatsionnykh of violations in practice of clinical psychologists] Eds. : V.Yu. Rybnikov, S.V. Chernyanin. Sankt-Peterburg. 2009. 231 p. (In Russ)

6. Sofronov G.A., Chernyy V.S., Aleksandrov M.V. Kachestvo zhizni licz, perenesshix ostry`e otravleniya produktami goreniya [Kachestvo of life of the persons who had sharp poisonings with burning products]. *Vestnik Ross. Voен.-med. akad.* [Bulletin of the Russian Army medical academy]. 2012. N 2 (38). Pp. 6–10. (In Russ)

7. Sofronov G.A., Aleksandrov M.V., Golovko A.I. [et al.] Ekstremalnaya tok-

sikologiya [Extreme toxicology]. Sankt-Peterburg. 2010. 256 p. (In Russ)

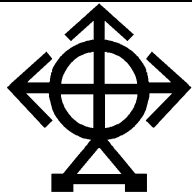
8. Chernyy V.S., Aleksandrov M.V. Profilakachestva zhizni v otdalennom periode ostrogo otravleniya smesyu psixotropnyx preparatov [Profil of quality of life in the remote period of sharp poisoning with mix of psychotropic drugs]. *Vestnik S.-Peterb. un-ta* [Bulletin of the Sankt-Peterburzhsky university]. 2012. Vol. 11, Iss. 3. Pp. 55–61. (In Russ)

9. Shilov V.V., Aleksandrov M.V., Vasilev S.A. [et al.] Ostraya cerebralnaya nedostatochnost pri tyazhelyx otravleniyax [Sharp cerebral insufficiency at a serious poisoning]. *Ross. Biomed. zhurnal Medline.ru* [Russian Biomedical magazine Medline.ru]. 2010. Vol. 11. Pp. 315–321. (In Russ)

Received 02.03.2019

**For citing:** Chernyy V.S., Leontev O.V., Aleksandrov M.V. Psixofiziologicheskaya ocenka ostatochny`x yavlenij perenesennogo ostrogo otravleniya veshhestvami nejrotoksicheskogo dejstviya. *Vestnik psikhoterapii*. 2019. N 69. Pp. 134–146. **(In Russ.)**

Chernyy V.S., Leontev O.V., Aleksandrov M.V. Psychophysiological assessment of the residual phenomena of the postponed sharp poisoning with substances of neurotoxic action. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2019. N 69. Pp. 134–146.



ЖУРНАЛ «ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ»

Редакционная коллегия

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

### Уважаемые коллеги!

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

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

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

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

Материал статьи представляется по ГОСТу 7.89-2005 «Оригиналы текстовые авторские и издательские». Рекомендуемый объем статьи 10–20 стр. (28–30 строк на стр., до 70 знаков в строке). К статье должно быть приложено резюме (реферат), отражающее основное содержание работы, размером не менее ½ стр. Название статьи, реферат, ключевые слова, сведения об авторах, переводятся на английский язык. Англоязычное название места работы приводится в точном соответствии с Уставом учреждения. Диагнозы заболеваний и формы расстройств поведения следует соотносить с МКБ-10. Единицы измерений приводятся по ГОСТу 8.471-2002 «Государственная система обеспечения единства измерений. Единицы величин». Список литературы оформляется по ГОСТу 7.05.2008 «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 психо-

логии. 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 каталоге Роспечать РФ «Газеты. Журналы» – 15399.

Адрес редакции: 194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д.11.

Адрес издательства и типографии: ООО «Политехника-сервис».

190005, г. Санкт-Петербург, Измайловский пр., д. 18-д.

тираж 1000 экз.                      цена – свободная

Отпечатано в типографии «Политехника Сервис»  
с оригинал-макета заказчика.

190005, Санкт-Петербург, Измайловский пр., 18 лит. Д.

Подписано в печать 22.03.2019. Печать – цифровая.

Бумага офсетная. Формат 60/841/16. Тираж 1000 экз.

Объем 9,37 п. л. Заказ 1970.