

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

**ВЕСТНИК
ПСИХОТЕРАПИИ**

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Главный редактор В.Ю. Рыбников

№ 77 (82)

**Санкт-Петербург
2021**

Редакционная коллегия

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

Редакционный совет

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

Адрес редакции:

194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11
Телефон: (812) 592-14-19, 923-98-01

ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ

Научно-практический журнал

- © Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, 2021
- © Международный институт резервных возможностей человека, 2021

**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 77 (82)

St. Petersburg
2021

Editorial Board

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

Editorial Council

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

For correspondence:

11, Pridorozhnaya alley
194352, St. Petersburg, Russia
Phone: (812) 592-14-19, 923-98-01

BULLETIN OF PSYCHOTHERAPY

Research & clinical practice journal

© Nikiforov Russian Centre of Emergency and Radiation
Medicine, EMERCOM of Russia, 2021

© International Institute of Human Potential Abilities, 2021

СОДЕРЖАНИЕ

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Горячева Е.В.

Предпосылки формирования «синдрома эмоционального выгорания» у спасателей МЧС России в условиях Арктического региона 7

Сорокин Н.В., Гордиенко А.В., Леонтьев О.В., Соловьев М.В., Дударенко С.В.

Динамика качества жизни при применении тренингов биологической обратной связи у больных артериальной гипертензией с тревожно-депрессивными расстройствами 27

Григорьев Г.И., Мильчакова В.А., Григорьев С.Г., Ашмарин В.В.

Оценка психологических характеристик лиц с различным уровнем отношения к религии, пришедших на курс психофизической саморегуляции 37

Ипатов А.В.

Личностный фактор аутодеструктивного поведения подростков 54

Кольцова О.В., Сухарева Ю.В.

Психологическое интернет-консультирование ВИЧ-инфицированных беременных женщин 70

Трегубенко И.А., Исаева Е.Р., Мухитова Ю.В., Шошина И.И.

Психофизиологический подход к диагностике когнитивных процессов при шизофрении 84

Харитонов С.В., Тагирова Д.И., Ксенофонтова И.В., Лямина Н.П., Голубев М.В.

Влияние на удовлетворенность пациентов реабилитационной помощью анкет, заостряющих внимание на положительных впечатлениях от получаемых процедур 98

Гуреева И.Л., Волкова А.Р., Семикова Г.В., Смурова Е.Л., Исаева Е.Р.

Особенности пищевого поведения и удовлетворенность качеством жизни у пациентов с морбидным ожирением после бариатрической операции 116

Шеховцова Е.С., Грановская Р.М., Булыгина В.Г.

Внеозологические и нозоспецифичные особенности операционального уровня саморегуляции у лиц с расстройствами личности с криминальным поведением 129

Информация о журнале 143

CONTENTS

MEDICAL PSYCHOLOGY

Goryacheva E.V. Prerequisites for the formation of the «burnout syndrome» among rescuers EMERCOM of Russia in the Arctic region	7
Sorokin N.V., Gordienko A.V., Leontev O.V., Solovev M.V., Dudarenko S.V. Dynamics of quality of life when applying biological feedback training in patients with arterial hypertension with anxiety-depressive disorders	27
Grigoriev G.I., Milchakova V.A., Grigoreiv S.G., Ashmarin V.V. Assessment of psychological characteristics of persons with different level of attitude to religion, who came to the course of psychophysical self- regulation	37
Ipatov A.V. Personality factor of autodestructive behavior of adolescents	54
Koltsova O.V., Sukhareva Yu.V. Psychological online counseling for HIV-infected pregnant women	70
Tregubenko I.A., Isaeva E.R., Mukhitova Y.V., Shoshina I.I. Psychophysiological approach to the diagnostics of cognitive processes in schizophrenia	84
Kharitonov S.V., Tagirova D.I., Ksenofontova I.V., Lyamina N.P., Golubev M.V. Influence on patients satisfaction with rehabilitation assistance of ques- tionnaires focusing on positive impressions of the procedures received	98
Gureeva I.L., Volkova A.R., Semikova G.V., Smurova E.L., Isaeva E.R. Features of eating behavior and satisfaction with the quality of life in pa- tients with morbid obesity after bariatric surgery	116
Shekhovtsova E.S., Granovskaya R.M., Bulygina V.G. Extranosological and nosospecific features of the operational level of self- regulation in persons with personality disorders with criminal behavior	129
Information about the Journal.....	143

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 159.9.075 : 614.842.83 (82)

Е.В. Горячева

ПРЕДПОСЫЛКИ ФОРМИРОВАНИЯ «СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ» У СПАСАТЕЛЕЙ МЧС РОССИИ В УСЛОВИЯХ АРКТИЧЕСКОГО РЕГИОНА

Всероссийский научно-исследовательский институт по проблемам гражданской обороны и чрезвычайных ситуаций МЧС России (федеральный центр науки и высоких технологий) (Россия, Москва, Давыдовская ул., д. 7)

В статье представлены результаты исследования «синдрома эмоционального выгорания» у спасателей МЧС России. Было обследовано 226 спасателей, которые были разделены на 4 группы в зависимости от длительности стажа профессиональной деятельности в условиях Арктического региона (на примере Мурманской области) и в Центральном федеральном округе Российской Федерации (на примере г. Воронежа). Для определения предпосылок формирования «синдрома эмоционального выгорания» использовались стандартизированные психологические методики и анкета, разработанная с целью сбора анамнестических сведений о здоровьесохраняющем поведении. Для статистической обработки данных применялись U-критерий Манна–Уитни и коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Результаты исследования показали, что, пропорционально увеличению стажа профессиональной деятельности у спасателей в условиях Арктического региона, увеличивается средний показатель по основным фазам «синдрома эмоционального выгорания» (при $p < 0,001$): «напряжение», «резистенция» и «истощение». Однако, учитывая особенности здоровьесохраняющего поведения и экстремальные климатические условия Арктического региона, которые негативно влияют на психоэмоциональное состояние и соматическое здоровье специалистов, высокие баллы по общему показателю «синдрома эмоционального выгорания» не могут напрямую судить о его сформированности.

Ключевые слова: спасатели МЧС России, стаж профессиональной деятельности, синдром эмоционального выгорания, синдром полярного напряжения, синдром хронического эколого-профессионального (адаптивного) перенапряжения, Арктический регион.

Горячева Елена Викторовна – канд. психол. наук, вед. науч. сотр., Всерос. науч.-исслед. ин-т по пробл. гражд. обороны и чрезв. ситуаций МЧС России (федер. центр науки и высоких технологий) (Россия, 121352, Москва, Давыдовская ул., д. 7), e-mail: lenka_27@mail.ru.

Введение

Специфика профессиональной деятельности, экстремальные климатические условия Арктического региона, индивидуально-психологические особенности, уровень профессионального и соматического здоровья оказывают влияние на психоэмоциональное состояние спасателей МЧС России и могут являться предпосылками формирования «синдрома эмоционального выгорания».

Понятие «синдром эмоционального выгорания» в 1974 году ввел в психологию американский психиатр Н. Freudenberger для характеристики психически здоровых людей, чья профессиональная деятельность связана с общением с другими людьми, эмоциональными сопереживаниями, повышенной ответственностью.

В 11-й пересмотренный вариант Международной классификации болезней (далее – МКБ-11) включен «профессиональный синдром эмоционального выгорания», который не классифицируется как медицинское состояние. Он отнесен к классу «Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения» и включает в себя причины обращения населения в учреждения здравоохранения, не классифицированные как заболевания или медицинские состояния.

Согласно МКБ-11, «эмоциональное выгорание – это синдром, признаваемый результатом хронического стресса на рабочем месте, который не был успешно преодолен. Он характеризуется тремя признаками: ощущение мотивационного или физического истощения; нарастающее психическое дистанцирование от профессиональных обязанностей или чувство негативизма или цинизма к профессиональным обязанностям; снижение работоспособности».

В исследованиях российских и зарубежных ученых (В.В. Бойко, Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова, Н.В. Гришина, Т.В. Форманюк, Н.С. Пряжников, В.Е. Орел, В.И. Евдокимов, Т.И. Шевченко, Н. Freudenberger, С. Maslach, М. Burisch, W. Schaufeli и др.) описаны симптомы «синдрома эмоционального выгорания»: негативные эмоциональные состояния, стресс, депрессия, соматические заболевания, обострение хронических заболеваний, злоупотребление алкоголем, никотиновая зависимость, снижение физической активности и др. [2–4, 17, 19].

Согласно концепции С. Maslach, S. Jackson, «синдром эмоционального выгорания» – это ответная реакция организма на длительные профессиональные стрессы и межличностные конфликты, состоящая из трех ком-

понентов: эмоциональное истощение, деперсонализация и редукция персональных достижений [18].

В исследованиях В.В. Бойко «синдром эмоционального выгорания» рассматривался как «склонность к эмоциональной холодности, склонность к интенсивному переживанию негативных обстоятельств в профессиональной деятельности, слабая мотивация эмоциональной отдачи в профессиональной деятельности» [1, С. 21]. В.В. Бойко выделил три основные фазы эмоционального выгорания и сопутствующие ведущие симптомы: напряжение (переживание психотравмирующих обстоятельств, неудовлетворенность собой, загнанность в клетку, тревога и депрессия), резистенция (неадекватное избирательное эмоциональное реагирование, эмоционально-нравственная дезориентация, расширение сферы экономии эмоций, редукция профессиональных обязанностей), истощение (эмоциональный дефицит, эмоциональная отстраненность, деперсонализация, психосоматическое и психовегетативное нарушения).

Н.Е. Водопьянова и Е.С. Старченкова к симптомам выгорания относят: «...снижение мотивации к работе, резко возрастающая неудовлетворенность от работы, конфликты на рабочем месте, хроническая усталость, скука, истощение, раздражительность, нервозность, беспокойство, дистанцирование от клиентов и коллег, опоздания, увеличение абсентеизма и др. Синдром выгорания включает ряд симптомов, однако все они ни у кого не проявляются одновременно, существуют индивидуальные вариации, потому что выгорание – это реакция индивидуальная...» [2, С. 36].

Исследуя феномен «выгорания», В.Е. Орел пришел к выводу, что «в процессе выгорания уменьшается профессиональная мотивация, отмечается потеря энтузиазма и интереса к работе. Отмечается увеличение употребления стимуляторов, таких как кофе, табак, алкоголь, также могут использоваться транквилизаторы, барбитураты. Они применяются для снятия напряжения, вызванного работой. Однако эта стратегия неэффективна, так как подрывает здоровье, может привести к постоянному злоупотреблению и, как следствие, снизить эффективность жизни таких людей...» [11, с. 42].

В исследованиях В.И. Евдокимова, Т.И Шевченко «синдром эмоционального выгорания» у пожарных рассматривается как феноменологическое проявление «профессионального выгорания». Анализ данных по тесту В.В. Бойко у 97 пожарных показал увеличение результатов в зависимости от возраста и стажа профессиональной деятельности [17].

При определении негативных психоэмоциональных состояний у специалистов экстремального профиля деятельности немаловажным является

тот факт, в каких климатических условиях проходит профессиональная деятельность. Учеными доказано, что климато-географические особенности Арктического региона, в том числе особая фотопериодичность дня «полярный день» и «полярная ночь», оказывают негативное влияние на психоэмоциональное состояние и соматическое здоровье специалистов опасных профессий и создают предпосылки формирования «синдрома полярного напряжения» (В.П. Казначеев, 1974) и «синдрома хронического эколого-профессионального (адаптивного) перенапряжения» (А.А. Новицкий, 1996).

В.П. Казначеев, изучая «синдром полярного напряжения, определил, что «резервы здоровья, процессы старения, патологии в условиях относительно длительного пребывания в северной экологии затрагивают и специфические механизмы жизнедеятельности» [6, С. 11].

Ученые Л.Е. Панин, В.П. Соколов установили, что в период «полярного дня» у жителей Арктического региона проявляются такие симптомы, как раздражительность, вспыльчивость, повышенная психическая активность, в период «полярной ночи» – повышенная тревожность, эмоциональное напряжение, стресс, депрессия [12].

Предпосылками развития «синдрома полярного напряжения», являются, во-первых, воздействие комплекса климато-географических факторов среды на жизнь человека, во-вторых, непосредственное воздействие физических факторов среды (низкие и высокие температуры, геомагнитная активность, низкое или высокое атмосферное давление) на клеточные и тканевые структуры организма [5, 6].

В трудах И.А. Аршавского, А.Л. Максимова, А.А. Айдаралиева, В.П. Казначеева, М.Я. Субботина, Н.Р. Деряпы, И.Ф. Рябинина, В.И. Хаснулина, П.В. Хаснулина, В.Ю. Куликова «синдром полярного напряжения» рассматривается с позиции комплексного изучения и объяснения содержания эволюции современного человека, а именно во взаимодействии факторов природной и социальной среды, а также неблагоприятных климатических условий и особенностей географического расположения регионов Крайнего Севера, которые влияют на качество и количество здоровья человека [14].

Учеными В.И. Хаснулиным, П.В. Хаснулиным доказано, что суровые климато-географические условия северных широт становятся причиной развития «синдрома полярного напряжения», который вызывает истощение резервных возможностей организма, приводит к развитию комплек-

са дезадаптивных расстройств и предпосылок возникновения патологических состояний [15].

А.А. Новицкий рассматривает «синдром хронического эколого-профессионального (адаптивного) перенапряжения» (далее – ХЭПП) как «многоэтапный и комплексный процесс», который является основой неспецифической предпосылкой дезадаптации [9, 10].

В результате проведенных исследований (А.А. Новицкий, С.С. Алексанин, А.С. Крючкова, Л.Г. Аржавкина) было установлено, что «если экстремальность воздействия факторов внешней среды и профессиональной деятельности превышает резервы адаптивных систем организма и структурная “цена” адаптации достаточно высока, то структурный след в адаптивных системах не формируется. Функция их постепенно истощается, истинной (долговременной) адаптации организм не достигает и, как следствие, возникает синдром хронического эколого-профессионального перенапряжения»; «психологические сдвиги при синдроме ХЭПП регистрируются прежде всего в виде значительного повышения уровня реактивной (РТ) и личностной тревожности (ЛТ), что является клиническим эквивалентом хронического психоэмоционального напряжения» [9, с. 14–15].

Таким образом, можно предположить, что специфические взаимосвязи индивидуально-психологических особенностей, длительное нахождение в профессии в экстремальных климатических условиях Арктического региона и особенности здоровьесберегающего поведения будут являться предпосылками формирования «синдрома эмоционального выгорания».

Цель – определить предпосылки формирования «синдрома эмоционального выгорания» у спасателей МЧС России в условиях Арктического региона.

Материал и методы

Обследовано 4 группы спасателей МЧС России мужского пола с различными стажем профессиональной деятельности и регионом проживания:

1. 56 спасателей МЧС России в возрасте 20–30 лет (средний возраст $25 \pm 2,4$ года) со стажем профессиональной деятельности менее 5 лет в условиях Арктического региона (средний стаж $2,8 \pm 0,9$ года);

2. 73 спасателя МЧС России в возрасте 24–38 лет (средний возраст $29,9 \pm 3,2$ года) со стажем профессиональной деятельности менее от 5 до 10 лет в условиях Арктического региона (средний стаж $6,9 \pm 1,6$ года);

3. 47 спасателей МЧС России в возрасте 30–42 лет (средний возраст $36,7 \pm 3,7$ года) со стажем профессиональной деятельности свыше 10 лет в условиях Арктического региона (средний стаж $12,8 \pm 2,4$ года).

4. 47 спасателей МЧС России в возрасте 32–43 лет (средний возраст $37,1 \pm 3$ года) со стажем профессиональной деятельности свыше 10 лет в Центральном федеральном округе Российской Федерации (средний стаж $13,8 \pm 2,5$ года).

Индивидуально-психологические особенности, уровень выраженности «синдрома эмоционального выгорания» исследованы при помощи стандартизированных методик:

1. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности, сокращенный вариант (далее – СМИЛ) в адаптации Л.Н. Собчик [13]. СМИЛ содержит 398 утверждений и позволяет получить данные по 13 базовым шкалам (ложь, коррекция, достоверность, невротический сверхконтроль, пессимистичность, эмоциональная лабильность, импульсивность, мужественность–женственность, ригидность, тревожность, индивидуалистичность, оптимистичность, интроверсия–экстраверсия);

2. Методика многофакторного исследования личности Кеттелла, форма С (далее – 16-ФЛЮ) [7]. Опросник состоит из 105 вопросов и позволяет выделить 16 полярных факторов личности (общительность, интеллектуальность, эмоциональная устойчивость, независимость, беспечность, социальная нормативность и организованность, смелость, эмоциональная чувствительность, подозрительность, мечтательность, дипломатичность, тревожность, восприимчивость к новому, самостоятельность, самоконтроль, напряженность) и фактор самооценки. Факторы группируются в три блока: интеллектуальный, эмоционально-волевой, коммуникативный;

3. Методика диагностики уровня эмоционального выгорания В.В. Бойко (далее – СЭВ) [1]. Методика содержит 84 утверждения и позволяет оценить 3 фазы эмоционального выгорания (напряжение, резистенция, истощение) и выраженность симптомов для каждой фазы. В каждой из фаз оценка возможна в пределах от 0 до 120 баллов. По количественным показателям правомерно судить только о том, насколько сформирована каждая из фаз: от 0 до 36 баллов – фаза не сформировалась; от 37 до 60 баллов – фаза в стадии формирования; от 61 и более баллов – фаза сформировалась.

Для определения особенностей здоровьесберегающего поведения спасателей МЧС России была разработана анкета для сбора анамнестических данных (нетрудоспособность, число госпитализаций/год; трудопоте-

ри, дней/год; наличие хронических заболеваний; наличие вредных привычек: курение, употребление алкоголя; занятие спортом).

Результаты

Для сравнения были отобраны наиболее информативные показатели психологических методик, для выявления уровня взаимосвязей между признаками был применен коэффициент ранговой корреляции Спирмена [8]. Для оценки достоверности полученных данных был применен U-критерий Манна–Уитни (табл. 1).

Таблица 1

Индивидуально-психологические особенности спасателей МЧС России с различными стажем профессиональной деятельности и регионом проживания

Признак	Эмпирические частоты распределения признака в группах (M ± m)				Уровень значимости, p ≤		
	1-я группа	2-я группа	3-я группа	4-я группа	0,05	0,01	0,001
СМИЛ, сокращенный вариант, T-балл							
Невротический сверхконтроль	49,4 ± 6,0	52,0 ± 2,9	55,3 ± 5,1	51,0 ± 4,3		1/2	1/3, 2/3, 3/4
Пессимистичность	50,0 ± 8,2	54,0 ± 4,5	56,6 ± 4,7	54,8 ± 4,7	3/4	1/2, 2/3	1/3
Эмоциональная лабильность	49,6 ± 4,0	51,4 ± 2,1	56,7 ± 5,6	51,5 ± 1,9	1/2		1/3, 2/3, 3/4
Ригидность	42,9 ± 6,7	47,2 ± 2,7	55,1 ± 4,3	52,9 ± 2,9	3/4		1/2, 1/3, 2/3
Тревожность	48,8 ± 4,1	50,6 ± 3,2	55,6 ± 4,7	50,9 ± 4,3		1/2	1/3, 2/3, 3/4
16-ФЛО, балл							
Общительность	8,2 ± 1	6,3 ± 1,3	6 ± 1,1	5,3 ± 1,1		1/2	1/3, 2/3, 3/4
Эмоциональная устойчивость	5,8 ± 0,9	6,2 ± 0,9	8,1 ± 1,8	5,3 ± 1,2	3/4		1/2
Независимость	2,5 ± 1,1	5,4 ± 1,1	8,7 ± 1,1	7,1 ± 1,5		1/2	1/3, 2/3, 3/4
Эмоциональная чувствительность	4,1 ± 1,8	2,6 ± 1,1	3,2 ± 1,1	2,5 ± 1,1		1/3	1/2, 3/4
Подозрительность	2,6 ± 1,1	2,6 ± 1,1	5 ± 2,9	2,6 ± 1,1			1/3, 2/3, 3/4
Самоконтроль	5,7 ± 3,2	8,2 ± 1	5,7 ± 2,4	8,2 ± 1			1/2, 2/3, 3/4
Напряженность	5,6 ± 3,3	5,5 ± 1,1	6 ± 2,5	4 ± 1,2			1/2, 2/3, 3/4
СЭВ, балл							
Переживание психотравмирующих обстоятельств	7,0 ± 4,5	10,0 ± 5,1	17,4 ± 4,9	13,3 ± 2,8			1/2, 1/3, 2/3, 3/4
Неудовлетворенность собой	5,8 ± 5,2	11,9 ± 3,7	16,3 ± 4,6	13,6 ± 2,4		3/4	1/2, 1/3, 2/3

Признак	Эмпирические частоты распределения признака в группах (M ± m)				Уровень значимости, p ≤		
	1-я группа	2-я группа	3-я группа	4-я группа	0,05	0,01	0,001
Загнанность в клетку	7,0 ± 3,0	6,8 ± 4,2	15,6 ± 5,6	13,7 ± 2,7			1/3, 2/3
Тревога и депрессия	6,4 ± 4,1	8,9 ± 3,4	16,1 ± 5,6	14,0 ± 2,6			1/2, 1/3, 2/3
Напряжение	26,2 ± 7,7	37,6 ± 7,9	65,4 ± 8,9	54,5 ± 6,2			1/2, 1/3, 2/3, 3/4
Неадекватное избирательное эмоциональное реагирование	8,3 ± 5,7	11,9 ± 5,0	15,4 ± 5,6	13,8 ± 2,8			1/2, 1/3, 2/3
Эмоционально-нравственная дезориентация	6,9 ± 5,1	11,4 ± 4,7	17,4 ± 5,1	13,6 ± 2,6			1/2, 1/3, 2/3, 3/4
Расширение сферы экономии эмоций	7,3 ± 4,7	9,8 ± 4,1	16,7 ± 5,0	13,6 ± 2,5		3/4	1/2, 1/3, 2/3
Редукция профессиональных обязанностей	7,1 ± 4,7	9,9 ± 4,4	16,1 ± 4,8	13,4 ± 2,7		3/4	1/2, 1/3, 2/3
Резистенция	29,6 ± 10,1	42,9 ± 8,7	65,6 ± 10	54,3 ± 6,3			1/2, 1/3, 2/3, 3/4
Эмоциональный дефицит	6,4 ± 3,8	11,3 ± 3,8	15,5 ± 4,5	13,7 ± 2,7			1/2, 1/3, 2/3
Эмоциональная отстраненность	4,9 ± 2,6	11,2 ± 3,6	16,4 ± 5,4	13,9 ± 2,3	3/4		1/2, 1/3, 2/3
Деперсонализация	5,2 ± 2,9	10,9 ± 3,2	15,6 ± 5,6	13,7 ± 2,6			1/2, 1/3, 2/3
Психосоматическое и психовегетативное нарушение	5,2 ± 3,2	9,4 ± 4,1	17,8 ± 5,6	13,6 ± 2,8			1/2, 1/3, 2/3, 3/4
Истощение	21,7 ± 5,8	42,7 ± 7,5	65,3 ± 11	54,8 ± 5,5			1/2, 1/3, 2/3, 3/4
СЭВ	77,5 ± 13,4	123,3 ± 13,0	196,3 ± 15,4	163,7 ± 12,3			1/2, 1/3, 2/3, 3/4

Таким образом, сравнение средних значений по показателям психологических методик позволили выявить индивидуально-психологические особенности, которые статистически значимо отличаются у спасателей МЧС России с различными стажем профессиональной деятельности и регионом проживания.

Так, наиболее выражены различия между спасателями со стажем профессиональной деятельности до 5 лет и от 5 до 10 лет в условиях Арктического региона (1/2) по шкалам: «эмоциональная лабильность» (p <

0,05); «невротический сверхконтроль», «пессимистичность», «тревожность», «общительность», «независимость», «напряжение», «резистенция», «истощение», «СЭВ» ($p < 0,01$); «ригидность», «эмоциональная устойчивость», «эмоциональная чувствительность», «самоконтроль», «напряженность» ($p < 0,001$). Различия по данным шкалам могут говорить о том, что менее «опытные» спасатели (1-я группа) продолжают устанавливать межличностные отношения и завоевывать авторитет в коллективе, адаптироваться к условиям труда и общепринятым социальным нормам, совершенствовать теоретические знания и практические навыки.

Между спасателями со стажем профессиональной деятельности до 5 лет и свыше 10 лет в условиях Арктического региона (1/3) наблюдаются различия по шкалам: «эмоциональная чувствительность» ($p < 0,01$); «невротический сверхконтроль», «пессимистичность», «эмоциональная лабильность», «ригидность», «тревожность», «общительность», «эмоциональная устойчивость», «независимость», «подозрительность», «напряжение», «резистенция», «истощение», «СЭВ» ($p < 0,001$). Такие различия говорят о том, что более «опытные» специалисты (3-я группа) в силу длительного нахождения в профессии испытывают повышенную тревожность и напряженность, подвержены частой смене настроения, направлены на соответствие внешним нормам и правилам.

Спасатели со стажем профессиональной деятельности от 5 до 10 лет и свыше 10 лет в условиях Арктического региона (2/3) имеют значимые различия по шкалам: «пессимистичность» ($p < 0,01$); «невротический сверхконтроль», «эмоциональная лабильность», «ригидность», «тревожность», «общительность», «независимость», «подозрительность», «самоконтроль», «напряженность», «напряжение», «резистенция», «истощение», «СЭВ» ($p < 0,001$). Различия по данным шкалам свидетельствуют о том, что спасатели со «средним» опытом профессиональной деятельности (2-я группа) полностью адаптированы в коллективе, обладают необходимым уровнем профессионализма, но могут проявлять такие эгоцентричные характеристики, как постановка в приоритет своих желаний и принципов.

Спасатели со стажем профессиональной деятельности свыше 10 лет в условиях Арктического региона и в Центральном федеральном округе Российской Федерации имеют статистически значимые различия по шкалам: «пессимистичность», «ригидность», «эмоциональная устойчивость» ($p < 0,05$); «невротический сверхконтроль», «эмоциональная лабильность», «тревожность», «общительность», «независимость», «эмоциональная чувствительность», «подозрительность», «самоконтроль», «напряженность»,

«напряжение», «резистенция», «истощение», «СЭВ» ($p < 0,001$). Спасатели МЧС России г. Воронежа (контрольная группа) хорошо адаптированы в коллективе, несклонны к излишним волнениям, тревогам и опасениям. Учитывая тот факт, что стаж в обеих группах одинаковый, можно предположить, что на психоэмоциональное состояние спасателей, чья профессиональная деятельность проходит в условиях Арктического региона (3-я группа), дополнительное влияние оказывают климатические факторы.

Пропорционально увеличению стажа профессиональной деятельности в условиях Арктического региона увеличивается средний показатель по основным фазам «синдрома эмоционального выгорания» (при $p < 0,001$): «напряжение» – 1-я группа ($26,2 \pm 7,7$ балла), 2-я группа ($37,6 \pm 7,9$ балла), 3-я группа ($65,4 \pm 8,9$ балла); «резистенция» – 1-я группа ($29,6 \pm 10,1$ балла), 2-я группа ($42,9 \pm 8,7$ балла), 3-я группа ($65,6 \pm 10$ балла); «истощение» – 1-я группа ($21,7 \pm 5,8$ балла), 2-я группа ($42,7 \pm 7,5$ балла), 3-я группа ($65,3 \pm 11$ балла).

Результаты исследования показали, что в контрольной группе спасателей МЧС России фазы «напряжение», «резистенция», «истощение» находятся в стадии формирования ($54,5 \pm 6,2$; $54,3 \pm 6,3$; $54,8 \pm 5,5$ балла соответственно), в то время как у их коллег с аналогичным стажем профессиональной деятельности в условиях Арктического региона (3-я группа) фазы «напряжение», «резистенция», «истощение» сформировались ($65,4 \pm 8,9$; $65,6 \pm 10$; $65,3 \pm 11$ баллов соответственно). Сформированность общего показателя «синдрома эмоционального выгорания» у спасателей со стажем профессиональной деятельности свыше 10 лет в условиях Арктического региона проявляется такими симптомами, как «переживание психотравмирующих обстоятельств», «неудовлетворенность собой», «тревога и депрессия», «эмоционально-нравственная дезориентация», «расширение сферы экономии эмоций», «редукция профессиональных обязанностей», «психосоматическое и психовегетативное нарушения».

Таким образом, учитывая тот факт, что длительность стажа профессиональной деятельности в 3-й и контрольной группах одинаковая, а показатели фаз «напряжение», «резистенция», «истощение» ненамного превышают нижнюю границу баллов сформированности фазы (61 балл), можно предположить, что сформированность «синдрома эмоционального выгорания» у спасателей МЧС России со стажем профессиональной деятельности свыше 10 лет в условиях Арктического региона может быть обусловлена наличием специфических взаимосвязей между симптомами «синдрома эмоционального выгорания» и индивидуально-психологическими особен-

ностями, а также негативным влиянием экстремальных климатических условий Арктического региона и несоблюдением здоровьесберегающего поведения.

Данные, собранные с помощью анкеты, позволили получить сведения о здоровьесберегающем поведении спасателей МЧС России, чья профессиональная деятельность проходит в условиях Арктического региона (табл. 2).

Таблица 2

Здоровьесберегающее поведение спасателей МЧС России в условиях Арктического региона

Показатель	Числовые значения признака	Эмпирические частоты распределения признака в группах, чел. (%)		
		1-я	2-я	3-я
		56 чел.	73 чел.	47 чел.
Нетрудоспособность, число госпитализаций/год	0 случаев	18 (32)	19 (26)	5 (11)
	1 случай	36 (64)	40 (55)	26 (55)
	2 случая	2 (4)	11 (15)	6 (13)
	3 случая	0 (0)	3 (4)	6 (13)
	4 случая	0 (0)	0 (0)	4 (9)
Трудопотери, дней/год	0–7 дней	23 (41)	26 (36)	10 (21)
	8–16 дней	28 (50)	37 (51)	20 (43)
	17–26 дней	5 (9)	8 (11)	10 (21)
	27–35 дней	0 (0)	2 (3)	4 (9)
	36–43 дней	0 (0)	0 (0)	3 (6)
Наличие хронических заболеваний	нет	48 (86)	55 (75)	32 (68)
	да	8 (14)	18 (25)	15 (32)
Занятие спортом	ежедневно	7 (13)	5 (7)	4 (9)
	2-3 раза/нед	22 (39)	31 (42)	13 (28)
	2-3 раза/мес	11 (20)	17 (23)	9 (19)
	1 раз/мес	0 (0)	2 (3)	8 (17)
	нет	16 (29)	18(25)	13 (28)
Курение	нет	20 (36)	23 (32)	12 (26)
	20 сигарет/мес	13 (23)	20 (27)	18 (38)
	40 сигарет/мес	12 (21)	14 (19)	12 (26)
	20 сигарет/нед	6 (11)	9 (12)	5 (11)
	20 сигарет/день	5 (9)	7 (10)	0 (0)
Употребление алкоголя	нет	12 (21)	7 (10)	9 (19)
	по праздникам	28 (50)	37 (51)	16 (34)
	несколько раз/мес	15 (27)	29 (39)	12 (26)
	несколько раз/нед	1 (2)	0 (0)	10 (21)
	ежедневно	0 (0)	0 (0)	0 (0)

Таким образом, с увеличением стажа профессиональной деятельности в условиях Арктического региона:

увеличивается количество случаев госпитализаций в год: в 3-й группе у 13 % спасателей выявлено 3 случая нетрудоспособности в год, у 9 % – 4 случая в год; в тоже время в 1-й группе число госпитализаций не превышает двух случаев в год, во 2-й группе – трех случаев в год (рис. 1);

в 1-й и 2-й группах основное количество трудопотерь в год составляет от 8 до 16 дней (50 % и 51 % соответственно); в 3-й группе – от 8 до 16 дней, от 17 до 26 дней, от 27 до 35 дней, от 36 до 43 дней (43 %, 21 %, 9 % и 6 % соответственно) (рис. 2);

число спасателей с хроническими заболеваниями в 1-й, 2-й и 3-й группах увеличивается относительно длительного нахождения спасателей в профессии (13 %, 25 % и 36 % соответственно) (рис. 3);

снижается физическая активность спасателей, так, в 3-й группе 28 % не занимаются спортом, в то время как в 1-й и во 2-й группах большинство спасателей занимается спортом 2-3 раза в неделю (39 % и 42 % соответственно) (рис. 4);

большинство спасателей имеет такую вредную привычку, как курение. Выявлено, что более «опытные» сотрудники курят чаще своих коллег, например, по пачке в день выкуривают: в 1-й группе 5 %, во 2-й группе – 11 %, в 3-й группе – 17 %. Не курят 23 %, 12 % и 15 % спасателей соответственно (рис. 5);

больше половины спасателей 1-й и 2-й групп употребляют алкоголь по праздникам (50 % и 51 % соответственно). При этом среди спасателей 1-й и 3-й групп выявлены случаи употребления алкоголя несколько раз в неделю (2 % и 21 % соответственно), во 2-й группе подобных случаев не выявлено (рис. 6).

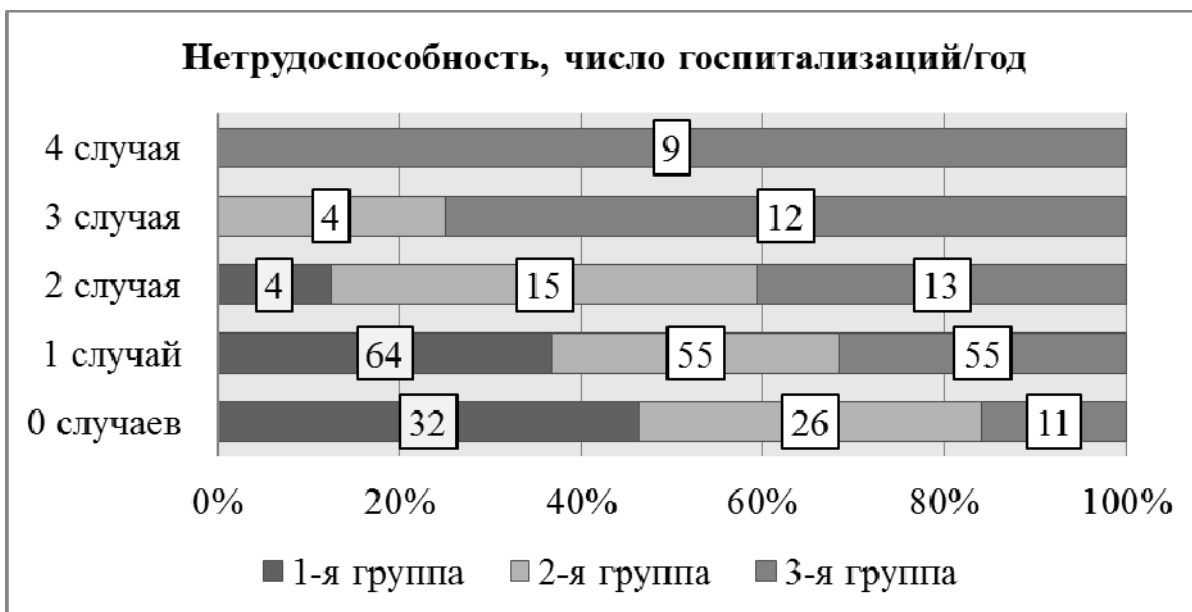


Рис. 1. Нетрудоспособность (число госпитализаций/год) спасателей МЧС России в условиях Арктического региона (%)

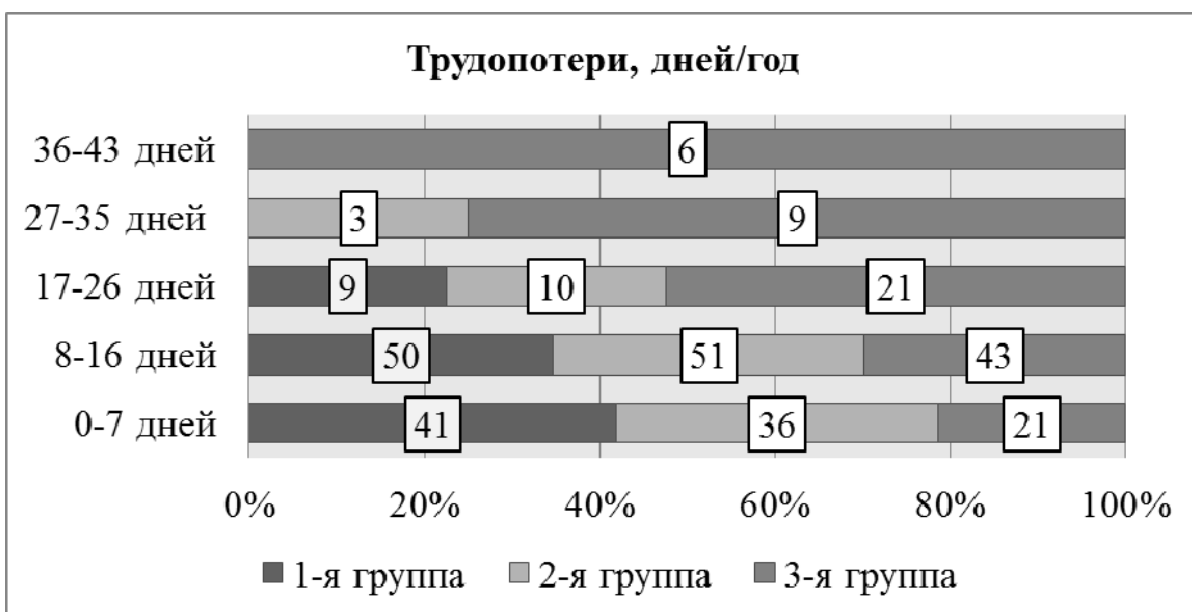


Рис. 2. Трудопотери (дней/год) у спасателей МЧС России в условиях Арктического региона (%)

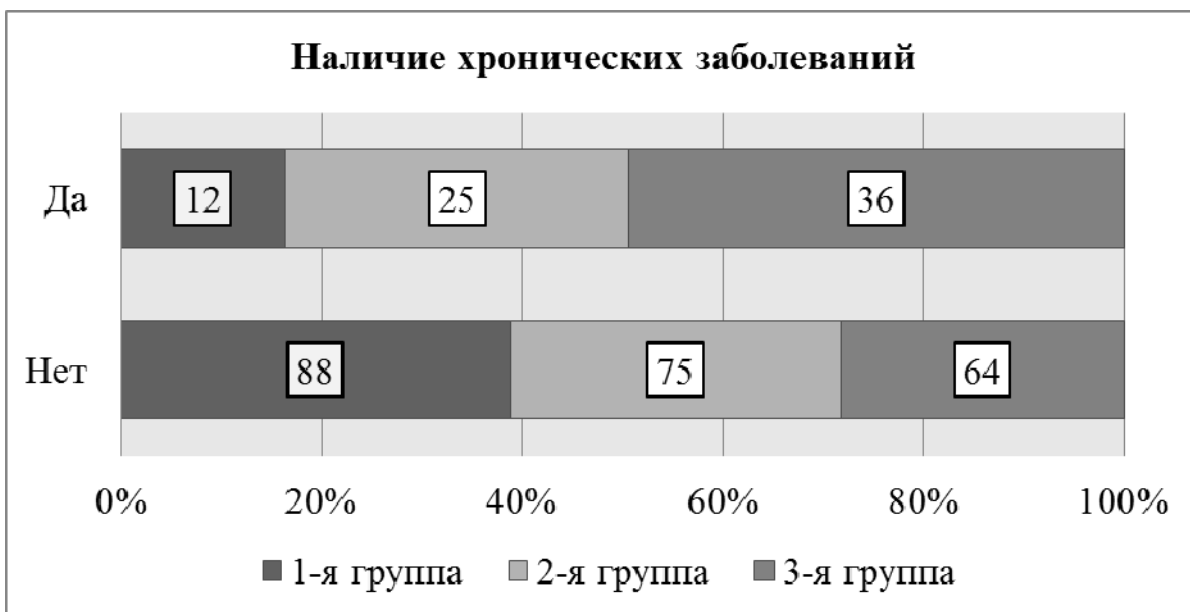


Рис. 3. Наличие хронических заболеваний у спасателей МЧС России в условиях Арктического региона (%)

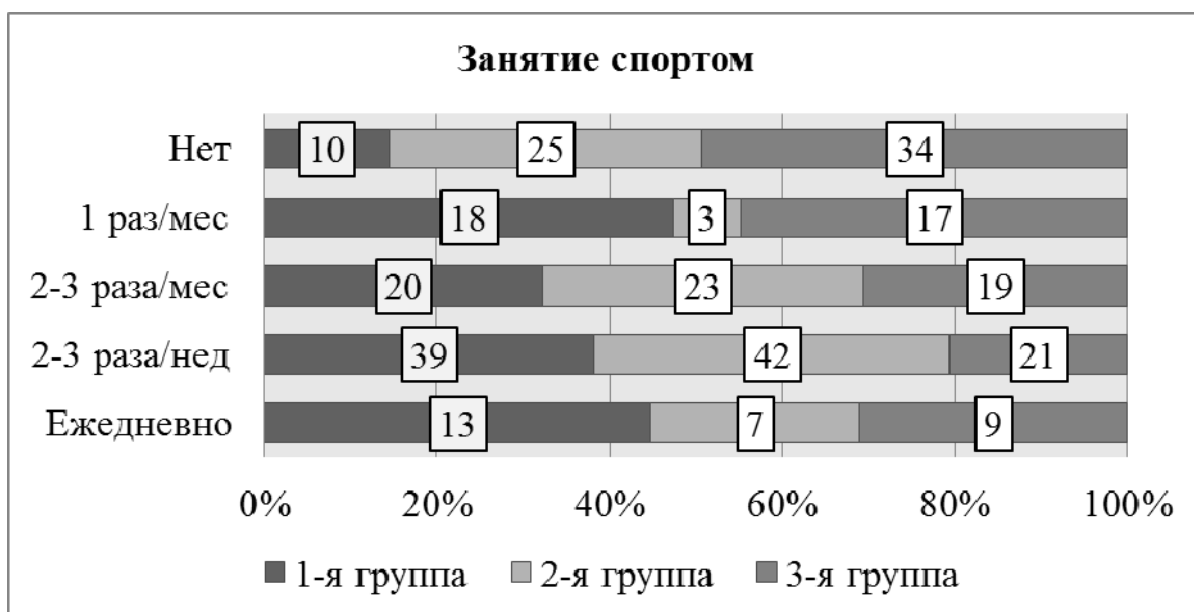


Рис.4. Занятие спортом спасателей МЧС России в условиях Арктического региона (%)

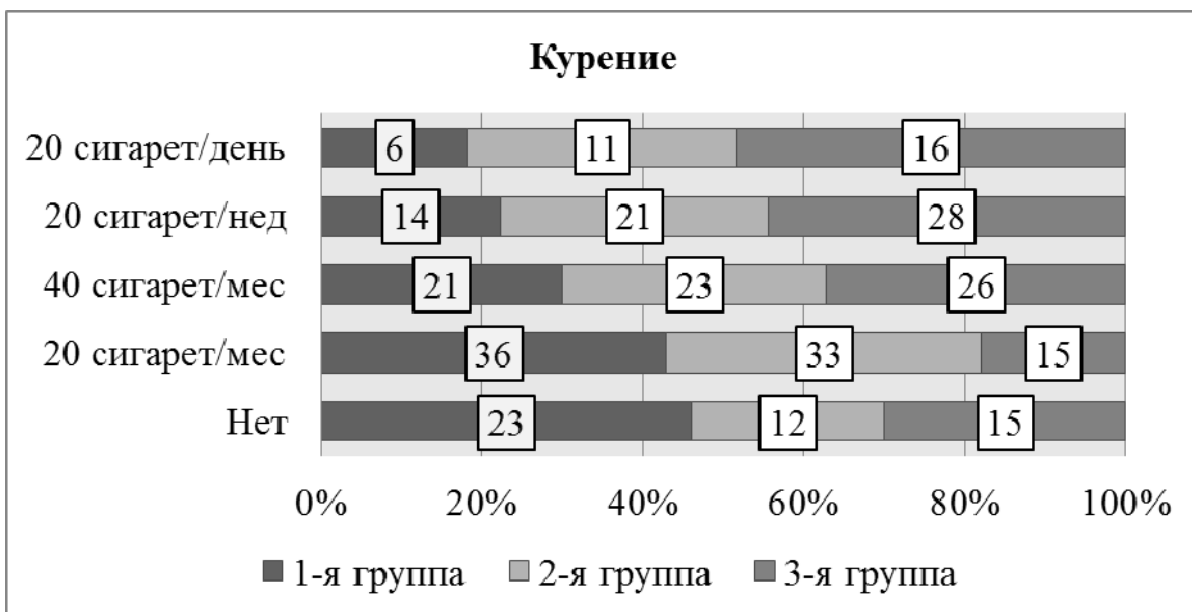


Рис. 5. Частота курения у спасателей МЧС России в условиях Арктического региона (%)

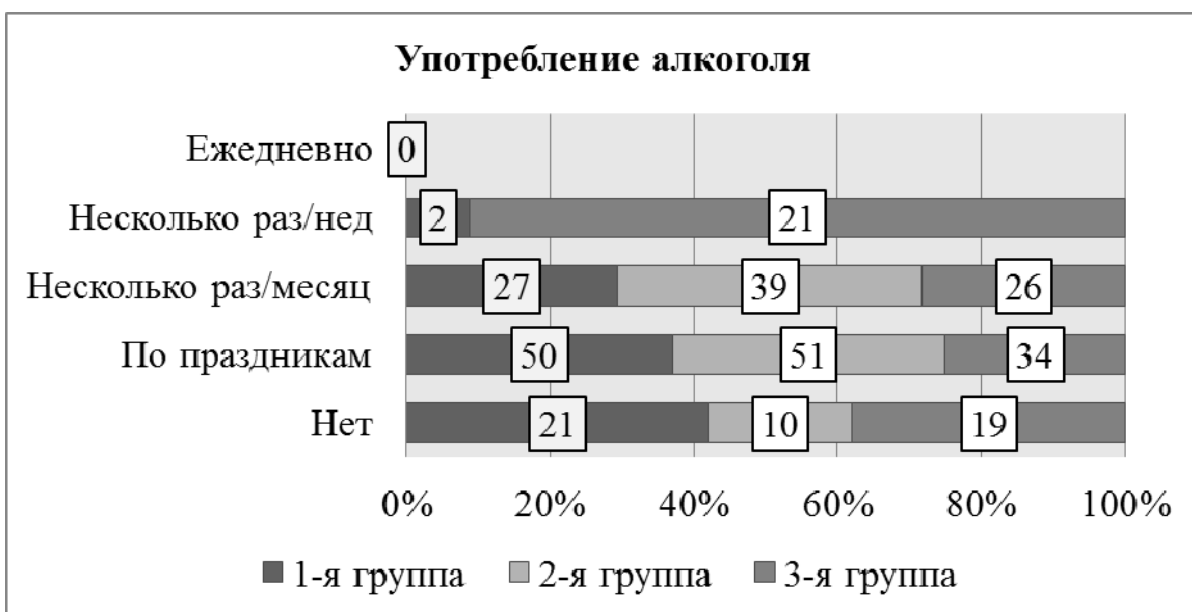


Рис. 6. Употребление алкоголя спасателями МЧС России в условиях Арктического региона (%)

С целью выявления предпосылок формирования «синдрома эмоционального выгорания» у спасателей МЧС России со стажем профессиональной деятельности свыше 10 лет в условиях Арктического региона был применен корреляционный анализ (табл. 3).

Таблица 3

Корреляционные связи «синдрома эмоционального выгорания» с индивидуально-психологическими особенностями и стажем профессиональной деятельности спасателей МЧС России 3-й группы

Показатели психологических методик, коррелирующие с «синдромом эмоционального выгорания»	r =	p <
Стаж профессиональной деятельности	0,506	0,001
Переживание психотравмирующих обстоятельств (ЭВ)	0,263	0,05
Тревога и депрессия (ЭВ)	0,285	0,05
Неадекватное избирательное эмоциональное реагирование (ЭВ)	0,358	0,01
Расширение сферы экономии эмоций (ЭВ)	0,376	0,01
Эмоциональный дефицит (ЭВ)	0,239	0,05
Эмоциональная отстраненность (ЭВ)	0,349	0,01
Деперсонализация (ЭВ)	0,373	0,01
Психосоматическое и психовегетативное нарушения (ЭВ)	0,346	0,01
Ригидность (СМИЛ)	0,356	0,01
Пессимистичность (СМИЛ)	0,307	0,01
Тревожность (СМИЛ)	0,389	0,001
Напряженность (16-ФЛО)	0,237	0,05
Эмоциональная чувствительность (16-ФЛО)	0,297	0,05
Самооценка (16-ФЛО)	0,236	0,05

Заключение

Учитывая особенности здоровьесохраняющего поведения и экстремальные климатические условия Арктического региона, которые негативно влияют на психоэмоциональное состояние и соматическое здоровье специалистов, приводя их в специфическое состояние «синдром полярного напряжения» или «синдром хронического эколого-профессионального (адаптивного) перенапряжения», высокие баллы по фазам «синдрома эмоционального выгорания» у спасателей со стажем свыше 10 лет в условиях Арктического региона не могут напрямую судить о его сформированности.

Результаты корреляционного анализа показали, что предпосылками формирования «синдрома эмоционального выгорания» у спасателей МЧС России со стажем свыше 10 лет в условиях Арктического региона могут являться: переживание психотравмирующих обстоятельств, тревога и депрессия, неадекватное избирательное эмоциональное реагирование, расширение сферы экономии эмоций, эмоциональный дефицит, эмоциональная отстраненность, деперсонализация, психосоматическое и психовегетативное нарушения, ригидность, пессимистичность, тревожность, напря-

женность, эмоциональная чувствительность, самооценка, а также длительность стажа профессиональной деятельности.

Таким образом, при построении психодиагностической, психокоррекционной и психопрофилактической работы со спасателями МЧС России, чья профессиональная деятельность проходит в условиях Арктического региона, следует учитывать индивидуально-психологические особенности, здоровьесохраняющее поведение, а также следить за чередованием режима труда и отдыха, психологическим климатом в коллективе, повышением уровня стрессоустойчивости и работоспособности, снижением риска возникновения негативных психоэмоциональных и психосоматических состояний в постэкспедиционный период.

Литература

1. Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. – СПб. : Питер, 1999. – 278 с.
2. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания. – СПб. : Питер, 2008. – 251 с.
3. Евдокимов В.И., Ролдугин Г.Н., Хмелинина Н.В. Что нужно знать медицинским работникам о профессиональном выгорании : метод. рекомендации / МСЧ № 33 ФМБА России, Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России. – Нововоронеж, 2010. – 56 с.
4. Евдокимов В.И., Шевченко Т.И. Факторы риска формирования синдрома эмоционального выгорания у сотрудников Государственной противопожарной службы МЧС России // Вестн. психотерапии. – 2006. – № 19 (24). – С. 71–82.
5. Казначеев В.П. Возможные пути ноосферного освоения приполярных территорий / Новая социальная технология освоения Севера, Сибири и Дальнего Востока. – Свердловск : Полярэк, 1989. – 26 с.
6. Казначеев В.П. Механизмы адаптации человека в условиях высоких широт. – М. : Медицина, 1980. – 200 с.
7. Капустина А.Н. Многофакторная личностная методика Р. Кеттелла : учеб.-метод. пособие. – СПб. : Речь, 2004. – 99 с.
8. Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных: учеб. пособие. – СПб. : Речь, 2004. – 392 с.
9. Новицкий А.А. Профилактика и коррекция синдрома эколого-профессионального (адаптивного) перенапряжения у специалистов, работающих в Арктической зоне. – СПб. : ВЦЭРМ, 2015. – 48 с.
10. Новицкий А.А. Синдром хронического эколого-профессионального перенапряжения и проблемы сохранения здоровья личного состава в процессе военно-профессиональной деятельности // Труды Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова. – 1994. – Т. 235. – С. 8–18.
11. Орел В.Е., Большакова Т.В. Личностные детерминанты возникновения синдрома психического выгорания у медицинских работников // Экология человека. – 2005. – № 3. – С. 40–43.

12. Панин Л.Е., Соколов В.П. Психосоматические взаимоотношения при хроническом эмоциональном напряжении. – Новосибирск : Наука, Сибирское отд., 1981. – 238 с.
13. Собчик Л.Н. СМИЛ. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности. – СПб. : Речь, 2009. – 224 с.
14. Хаснулин В.И. Введение в полярную медицину. – Новосибирск : СО РАМН, 1998. – 337 с.
15. Хаснулин В.И., Хаснулин П.В. Современные представления о механизмах формирования северного стресса у человека в высоких широтах // Экология человека. – 2012. – № 1. – С. 3–11.
16. Шевченко Т.И., Евдокимов В.И. Изучение синдрома эмоционального выгорания у сотрудников МЧС // Вестн. психотерапии. – 2006. – № 17 (22). – С. 66–73.
17. Freudenberg H.J. Staff burn out // J. of social sciences. – 1974. – Vol. 30. – Pp. 159–165.
18. Maslach C., Jackson S. The measurement of experienced burnout // Journal of occupational behavior. – 1981. – Vol. 2. – P. 99–113
19. Maslach C., Schaufeli W., Leiter M. Job burnout // Annual Review of Psychology. 2001. – Vol. 52. – P. 397–422.

Поступила 09.12.2020

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

Для цитирования. Горячева Е.В. Предпосылки формирования «синдрома эмоционального выгорания» у спасателей МЧС России в условиях Арктического региона // Вестн. психотерапии. 2021. № 77 (82). С. 7–26.

**PREREQUISITES FOR THE FORMATION OF THE «BURNOUT SYNDROME» AMONG
RESCUERS EMERCOM OF RUSSIA IN THE ARCTIC REGION**

Goryacheva E.V.

All-Russian Researcher Institute for Civil Defense and Emergencies EMERCOM of
Russia (Federal Center of Science and High Technology)
(Davydkovskaya Str., 7, Moscow, Russia)

Elena Viktorovna Goryacheva – PhD Psychol. Sci., senior researcher, All-Russian Researcher Institute for Civil Defense and Emergencies EMERCOM of Russia (Federal Center of Science and High Technology) (Davydkovskaya Str., 7, Moscow, 121352, Russia), e-mail: lenka_27@mail.ru.

Abstract. The article presents the results of a study of the "emotional burnout syndrome" among the EMERCOM rescuers of Russia. A total of 226 rescuers were examined, which were divided into 4 groups depending on the length of their professional experience in the Arctic region (using the example of the Murmansk region) and in the Central Federal District of the Russian Federation (using the example of Voronezh). To determine the prerequisites for the formation of "burnout syndrome", we used standardized psychological methods and a questionnaire designed to collect anamnestic information about health-preserving behavior. For statistical data processing, the Mann–Whitney U-test and the Spearman rank correlation coefficient were used.

The results of the study showed that in proportion to the increase in the length of service of the rescuers in the Arctic region, the average indicator for the main phases of "burnout syndrome" (at $p < 0.001$) increases: "stress", "resistance" and "exhaustion". However, given the peculiarities of health-preserving behavior and the extreme climatic conditions of the Arctic region, which negatively affect the psychoemotional state and somatic health of specialists, high scores for the phases of the "burnout syndrome" cannot directly judge its formation.

Keywords: rescuers of the Russian Emergencies Ministry, professional experience, burnout syndrome, polar tension syndrome, chronic environmental-professional (adaptive) overstrain syndrome, Arctic region.

References

1. Bojko V.V. Sindrom «emocionalnogo vygoraniya» v professionalnom obshchenii [Syndrome of «emotional burnout» in professional communication]. Sankt-Peterburg. 1999. 278 p. (In Russ.)
2. Vodopyanova N.E., Starchenkova E.S. Sindrom vygoraniya [Burnout syndrome]. Sankt-Peterburg. 2008. 251 p. (In Russ.)
3. Yevdokimov V.I., Roldugin G.N., Khmelina N.V. Chto nuzhno znat meditsinskim rabotnikam o professionalnom vygoranii [What medical professionals need to know about professional burnout]. Novovoronezh. 2010. 56 p. (In Russ.)
4. Yevdokimov V.I., Shevchenko T.I. Faktory riska formirovaniya sindroma emotsionalnogo vygoraniya u sotrudnikov Gosudarstvennoy protivopozharnoy sluzhby MCHS Rossii [Risk factors for the formation of emotional burnout syndrome in employees of the State Fire Service of the Ministry of Emergencies of Russia]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2006. N 19 (24). P. 71–82. (In Russ.)
5. Kaznacheev V.P. Vozmozhnye puti noosferного osvoeniya pripolyarnykh territorii [Possible ways of noospheric development of circumpolar territories]. Novaya sotsialnaya tekhnologiya osvoeniya Severa, Sibiri i Dalnego Vostoka [New social technology for the development of the North, Siberia and the Far East]. Sverdlovsk. 1989. 26 p. (In Russ.)
6. Kaznacheev V.P. Mekhanizmy adaptatsii cheloveka v usloviyakh vysokikh shirot [Mechanisms of human adaptation in high latitudes]. Moskva. 1980. 200 p. (In Russ.)
7. Kapustina A.N. Mnogofaktornaya lichnostnaya metodika R. Kettella. [Multifactorial personal technique R. Kettell]. Sankt-Peterburg. 2004. 99 p. (In Russ.)
8. Nasledov A.D. Matematicheskie metody psihologicheskogo issledovaniya: analiz i interpretaciya dannyh [Mathematical methods of psychological research. Data analysis and interpretation]. Sankt-Peterburg. 2004. 392 p. (In Russ.)

9. Novitsky A.A. Profilaktika i korrekciya sindroma ekologo-professionalnogo (adaptivnogo) perenapryazhenii u specialistov, rabotayushhih v Arkticheskoy zone [Prevention and correction of environmental-professional (adaptive) overstress syndrome in specialists working in the Arctic zone]. Sankt-Peterburg. 2015. 48 p.
10. Novitsky A.A. Sindrom hronicheskogo ekologo-professionalnogo perenapryazheniya i problemy sohraneniya zdorovya lichnogo sostava v processe voennoprofessionalnoj deyatel'nosti [Syndrome of chronic environmental and professional overstress and problems of maintaining the health of personnel in the process of military professional activity]. *Trudy voenno-meditsinskoj akademii* [Proceedings of the Military Medical Academy named after S.M. Kirov]. 1994. Vol. 235. P. 8–18. (In Russ.)
11. Orel V.Ye., Bolshakova T.V. Lichnostnyye determinanty vozniknoveniya sindroma psikhicheskogo vygoraniya u meditsinskikh rabotnikov [Personal determinants of the occurrence of mental burnout syndrome in medical workers]. *Ekologiya cheloveka* [Human ecology]. 2005. N 3. P. 40–43. (In Russ.)
12. Panin L.E., Sokolov V.P. Psikhosomaticheskie vzaimootnosheniya pri khronicheskom emotsionalnom napryazhenii [Psychosomatic relationships in chronic emotional tension]. Novosibirsk. 1981. 238 p. (In Russ.)
13. Sobchik L.N. SMIL. Standartizirovannyj mnogofaktornyj metod issledovaniya lichnosti [SMIL. Standardized multifactor method of personality research]. Sankt-Peterburg. 2009. 224 p. (In Russ.)
14. Khasnulin V.I. Vvedenie v polyarnuyu meditsinu [Introduction to polar medicine]. Novosibirsk. 1998. 337 p. (In Russ.)
15. Khasnulin V.I., Khasnulin P.V. Sovremennyye predstavleniya o mekhanizmax formirovaniya severnogo stressa u cheloveka v vysokikh shirotakh [Modern ideas about the mechanisms of northern stress formation in humans at high latitudes]. *Ekologiya cheloveka* [Human ecology]. 2012. N 1. P. 3–11. (In Russ.)
16. Shevchenko T.I., Yevdokimov V.I. Izucheniye sindroma emotsional'nogo vygoraniya u sotrudnikov MCHS. [Study of emotional burnout syndrome in employees of the Ministry of Emergencies]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2006. N 17 (22). P. 66–73. (In Russ.)
17. Freudenberg H.J. Staff burn out. *J. of social sciences*. 1974. Vol. 30. P. 159–165.
18. Maslach C., Jackson S. The measurement of experienced burnout. *J. of occupational behavior*. 1981. Vol. 2. P. 99–113. doi:10.1002/job.4030020205.
19. Maslach C., Schaufeli W., Leiter M. Job burnout. *Annual Review of Psychology*. 2001. Vol. 52. P. 397–422.

Received 09.12.2020

For citing: Goryacheva E.V. Predposylki formirovaniya «sindroma emotsional'nogo vygoraniya» u spasateley MCHS Rossii v Arkticheskom regione. *Vestnik psikhoterapii*. 2021. N 77. Pp. 7–26. **(In Russ.)**

Goryacheva E.V. Prerequisites for the formation of the «burnout syndrome» among rescuers EMERCOM of Russia in the Arctic region. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2021. N 77. Pp. 7–26.

**ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ
ТРЕНИНГОВ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ
У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

¹ Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

(Россия, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6);

² Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины
имени А.М. Никифорова МЧС России

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

В работе представлен анализ результатов воздействия тренингов биологической обратной связи на течение артериальной гипертензии у лиц с сопутствующими расстройствами тревожно-депрессивного спектра. Установлено, что после проведения тренингов биологической обратной связи было отмечено достоверное улучшение качества жизни по ряду шкал: физическое функционирование, общее здоровье, эмоциональное и психологическое функционирование. Выявлено, что проведение тренингов биологической обратной связи при коррекции артериальной гипертензии приводит к улучшению их качества жизни больных. Показатели качества жизни и их положительная динамика являются достоверным критерием эффективности реализации лечебных программ. Тренинги биологической обратной связи можно рекомендовать больным гипертонической бо-

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

Гордиенко Александр Волеславович – д-р мед. наук проф., зав. каф. госпитальной терапии, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (194044, Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: gord503@mail.ru.

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

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

Дударенко Сергей Владимирович – д-р мед. наук доцент, проф. каф. терапии и интегративной медицины ИДПО «Экстремальная медицина», Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2).

лезнью для коррекции сопутствующих тревоги и депрессии и в случае отказа пациента от терапии антидепрессантами.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, тревожность, депрессия, тренинги биологической обратной связи, качество жизни.

Введение

В настоящее время является актуальной проблема немедикаментозной коррекции артериальной гипертензии (АГ). Значение данной проблемы обусловлено рядом факторов: высокая цена препаратов при большой длительности их приема, побочные эффекты лекарственных средств, наличие противопоказаний к их приему.

К немедикаментозным физиологическим методам коррекции вегетативного дисбаланса относятся методики биоуправления (biofeedback), основанные на принципе биологической обратной связи и направленные на развитие и совершенствование центральных механизмов самоперцепции. Наибольшее распространение в клинической практике имеют биотехнические системы для коррекции и поддержания функций сердечно-сосудистой системы как одной из важнейших в обеспечении деятельности человека и его адаптации [3, 4, 6]. С 50-х годов прошлого века разрабатывается методика биологической обратной связи (БОС). Процедура БОС заключается в постоянном мониторинге в реальном времени конкретных физиологических показателей и в осознанном управлении этими показателями с помощью игровых, мультимедийных и других приемов в определенной области значений [5].

Исследование проблемы коррекции АГ тесно связано с изучением динамики качества жизни (КЖ). Концепция качества жизни, связанного со здоровьем, является фундаментальной для изучения эффективности лечения и реабилитационных программ [1, 2, 7, 9, 11]. Исследования последних лет доказывают значимость поисков путей разрешения этого вопроса [3, 8, 12]. Изучение КЖ является общепринятым в международной практике высокоинформативным, чувствительным и экономичным методом оценки всех составляющих здоровья как населения в целом, так и отдельных социальных групп. Анализ КЖ позволяет дать количественную оценку многокомпонентных характеристик жизнедеятельности человека – его физического, психического и социального функционирования [10]. Одним из наиболее распространенных инструментов изучения КЖ является общий опросник здоровья – Medical Outcomes Study-Short Form (MOS SF-36). SF-36, широко применяющийся как в популярных, так и в специальных исследо-

ваниях КЖ. Настоящее исследование позволит изучить вклад процедуры БОС для коррекции артериальной гипертензии.

Цель работы – изучить динамику качества жизни при проведении коррекции артериальной гипертензии с использованием метода биологической обратной связи для повышения эффективности лечения.

Материалы и методы

Работа выполнена по результатам исследований, проведенных на базе клиники госпитальной терапии Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова и Первого Военно-морского клинического госпиталя в период 2018–2020 гг.

Для отбора пациентов, подходящих по критериям включения, изучалась медицинская архивная документация за период 2014–2017 гг. Всего было проанализировано 143 истории болезней лиц с АГ (степень повышения АД установлена в соответствие с рекомендациями экспертов ESH/ESC, 2007 г.). У данных пациентов по итогам исследования на основании соответствующих стандартизированных шкалах и консультации психиатра производилась верификация расстройств тревожно-депрессивного спектра. Средний возраст больных составил $42 \pm 3,2$ года. Из всех обследованных пациентов были сформированы 2 группы в зависимости от проведения тренингов БОС. Группы были сопоставимы по возрасту и полу (табл. 1).

Таблица 1

Характеристика исследуемых групп больных

Группа	Количество человек, n	Возраст, лет	Мужчины, %	Женщины, %
Группа тренингов БОС	31	$42,2 \pm 2,14$	44	56
Группа медикаментозной коррекции	34	$41,8 \pm 1,32$	51	49

Данное исследование входило и является завершением целого комплекса наших работ по изучению БОС-метода [5]. В процессе проведения исследований предлагались индивидуально ориентированные тренинги на основе БОС. Тренинги БОС (8–12 тренингов на курс коррекции) проводились 2 раза в неделю, в послеобеденное время. Посредством цепи внешней обратной связи на базе компьютерной техники подается информация о текущем состоянии управляемой физиологической функции, что помогает развить навыки самоконтроля, обучиться саморегуляции и позволяет впоследствии изменять эту функцию произвольно.

У группы с которой проводились тренинги БОС исследование КЖ дважды повторялось в динамике лечения: во время проведения и через 7 дней после окончания проведения тренингов. У контрольной медикаментозной коррекции, с которой тренинги БОС не проводились, также было проведено исследование КЖ в аналогичные сроки.

Технология сбора данных соответствовало принципам проведения социологических исследований с применением стратификационного подхода [6, 8]. Использовался опросник SF-36, который содержит восемь концепций здоровья. Измерительная модель, лежащая в основе конструкции SF-36, имеет три уровня:

- 1) 36 вопросов;
- 2) 8 шкал, каждая из которых включает от 2 до 10 вопросов;
- 3) 2 суммарных измерения, которые объединяют шкалы, связанные с физическим и психологическим здоровьем.

При обработке результатов полученные ответы по всем пунктам формируют восемь шкал.

Первые три шкалы имеют высокую корреляцию и измеряют физический компонент здоровья (Physical Component Summary). Следующие три шкалы также имеют высокую корреляцию и измеряют психологический компонент здоровья (Mental Component Summary). Остальные шкалы имеют корреляции с обоими компонентами.

Проверка качества данных опросника включала определение характеристик заполняемости опросника, а также оценку внутреннего постоянства и конструктивной валидности вопросов опросника. После разъяснения пациентам целей и задач исследования опросник SF-36 заполнялся пациентом самостоятельно. При проведении опроса соблюдалась гарантия анонимности информации. Согласие пациентов на обследование было получено перед ознакомлением с опросником.

Результаты

В работе представлены результаты обработки и анализа данных исследования КЖ больных с помощью унифицированной версии опросника SF-36. Были проанализирована эффективность БОС-тренингов. Результаты оценивались комплексно с учетом клинико-инструментальных данных и динамики показателей КЖ больных АГ. Именно эти показатели расценивают как критерии эффективности процедуры. Данные, отображающие динамику КЖ в группе, получавшей только медикаментозную коррекцию сопутствующих тревоги и депрессии представлены в табл. 2.

Таблица 2

Динамика качества жизни в группе медикаментозной коррекции сопутствующих тревоги и депрессии (балл, $M \pm m$)

Шкалы опросника	Фармакотерапия		Группа сравнения	
	на момент начала терапии	на момент конца терапии	на момент начала исследования	конец исследования
Физическое функционирование	82,8 ± 10,1	94,0 ± 9,0*	81,3 ± 8,0	83,2 ± 8,2
Рольное функционирование	72,0 ± 9,1	88,4 ± 9,5*	76,0 ± 7,1	77,3 ± 7,7
Боль	87,1 ± 9,4	97,3 ± 9,8*	83,1 ± 8,3	80,0 ± 8,1
Общее здоровье	65,2 ± 7,9	87,4 ± 9,8*	70,3 ± 6,2	72,1 ± 6,6
Жизнестойкость	64,0 ± 7,5	86,1 ± 8,7*	61,6 ± 6,1	60,2 ± 6,9
Социальное функционирование	66,2 ± 7,6	91,0 ± 8,8*	63,4 ± 7,5	62,5 ± 7,8
Эмоциональное функционирование	70,0 ± 9,6	89,6 ± 10,2*	67,0 ± 6,2	69,4 ± 7,0
Психологическое функционирование	66,7 ± 10,0	82,2 ± 7,8*	60,3 ± 5,9	61,1 ± 6,3

Примечание: * различия достоверны между показателями группы до начала проведения терапии и после ($p < 0,05$).

Данные, представленные в табл. 2, говорят о динамике качества жизни в группе медикаментозной коррекции. На момент начала исследования качество жизни исследуемых пациентов по 8 шкалам достоверно не различалось. Однако после лечения, в группе, получавшей фармакотерапию, была отмечена следующая динамика. Произошло достоверное ($p < 0,05$) улучшение качества жизни по ряду шкал: физическое функционирование, рольное функционирование, общее здоровье, жизнестойкость, социальное функционирование, эмоциональное и психологическое функционирование. Изменение значения по шкале боли в результате лечения было статистически недостоверным. В группе сравнения, однако, достоверных изменений обнаружено не было.

Данные, отображающие динамику качества жизни в группе, получавшей тренинги БОС по поводу сопутствующих тревоги и депрессии представлены в табл. 3.

Таблица 3

Динамика качества жизни в группе, получавшей тренинги БОС (балл, $M \pm m$)

Шкалы опросника	Группа БОС		Группа сравнения	
	до тренингов	после тренингов	на момент начала исследования	конец исследования
Физическое функционирование	82,2 ± 7,1	90,0 ± 7,7*	81,3 ± 8,0	83,2 ± 8,2
Ролевое функционирование	71,0 ± 6,8	78,3 ± 7,0*	76,0 ± 7,1	77,3 ± 7,7
Боль	87,4 ± 7,9	98,1 ± 8,2	83,1 ± 8,3	80,0 ± 8,1
Общее здоровье	65,3 ± 6,0	78,0 ± 6,4*	70,3 ± 6,2	72,1 ± 6,6
Жизнестойкость	64,1 ± 6,2	71,3 ± 6,5*	61,6 ± 6,1	60,2 ± 6,9
Социальное функционирование	66,0 ± 7,0	72,2 ± 7,6*	63,4 ± 7,5	62,5 ± 7,8
Эмоциональное функционирование	70,2 ± 5,9	74,0 ± 6,1*	67,0 ± 6,2	69,4 ± 7,0
Психологическое функционирование	65,3 ± 5,8	72,6 ± 6,0*	60,3 ± 5,9	61,1 ± 6,3

Примечание: * различия достоверны между показателями группы до начала проведения тренингов БОС и после ($p < 0,05$).

Данные, представленные в табл. 3 говорят о динамике КЖ в группе БОС. На момент начала исследования качество жизни исследуемых пациентов по 8 шкалам достоверно не различалось. Однако, после лечения, в группе БОС была отмечена достоверная ($p < 0,05$) динамика. Произошло улучшение КЖ по ряду шкал: физическое функционирование, общее здоровье, эмоциональное и психологическое функционирование. Изменение значения по шкале боли в результате лечения было статистически недостоверным. В группе сравнения, однако, достоверных изменений обнаружено не было.

Заключение

По данным клинико-психопатологических исследований, среди пациентов, страдающих артериальной гипертензией, расстройства тревожно-депрессивного спектра разной степени выраженности выявляются в 64 % случаев.

С помощью КЖ можно оценить эффективность той или иной социальной программы для определенной группы населения в конкретном регионе. Программа, которая не приводит к улучшению КЖ или ведет к существенному ухудшению КЖ, не может рассматриваться как эффективная.

Тренинги БОС можно рекомендовать больным АГ для коррекции сопутствующих тревоги и депрессии в случае отказа пациента от терапии анксиолитиками и антидепрессантами. Эффективность тренингов биологической обратной связи в этом случае будет сопоставима с таковой у медикаментозной терапии.

Вывод

Проведение сеансов тренингов биологической обратной связи при коррекции артериальной гипертензии приводит к улучшению качества жизни. Показатели качества жизни и их положительная динамика являются достоверными критериями эффективности реализации лечебных программ.

Литература

1. Андреева Г.Ф., Оганов Р.Г. Изучение качества жизни у больных гипертонической болезнью. // *Терапевт. арх.* – 2002. – Т. 74, № 1. – С. 8–16.
2. Ашанина Е.Н., Сенник М.Н. Современные исследования техник аудиовизуального воздействия (обзор отечественной и иностранной литературы за 2011–2018 гг.) // *Вестник психотерапии.* – 2018. – № 67 (72). – С. 44–65.
3. Бартош О.П., Бартош Т.П. Социально-психологический тренинг и метод биологической обратной связи как профилактика тревожности у младших школьников // *Вестник психотерапии.* – 2016. – № 58 (63). – С. 35–45.
4. Геллер В. Л., Чукреева А. Н., Усольцева Б. Г. [и др.] Влияние вторичной профиликтики на качество жизни геронтологических больных в условиях центра реабилитации инвалидов отечественной войны на базе местного санатория // *Терапевт. арх.* – 2004. – Т. 76, № 1. – С. 62–65.
5. Гордиенко А.В., Сорокин Н.В., Соловьев М.В. [и др.] Применение тренингов биологической обратной связи у больных гипертонической болезнью с расстройствами тревожно-депрессивного спектра // *Вестник психотерапии.* – 2020. – № 73 (78). – С. 17–30.
6. Карасаева Л.А., Апчел В.Я. Инновационные технологии в реабилитации и трудоустройстве инвалидов вследствие боевых действий: актуальность, принципы, цели и возможности // *Вестн. Рос. воен.-мед. акад.* – 2009. – № 3. – С. 179–181.
7. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / под ред. Ю.Л. Шевченко. – М. : Медиа Групп, 2007. – 320 с.
8. Парцерняк С.А. Стресс. Вегетозы. Психосоматика. – СПб. : А.В.К., 2002. – 382 с.
9. 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.
10. Сухонос Ю.А. Особенности популяционного исследования качества жизни : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2003. – 24 с.

11. Черный В.С., Леонтьев О.В., Александров М.В. Качество жизни в отдаленном периоде у лиц, перенесших острые бытовые отравления смесью лекарственных препаратов // Вестник психотерапии. – 2020. – № 76 (81). – С. 87–96.

12. Ярмош И.В., Болдуева С.А. Оценка эффективности кардиореспираторного БОС-тренинга // Реабилитация и вторичная профилактика в кардиологии : сб. науч. тр. – М., 2007. – С. 141.

Поступила 02.03.2021

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

Для цитирования. Сорокин Н.В., Гордиенко А.В., Леонтьев О.В., Соловьев М.В., Дударенко С.В. Динамика качества жизни при применении тренингов биологической обратной связи у больных артериальной гипертензией с тревожно-депрессивными расстройствами // Вестн. психотерапии. 2021. № 77 (82). С. 27–36.

DYNAMICS OF QUALITY OF LIFE WHEN APPLYING BIOLOGICAL FEEDBACK TRAINING IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION WITH ANXIETY-DEPRESSIVE DISORDERS

Sorokin N.V.¹, Gordiyenko A.V.¹, Leontev O.V.², Solovev M.V.¹, Dudarenko S.V.²

¹ Military Medical Academy named after S.M. Kirov
(Academic Lebedev Str., 6, St. Petersburg, Russia);

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

✉ Nikolay Vasilyevich Sorokin – PhD Med. Sci., the teacher of department of hospital therapy of Military medical academy of S.M. Kirov (Akademica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: nsor2464@inbox.ru;

Alexander Voleslavovich Gordiyenko – Dr. Med. Sci Prof., the head of the department of hospital therapy of Military medical academy of S.M. Kirov (Akademica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: gord503@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 (Akademica Lebedeva, 4/2, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: lov63@inbox.ru;

Mikhail Viktorovich Solovev – PhD Med. Sci., teacher of department of hospital therapy, Kirov Military Medical Academy (Akademica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: mvsol@mail.ru;

Sergey Vladimirovich Dudarenko – Dr. Med. Sci., associate Prof., Prof. Department of therapy and integrative medicine of Institute DPO «Extreme Medicine»

Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Akademika Lebedeva Str., 4/2, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: dudarenko@mail.ru.

Abstract. The paper presents an analysis of the results of biological feedback trainings on the course of arterial hypertension in persons with concomitant disorders of the anxiety-depressive spectrum. It was established that after conducting biological feedback trainings, a reliable improvement in the quality of life was noted on a number of scales: physical functioning, general health, emotional and psychological functioning. It was revealed that conducting biological feedback trainings when correcting arterial hypertension leads to an improvement in their quality of life. Indicators of quality of life and their positive dynamics are a reliable criterion for the effectiveness of the implementation of medical programs. Biofeedback trainings can be recommended for hypertensive patients to correct comorbid anxiety and depression and in the event of a patient's refusal of antidepressant therapy.

Keywords: arterial hypertension, anxiety, depression, biofeedback trainings, quality of life.

References

1. Andreeva G.F., Oganov R.G. Izuchenie kachestva zhizni u bolnyh gipertonicheskoy boleznju [Study of quality of life in hypertensive patients]. *Terapevt. arh.* [Therapist. Arch.]. 2002. Vol. 74, N 1. Pp. 8–16. (In Russ)
2. Ashanina E.N., Senik M.N. Sovremennye issledovaniya tehnik audiovizualnogo vozdeystviya (obzor otechestvennoj i inostrannoj literatury za 2011–2018 gg.) [Modern research of audio-visual impact techniques (review of domestic and foreign literature for 2011–2018)]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2018. N 67 (72). Pp. 44–65. (In Russ)
3. Bartosh O.P., Bartosh T.P. Socialno-psihologicheskij trening i metod biologicheskoy obratnoj svyazi kak profilaktika trevozhnosti u mladshih shkolnikov [Socio-psychological training and method of biological feedback as prevention of anxiety in younger schoolchildren]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2016. N 58 (63). Pp. 35–45. (In Russ)
4. Geller V. L., Chukreeva A. N., Usolceva B. G. [et al.] Vliyanie vtorichnoj profiliktiki na kachestvo zhizni gerontologicheskikh bolnyh v usloviyah centra reabilitacii invalidov otechestvennoj vojny na baze mestnogo sanatoriya [The influence of secondary profilics on the quality of life of gerontological patients in the conditions of a rehabilitation center for disabled people of the Russian war on the basis of a local sanatorium]. *Terapevticheskiy arhiv.* [Therapeutic Archive]. 2004. Vol. 76, N 1. Pp. 62–65. (In Russ)
5. Gordienko A.V., Sorokin N.V., Solovev M.V. [et al.] Primenenie treningov biologicheskoy obratnoj svyazi u bolnyh gipertonicheskoy boleznju s rasstrojstvami trevozhno-depressivnogo spektra [Application of biofeedback trainings in hypertensive patients with anxiety-depressive spectrum disorders]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2020. N 73 (78). Pp. 17–30. (In Russ)
6. Karasaeva L.A., Apchel V.Ya. Innovacionnye tehnologii v reabilitacii i trudoustrojstve invalidov vsledstvi boevyh deystvij: aktualnost, principy, celi i

vozmozhnosti [Innovative technologies in rehabilitation and employment of disabled people due to hostilities: relevance, principles, goals and opportunities]. *Vestnik Ross. Voen.-med. akad.* [Bulletin of the Russian Military medical academy]. 2009. N 3. Pp.179–181. (In Russ)

7. Novik A.A., Ionova T.I. Rukovodstvo po issledovaniyu kachestva zhizni v medicine [Guide to the Study of the Quality of Life in Medicine]. Moskva. 2007. 320 p. (In Russ)

8. Parcernyak S.A. Stress. Vegetozy. Psihosomatika [Stress. Vegetoses. Psychosomatics]. Sankt-Peterburg. 2002. 382 p. (In Russ)

9. Sofronov G.A., Chernyy V.S., Aleksandrov M.V. Kachestvo zhizni licz, perenesshix ostrye otravleniya produktami goreniya [Kachestvo of life of the persons who had sharp poisonings with burning products]. *Vestnik Ross. Voen.-med. akad.* [Bulletin of the Russian Military medical academy]. 2012. N 2 (38). Pp. 6–10. (In Russ)

10. Suhonos Yu.A. Osobennosti populyacionnogo issledovaniya kachestva zhizni [Features of a population-based study of quality of life] : Abstract Dis. ... PhD Med. Sci. Sankt-Peterburg. 2003. 24 p. (In Russ)

11. Chernyy V.S., Leontev O.V., Aleksandrov M.V. Kachestvo zhizni v otdalennom periode u licz, perenesshix ostrye bytovye otravleniya smesyu lekarstvennykh preparatov [The quality of life in the distant period in persons victims of acute domestic poisoning drug mixture]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2020. N 76 (81). Pp. 87–96. (In Russ.)

12. Yarmosh I.V., Boldueva I.V. Ocenka effektivnosti kardiorespiratornogo BOS-treninga [Evaluation of the effectiveness of cardiorespiratory BOS-training]. *Reabilitaciya i vtorichnaya profilaktika v kardiologii* [Rehabilitation and secondary prevention in cardiology]. Moskva. 2007. P. 141. (In Russ)

Received 02.03.2021

For citing: Sorokin N.V., Gordienko A.V., Leont'ev O.V., Solov'ev M.V., Dudarenko S.V. Dinamika kachestva zhizni pri primenenii treningov biologicheskoy obratnoj svyazi u bolnykh arterialnoj gipertenziej s trevozhno-depressivnymi rasstrojstvami. *Vestnik psikhoterapii*. 2021. N 77. Pp. 27–36. **(In Russ.)**

Sorokin N.V., Gordienko A.V., Leontev O.V., Solovev M.V., Dudarenko S.V. Dynamics of quality of life when applying biological feedback training in patients with arterial hypertension with anxiety-depressive disorders. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2021. N 77. Pp. 27–36.

ОЦЕНКА ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ЛИЦ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ОТНОШЕНИЯ К РЕЛИГИИ, ПРИШЕДШИХ НА КУРС ПСИХОФИЗИЧЕСКОЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ

¹ Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова (Россия, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41);

² Международный институт резервных возможностей человека
(Россия, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11);

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

⁴ Русская христианская гуманитарная академия
(Россия, Санкт-Петербург, наб. р. Фонтанки, д. 15).

В Международном институте резервных возможностей человека (Санкт-Петербург) (МИРВЧ) проведено исследование по определению психологических характеристик у 113 пациентов, посещавших занятия по психофизической саморегуляции, которых по результатам ответа на вопрос опросника МИРВЧ «Ваше отношение к церковным таинствам и обрядам» разделили на 2 группы: внутрицерковные и внешнецерковные. Названные группы пациентов по всем социально-демографическим, анамнестическим и исследуемым клиническим характеристикам продемонстрировали статистически значимую однородность.

Оценка психологического здоровья респондентов проводилась с использованием методики разноуровневых психодиагностических тестов (тест для определения уровня стрессоустойчивости по Щербатых Ю.В; тест для определения уровня депрессии А.Т. Бэка и тест для определения уровня тревожности Спилбергера–Ханина). Установили, что основные психологические показатели у па-

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

✉ Мильчакова Валентина Александровна – канд. психол. наук доц., доц. каф. психотерапии, мед. психологии и сексологии, Сев.-Зап. гос. мед. ун-т 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;

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;

Ашмарин Владимир Владимирович – протоиерей, магистрант каф. психологии, Русская христиан. гуманит. акад. (Россия, 191023, Санкт-Петербург, наб. р. Фонтанки, д. 15), e-mail: ier.vladimir@mail.ru.

циентов МИРВЧ находились в пределах допустимых значений шкал используемых тестов.

Показано, что психологические особенности верующих внутрицерковных людей по показателям шкал теста Ю.В. Щербатых «базового показателя стрессочувствительности», «динамической чувствительности к стрессу», совместно с субшкалами «повышенной реакции на обстоятельства, на которые мы не можем повлиять» и «склонность все излишне усложнять» статистически значимо ($p < 0,01$) ниже по сравнению с внешнецерковными. Показатели шкал по тесту А.Т. Бека на определение уровня депрессии и его «соматического» и «когнитивного» компонентов показали практическую однородность среди внутрицерковных и внешнецерковных пациентов ($p > 0,05$), доля пациентов с выраженной и тяжелой депрессией преобладала среди внешнецерковных пациентов с надежностью не ниже 91 % ($p = 0,09$); уровни личностной тревожности и реактивной тревожности значимо ($p < 0,01$) превышены у пациентов внешнецерковной группы

Ключевые слова: психологическая характеристика, отношение к религии, психофизическая саморегуляция, мотивация, жизнестойкость, чувство связности, стрессочувствительность, стрессоустойчивость, депрессия, тревожность.

Введение

На фоне глубоких перемен в экономической, политической и духовной сферах жизни общества, происходящих в нашей стране, интерес к религии резко возрос. По словам святейшего патриарха Кирилла, сегодня как никогда наш народ нуждается в голосе Церкви, который бы авторитетно отвечал на различные вызовы современности [9]. Также и президент РФ В.В. Путин говорит о том, что без традиционных духовно-нравственных ценностей, связанных в первую очередь с православием, мы не сможем достичь качественно новых рубежей в современных, постоянно изменяющихся условиях глобального мира [17].

Одним из мотивирующих факторов к тому, чтобы жить полноценной жизнью в физическом, душевном и духовном плане является вера, которая мобилизует духовные и физические силы человека, придает ощущение целостности и целенаправленности жизни, способствует преодолению кризисных ситуаций и помогает уменьшить влияние стресса.

В современной литературе термином «стресс» обозначают широкий круг явлений от неблагоприятных воздействий на организм до благоприятных и неблагоприятных реакций организма как при сильных, экстремальных, так и при обычных для него воздействиях [5] Неприятные события, такие как давление на работе, проблемы в семье или финансовые неприятности, могут естественно привести к стрессу. В связи с этим многие современные люди ищут пути преодоления стрессовых ситуаций, в том

числе обращаясь за помощью в Церковь, иногда даже не до конца осознавая, что религия здесь играет свою немаловажную роль. Согласно Б. Малиновскому, религия вступает в действие тогда, когда человеку больше уже не на что надеяться. Поэтому её функциональные определения исходят из посылки, что все общества или большинство индивидов во всех обществах имеют такого рода «последние» проблемы [10, 11].

Функциональные определения религии предпочитают искать ответ не на вопрос «Что она есть?», а на вопрос «Как она действует?», т. е. обращаются к изучению характерных черт религиозного поведения. Поэтому если о религии говорить в самой общей форме, то она является определенной сферой духовной жизни индивида, или группы, или общества, способом практически-духовного освоения мира.

Важными составляющими религиозной веры являются религиозные представления, образы, идеи, переживания, которые образуют религиозную духовность личности. Оценка по шкале «верующий – неверующий» зависит от многих факторов, таких как включенность в религиозную деятельность, а именно соблюдение заповедей, посещение церкви, участие в богослужениях и соблюдение «таинств» и т. д. Следует отметить, что не всякий верующий включен в религиозную деятельность [9].

По результатам многих исследований выявлены следующие психологические особенности верующих людей. У них складывается позитивное отношение к другим: развиты доверие, открытость, эмоциональная значимость контактов с окружающими. Верующие обладают и большей гибкостью, способностью к развитию, во взаимоотношениях с миром. К тому же религиозные люди способны более полно и осмысленно проживать настоящее. Для верующих характерно спокойное отношение к смерти. Им свойственно адекватно реагировать в неизвестных обстоятельствах. Кроме того, у верующих есть свои правила, внутренний нравственный закон, некая определенность в суждениях. Религия выполняет для верующих функцию удовлетворения потребностей в поиске смысла жизни, предельных нравственных ценностей, а также оказывает влияние на становление целостного непротиворечивого образа мира, в котором преобладающее значение имеют представления о добре [6, 7, 15, 19].

Г. Оллпорт [16] предложил условно разделить всех верующих на два типа. К первому типу он отнес людей, для которых религия – лишь способ достижения жизненных целей, внешних по отношению к самой религии. Посещение церкви, участие в деятельности религиозных общин, внешнее благочестие – все это для них средство продемонстрировать свою соци-

альную респектабельность, лояльность по отношению к общепринятому образу жизни. К этому же типу относятся люди, для которых религия является ценностью по другим соображениям: дает утешение, обеспечивает душевный комфорт, помогает преодолевать отрицательные эмоции. В основе этих двух вариантов первого типа религиозности лежит понимание смысла и ценности религии как ее функциональной полезности. Отсюда исходят утверждения о том, что религия нужна, что она способствует нравственному оздоровлению общества, разрешению конфликтов и т. д. Религиозность в этом случае «внешняя».

Второй тип представляют религиозные личности, для которых религия – самостоятельная и конечная ценность. Нерелигиозные потребности, интересы, ценности имеют для них второстепенное значение. Субъективно такой тип религиозности избавляет личность от тревог и страхов, дает ощущение свободы и радости, ничто не мешает такому человеку сострадать всем людям [16].

К. Г. Юнг и Д. Карнеги [8, 20] считали религию необходимым условием психического здоровья личности и связывали рост психических заболеваний в современном обществе с упадком религиозной жизни. Некоторые ученые [6, 7] обнаружили, что религиозность и духовность снижают влияние психологического стресса, риск физического недуга, изменяют моральные установки. Также исследователи [12, 14, 15] пришли к выводу, что религиозность и духовность способствуют усвоению более здоровых паттернов поведения. В целом религиозные люди более здоровы, чем неверующие, хотя никто еще точно не знает механизма влияния религиозности и духовности на здоровье. Однако несколько гипотез этого феномена существуют [3, 13, 18].

До настоящего времени недостаточно изучен вопрос о том, насколько религиозность и духовность влияют на здоровье, устойчивы ли к стрессам верующие люди, помогает ли им их вера справляться с определенными жизненными ситуациями.

Уже переступая порог храма – становясь членом религиозной организации, человек попадает в необычно теплую и душевную атмосферу, которая сама по себе создает необходимое ему чувство защищенности.

Молитва, церковные ритуалы (таинства), духовная поддержка способствуют преодолению неконтролируемых жизненных стрессов, таких как смерть близких, тяжелые болезни, безработица и т. п., давая чувство надежды, смысла жизни и эмоционального катарсиса. Важно подчеркнуть, что через религию, веру в Бога и загробную жизнь как награду за совер-

шенное добро в этой, земной жизни человек связывает себя с прошлым и будущим, чувствует себя одним из звеньев цепи жизни, которая имеет определенный смысл и значение. А это придает человеку силы в трудные времена, ощущение целостности и целенаправленности жизни [1, 12].

По мнению Щербатых Ю.В. [19], христианская религия может способствовать уменьшению интенсивности стрессов для некоторых людей, ибо разные индивидуумы ищут и находят в религии те принципы и ценности, которые отвечают особенностям их личности и соответствуют жизненным установкам.

Но, несмотря на возрождение традиционной религии, изучению социально-психологических особенностей у верующего человека уделяется недостаточно внимания, и вопрос о стрессоустойчивости верующих людей по сравнению с людьми нерелигиозными остается открытым и требует дальнейшего изучения и доказательств.

Основанный в 1988 г. Международный институт резервных возможностей человека (МИРВЧ) в своей практической деятельности применяет психотерапевтический метод лечения зависимостей – духовно ориентированную психотерапию в форме целебного зарока (ДОПЦЗ), включающую данные естественно-научного познания и этические нормы христианства. Метод обеспечивает высокое качество психотерапевтических результатов [1], но для полного исцеления пациентов и их родственников в методике ДОПЦЗ предусмотрен курс реабилитации как душевной, так и духовной. Для душевной реабилитации в МИРВЧ с 1988 г. проводятся занятия по психофизической саморегуляции (ПСР) [3], а для духовной реабилитации пациенты и их близкие могут посещать православные храмы, участвуя в церковных таинствах.

Все вышеперечисленное и определило выбор цели настоящего исследования: оценить психологическую характеристику лиц, обратившихся в Международный институт резервных возможностей человека на занятия психофизической саморегуляции (ПСР), с различным уровнем воцерковленности.

Материалы исследования

Для изучения психологических параметров лиц, обратившихся на занятия ПСР в МИРВЧ, обследовали 113 человек в октябре 2018 и 2019 гг., в числе которых преобладали женщины – 74,6 %. Средний возраст женщин составил $49,2 \pm 1,2$ лет и статистически достоверно ($p < 0,05$) преобладал над этим показателем у мужчин – $44,8 \pm 2,0$ лет. Доля семейных респон-

дентов составила 49,3 %. 69,7 % отметили, что у них есть дети, 59,2 % имеют высшее образование, 76,1 % составили петербуржцы. В общей сложности пациентам провели 5 занятий по формированию навыков ПСР. Занятия проводились ежедневно. Обследование респондентов проводили в день обращения в МИРВЧ на занятия ПСР. Для достижения исследовательской цели все респонденты, посетившие ПСР, были разделены на две исследовательские группы.

Группы определены по результатам ответа на 24-й вопрос опросника МИРВЧ – «Ваше отношение к церковным таинствам и обрядам» [2]. Положительный ответ на вопрос «о необходимости соблюдать таинства Крещения, Исповеди и Причастия» совместно с утвердительным ответом «о необходимости посещения храма регулярно» позволил определить респондентов в 1-ю группу – внутрицерковные (51 человек – 35,7 %), а положительные ответы на вопросы «ходить в Храм не обязательно или только иногда», утверждение, что «главное, чтобы Бог был в Душе», без положительного ответа о таинствах, позволил таких респондентов определить во 2-ю группу – внешнецерковные (62 человека – 43,4 %).

Методы исследования

Для оценки индивидуально-психологических характеристик респондентов обеих групп использовались общеизвестные психологические тесты. Стрессоустойчивость оценивалась с помощью теста самооценки стрессочувствительности Ю.В. Щербатых [19]. Фактически данный опросник оценивает уровень стрессочувствительности – показатель, обратный стрессоустойчивости. Следовательно, чем выше показатели данного теста, тем ниже стрессочувствительность человека.

Тест состоит из пяти шкал, каждая из которых содержит по 5 пунктов – конкретных вопросов. Ответы оцениваются по 10-балльной шкале, оценки в последующем суммируются. Первые четыре шкалы имеют следующие толкования:

– первая шкала определяет повышенную реакцию на обстоятельства, на которые мы не можем повлиять, средние показатели – от 15 до 30 баллов;

– вторая шкала характеризует склонность все излишне усложнять, что может приводить к стрессам, средние показатели – от 14 до 25 баллов;

– третья шкала характеризует предрасположенность к психосоматическим заболеваниям, средние показатели – от 12 до 28 баллов;

– четвертая шкала характеризует деструктивные способы преодоле-

ния стрессов, средние показатели – от 10 до 22 баллов.

Сумма этих четырех шкал опросника определяет базовый показатель (БП) стрессочувствительности. Значение этого показателя в пределах от 70 до 100 баллов можно считать удовлетворительным.

Пятая шкала показывает способность сопротивляться стрессам с помощью адекватного поведения или, другими словами, конструктивные способы преодоления стрессов, средние показатели – от 23 до 35 баллов.

Обобщенный показатель динамической чувствительности к стрессам определяется путем вычитания из базового показателя суммы результатов по 5-й шкале и к полученному результату добавляется значение показателя 6-й шкалы (с «+» или «-») в зависимости от выбора испытуемого. Если в последнее время стрессы беспокоят человека меньше, то результат будет с минусом и итоговый результат уменьшится, а если стрессы нарастают, то итоговый показатель стрессочувствительности возрастет. Средние результаты теста по итогам этой шкалы интерпретируются следующим образом: менее 35 баллов – человек к стрессам устойчив (низкая динамическая чувствительность к стрессам); от 35 до 85 баллов – показатель нормы; более 86 баллов – повышенная чувствительность к стрессу.

Для определения уровня депрессивных расстройств у респондента использованы возможности методики А.Т. Бека [3], включающей в себя 21 вопрос-утверждение наиболее часто встречаемых симптомов и жалоб. Каждый пункт опросника состоит из 5 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям/симптомам депрессии. Эти утверждения ранжированы по мере увеличения удельного веса симптома в общей степени тяжести депрессии. Общий уровень депрессии – SUMMA по всем вопросам.

Уровни депрессии оцениваются следующим образом: 0–9 – отсутствие депрессивных симптомов; 10–15 – легкая депрессия (субдепрессия); 16–19 – умеренная депрессия; 20–29 – выраженная депрессия (средней тяжести); 30–63 – тяжёлая депрессия.

Общий уровень депрессии SUMMA включает две субшкалы: когнитивно-аффективная субшкала (С-А) – SUMMA с 1 по 13 вопрос; субшкала соматических проявлений депрессии (S-P) – SUMMA с 14 по 21 вопрос.

Тревожность измеряли единственной методикой, позволяющей дифференцировано измерять тревожность и как личностное свойство, и как состояние, связанное с текущей ситуацией, – тестом Спилбергера–Ханина [3]. Определение показателей ситуативной (реактивной) и личностной тревожности проводились с помощью специального ключа. Уровень тревож-

ности оценивался на трех уровнях: до 30 баллов – низкий; от 30 до 45 баллов – умеренный; от 45 баллов и выше – высокий.

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, таблицы сопряженности и дисперсионный анализ пакета программ по статистической обработке данных Statistica for Windows [4].

Результаты исследования

Социально-демографические и анамнестические характеристики респондентов внутрицерковной и внешнецерковной групп оценивали по опроснику МИРВЧ, созданному специально для этих целей. Группы демонстрируют их практическую однородность по таким показателям как: пол ($\chi^2 = 0,39$; $p = 0,84$), образование ($\chi^2 = 0,34$; $p = 0,85$), семейный статус ($\chi^2 = 1,27$; $p = 0,86$), наличие и число детей ($\chi^2 = 2,22$; $p = 0,33$), место жительства ($\chi^2 = 0,16$; $p = 0,69$) и предыдущий опыт лечения в МИРВЧ ($\chi^2 = 0,68$; $p = 0,41$), а также посещение ПСР в прошлом ($\chi^2 = 0,46$; $p = 0,83$).

По результатам изучения анамнеза оказалось, что распределения пациентов в группах по таким показателям, как наличие травмы головы в прошлом ($\chi^2 = 0,51$; $p = 0,48$), курение в прошлом ($\chi^2 = 0,12$; $p = 0,73$), употребление наркотиков и психотропных препаратов в прошлом ($\chi^2 = 2,74$; $p = 0,10$; $\chi^2 = 0,99$; $p = 0,75$ соответственно) и субъективная оценка состояния своего здоровья ($\chi^2 = 1,53$; $p = 0,47$) оказались практически однородными ($p > 0,05$).

На момент опроса распределения пациентов в группах по нескольким анамнестическим показателям продемонстрированы различия на пороге статистической значимости: доля пациентов, употреблявших в анамнезе алкоголь, преобладала среди внешнецерковных пациентов и составила 79,0 %, в то время как среди внутрицерковных их оказалось 62,8 %. О значимости различий можно утверждать с надежностью не ниже 94% ($\chi^2 = 3,66$; $p = 0,06$). Распределение в группах по отягощенной наследственностью психическими заболеваниями, эпилепсией или суицидом среди родственников различалось с надежностью не ниже 93 % ($\chi^2 = 3,34$; $p = 0,07$) и также преобладала среди внешнецерковных пациентов (41,9 % и 25,5 % соответственно).

Однородность распределения групп на момент опроса доказана статистически по таким показателям, как курение и употребление алкоголя в

текущее время ($\chi^2 = 0,08$ и $\chi^2 = 0,18$; $p = 0,77$ и $p = 0,89$ соответственно). На употребление психотропных препаратов и наркотиков на время опроса не указал ни один респондент.

По ответам на вопросы «у какого врача при равной квалификации Вы предпочитаете лечиться» и «считаете ли Вы себя человеком верующим» также выявлена полная однородность групп. Среди внутрицерковных респондентов безразличное отношение к вере лечащего врача высказали 15,7 %, среди внешнецерковных – 22,6 % ($\chi^2 = 0,85$; $p = 0,65$). Наряду с верой в Бога, считают себя верующими и в представителей «темных сил» (мир духов и полтергейст, магию и оккультизм, в НЛО и инопланетные цивилизации и в космический разум) пациенты обеих исследуемых групп в одинаковом количестве (9,2 % и 9,7 % соответственно).

Таким образом, наши исследовательские группы внешнецерковных и внутрицерковных пациентов по всем социально-демографическим и анамнестическим характеристикам продемонстрировали практическую однородность.

Психологические характеристики внутрицерковных и внешнецерковных респондентов

В табл. 1 представлены результаты психологического обследования на стрессочувствительность посетителей занятий ПСР с использованием теста Ю.В. Щербатых, в частности, данные первых четырех шкал и рассчитанного на их основе «базового показателя стрессочувствительности». Очевидным является факт, что значения шкалы «базового показателя стрессочувствительности» и субшкалы «повышенная реакция на обстоятельства, на которые мы не можем повлиять» совместно с субшкалой «склонность все излишне усложнять» различаются статистически значимо ($p < 0,01$).

В таблице представлено, что значения шкалы «базового показателя стрессочувствительности» и субшкалы «повышенная реакция на обстоятельства, на которые мы не можем повлиять» совместно с субшкалой «склонность все излишне усложнять» различаются статистически значимо ($p < 0,01$) и демонстрируют устойчивое изменение в сторону увеличения показателей от группы внутрицерковных к группе внешнецерковных.

Таблица 1

Результаты изучения обобщающего «базового показателя стрессочувствительности» и его соподчиненных субшкал в исследовательских группах по тесту Ю.В. Щербатых, ($M \pm m$ балл)

Шкалы теста	Внутри-церковные	Внешне-церковные	Уровень значимости, $p =$
Базовый показатель стрессочувствительности	$75,1 \pm 3,0$	$86,3 \pm 3,2$	0,02
Повышенная реакция на обстоятельства, на которые мы не можем повлиять	$18,1 \pm 1,2$	$21,5 \pm 1,1$	0,047
Склонность все излишне усложнять	$22,2 \pm 1,0$	$25,8 \pm 1,0$	0,02
Предрасположенность к психосоматическим заболеваниям	$20,6 \pm 1,2$	$23,0 \pm 1,3$	0,2
Деструктивные способы в преодолении стресса	$14,2 \pm 0,9$	$15,9 \pm 0,9$	0,2

Значение обобщающей шкалы «динамическая чувствительность к стрессам» (табл. 2) тоже показало статистически значимое ($p < 0,01$) различие в группах внутрицерковных и внешнецерковных респондентов. Увеличение уровня «динамической чувствительность к стрессам» происходит видимо в основном за счет его составляющей субшкалы «стрессогенность за последние 3 года», у которой различия наблюдаются в сторону увеличения, но значимость различия между ними составляет 91 % ($p = 0,09$).

Таблица 2

Результаты обследования уровня «динамической чувствительность к стрессам» и ее субшкала в исследовательских группах по тесту Ю.В. Щербатых, ($M \pm m$ балл)

Шкалы теста	Внутри-церковные	Внешне-церковные	Уровень значимости, $p =$
Динамическая чувствительность к стрессам	$41,9 \pm 4,8$	$63,7 \pm 4,9$	0,005
Конструктивные способы преодоления стресса	$31,5 \pm 1,2$	$29,1 \pm 1,1$	0,15
Стрессогенность за последние 3 года	$-1,8 \pm 2,8$	$6,4 \pm 3,3$	0,086

Уровень депрессии посетителей занятий ПСР изучался с помощью шкалы депрессии Бека. Определялись «суммарный уровень депрессии» и его «соматический» и «когнитивный» компоненты, которые показали

практическую однородность внутрицерковных и внешнецерковных пациентов ($p > 0,05$) (табл. 3).

Таблица 3
Результаты обследования шкал уровня депрессии в исследовательских группах по тесту Бека, ($M \pm m$ балл)

Шкалы теста	Внутри-церковные	Внешне-церковные	Уровень значимости, $p =$
Суммарный уровень депрессии	$15,0 \pm 0,9$	$17,2 \pm 0,9$	0,09
Соматический компонент	$5,6 \pm 0,5$	$6,2 \pm 0,4$	0,34
Когнитивный компонент	$9,4 \pm 0,6$	$11,0 \pm 0,5$	0,09

Нужно учесть, что доля пациентов с выраженной и тяжелой депрессией преобладала среди внешнецерковных пациентов и составила 35,4 %, в то время как среди внутрицерковных их оказалось меньше – 23,5 %. О значимости различий можно утверждать с надежностью не выше 91 % ($\chi^2 = 2,95$; $p = 0,09$). Распределение респондентов исследовательских групп по степени выраженности шкалы «общий уровень депрессии» по тесту Бека представлен на рисунке 1.

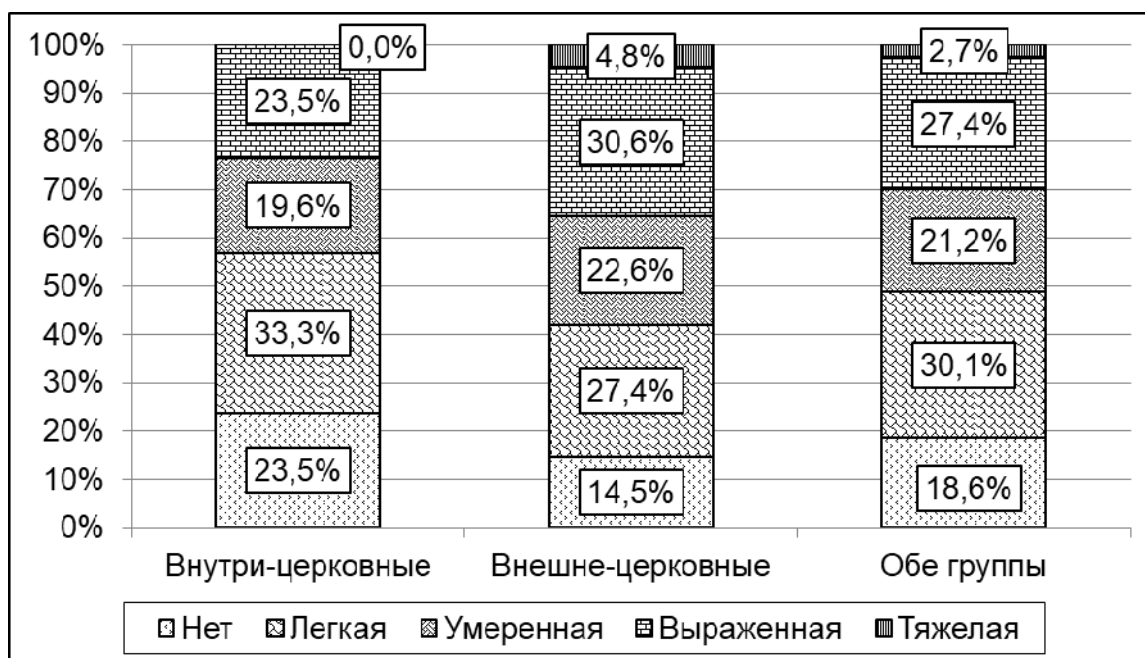


Рис. 1. Распределение респондентов исследовательских групп по степени выраженности шкалы «общий уровень депрессии» по тесту Бека ($\chi^2 = 19,4$; $p < 0,01$)

Тревожность, исследованная с помощью теста Спилбергера–Ханина, показала различие в обеих группах (табл. 4). Уровни реактивной ($43,2 \pm 1,5$ балла) и личностной ($49,6 \pm 1,2$ балла) тревожности значимо ($p = 0,01$) превышены у пациентов внешнецерковной группы по сравнению с внутрицерковными пациентами ($35,2 \pm 1,4$ и $41,7 \pm 1,6$ балла соответственно).

Таблица 4

Результаты обследования уровня тревожности в исследовательских группах по тесту Спилбергера-Ханина, ($M \pm m$ балл)

Шкалы теста	Внутри-церковные	Внешне-церковные	Уровень значимости, $p =$
Реактивная тревожность	$35,2 \pm 1,4$	$43,2 \pm 1,5$	0,01
Личностная тревожность	$41,7 \pm 1,6$	$49,6 \pm 1,2$	0,01

Выводы

1. Все обратившиеся в МИРВЧ лица были разделены на две исследовательские группы:

1-я группа – внутрицерковные (51 человек – 35,7 %), которые дали положительный ответ на вопрос «о необходимости соблюдать таинства Крещения, Исповеди и Причастия» совместно с утвердительным ответом «о необходимости посещения Храма регулярно»;

2-я группа – внешнецерковные (62 человека – 43,4 %), которые считают, что «ходить в Храм не обязательно или только иногда», а также, что «главное, чтобы Бог был в Душе», без положительного ответа о таинствах.

Обе группы пациентов по всем социально-демографическим, анамнестическим и исследуемым клиническим характеристикам продемонстрировали практическую однородность.

2. Значения шкал по тесту Ю.В. Щербатых «базового показателя стрессочувствительности», «динамичекой чувствительности к стрессу» совместно с субшкалами «повышенной реакции на обстоятельства, на которые мы не можем повлиять» и «склонность все излишне усложнять» статистически значимо ($p < 0,01$) выше у внешнецерковной группы по сравнению с внутрицерковной.

3. Показатели шкал по тесту А. Бека на определение уровня депрессии и его «соматического» и «когнитивного» компонентов показали практическую однородность среди внутрицерковных и внешнецерковных пациентов ($p > 0,05$). Вместе с тем, доля пациентов с выраженной и тяжелой

депрессией преобладала среди внешнецерковных пациентов с надежностью не ниже 91 % ($p = 0,09$).

4. Реактивная и личностная тревожность, исследованная с помощью теста Спилбергера–Ханина, показала значимое ($p < 0,01$) отличие в группах внутрицерковных и внешнецерковных респондентов. В группе внутрицерковных респондентов оба показателя ниже, чем у внешнецерковных респондентов.

Литература

1. Григорьев Г.И. Духовно ориентированная психотерапия патологических зависимостей. – СПб. : ИИЦ ВМА, 2008. – 504 с.
2. Григорьев Г.И., Винокуров И.Н., Бажин А.А. [и др.] Социологический опросник – основа формирования базы данных в условиях добровольного анонимного лечения алкоголизма // Вестник психотерапии. – 2000. – № 7 (12). – С. 100–110.
3. Григорьев Г.И., Григорьев С.Г., Мильчакова В.А. [и др.] Медико-демографические показатели лиц, прошедших курс психофизической саморегуляции // Вестник психотерапии. – 2019. – № 71 (76). – С. 55–77.
4. Григорьев С.Г. Многомерное математико-статистическое моделирование сложных медицинских систем : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – СПб., 2003. – 42 с.
5. Данилова Н.Н., Крылова А.Л. Физиология высшей нервной деятельности. – Ростов н/Д : «Феникс», 2005. – 478 с.
6. Зенько Ю.М. Психология и религия. – СПб. : Алетейя, 2002. – 384 с.
7. Исследование уровня стрессоустойчивости у верующих людей (на примере католической религии). [Электронный ресурс]. URL: <https://www.bibliofond.ru/view.aspx?id=533560> (дата обращения 11.02.21).
8. Карнеги Д. Как перестать беспокоиться и начать жить / пер. с англ. Е.В. Городничева, Я.И. Цыбовский. – 10-е изд. – Минск : Попурри, 2015. – 416 с.
9. Кирилл (Гундяев), патриарх. О принципах организации социальной работы в Русской Православной Церкви. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.patriarchia.ru/db/text/1401894/> (дата обращения: 11.02.21).
10. Малиновский Б. Смерть и реинтеграция группы // Религия и общество: хрестоматия по социологии религии / под ред. В.И. Гараджи, Е.Д. Руткевич. – М. : Наука, 1994. – С. 415–420.
11. Малиновский Б. Магия и религия // Религия и общество : хрестоматия по социологии религии / под ред. В.И. Гараджи, Е.Д. Руткевич. – М. : Наука, 1994. – С. 509–534.
12. Мень А. Таинство, Слово и Образ. – М., 2001. – 286 с.
13. Мишин Г.И. Три причины стресса: Неврозы, половые расстройства, алкоголизм. – Л. : Лениздат, 1990. – 160 с.
14. Мчедлов М.П., Гаврилов Ю.А., Шевченко А.Г. О социальном портрете современного верующего // Социологические исследования. – 2002. – № 7. – С. 68–77.

15. Ничипоров Б.В. Введение в христианскую психологию. – М. : Школа-Пресс, 1994. – 192 с.
16. Оллпорт Г. Становление личности: избр. труды / под общ. ред. Д.А. Леонтьева. – М. : Смысл, 2002. – 464 с.
17. Путин В.В. Государство будет продолжать развивать партнерство с РПЦ. [Электронный ресурс]. URL: <https://tass.ru/obschestvo/6064313>. (дата обращения: 11.02.21)
18. Селье Г. Стресс без дистресса. – М., 2002. – 371 с.
19. Щербатых Ю.В. Психология стресса и методы коррекции. – СПб. : Питер, 2006. – 256 с.
20. Юнг К. Г. Символы трансформации. – М. : АСТ, 2008. – 731 с.

Поступила 20.02.2021

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

Для цитирования: Григорьев Г.И., Мильчакова В.А., Григорьев С.Г., Ашмарин В.В. Оценка психологических характеристик лиц с различным уровнем отношения к религии, пришедших на курс психофизической саморегуляции // Вест. психотерапии. 2021. № 77 (82). С. 37–53.

**ASSESSMENT OF PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PERSONS
WITH DIFFERENT LEVEL OF ATTITUDE TO RELIGION, WHO CAME TO THE COURSE
OF PSYCHOPHYSICAL SELF-REGULATION**

Grigorev G.I.^{1,2}, Milchakova V.A.^{1,2}, Grigorev S.G.³, Ashmarin V.V.⁴

¹ North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov
(Kirochnaya Str., 41, St. Petersburg, Russia);

² International Institute of Human Potential Abilities
(Pridorozhnaya alley, 11, St. Petersburg, Russia);

³ Kirov Military Medical Academy
(Academica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, Russia);

⁴ Russian Christian Academy of Humanities
(Fontanka emb., 15, St. Petersburg, Russia).

Grigorii Igorevich Grigorev – Dr. Med. Sci. Prof., Professor of Department of Psychotherapy, Medical Psychology and Sexology, North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov (Kirochnaya Str., 41, St. Petersburg, 191015, Russia), Director, International Institute of Human Potential Abilities (Pridorozhnaya alley, 11, St. Petersburg, 194352, Russia), e-mail: grigorijgi@hotmail.com;

✉ Valentina Aleksandrovna Milchakova – PhD Psychol. Sci. Associate Professor, Associate Professor of Department of Psychotherapy, Medical Psychology

and Sexology, North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, clinical psychologist, International Institute of Human Potential Abilities (Kirochnaya Str., 41, St. Petersburg, 191015, Russia), e-mail: vestnik-pst@yandex.ru;

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

Vladimir Vladimirovich Ashmarin – chief priest, undergraduate of Department of psychology, Russian Christian Academy of Humanities (Fontanka emb., 15, St. Petersburg, 191023, Russia), e-mail: ier.vladimir@mail.ru.

Abstract. At the International Institute of Human Potential Abilities (St. Petersburg) (IIHPA), a study was carried out to determine the psychological characteristics of 113 patients who attended classes on psychophysical self-regulation. They were divided into 2 groups (intra-church and extra-church believers) according to the results of the MIRVCH questionnaire "Your attitude to church sacraments and rituals". The above groups of patients demonstrated statistically significant homogeneity for all socio-demographic, anamnestic and investigated clinical characteristics.

Psychological health of the respondents was assessed using the methodology of multilevel psychodiagnostic tests (test to determine the level of stress resistance according to Yu.V. Shcherbatykh; A. Beck depression scale and the test to determine the level of anxiety by Spielberger – Khanin). It was found that the main psychological indicators in the MIRVCH patients were within the acceptable values of the tests used.

According to Yu.V. Shcherbatykh test, the psychological characteristics of intra-church believers by “baseline stress-sympathy index”, “dynamic sensitivity to stress” scales, together with the subscales “increased response to circumstances that we cannot influence” and “the tendency to complicate things unnecessarily” are statistically significantly ($p < 0.01$) lower versus those of extra-church believers. Indicators of A.T. Beck depression scale and its "somatic" and "cognitive" components showed practical homogeneity among intra-church and extra-church patients ($p > 0.05$); expressed and severe depression prevailed among extra-church patients with a reliability of at least 91 % ($p = 0.09$); the levels of state and trait anxiety were significantly higher ($p < 0.01$) in patients from the extra-church group.

Keywords: psychological characteristics, attitude to religion, psychophysical self-regulation, motivation, resilience, feeling of connectedness, stress sensitivity, stress resistance, depression, anxiety.

References

1. Grigorev G.I. Dukhovno orientirovannaya psikhoterapiya patologicheskikh zavisimostej [The spiritually oriented psychotherapy of the pathological addictions]. Sankt-Peterburg. 2008. 504 p. (In Russ.)

2. Grigorev G.I., Vinokurov I.N., Bazhin A.A. [et al.] Sotsiologicheskij oprosnik – osnova formirovaniya bazy dannykh v usloviyakh dobrovol'nogo anonimnogo lecheniya alkogolizma [Sociological questionnaire – the basis for the formation of a database in the conditions of voluntary anonymous treatment for alcoholism]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2000. N 7 (12). Pp. 100–110.

3. Grigorev G.I., Grigorev S.G., Milchakova V.A. [et al.] Mediko-demograficheskie pokazateli lits, proshedshikh kurs psikhofizicheskoy samoregulyatsii [The medical and demographic indicators of the people who have passed a course of the psychophysical self-regulation]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2019. N 71. Pp. 55–77. (In Russ.)
4. Grigorev S.G. Mnogomernoe matematiko-statisticheskoe modelirovanie slozhnykh meditsinskikh sistem [The multidimensional mathematical and statistical modeling of the complex medical systems]. : Abstract dissertation Dr. Med. Sci. Sankt-Peterburg. 2003. 42 p. (In Russ.)
5. Danilova N.N., Krylova A.L. Fiziologiya vysshej nervnoj deyatel'nosti [Physiology of higher nervous activity]. Rostov n/D. 2005. 478 p. (In Russ.)
6. Zenko YU.M. Psikhologiya i religiya [Psychology and religion]. Sankt-Peterburg. 2002. – 384 p. (In Russ.)
7. Issledovanie psikhoterapevticheskikh funktsij khristianstva (na primere katoличeskoy religii) [Study of the level of stress resistance among believers (on the example of the Catholic religion)]. URL: <https://www.bibliofond.ru/view.aspx?id=533560>
8. Karnegi D. Kak perestat' bespokoit'sya i nachat' zhit' [How to Stop Worrying and Start Living]. Minsk. 2015. 416 p.
9. Kirill (Gundyaev), Patriarkh O printsipakh organizatsii sotsial'noj raboty v Russkoj Pravoslavnoj Tserkvi [On the principles of organizing social work in the Russian Orthodox Church]. URL: <http://www.patriarchia.ru/db/text/1401894/>
10. Malinovskij B. Smert' i reintegratsiya gruppy [Death and reintegration of a group]. *Religiya i obshchestvo. KHrestomatiya po sotsiologii religii* [Religion and Society: a reader on the sociology of religion]. Ed. : Garadzha V.I., Rutkevich E.D. Moskva. 1994. Pp. 415 – 420. (In Russ.)
11. Malinovskij B. Magiya i religiya [Magic and Religion]. *Religiya i obshchestvo : KHrestomatiya po sotsiologii religii* [Religion and Society: a reader on the sociology of religion]. Ed. : Garadzha V.I., Rutkevich E.D. Moskva. 1994. Pp. 509–534. (In Russ.)
12. Men A. Tainstvo, Slovo i Obraz [Sacrament, Word and Image]. Moskva. 2001. 286 p. (In Russ.)
13. Mishin G.I. Tri prichiny stressa: Nevrozy, polovye rasstrojstva, alkoholizm [Three causes of stress: neuroses, sexual disorders, alcoholism]. Leningrad. 1990. 160 p. (In Russ.)
14. Mchedlov M.P., Gavrilov YU.A., Shevchenko A.G. O sotsial'nom portrete sovremennogo veruyushhego [On the social portrait of the modern believer]. *Sotsiologicheskie issledovaniya* [Sociological Research]. 2002. N 7. Pp. 68–77. (In Russ.)
15. Nichiporov B.V. Vvedenie v khristianskuyu psikhologiyu [Introduction to Christian Psychology]. Moskva. 1994. 192 p. (In Russ.)
16. Ollport G. Stanovlenie lichnosti: Izbrannye trudy [Formation of personality: Selected works]. Ed. : D.A. Leontev. Moskva. 2002. 464 p. (In Russ.)
17. Putin V.V. Gosudarstvo budet prodolzhat' razvivat' partnerstvo s RPTS [The state will continue to develop partnership with the Russian Orthodox Church]. URL: <https://tass.ru/obshchestvo/6064313>
18. Selye H. Stress bez distressa [Stress without distress]. Moskva. 2002. 371 p. (In Russ.)

19. Shcherbatykh Yu.V. Psikhologiya stressa i metody korrektsii. [The stress psychology and the correction methods]. Sankt-Peterburg. 2006. 256 p. (In Russ.)

20. Jung Carl Gustav. Simvoly transformatsii [Symbols of transformation]. Moskva. 2008. 731 p. (In Russ.)

Received 20.02.2021

For citing. Grigor'ev G.I., Mil'chakova V.A., Grigor'ev S.G., Ashmarin V.V. Issledovanie psikhologicheskij kharakteristik lits s razlichnym urovnem otnosheniya k religii, obrativshikhsya na zanyatiya psikhofizicheskoj samoregulyatsii. *Vestnik psikhoterapii*. 2021. N 77. Pp. 37–53. **(In Russ.)**

Grigorev G.I., Milchakova V.A., Grigorev S.G., Ashmarin V.V. Assessment of psychological characteristics of persons with different level of attitude to religion, who came to the course of psychophysical self-regulation. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2021. N 77. Pp. 37–53.

ЛИЧНОСТНЫЙ ФАКТОР АУТОДЕСТРУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ

Российский государственный гидрометеорологический университет
(Россия, Санкт-Петербург, Воронежская ул., д. 79)

В работе представлено исследование влияния личность подростка на саморазрушительное поведение. Автор считает, что основная причина аутодеструктивного поведения подростков заключается в особенностях развития их личности. В связи с этим ставится вопрос о внутренней работе личности подростка, ее самосознания в генезисе аутодеструкции, о том, что и как в личности запускает энергию саморазрушения. Целью исследования является выявление неспецифического и специфического вклада личности подростков в формировании аутодеструкции. На репрезентативной выборке подростков ($n = 600$) проведено комплексное психологическое и математико-статистическое исследование, позволившее ввести комплексную личностную переменную Фактор I как ключевую детерминанту аутодеструктивного поведения. Исследование показало важные вклады (общий и специфический) психологических составляющих личности в процессы самодетерминации саморазрушения в различных жизненных ситуациях.

Ключевые слова: подросток, аутодеструктивное поведение, личность, мишени коррекции, фактор аутодеструкции.

Введение

Аутодеструктивное поведение – поведение, противоречащее самоосуществлению человека, достижению его биологического, психологического и социального благополучия, направленное не на рост и развитие, а на саморазрушение и преждевременную смерть [3]. Такое поведение отличается от внешнедеструктивного, которое характеризуется нарушением правовых норм, угрозе общественному порядку и благополучию людей. Всплеск аутодеструктивной разновидности девиаций наблюдается в подростковом возрасте. Распространенными среди современных подростков проявлениями саморазрушения являются: аддиктивное или зависимое поведение (курение, употребление алкоголя, пробы наркотиков, чрезмерная увлеченность интернетом), рискованное поведение (увлеченность экстремальным досугом, виктимное поведение, случайный секс), социально-

Ипатов Андрей Владимирович – канд. психол. наук доцент, доцент каф. социально-гуманитарных наук, Рос. гос. гидрометеорологический ун-т (Россия, 192007, Санкт-Петербург, Воронежская ул., д. 79), e-mail: spbavi@mail.ru.

пассивное поведение (уклонение от учебы, бегства из дома, бродяжничество и попрошайничество, физически малоактивный образ жизни и др.), аутоагрессивное поведение (самоповреждения, попытки суицида). Постоянство данных явлений и их нежелательный динамизм среди несовершеннолетних представляет серьезную проблему для современного общества.

Причинами такого поведения специалисты называют девиантную социализацию, социально-психологическую дезадаптацию, дисгармоничный дизонтогенез, специфическую индивидуально-психологическую структуру психики индивида [4, 7, 11]. Сложившаяся научно-методологическая традиция в исследовании отклонений в поведении состоит в том, что акцент ставится на обстоятельствах и закономерностях, не зависящих от человека. Такой объективистский подход рассматривает личность как носителя тех или иных имманентных проблем, присущих самой природе человека. Дети, подростки рассматриваются жертвами неблагоприятных условий взросления, поэтому при организации психопрофилактики они чаще всего являются объектом вмешательства. Отсюда преобладание преодолевающих риски аутодеструкции технологий коррекции над фасилитирующими личностные ресурсы саморазвития. Подростковый возраст традиционно считается трудным, поведенческие отклонения – это скорее норма для подростка [2, 12]. Признается, что рискованное поведение у подростков имеет определенное эволюционное значение, так как наблюдается и у животных [13]. Вместе с тем анализ субъективных факторов, препятствующих прогрессивному развитию и самореализации человека, в научной литературе представлен недостаточно. Не учитывается третий фактор развития – личность самого подростка при исследованиях саморазрушительного поведения. Между тем, задача нормального развития личности – стать самостоятельным человеком. Ее решение связано с важнейшим событием подросткового возраста – вторым рождением личности (по А.Н. Леонтьеву), когда подросток обретает способность к «самостоянью», т. е. не только способен делать что-то сам, но и определять способ «бытия субъектом» [14].

В контексте ориентации современной научной психологии на методологию субъекта конкретные исследования проблем личности должны учитывать «вклад» самого человека как сознательно преобразующего себя и окружающий мир, «провоцирующего» актуализацию проблем и активно ищущего пути их разрешения.

Поэтому мы предлагаем ещё одну модель детерминации, учитывающую вклад самого подростка в выбор аутодеструкции как отклоняющейся

формы саморазвития. Мы считаем, что основная причина аутодеструктивного поведения подростков заключается в особенностях развития их личности. Все чаще в современной науке за понятием личности предстают механизмы саморегуляции, механизмы контроля и овладения своим поведением. Поэтому объем наших знаний о сущности аутодеструкции и возможностях ее коррекции будет заведомо неполным, если не ставить вопросы о внутренней работе личности подростка, ее самосознания в генезисе аутодеструктивного поведения, о том, что и как в личности генерирует энергию саморазрушения.

Пока человек не созрел до уровня рефлексивного сознания и субъекта своей жизни, он не совершает аутодеструктивного поступка сознательно. Поэтому фиксируемый статистикой всплеск аутодеструкции приходится на подростковый возраст, когда решаются задачи развития самосознания, рефлексии, субъектности.

Личность – системная и динамическая организация индивидуально-психологических характеристик, способная самостоятельно, мудро и гибко действовать успешно даже в неблагоприятных ситуациях. В отличие от других уровней психической организации человека (индивидуального и социально-индивидуального, зависимых от внешних и внутренних обстоятельств), личность обладает автономностью и может преодолевать внешние и внутренние ограничения в процессе саморазвития.

В случае позитивного (норма) варианта психологического развития подросток овладевает своим поведением, у него формируются механизмы разрешения мотивационных конфликтов, связанных с волей и сознанием. Но отсутствие или недостаточность самостоятельности (саморегуляции) как центральной характеристики личности является подтверждением девиантного развития подростка.

Отклонения в развитии личности состоят в том, что личность подростка не выполняет свою основную функцию – саморегуляцию поведения на основе самосознания. Подростковый возраст представляет чувствительный период для становления личности как высшей формы саморегуляции. На данном этапе она наиболее уязвима, особенно если есть патологические факторы – результаты предыдущего развития. В самосознании подросток открывает нечто, что побуждает его делать выбор в пользу саморазрушения, а не саморазвития. Это и есть вклад личности в аутодеструкцию. К сожалению, личность самого подростка в аутодеструкции практически не изучена. Отсюда и слабость коррекции, так как воздействие идет на симптомы, а не на ключевой фактор.

По мнению ученых, в частности К. Левина, поведение человека определяется двумя факторами: личность и жизненная ситуация. Ситуация задает вопрос (проблему), но ответ выбирает личность через призму своего сознания и этой ситуации, и самого себя. Слабая личность «передает» управление поведением на уровень социального индивида (квазинормативные черты характера). Смысл аутодеструктивного поступка для подростка будет разным в разных ситуациях

Целью нашего исследования является выявление неспецифического и специфического вклада личности подростков в формировании аутодеструкции. Говоря о неспецифическом вкладе, мы имеем в виду прямое влияние личностных особенностей на поведение.

Мы считаем, что в различных жизненных ситуациях аутодеструктивное поведение подростка будет детерминировано не только слабостью регуляторной функции личности (предиктор), но и синергией взаимодействия индивидуально-психологических и жизненных ситуационных особенностей. В этом случае слабость личностного ресурса будет осуществлять роль (функцию) опосредования (модерационная функция). Недостаточность личностных ресурсов подростка опосредует выбор аутодеструктивных паттернов поведения в ситуациях социального давления, угрозы благополучию, противоречивых требований и самоопределения, изменяя субъективную оценку ситуаций и усиливая действие неадаптивных стратегий их разрешения и преодоления. В этом заключается модерационная функция личности в генезисе саморазрушения у подростков. Данная характеристика является ключевой детерминантой аутодеструктивного поведения, её то мы и попытаемся выявить.

Материал исследования

Нами была сформирована группа подростков 13–15 лет в количестве 600 чел. В исследовательскую выборку вошли подростки – учащиеся общеобразовательных школ Санкт-Петербурга и Тверской области, воспитанники социально-реабилитационного центра, клиенты центров психолого-педагогического сопровождения.

Группа не дифференцировалась по полу, так как мы стремились выявить общие для формирования аутодеструктивного поведения личностные особенности, вне зависимости от пола испытуемых.

К девиациям больше склонны мальчики, чем девочки. Это находит свое выражение в соотношении мальчиков и девочек в группах риска. Подростки-мальчики в таких группах явно преобладают. Так в Санкт-

Петербургских государственных казенных специальных учебно-воспитательных учреждениях для обучающихся с девиантным поведением (специальная школа) воспитанники исключительно мужского пола. В силу этого факта уравнивать исследуемые группы подростков с аутодеструктивным поведением по половому составу становится крайне затруднительно.

Отметим, что, показывая статистические данные по девиантным подросткам, ни ВОЗ, ни Росстат не делят их по половому признаку [8]. Эта традиция неслучайна, девиации преобладают в мальчиковой среде.

Объяснение дизайна исследования

Аутодеструктивное поведение рассматривается в качестве зависимой переменной. Исследователь здесь исходит из предположения, что существуют психологические переменные, выступающие его предикторами. Результатом анализа становится выявление и описание характеристик, обладающих наибольшей прогностической способностью в отношении изучаемого феномена. Используется регрессионный анализ. Полученные регрессионные уравнения позволяют строить более надежные объяснительные модели саморазрушения, а значит и более точно выбирать мишени психологических воздействий при его коррекции и профилактики. В этом плане следует выделить интегративный подход к детерминантам саморазрушения, раскрывающий совокупность возможных переменных, влияющих на поведение. Следуя логике Дж. Гилфорда (Guilford, 1967) об общем генеральном факторе интеллекта, а также современным концепциям об интегральной личностной характеристике (стержне, ядре), которая ответственна за саморегуляцию (Дж. Ловингер, 1976; S. Hobfoll, 2011; Д.А. Леонтьев, 2011), можно выявить такую характеристику как ключевую детерминанту саморазрушения. На языке статистики показателем предсказательной «хорошести» построенной модели будет коэффициент множественной дисперсии и его статистическая значимость по критерию F-Фишера.

Обоснование системного эффекта возможно с помощью процедур модерационного регрессионного анализа.

Аутодеструкция обусловлена не универсальным и статичным свойством или набором таких свойств, а скорее исходя из понимания личности как активной динамической системы, гибким сочетанием личностных параметров и конкретной ситуации. В субъективно различно воспринимаемых социальных ситуациях выбор аутодеструкции подростком будет определяться не только общим дефицитом личностной регуляции (предикативная функция), но и системным взаимодействием индивидуально-психо-

логических и ситуативных особенностей, в котором личностный дефицит будет выполнять функцию опосредования (модерационная функция).

Методы исследования

Выбор методик определяется тем, что с их помощью можно выявить самосознание подростков, что они думают о себе, как они оценивают себя, других людей. Все методики построены на самоотчете.

В исследовании были использованы следующие методики [1]:

- самосознание подростка, субъективный взгляд на себя и других людей (выявляют осознаваемые качества и адекватность их самовосприятия; актуализируют у подростка столкновение двух противоположных установок – на самораскрытие и самозащиту и т. д.);
- исследование эмоционально-волевых, коммуникативных, интеллектуальных свойств личности по самооценке Т. Дембо – С. Рубинштейн (модификация И.И. Мамайчук);
- подростковый вариант многофакторной методики Р.Б. Кеттелла – выявляет 14 факторов личности;
- тест-опросник самоотношения В.В. Столина, С.Р. Пантилеева (ОСО) – позволяет выявить три уровня самоотношения, отличающихся по степени обобщенности: глобальное самоотношение; самоотношение, дифференцированное по самоуважению, аутосимпатии, самоинтересу и ожиданиям отношения к себе; уровень конкретных действий (готовности к ним) в отношении к своему «Я»;
- опросник «Ауто- и гетероагрессия», разработан Е.П. Ильиным для определения направленности агрессии на себя или на других;
- опросник «ДАП-II» – выявляет среди подростков склонных к различным видам аутодеструктивного поведения (аддиктивному, суицидальному) [5, 10];
- ПОР (подростки о родителях) – направлен на выявление отношения подростков к воспитательной практике родителей;
- тест Т. Лири – направлен на диагностику межличностных отношений;
- нормативность развития;
- методика «Адаптивность» А.Г. Маклакова, С.В. Чермянин (МЛЮ, 1 часть) – измеряет интегральные возможности психического и личностного развития;
- модифицированный опросник для идентификации типов акцентуаций характера у подростков А.Е. Личко (модификация Немова);

- отклоняющееся поведение и его регулярность:
- анкета для определения индекса аутодеструкции/деструкции у подростков;
- внутришкольная статистика подростков, нарушающих нормы поведения (внутришкольный учет).

Математико-статистическая обработка и анализ данных производилась в программном пакете «Statistica 10.0» и включала в себя дескриптивный, факторный, регрессионный и модерационный анализ.

Для определения индекса аутодеструкции респондентов анонимно просили ответить на вопросы специальной анкеты об актах саморазрушительного поведения и их регулярности. Средний индекс аутодеструкции для $N = 600$ составляет 0,253, величина стандартного отклонения равна 0,15; минимальное значение индекса равно 0,125, максимальное – 0,5. Таким образом, в группе представлены подростки с разным опытом саморазрушения. При проведении статистических процедур группа не дифференцировалась по уровню аутодеструктивности.

В исследовательской выборке отсутствовали подростки с внешнедеструктивным (по данным самоотчета и анализа учетных документов образовательных организаций).

Результаты и их обсуждение

В табл. 1 представлены описательные статистики диагностических измерений.

Таблица 1

Описательные статистики

Переменная	Среднее	Стандартное отклонение	Переменная	Среднее	Стандартное отклонение
A	5,76	0,90	Подчиняемость	5,97	1,54
B	4,88	2,40	Зависимость	6,31	1,45
C	5,52	0,89	Дружелюбность	7,15	1,01
D	5,62	1,15	Альтруистичность	7,96	1,29
E	5,52	1,05	Самоотношение	17,16	0,93
F	4,89	1,26	Поведенческая регуляция	35,37	9,74
G	5,25	0,96	Коммуникативный потенциал	16,78	3,09
H	5,58	0,97	Моральная нормативность	10,76	2,94

I	5,98	1,04	ЛАП	62,55	11,96
J	4,38	0,87	Позитивная мать	2,81	1,15
O	5,35	1,11	Директивная мать	2,47	1,13
Q2	4,94	1,26	Враждебная мать	2,58	1,11
Q3	5,35	0,96	Автономная мать	2,85	1,02
Q4	5,31	0,96	Непоследовательная мать	3,30	1,10
AS	6,29	0,67	Позитивный отец	2,70	1,11
BS	5,51	1,23	Директивный отец	2,60	1,15
CS	5,32	0,59	Враждебный отец	3,35	1,09
DS	5,93	0,96	Автономный отец	2,90	1,13
ES	5,89	0,44	Непоследовательный отец	3,11	1,06
FS	5,47	0,60	Девиантное поведение	54,14	10,95
GS	5,98	1,16	Гипертимный тип	16,81	6,65
HS	6,47	0,54	Циклоидный тип	10,36	3,99
IS	7,16	0,75	Лабильный тип	14,04	5,23
JS	4,49	0,59	Астеноневротический тип	6,53	2,964
OS	6,16	1,43	Сензитивный тип	14,64	7,23
Q2S	3,99	1,48	Психоастенический тип	13,97	6,55
Q3S	6,95	0,90	Шизоидный тип	10,16	4,86
Q4S	5,42	0,57	Эпилептоидный тип	10,21	6,33
Агрессия/ Аутоагрессия	5,12	2,00	Истероидный тип	11,23	5,024
Авторитарность	8,80	1,15	Неустойчивый тип	6,09	2,78
Эгоистичность	7,99	1,18	Контрольная шкала	4,03	1,56
Агрессивность	7,81	1,10	Индекс аутодестр.	0,25	0,15
Подозрительность	7,76	0,61			

Из данных, представленных в табл. 1, мы видим, что группа характеризуется широким диапазоном психологических переменных. Представленные данные по совокупности явно не указывают на выраженные признаки дезадаптивности подростков, их дисгармоничного развития или девиантной социализации. Однако отметим, что усредненный профиль адаптационных способностей (ЛАП) смещен в сторону низких значений. Основной вклад в это снижение вносит поведенческая регуляция (среднегрупповой показатель соответствует 3 степеням; 34 % участников исследования имеют удовлетворительный и выше уровень ПР). По уровню коммуникативного потенциала 41 % респондентов находится в группе удовлетворительной и более адаптации; по признакам моральной нормативности этот процент составляет 77. Нет ничего из ряда вон выходящего в полученных результатах, учитывая особенности развития подростков в этот возрастной период. Несмотря на практику применения методики МЛЮ для подростков, заметим, что необходимо уточнение критериев оценки резуль-

татов указанной методики [6, 9].

Как показывает данные таблицы 1, величина индекса аутодеструкции свидетельствует о наличии у подростков аутодеструктивного поведения.

В логике идей о существовании интегральной психологической характеристики личности, ответственной за саморегуляцию (Дж. Ловингер, 1976; S. Hobfoll, 2011; Д.А. Леонтьев, 2011), мы попытались выявить такую характеристику как ключевую детерминанту саморазрушения с помощью процедур факторного анализа. Были получены несколько факторов, из них мы выделили один двухполюсной фактор с собственным значением, превышающим единицу ($eigenvalue = 6,7$), объясняющий 52 % дисперсии. Такая величина объясняемой дисперсии дает нам основание считать полученный фактор допустимым для использования его в качестве интегрального показателя личностных особенностей в дальнейшей работе с результатами исследования. С высокими факторными нагрузками ($\geq 0,5$ по модулю) в фактор входят следующие переменные: самооценка независимости Q2S (+0,92), вербальный интеллект В (+0,91), самоотношение (+0,55), личностный адаптивный потенциал ЛАП (-0,95), самооценка тревожности OS (-0,939), склонность к девиантному поведению (-0,862), подчиняемость (-0,67) и альтруистичность (-0,58). По своему содержанию фактор определен нами как личностная автономия, самостоятельность, способность к самоопределению.

Цель нормативного развития личности – стать самодостаточной личностью. Поэтому неразвитость самостоятельности как основного признака личности служит подтверждением отклоняющегося развития подростка.

Полученные результаты позволили нам ввести комплексную личностную переменную Фактор I, факторные нагрузки нами использовались для определения весов коэффициентов уравнения регрессии. Переменные, не вошедшие в состав Фактора 1, а также с нагрузками менее 0,45 по данному Фактору, включены в последующий регрессионный анализ как самостоятельные (аутоагрессия, родительские стили воспитания, черты личности, акцентуации характера, самооценочные характеристики стилей общения).

Процедура регрессионного анализа показала, что Фактор I объясняет 72 % дисперсии индекса аутодеструкции подростков ($N = 600$), его вклад в прогнозирование аутодеструкции саморазрушения составляет $\beta = 0,83$. Это говорит о том, что Фактор I обладает очень высокой информативностью для предсказания аутодеструкции. Поэтапное включение в уравнение регрессии (модель) в статусе самостоятельных других переменных (аутоаг-

рессия, сила «Я», совестливость, коллективизм и т. д.) не привело к значительному увеличению процента дисперсии, что свидетельствует об их незначимости как предикторов саморазрушения.

Следует обратить внимание на исключение переменной «аутоагрессия» из предсказательной модели аутодеструкции. Это говорит о том, что у подростков нет намерения причинить себе вред, саморазрушение решает другую задачу.

Полученные результаты диагностики и статистического анализа позволяют нам утверждать, что чем менее развитой является личность подростка (автономия, самостоятельность, способность к саморегуляции, управлению), тем выше его предрасположенность к аутодеструкции. В этом заключается установленный нами неспецифический вклад личностного фактора в формирование аутодеструктивного поведения подростка.

Можно предположить, что синергия личностных особенностей и конкретных жизненных ситуаций породит особые психологические черты и поведение, потому что в этом случае личностный фактор будет выполнять функцию модератора (опосредование) между субъективным видением ситуации и выбором аутодеструктивного поведения как стратегии её преодоления (разрешения). Мы считаем, что переход в плане исследования от определения непосредственных эффектов влияния личности на её поведение к нахождению специфических опосредованных и системных эффектов взаимодействия личности (динамическая система) и жизненных условий даст нам более качественные представления о модели саморазрушения.

Такое исследование (в контексте ситуации) мы провели с помощью метода регрессии по технологии модерации, при которой переменные включались в анализ последовательно самостоятельно или как их произведение. Процедура перемножения признаков позволяет учесть эффект их взаимодействия (статистическая возможность).

В первую очередь мы определили вклад фактора личности подростка в оценку им социальной ситуации и аутодеструктивного поведения. Исходя из модели взаимоотношений, мы рассмотрели следующие типы ситуаций: угрозы, давления, самоопределения, противоречивых требований. Мы выяснили, что напрямую субъективная оценка ситуации связана с аутодеструкцией достаточно слабо (средняя корреляция 0,17).

Но опосредованное влияние фактора личности сказывается в том, что процент объясняемой дисперсии при учете в уравнении регрессии эффекта синергии личностной и ситуационной переменных увеличивается на 4–6 % (с учетом типа ситуации).

На следующем этапе исследования мы разделили выборку по критерию субъективного восприятия социальной ситуации на четыре группы (табл. 2). Для каждой группы мы определяли специфический вклад фактора личности в изменение способности разных индивидуально-психологических качеств (переменных) предсказывать аутодеструктивное поведение. Один и тот же подросток мог попасть в несколько групп, поэтому общее количество подростков (сумма) по группам больше 600.

Таблица 2

Разделение выборки на группы по критерию субъективной оценки ситуации подростками

Тип социальной ситуации	Объем выборки (чел.)
Угроза	249
Давление	115
Противоречивые требования	345
Самоопределение	243

Чтобы оценить эффект синергии (взаимодействия) психологических черт и фактора личности в формировании аутодеструктивного поведения мы определили произведение значений Фактора I и индивидуально-психологических данных (полученных с помощью методик Р. Кетелла, Дембо–Рубинштейн, А.Е. Личко, Е.П. Ильина) для каждого испытуемого. Если Фактор I модератор, то он будет определять направление и силу связи психологии и индекса аутодеструкции. В этом случае произойдет увеличение процента объясняемой дисперсии по сравнению с независимым вкладом отдельных переменных.

Анализ показал, что индивидуально-психологические особенности подростков в исследуемой выборке приносят слабый вклад в предсказание аутодеструктивного поведения. Но под влиянием фактора личности эти же психологические качества объясняют совершение аутодеструктивных поступков в различных социальных ситуациях.

На рис. 1 представлена картина специфического вклада фактора личности в формирование аутодеструктивного поведения.

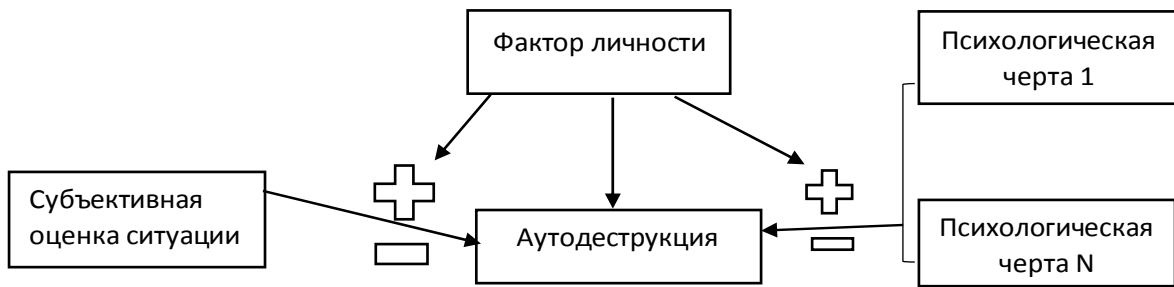


Рис. 1 Специфический вклад фактора личность в становление аутодеструкции

Опишем представленную схему с учетом контекста ситуаций.

В ситуации давления (субъективная оценка респондентов) мы наблюдаем синергию фактора личности (опосредующее влияние на формирование аутодеструкции) и следующих психологических особенностей подростков: неустойчивой акцентуации характера (возрастание доли объясняемой дисперсии на 13 %; $\beta = 0,16$), самооценки напряженности ($\beta = 0,22$); самооценка беспечности ($\beta = 0,12$); расслабленности ($\beta = -0,15$). Проанализировав данные зависимости, мы можем объяснить выбор аутодеструктивного поведения в ситуации давления: чем жестче в восприятии подростка ситуация, тем скорее он желает от неё избавиться, но при этом ничего не предпринимает (не действует). Налицо противоречие: подросток осознает, что с ним происходит, его это не устраивает, но он ничего не делает для изменения сложившейся ситуации.

В ситуации угрозы эффект синергии личности и субъективной оценки ситуации проявляется следующим образом: мера опасности подростком недооценивается. В данном случае слабость личности опосредует действие эмоциональных детерминант: лабильной акцентуации характера ($\beta = 0,21$), флегматичности и её самооценки ($\beta = -0,12$ и $\beta = -0,23$). Снижаются показатели активности и возбудимости и усиливаются переживания от неприятия окружающими. На этом противоречивом внутреннем фоне подростки посредством аутодеструктивного поведения избавляются от состояния уныния и душевной боли, при этом тормозят инициативу и уходят в пассивность. Личностный фактор в данной ситуации не выполняет сохранной функции и не генерирует внутреннюю энергию преодоления.

В ситуации противоречивых требований синергия (системный эффект) проявляется в том, что слабость личностного фактора облегчает высвечивание шизоидной акцентуации характера ($\beta = 0,33$), аутоагрессии ($\beta = 0,33$) и озабоченности ($\beta = -0,27$). В данной ситуации, когда у подростков

обостряется потребность в определенности, аутодеструкция формируется как следствие отсутствия внутренней опоры, стержня. Слабость личностной саморегуляции при отсутствии внешней поддержки и неумении обращаться за ней вынуждает подростка к саморазрушению, самонаказанию. Слабость личностного фактора катализирует негативные процессы.

Результаты модерационного анализа показывают, что в ситуации самоопределения (автономность) значительно возрастает роль внутренних противоречий. Чем выше у подростков коэффициент аутодеструкции по причине нерешенной возрастной задачи в самоопределении и самоутверждении и неконструктивной (компенсаторной) активности в форме рискованного поведения, тем менее свободной воспринимается подростками жизненная ситуация. На основании нашего исследования мы можем добавить, что в условиях дефицита личностной регуляции совершается переоценка свободы, даваемой ситуацией, оценка оказывается сопряженной с внутренним напряжением, переживанием раздражительности и беспокойства. В данной ситуации на формирование аутодеструкции начинают действовать следующие психологические факторы: реалистичность, жесткость и опора на свои силы ($\beta = -0,28$) осознанность поведения и сензитивность к его одобрению ($\beta = 0,23$). Аутодеструкцию здесь можно объяснить как результат разрешения противоречия между стремлением к независимости и следованием общественным нормам, приводящее к «уходу» в группу от самостоятельности и ответственности (слабость личностного фактора). В ситуациях, требующих от подростка сознательного самоопределения возникновение аутодеструкции связано с нарушением функции личности к пластичности (гибкой внутренней перестройке): указанные выше черты указывают на ригидность подростка как в социальных установках и контроле поведения, так и слабой чувствительности к новым жизненным возможностям. Как следствие возникают высокая тревожность и снижение её с помощью аутодеструктивного поведения.

Выводы

Мы утверждаем, что выбор аутодеструкции в различных ситуациях является результатом разрешения подростком внутренних противоречий, образованных интегральным влиянием различных факторов. Фактор победитель становится решающим мотивом поступка, и он определяется уровнем развития личности. Чем слабее личность, тем сильнее поведение подростка будет определяться бессознательным реагированием и стереотипами реакции на ситуацию. Но чем развитее личность, тем выше уровень

внутренней свободы у подростка, тем конструктивнее его взаимодействие с изменчивым континуумом реальности.

Таким образом, осуществленное нами аналитико-статистическое исследование показало важные вклады (общий и специфический) психологических составляющих личности в процессы самодетерминации саморазрушения в различных жизненных ситуациях. Личностный фактор выполняет и опосредующую функцию (модератор) между субъективным восприятием ситуации и выбором подростком аутодеструкции как стратегии её преодоления. Аутодеструктивное поведение подростков обусловлено неспособностью личности к гибкой внутренней перестройке в ответ на конструктивные возможности, открывающиеся в жизненной ситуации.

Литература

1. Бурлачук Л. Ф. Психодиагностика: учебник для вузов. – СПб. : Питер, 2007. – 351 с.
2. Гишинский Я.И., Гурвич И.Н., Русакова М.М. [и др.]. Девиантность подростков: теория, методология, эмпирическая реальность. – СПб.: Медицинская пресса, 2001. – 198 с.
3. Ипатов А.В. Психология аутодеструктивного поведения подростков: монография. – М. : РУСАЙНС, 2019. – 288 с.
4. Казанская В.Г. Социализация подростка в семье и школе: монография. – СПб. : ЛГУ им. А.С. Пушкина, 2007. – 128 с.
5. Методическое руководство. Сборник тестов программно-методического комплекса дифференциальной диагностики поведенческих нарушений несовершеннолетних «Диагност-Эксперт+» / сост. Н.В. Дворянчиков, В.В. Делибалт, Е.Г. Дозорцева [и др.]. – М. : ФГБОУ ВО МГППУ, 2017. – 198 с.
6. Маклаков А.Г., Головешкин И.Д., Головешкина Н.В. [и др.] Проблемы диагностики адаптационных способностей у обучаемых общеобразовательных организаций при решении задач психолого-педагогического сопровождения // Психология XXI века. Теория и практика современной психологии: материалы XI междунар. науч.-практ. конф. молодых ученых. – 2016. – С. 8–14.
7. Регуш Л.А. Проблемы психического развития и их предупреждение (от рождения до пожилого возраста). – СПб. : Речь, 2006. – 320 с.
8. Россия в цифрах. 2018: Крат. ст. сб. – М. : Росстат, 2018. – 522 с.
9. Сидорова А.А. Психологическая диагностика личностного адаптационного потенциала подростков, воспитывающихся в детском доме // Вестник ЛГУ им. А.С. Пушкина. – 2018. – № 2. – С. 45–58.
10. Федосеенко Е.В. Психологическое сопровождение подростков: система работы, диагностика, тренинги: монография. – СПб. : Речь, 2006. – 192 с.
11. Шаболтас А.В. Риск и рискованное поведение как предмет психологических исследований // Вестник СПбГУ. Серия 12: Психология. Социология. Педагогика. – 2014. – Вып. 3. – С. 5–16.
12. Ozer E.M., Macdonald T., Irwin C. E., Jr. Adolescent health care in the United States: Implications and projections for the new millennium / In J. Mortimer,

R. Larson (Eds.) // The changing adolescent experience: Societal trends and the transition to adulthood. – N.Y. : Cambridge University Press. – 2002. – P. 129–174.

13. Steinberg L. A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking // *Developmental Review*. – 2008. – Vol. 28, № 1. – P. 78–106.

14. Shweder R.A., Goodnow J., Hatano G. [et al.]. The Cultural Psychology of Development: One Mind, Many Mentalities. (Revised and Updated) / In William Damon (Ed.). – *Handbook of Child Psychology*. 6-th Edition. – 2006. – Vol. 1, Chap. 13. – N.Y. : John Wiley and Sons.

Поступила 25.01.2021

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

Для цитирования. Ипатов А.В. Личностный фактор аутодеструктивного поведения подростков // *Вестн. психотерапии*. 2021. № 77 (82). С. 54–70.

PERSONALITY FACTOR OF AUTODESTRUCTIVE BEHAVIOR OF ADOLESCENTS

Ipatov A.V.

Russian State Hydrometeorological University
(Voronezhskaya Str., 79, St. Petersburg, Russia)

Andrey Vladimirovich Ipatov – PhD Psychol. Sci. Associate Prof., Associate Prof. of the Department of Social and Humanitarian Sciences, Russian State Hydrometeorological University (Voronezhskaya Str., 79, St. Petersburg, 192007, Russia), e-mail: spbavi@mail.ru.

Abstract. The paper presents a study of the influence of a teenager's personality on self-destructive behavior. The author believes that the main reason for the auto-destructive behavior of adolescents is the peculiarities of their personality development. In this regard, the question is raised about the inner work of the adolescent's personality, its self-consciousness in the genesis of auto-destruction, about what and how in the personality triggers the energy of self-destruction. The aim of the study is to identify the non-specific and specific contribution of the personality of adolescents in the formation of auto-destruction. A comprehensive psychological and mathematical-statistical study was conducted on a representative sample of adolescents (n=600), which allowed us to introduce the complex personality variable Factor I as a key determinant of auto-destructive behavior. The study showed important contributions (general and specific) of psychological components of personality to the processes of self-determination of self-destruction in various life situations.

Keywords: teenager, self-destructive behavior, personality, correction targets, self-destruction factor.

References

1. Burlachuk L.F. Psihodiagnostika [Psychodiagnostics]. Sankt-Peterburg. 2007. 351 p.
2. Gilinskij YA.I., Gurvich I.N., Rusakova M.M. [et al.] Deviantnost podrostkov: teoriya, metodologiya, empiricheskaya realnost [The deviance of adolescents: theory, methodology, empirical reality]. Sankt-Peterburg. 2001. 198 p.
3. Ipatov A.V. Psihologiya autodestruktivnogo povedeniya podrostkov [Psychology of autodestructive behavior of adolescents]. Moskva. 2019. 288 p.
4. Kazanskaya V.G. Socializaciya podrostka v seme i shkole [Socialization of a teenager in a family and school]. Sankt-Peterburg. 2007. 128 p.
5. Metodicheskoe rukovodstvo. Sbornik testov programmno-metodicheskogo kompleksa differencialnoj diagnostiki povedencheskix narushenij nesovershennoletnih «Diagnost-E`kspert+» [Methodological Guide. Collection of tests of the software-methodological complex of differential diagnostics of behavioral disorders of minors "Pest-Expert + "]. Ed. : N.V. Dvoryanchikov, V.V. Delibalt, E.G. Dozorceva [et al.]. Moskva. 2017. 198 p.
6. Maklakov A.G., Goloveshkin I.D., Goloveshkina N.V. [et al.] Problemy diagnostiki adaptacionnyh sposobnostej u obuchaemyh obshheobrazovatelnyh organizacij pri reshenii zadach psihologo-pedagogicheskogo soprovozhdeniya [Problems of diagnosing adaptive abilities in trained general education organizations in solving the problems of psychological and pedagogical support]. Materialy XI mezhdunar. Konferencii : Psihologiya XXI veka. Teoriya i praktika sovremennoj psihologii. 2016. Pp. 8–14.
7. Regush L.A. Problemy psihicheskogo razvitiya i ih preduprezhdenie (ot rozhdeniya do pozhilogo vozrasta) [Mental development problems and their prevention (from birth to old age)]. Sankt-Peterburg. 2006. 320 p.
8. Rossiya v cifrah. 2018 [Russia in numbers. 2018]. Moskva. 2018. 522 p.
9. Sidorova A.A. Psihologicheskaya diagnostika lichnostnogo adaptacionnogo potenciala podrostkov, vospityvayushhihsya v detskom dome [Psychological diagnosis of the personal adaptation potential of adolescents brought up in an orphanage]. *Vestnik LGU im. A.S. Pushkina* [Bulletin of Leningrad State University named after A.S. Pushkin]. 2018. N 2. Pp. 45–58.
10. Fedoseenko E.V. Psihologicheskoe soprovozhdenie podrostkov: sistema raboty, diagnostika, treningi [Psychological support for adolescents: system of work, diagnostics, trainings]. Sankt-Peterburg. 2006. 192 p.
11. Shaboltas A.V. Risk i riskovannoe povedenie kak predmet psihologicheskikh issledovanij [Risk and risky behavior as a subject of psychological research]. *Vestnik SPbGU. Seriya 12: Psihologiya. Sociologiya. Pedagogika* [Bulletin of St. Petersburg State University. Series 12: Psychology. Sociology. Pedagogy]. 2014. Iss. 3. Pp. 5–16.
12. Ozer E.M., Macdonald T., Irwin C. E., Jr. Adolescent health care in the United States: Implications and projections for the new millennium / In J. Mortimer, R. Larson (Eds.) *The changing adolescent experience: Societal trends and the transition to adulthood*. N.Y. : Cambridge University Press. 2002. P. 129–174.
13. Steinberg L. A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. *Developmental Review*. 2008. Vol. 28, N 1. P. 78–106.
14. Shweder R.A., Goodnow J., Hatano G. [et al.]. The Cultural Psychology of

Development: One Mind, Many Mentalities. (Revised and Updated) / In William Damon (Ed.). *Handbook of Child Psychology. 6-th Edition.* 2006. Vol. 1, Chap. 13. N.Y. : John Wiley and Sons.

Received 25.01.2021

For citing: Ipatov A.V. Lichnostnyj faktor autodestruktivnogo povedeniya podrostkov. *Vestnik psikhoterapii.* 2021. N 77. Pp. 54–70. (In Russ.)

Ipatov A.V. Personality factor of autodestructive behavior of adolescents. *The Bulletin of Psychotherapy.* 2021. N 77. Pp. 54–70.

УДК 316.454.52

Кольцова О.В.^{1,2}, Сухарева Ю.В.¹

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИНТЕРНЕТ-КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

¹ Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями (Россия, Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, д. 179);

² Первый Санкт-Петербургский государственный университет имени академика И.П. Павлова (Россия, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8).

В статье приводятся результаты предварительного исследования с целью изучения удовлетворенности ВИЧ-инфицированных беременных женщин интернет-консультированием как новым форматом взаимодействия между собой в группе, с психологами и врачами Центра СПИД в период пандемии COVID-19. Проанализированы данные анкетирования 65 беременных в возрасте от 21 до 40 лет, участвовавших в групповом интернет-консультировании в период с 29.07 по 25.11.2020 г. Если сравнивать с традиционной формой консультирования, которое проводилось «лицом к лицу», по результатам данного исследования интернет-консультирование можно считать более привлекательным для беременных женщин, наблюдающихся в Центре СПИД. Результаты анкетирования, проведенного в рамках данного исследования, с одной стороны, показали хорошую осведомленность пациенток по теме приверженности АРВТ, профилактике пе-

✉ Кольцова Ольга Владимировна – канд. психол. наук, зав. отделом мед. и соц. психологии Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекц. заболеваниями; доцент каф. общей и клинич. психологии, Первый С.-Петерб. гос. мед. ун-т им. акад. И.П. Павлова, (Россия, 190103, Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, д. 179), e-mail: ovkoltsova@yandex.ru;

Сухарева Юлия Владимировна – мед. психолог, Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекц. заболеваниями (Россия, 190103, Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, д. 179, e-mail: julia.rusk@mail.ru).

редачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку, а с другой стороны, выявили их новые потребности. Дородовое интернет-консультирование в группе является новой технологической моделью оказания психологической помощи ВИЧ-инфицированным беременным женщинам, решая проблему доступности, а также отвечает актуальным потребностям беременных женщин, живущих с ВИЧ.

Ключевые слова: ВИЧ, АРВТ, беременность, интернет-консультирование, психологическая помощь, «Школа для ВИЧ-инфицированных беременных».

Введение

Женщины, узнавшие о своем положительном ВИЧ-статусе во время беременности, переживают сильнейший стресс, испытывают трудности в принятии своего диагноза. Из-за страха раскрыть диагноз близким людям они могут не иметь должной поддержки со стороны родственников. Многие ВИЧ-инфицированные женщины решаются планировать детей через несколько лет после получения диагноза. «Зачастую именно адекватная психологическая и социальная помощь является решающим фактором для принятия решения о сохранении беременности» [5]. В Санкт-Петербургском Центре по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями (Центр СПИД) каждой ВИЧ-инфицированной беременной женщине предлагается консультация психолога.

С 2010 г. в Центре организовано психологическое консультирование в группе «Школа здоровья для ВИЧ-инфицированных беременных» (далее – «Школа»). Еженедельно по средам в небольшой группе женщин в течение полутора – двух часов психолог обсуждает с пациентками вопросы приверженности антиретровирусной терапии (АРВТ), трехэтапной профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку (АРВТ женщине во время беременности, в родах и АРВТ ребенку в течение 28 дней после рождения), вопросы подготовки к родам и наблюдения с ребенком в Центре СПИД. Если возникают специфические медицинские вопросы, к обсуждению просят присоединиться врачей – гинеколога и/или педиатра. Участницам также предоставляется информация о возможности получения социальной помощи по месту жительства. Пациентки получают памятки и информационные брошюры.

К началу 2020 г. существенно изменился состав беременных женщин, наблюдающихся в Центре СПИД. За десятилетний период возросла доля беременных женщин старше 30 лет и женщин с высшим и незаконченным высшим образованием. Женщины, беременность у которых наступила в 2019 г., чаще строят отношения с мужчинами, открывая своему партнеру свой ВИЧ-статус. Дискордантные по ВИЧ пары не боятся планировать семью и рождение детей. А 29 % женщин решились на сохранение

беременности без поддержки со стороны полового партнера. Смешанный состав группы, участницы которой по-разному относятся к терапии, к половым партнерам, к раскрытию своего ВИЧ-статуса, к стигматизации, имеет свои преимущества, так как дает возможность обсуждения как негативного, так и позитивного опыта жизни с ВИЧ. Задача психолога – правильно выстраивать обсуждение проблемных вопросов [3].

В марте 2020 г. в связи с пандемией COVID-19 групповые занятия были приостановлены. Тогда возникла идея проводить психологическое консультирование в группе посредством сети интернет. В июле 2020 г. специалисты отдела медицинской и социальной психологии начали проводить консультирование онлайн для ВИЧ-инфицированных беременных женщин с учетом имеющегося опыта.

Цель исследования – изучить, насколько интернет-консультирование в группе приемлемо, удобно и безопасно для ВИЧ-инфицированных беременных женщин и насколько они удовлетворены таким форматом взаимодействия со специалистами.

Материалы и методы

К участию в интернет-консультировании приглашаются ВИЧ-инфицированные женщины с установленной беременностью, не сомневающиеся в своем диагнозе, наблюдающиеся в Санкт-Петербургском Центре СПИД, имеющие действующий адрес электронной почты.

При подготовке к занятиям онлайн были разработаны: анонс интернет-консультирования в группе; информированное согласие (ИС); презентация для наглядного представления информационного материала; анкета обратной связи.

При посещении гинеколога Центра СПИД женщине сообщается о возможности участия в психологическом интернет-консультировании и предоставляется бланк информированного согласия, в котором она сама записывает свой электронный адрес, номер телефона для связи, а также указывает номер своей медицинской карты. В информированном согласии дана информация о консультировании в группе, подчеркивается добровольность участия и приватность общения (тренинг проводится только для пациентов нашего Центра СПИД). Она может задать уточняющие вопросы врачу или психологу при личной встрече или по телефону, который указан в ИС. Подписанные бланки информированного согласия гинеколог передает психологу, который организует и проводит консультирование онлайн. ИС хранятся в закрытом металлическом шкафу. По номеру медицинской

карты только специалист Центра СПИД, имеющий к ним доступ, получает возможность идентификации пациентки для подтверждения, что она наблюдается в Центре.

Каждая потенциальная участница интернет-консультирования получает индивидуальное приглашение по указанному ею электронному адресу еженедельно за два дня до начала занятий и до тех пор, пока она не посетит «Школу» или пока в ее медицинской карте не появится сообщение о родах. Таким образом, каждая беременная женщина, подписавшая ИС, может выбрать день, когда ей будет удобнее участвовать в интернет-консультировании.

В базе данных, созданной с помощью программы МО Excel, психолог собирает сведения о пациентках, приглашаемых на интернет-мероприятие. В ней записаны: e-mail, указанный в информированном согласии; номер медицинской карты; возраст; длительность наблюдения в Центре СПИД; дата участия в интернет-консультировании; срок беременности в неделях на момент участия в консультировании; актуальные (последние) показатели количества CD4-клеток и вирусной нагрузки (ПЦР РНК ВИЧ) в крови; посещение психиатра в течение последних двух лет (да / нет); наличие психического расстройства, диагностированного в течение последних двух лет (есть / нет); посещение психолога с целью обследования и консультирования в течение последних двух лет (есть / нет); наличие соматических заболеваний (инфекционных и неинфекционных), кроме ВИЧ-инфекции, указанных/выявленных в течение последних двух лет (да / нет); информация о родах/завершении беременности.

Принимая приглашение по электронной почте, женщина должна зарегистрироваться, указав свой электронный адрес и имя (по желанию – реальное или вымышленное) и принять правила участия в групповом интернет-консультировании. Перед началом занятия электронные адреса зарегистрированных участниц тщательно проверяются и отсеиваются те из них, которые не указаны в полученных информированных согласиях (сверяемся по базе данных). Если женщина при регистрации указала другой адрес, нежели тот, что записан в ИС, она не сможет принять участие в интернет-консультировании.

В анонсе заложено правило конфиденциальности: «Вы, как и другие участницы встречи, получили это приглашение, так как подписали информированное согласие на приеме у гинеколога (или у психолога) Центра. <...> Вопросы и комментарии, возникшие в ходе встречи онлайн, будут доступны только специалисту, ведущему мероприятие, и женщинам, непо-

средственно участвующим вместе с вами в групповом обсуждении. Информация, полученная в ходе этого мероприятия, может принести пользу Вам, Вашему будущему ребенку и Вашему мужу/партнеру. Вполне понятно, что после участия в групповом консультировании Вам захочется поделиться приобретенными знаниями с близкими людьми. Однако Вы не должны рассказывать им, что происходило в группе, передавать высказывания, если кто-то говорил о себе излишне откровенно. Старайтесь не нарушать приватность личной жизни участников. Мы хотим, чтобы на занятиях все чувствовали себя комфортно и безопасно».

В качестве демонстрационного материала мы создали презентацию «Что делать, если у вас ВИЧ и вы хотите иметь здоровых детей?», которая включает слайды по трем обязательным темам и нескольким дополнительным вопросам.

Первый информационный блок направлен на то, чтобы помочь беременной женщине понять, как передается ВИЧ-инфекция от матери ребенку и как предотвратить ее передачу.

По второй части рассматриваются вопросы экстренной, неотложной и плановой помощи беременным женщинам с ВИЧ (круглосуточно во время беременности, в родах и послеродовом периоде), а также даются рекомендации, что взять в роддом (список вещей для мамы и для ребенка);

По третьей части рассматриваются такие вопросы, как отказ от грудного вскармливания; как и когда определяется ВИЧ-статус ребенка, рожденного ВИЧ-инфицированной матерью; когда планировать визиты с ребенком в Центр СПИД.

Несколько слайдов были посвящены разным дополнительным вопросам, не связанным напрямую с беременностью и родами, а именно: о предварительной подготовке вопросов накануне визита врачу; о Федеральном законе от 30.03.1995 № 38-ФЗ, гарантирующем в различных жизненных ситуациях соблюдение прав и свобод людям, живущим с ВИЧ, являющимся гражданами РФ; о формулировании ответов на «неудобные» вопросы от людей, которым женщина не хочет раскрывать свой положительный ВИЧ-статус; о доступности психологической помощи; указания на полезные телефоны и сайт Центра СПИД.

Первое психологическое интернет-консультирование в группе «Школа для ВИЧ+ беременных женщин» состоялось на платформе Click-Meeting 29.07.2020 г. и в дальнейшем проводилось еженедельно. В ходе каждого занятия при обсуждении и по записям в чате психологи собирали вопросы, которые адресованы врачам. По договоренности с отделением

материнства и детства для ВИЧ-инфицированных беременных женщин создано дополнительное интернет-мероприятие «Круглый стол», где в качестве ведущих выступают врачи (акушер-гинеколог и педиатр) и психолог. «Круглый стол» проводится один раз в месяц, и на нем врачи отвечают на вопросы беременных, собранные психологом на еженедельных консультациях «Школы», а также заданные врачам непосредственно в ходе встречи на «Круглом столе». Очень важно подчеркнуть, что на дополнительное занятие при участии врачей приглашаются пациентки, которые уже участвовали в занятиях «Школы», то есть получили предварительную подготовку по базовым темам и навыки общения при консультировании онлайн.

При проведении предварительного исследования для статистического анализа использовалась программа IBM SPSS Statistics 22, описательные статистики.

Результаты

Данные были собраны и проанализированы за период с 29 июля по 25 ноября 2020 г. При проведении группового интернет-консультирования беременных в обсуждении от начала до конца занятия участвовали 65 женщин. Если женщина проявилась в сети на несколько минут, ее оставляли в списке приглашаемых с учетом того, что могла возникнуть ситуация, не позволяющая ей оставаться в сети. При еженедельном мониторинге по электронным медицинским картам установлено, что 15 женщин родили, так и не воспользовавшись приглашением участвовать в интернет-консультировании. Четыре женщины выбыли из числа потенциальных участниц в связи с прерыванием беременности (две пациентки по причине медицинского аборта, одна – в связи с неразвившейся беременностью и одна – в связи с замершей беременностью).

Средний возраст пациенток, полностью участвующих в интернет-консультировании – 32,3 года (от 21 до 40 лет). 41 женщина (63,1 %) нашла возможность участвовать в интернет-консультировании до выхода в декретный отпуск (до 30-й недели беременности). В числе потенциальных участниц (приглашения отправлены, но они еще не подключались и не родили) остаются 102 беременные женщины.

Еженедельно мы высылаем приглашения более чем 100 беременным женщинам, но к обсуждению в «Школе» присоединяются от 2 до 8 пациенток, а на «Круглом столе» – до 13 участниц. Мы решили сравнить по собранным нами характеристикам участниц интернет-консультирования с теми, кто был приглашен, но не участвовал (табл. 1), а также активных па-

циенток, участвовавших и в «Школе», и на «Круглом столе», с теми, кто ограничился участием в занятиях «Школы» и не проявил интереса к «Круглому столу» (табл. 2).

Таблица 1

Показатели женщин в зависимости от участия / неучастия в групповом консультировании

Показатель	Беременные женщины	
	участницы консультирования (n = 65)	не принявшие участия в консультировании (n = 15)
Взяты под диспансерное наблюдение в Центре СПИД до 2019 г.	51 78,5 %	13 86,7 %
Посещение психиатра в течение последних двух лет (есть / нет)	17 26,2 %	5 33,3 %
Наличие психического расстройства, диагностированного в течение последних двух лет	9 13,8 %	4 26,7 %
Посещение психолога с целью обследования и/или консультирования до группового занятия в связи с беременностью	28 43,1 %	4 26,7 %
Наличие соматических заболеваний, кроме ВИЧ-инфекции	28 43,1 %	7 46,7 %

Таблица 2

Показатели женщин в зависимости от участия в групповом консультировании «Школа для ВИЧ+ беременных» и «Круглый стол»

Показатель	Участвовали только в занятиях «Школы» беременных (n = 39)	Участвовали в занятиях «Школы» и «Круглый стол» (n = 26)
Взяты под диспансерное наблюдение в Центре СПИД до 2019 г.	32 82,1 %	19 73,1 %
Наличие соматических заболеваний, кроме ВИЧ-инфекции	17 43,6 %	11 42,3 %
Посещение психиатра в течение последних двух лет (есть / нет)	11 28,2 %	6 23,1 %
Наличие психического расстройства, диагностированного в течение последних двух лет	5 12,8 %	4 15,4 %
Посещение психолога с целью обследования и/или консультирования до группового занятия в связи с беременностью	15 38,5 %	13 50 %

Так как значимых различий в сравниваемых группах мы не выявили, можно предположить, что наличие, как и отсутствие соматических и психических расстройств, стаж наблюдения в Центре СПИД не являются факторами, мотивирующими или препятствующими участию в интернет-консультировании.

Если сравнивать с традиционной формой консультирования, которое проводились «лицом к лицу» (f2f), по результатам нашего исследования интернет-консультирование можно считать более привлекательным для беременных женщин, наблюдающихся в Центре СПИД. Если в течение всего календарного 2019 года в «Школе» для беременных приняли участие 72 женщины, то при проведении группового консультирования онлайн в течение 3 месяцев в 2020 г. приняли участие 65 женщин, 26 из которых дополнительно (дважды) посетили интернет-консультирование («Школа» плюс «Круглый стол»).

Анкета обратной связи, которую предлагается заполнить в электронном виде в конце занятия, была направлена на оценку осведомленности по обсуждаемым вопросам и, как правило, не содержала ошибочных высказываний.

Анкета, которую мы предлагали заполнить после проведения «Круглого стола», была направлена на выявление значимых тем, вопросов, в обсуждении которых есть потребность участниц. В табл. 3 в обобщенном виде представлены ответы женщин на поставленные вопросы.

Таблица 3

Ответы участниц «Круглого стола» на вопросы анкеты обратной связи,
(n = 22)

Вопрос	Варианты утверждений	Кол-во отмеченных ответов	% ответов
Предстоящие роды	У меня будут впервые	13	59,1 %
	Впервые при ВИЧ, хотя ранее уже рожала	2	9,1 %
	Не первые, в том числе на фоне ВИЧ	7	31,8 %
Есть ли у Вас трудности с соблюдением схемы антиретровирусной терапии?	Мне сложно соблюдать режим приема препаратов	1	5,3 %
	Иногда я не могу вовремя приехать в Центр, чтобы получить лекарства	0	–
	Мне трудно сочетать прием препаратов с регулярным питанием	1	4,5 %
	Иногда я забываю принимать лекарства	1	4,5 %

Вопрос	Варианты утверждений	Кол-во отмеченных ответов	% ответов
	Я не испытываю особых трудностей в том, чтобы ежедневно и непрерывно принимать лекарства	20	90,9 %
Для соблюдения некоторых профилактических правил, связанных с ВИЧ, мне нужна консультация по вопросам:	Как объяснить родственникам, которые не знают мой диагноз, почему я рожая в больнице Боткина и почему я не кормлю ребенка грудью?	9	40,9 %
	Мне не с кем поделиться своей тревогой по поводу своего здоровья и здоровья ребенка	1	4,5 %
	Мой муж (парень) не обследован на ВИЧ. Как к этому относиться?	0	–
	Подобные вопросы для меня не актуальны	12	54,5 %
Насколько приемлемо для Вас общение со специалистами в формате онлайн?	Да, мне удобно по форме и по времени	18	81,8 %
	Мне подходит такая форма общения, но я предпочла бы другой день или другое время	1	4,5 %
	У меня слабый интернет	0	–
	Нет, я хотела бы встретиться со специалистами лицом к лицу	3	13,6 %
Насколько полезно для Вас общение в группе?	Да, полезно. Вопросы других участниц значимы для меня.	21	91,3 %
	Нет, я бы предпочла общаться только со специалистом (индивидуально)	0	–
	В группе я чувствую поддержку	2	8,7 %
	Групповое общение небезопасно (в плане конфиденциальности)	0	–

Обсуждение результатов

Психологическое консультирование по вопросам приверженности к лечению ВИЧ-инфекции внедрено в практику работы «Санкт-Петербургского Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» (Центр СПИД) в рамках мультидисциплинарной помощи при подготовке пациентов (мужчин и женщин) к началу антиретровирусной терапии (АРВТ) с тех пор, как лекарства против ВИЧ-инфекции стали доступными (к концу 2005 г.) [1]. Основная задача психолога в этой работе – помочь ВИЧ-инфицированному пациенту понять смысл точного ежедневного соблюдения схемы комбинированного лечения и его непрерывности. Способность настроиться на прием лекарств имеет решающее значение для успеха АРВТ [6].

По мере увеличения количества больных, начинающих терапию, психологи разработали и внедрили консультирование в группах, что было оправдано не только экономией сил консультирующих психологов, но и большей пользой для пациентов, так как групповое обсуждение облегчает понимание и принятие важных изменений в образе жизни [2].

Женщины, которые живут с диагнозом ВИЧ-инфекция несколько лет, но начинают прием АРВТ только с наступлением беременности, могут не получить должной подготовки перед началом терапии и сомневаться в профилактической ценности АРВТ (в том, что терапия защищает ребенка от заражения ВИЧ) и даже испытывать страх того, что лекарства могут навредить ребенку. Часто участницы признают, что на групповом занятии получили новую важную информацию о заболевании, о лечении, профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку. Естественное течение ВИЧ-инфекции ослабляет защиту материнского организма, тогда как АРВТ подавляет вирус, создавая условия для восстановления ее иммунитета, который защищает ребенка в утробе матери. Принятие аргументов в пользу безопасности и эффективности АРВТ способствует укреплению приверженности лечению и большему доверию системе медицинской помощи в целом. В группе снимается завеса отчуждения, уменьшается влияние стигмы, женщинам легче задавать вопросы, которые раньше боялись озвучить и, как выясняется, они в такой же степени волнуют других участниц консультирования. Участие в групповом обсуждении запускает каскад психологической помощи для женщин и для их партнеров (консультирование и психосоциальное сопровождение) [7, 8].

Психологическое интернет-консультирование ВИЧ-инфицированных беременных женщин является малоизученной темой, и публикаций, посвященных ее разработке на данный момент не обнаружено. Канадскими учеными в настоящее время проводится исследование, в котором рассматривается влияние дородового образования в режиме онлайн на различные детерминанты здоровья беременных женщин вне контекста ВИЧ-инфекции. Сообщается, что дородовое онлайн-обучение разрабатывается и внедряется некоторыми центрами здравоохранения и социального обслуживания для решения проблем доступности, а также растущих потребностей будущих родителей, продолжая предлагать традиционное групповое дородовое обучение. Подчеркивается эффективность обучения онлайн при подготовке к родам, а также влияние на уменьшение тревоги и максимальную вовлеченность партнеров. Считается, что эти результаты зависят от организации, формата и содержания образовательных услуг [9, 10]. Наше

интернет-консультирование разрабатывается для определенных пользователей также для улучшения доступности.

Результаты анкетирования, проведенного в рамках нашего исследования, с одной стороны, показали хорошую осведомленность пациенток по теме приверженности АРВТ, профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку, а с другой стороны, выявили новые потребности. Некоторые участницы предложили расширить объем обсуждаемых вопросов, предлагая подробнее останавливаться на темах маршрутизации в специализированные по ВИЧ-инфекции родильные дома, послеродового ухода за новорожденным, взаимодействия с персоналом роддомов и детских поликлиник, минимизируя стигматизацию в отношении ребенка. Большинство участниц положительно оценивают групповую форму проведения и онлайн-формат мероприятия.

Выводы

Дородовое интернет-консультирование является новой технологической моделью оказания психологической помощи ВИЧ-инфицированным беременным женщинам в сравнении с традиционным консультированием «лицом к лицу», решая проблему доступности помощи, а также отвечает актуальным потребностям беременных женщин, живущих с ВИЧ.

В России некоммерческие модели интернет-консультирования разрабатываются отдельными группами энтузиастов и не предполагают никакой оплаты. Государственные модели пока наименее многочисленны [4]. Именно поэтому мы предполагаем, что наш опыт дистанционной работы с ВИЧ-инфицированными беременными женщинами может быть интересен в первую очередь специалистам, работающим в государственных бюджетных медицинских учреждениях.

Результаты исследования помогут принять решение относительно организации и моделей предоставления помощи (психологической, образовательной) наиболее уязвимым пациенткам в сложных условиях пандемии COVID-19. Эффективность дородового интернет-консультирования по сравнению с консультированием f2f еще предстоит изучить. Возможно, для оптимизации помощи ВИЧ-инфицированным беременным даже после завершения пандемии необходимо сочетать обе формы консультирования.

Литература

1. Кольцова О.В., Сафонова П.В. О психологии, полезной для ВИЧ-медицины (к 10-летию отдела медицинской и социальной психологии в Санкт-

Петербургском Центре СПИД) // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2016. – Т. 8, № 1. – С. 69–76.

2. Кольцова О.В., Сеньковски Л.А., Сафонова П.В. [и др.] «Школа пациента» – пространство для создания у ВИЧ-инфицированных пациентов сознательной установки на ответственное поведение / Альманах «Инфекционные болезни – 2015» / под ред. А.Г. Рахмановой, А.А. Яковлева. СПб. : Изд-во ВВМ, 2015. – С. 141–147.

3. Кольцова О.В., Ханевская А.Г. Беременные ВИЧ-инфицированные женщины: что изменилось за десятилетие / Дети. Общество. Будущее: сб. науч. статей III Конгресса «Психическое здоровье человека XXI века». – М., 2020. – С. 254–256.

4. Меновщиков В.Ю. Психологическое интернет-консультирование. – М. : Смысл, 2019. – 488 с.

5. Самарина А.В., Беляков Н.А. Реализация подходов по снижению перинатальной передачи ВИЧ // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2014. – Т. 6, № 2. – С. 7–24.

6. Сизова Н.В. Особенности антиретровирусной терапии и эволюция лекарственной устойчивости ВИЧ у больных в условиях мегаполиса : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – СПб., 2014. – 44 с.

7. Улюкин И.М., Цукер Ю.М., Исаева Г.Н. Самоотношение и эмоциональный статус ВИЧ-позитивных женщин на фоне антиретровирусной терапии // Вестник психотерапии. – 2014. – № 50 (55). – С. 62–77.

8. Улюкин И.М., Рыбников В.Ю. Динамика показателей качества жизни больных ВИЧ-инфекцией // Вестник психотерапии. – 2014. – № 54 (59). – С. 120–139.

9. Шаболтас А.В. Психологическая концепция превенции ВИЧ-инфекции // Вестник психотерапии. – 2015. – № 57 (62). – С. 134–146.

10. Roch G., Borgès R. Da Silva, Fr. de Montigny [et al.] Impacts of online and group perinatal education: a mixed methods study protocol for the optimization of perinatal health services. [Электронный ресурс] / BMC Health Services Research 18, 382. 2018. URL: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3204-9> (дата обращения 07.12.20).

Поступила 08.12.2020

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

Для цитирования. Кольцова О.В., Сухарева Ю.В. Психологическое интернет-консультирование ВИЧ-инфицированных беременных женщин // Вестн. психотерапии. 2021. № 77 (82). С. 70–00.

PSYCHOLOGICAL ONLINE COUNSELING FOR HIV-INFECTED PREGNANT WOMEN

Koltsova O.V.^{1,2}, Sukhareva Yu.V.¹

¹ Saint-Petersburg Center for Prevention and Control of AIDS and infectious diseases
(Embankment of Obvodny canal, 179, St. Petersburg, Russia);

² Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University
(Tolstogo Str., 6-8, St. Petersburg, Russia).

✉ Olga Vladimirovna Koltsova – PhD Psychol. Sci., Head of medical and social psychology department, Saint-Petersburg Center for Prevention and Control of AIDS and infectious diseases (Embankment of Obvodny canal, 179, St. Petersburg, 190103, Russia); Associate Prof. at General and Clinical Psychology Department, Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University (Tolstogo Str., 6-8, St. Petersburg, 197022, Russia), e-mail: ovkoltsova@yandex.ru;

Yuliya Vladimirovna Sukhareva – Medical Psychologist, Saint-Petersburg Center for Prevention and Control of AIDS and infectious diseases (Embankment of Obvodny canal, Saint Petersburg, 179, 190103, Russia), e-mail: julia.rusk@mail.ru.

Abstract. The article presents the results of a preliminary research aimed at studying the satisfaction of HIV-infected pregnant women with online counseling, as a new format of interaction among themselves in a group, with psychologists and doctors of the AIDS Center during the COVID-19 pandemic. It was analyzed the data of the questionnaire of 65 pregnant women aged from 21 to 40 years, who participated in group online counseling in the period from 29.07 to 25.11.2020. If comparing to the traditional form of face-to-face counseling (f2f), according to this research, online counseling is more attractive for pregnant women seen at the AIDS Center. The results of the questionnaire survey conducted within the framework of this study, on the one hand, showed that patients were well aware of the topic of adherence to ART, prevention of HIV transmission from mother to child, and on the other hand, revealed their new needs. Prenatal online counseling in a group is a new technological model for providing psychological assistance to HIV-infected pregnant women, solving the problem of accessibility, and also meets the urgent needs of pregnant women living with HIV.

Keywords: HIV, ART, pregnancy, online counseling, psychological assistance, school for HIV-infected pregnant women.

References

1. Koltsova O.V., Safonova P.V. O psihologii, poleznoj dlya VIH-mediciny (k 10-letiyu otdela medicinskoj i socialnoj psihologii v Sankt-Peterburgskom Centre SPID) [On psychology useful for HIV medicine (on the 10th anniversary of the Department of Medical and Social Psychology at the St. Petersburg AIDS Center)]. *VICH-infekciya i immunosupressii* [HIV infection and immunosuppression]. 2016. Vol. 8, N 1. Pp. 69–76. (In Russ.)

2. Koltsova O.V., Senkovski L.A., Safonova P.V. [et al.] «Shkola pacienta» – prostranstvo dlya sozdaniya u VIH-inficirovannyh pacientov sozdatelnoj ustanovki na otvetstvennoe povedenie [«Patient School» – a space for creating a conscious attitude to responsible behavior in HIV-infected patients]. Almanah «Infekcionnye bolezni–

2015». Ed. A.G. Rahmanovoj, A.A. Yakovleva. Sankt-Peterburg. 2015. Pp. 141–147. (In Russ.)

3. Koltsova O.V., Hanevskaya A.G. Beremennye VIH-inficirovannye zhenshchiny: chto izmenilos za desyatiletie [Pregnant HIV-infected women: what has changed over the decade]. *Deti. Obshchestvo. Budushchee* [Children. Society. The future]. Sbornik nauchnykh statej III Kongressa «Psichicheskoe zdorove cheloveka XXI veka. Moskva. 2020. Pp. 254–256.

4. Menovshchikov V.Yu. Psichologicheskoe internet-konsultirovanie [Psychological Internet counseling]. Moskva. 2019. 488 p. (In Russ.)

5. Samarina A.V., Belyakov N.A. Realizaciya podhodov po snizheniyu perinatalnoj peredachi VIH [Implementation of approaches to reduce perinatal transmission of HIV]. *VICH-infekciya i immunosupressii* [HIV infection and immunosuppression]. 2014. Vol. 6, N 2. Pp. 7–24. (In Russ.)

6. Sizova N.V. Osobennosti antiretrovirusnoj terapii i evolyuciya lekarstvennoj ustojchivosti VIH u bolnyh v usloviyah megapolisa [Features of antiretroviral therapy and the evolution of drug resistance to HIV in patients in megapolis conditions]. *Abstract Dis. ... Dr. Med. Sci. Sankt-Peterburg*. 2014. 44 p. (In Russ.)

7. Ulyukin I.M., Cuker Yu.M., Isaeva G.N. Samootnosheniye i emocionalnyi status VIH-pozitivnykh zhenshchin na fone antiretrovirusnoi terapii [Self-wear and emotional status of HIV-positive women against the background of antiretroviral therapy]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2014. N 50 (55). P. 62–77. (In Russ.)

8. Ulyukin I.M., Rybnikov V.Yu. Dinamika pokazatelei kachestva zhizni bolnykh VIH-infekciei [Dynamics of quality of life indicators of patients with HIV infection]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2014. N 54 (59). P. 120-139. (In Russ.)

9. Shaboltas A.V. Psichologicheskaya koncepciya prevencii VIH-infekcii [Psychological concept of preventing HIV infection]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2015. N 57 (62). P. 134–146. (In Russ.)

10. Roch G., Borgès R. Da Silva, Fr. de Montigny [et al.] Impacts of online and group perinatal education: a mixed methods study protocol for the optimization of perinatal health services. *BMC Health Services Research*. 18, 382. 2018. URL: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3204-9>.

Received 08.12.2020

For citing: Koltsova O.V., Sukhareva Yu.V. Psichologicheskoe internet-konsultirovanie VICH-inficirovannykh beremennykh zhenshchin. *Vestnik psikhoterapii*. 2021. N 77. Pp. 70–83. (In Russ.)

Koltsova O.V., Sukhareva Yu.V. Psychological online counseling for HIV-infected pregnant women. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2021. N 77. Pp. 70–83.

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ КОГНИТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

¹ Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова (Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8);

² Институт физиологии им. И.П. Павлова
(Россия, г. Санкт-Петербург, наб. Макарова, д. 6).

**Исследование выполнено при поддержке РФФИ (грант № 18–013–01245
«Зрительное восприятие и мышление при шизофрении»).**

В статье рассматриваются возможности психофизиологического подхода к диагностике когнитивных процессов. Диагностика проводилась с помощью экспериментально-психологических методов и психофизиологического метода визоконтрастометрии. Обсуждается взаимосвязь восприятия, мышления, а также характеристик памяти и внимания. Проведен анализ функционального состояния магноцеллюлярной и парвоцеллюлярной зрительных систем, особенностей их взаимодействия и когнитивных функций. Полученные данные позволили установить, что активность магноцеллюлярной системы связана с особенностью рабочей памяти и свойствами внимания. Гиперактивация магноцеллюлярной системы сопровождается нарушением избирательности внимания. Обнаружен вклад магно- и парвоцеллюлярной систем (механизмы глобального и локального анализа) в осуществлении процессов мышления. Сравнительный анализ показал повышение активности магноклеточной нейронной системы (механизм глобального анализа) и снижение активности парвоклеточной системы (механизм локального анализа) при первом эпизоде шизофрении, а при хронической форме ши-

✉ Трегубенко Илья Александрович – канд. психол. наук, доц. каф. общей и клинич. психологии, Первый С.-Петерб. гос. мед. ун-т им. акад. И.П. Павлова (Россия, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8); e-mail: ia0505@yandex.ru;

Исаева Елена Рудольфовна – д-р психол. наук проф., зав. каф. общей и клинич. психологии, Первый С.-Петерб. гос. мед. ун-т им. акад. И.П. Павлова (Россия, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8); e-mail: isajeva@yandex.ru;

Мухитова Юлианна Владимировна – канд. психол. наук, доц. каф. общей и клинич. психологии, Первый С.-Петерб. гос. мед. ун-т им. акад. И.П. Павлова (Россия, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8); e-mail: che88@mail.ru;

Шошина Ирина Ивановна – д-р биолог. наук, гл. науч. сотр. лаб. физиологии зрения, Ин-т физиологии им. И.П. Павлова РАН (Россия, 196034, Санкт-Петербург, наб. Макарова, д. 6); e-mail: shoshinaii@mail.ru.

зофрении – снижение чувствительности (активности) обеих нейронных систем.

Ключевые слова: визуальное восприятие, когнитивные процессы, магноцеллюлярная система, парвоцеллюлярная система, контрастная чувствительность, мышление.

Введение

В современной психологии восприятие понимается как сложный психический процесс, который имеет связи не только с универсальными процессами (память, внимание), но и с мышлением [3, 5, 12]. Учитывая взаимопроникновение процессов переработки когнитивной информации, в исследовании предпринимается попытка описания связей психофизиологических показателей визуального восприятия с характеристиками «сквозных» процессов (памяти, внимания) и мышления.

В качестве основы психофизиологического подхода к диагностике восприятия предложен анализ функционального состояния магноцеллюлярной и парвоцеллюлярной зрительных систем. Магноцеллюлярные и парвоцеллюлярные нервные системы различны по чувствительности к пространственной частоте [6]. Магноцеллюлярная система наиболее чувствительна к низким пространственным частотам, парвоцеллюлярная система – к высоким пространственным частотам.

Методы

Анализ реализовывался с использованием методов визоконтрастометрии, основанной на оценке контрастной чувствительности зрительной системы, метода оценки помехоустойчивости зрительной системы, основанной на регистрации вероятности правильного ответа в задаче различения местоположения разрыва колец Ландольта, предъявляемых в условиях наложения шума разного уровня и качества, что позволяет судить об уровне внутреннего шума зрительной системы. Указанные методы позволили оценить функциональное состояние магно- и парвоклеточных нейронных сетей, обеспечивающих механизмы глобального и локального анализа информации и ее передачу в составе дорзального и вентрального потоков во фронтальные отделы коры головного мозга для построения образа, принятия решения и программирования действия.

Также использовались экспериментально-психологические методы для исследования когнитивных процессов: методики «Исключение 4-го лишнего», «Сравнение понятий», «Сходства», которые позволили судить о способности осуществлять операции анализа и синтеза, обобщения, абстрагирования, умение выделять главные, существенные признаки предмета

или понятия на образном уровне; тест Струпа «Словесно-цветовая интерференция» позволил оценить степень гибкости/ригидности когнитивного контроля, избирательности произвольного внимания и селективность мышления; методика последовательности соединений «ТМТ» (Trail Making Test), субтест А – оценить пространственную ориентацию, моторную координацию, особенности темпа психической деятельности, субтест Б – оценить управляющие функции, переключение внимания, рабочую память; «Фигуры Поппельрейтера» – оценить зрительный гнозис, способность выделить фигуру из фона; методика «Незавершенные изображения» – оценить константность восприятия, сохранность зрительного образа объекта, наличие фрагментарности восприятия. Расчет математико-статистических данных производился в программе STATISTICA 10 с использованием следующих методов статистического анализа данных: сравнительный анализ с использованием критерия Манна–Уитни, корреляционный анализ по Спирмену.

В качестве выборки выступили пациенты с заболеваниями шизофренического спектра. Было обследовано пациентов с диагнозом шизофрения (F 20), МКБ-10 (1994): 68 пациентов, средний возраст составил 34 ± 12 лет, из них 51 человек – мужчины (75%), 17 – женщины (25%). Для оценки психофизиологических и психологических параметров когнитивного функционирования в зависимости от длительности заболевания и лечения выборка была разделена на две подгруппы: 1 – пациенты с первым приступом шизофрении, без длительного антипсихотического лечения (38 чел.); 2 – пациенты с хроническим течением заболевания, длительно принимающие лекарственные антипсихотические препараты (30 чел.).

Результаты и обсуждение

По результатам психофизиологического исследования функционального состояния магноцеллюлярных и парвоцеллюлярных нейронных сетей можно заключить, что у пациентов наблюдаются рассогласования механизмов глобального и локального анализа информации, субстратом которых являются преимущественно данные нейронные сети. Пациенты с первым эпизодом шизофрении, не получавшие длительного антипсихотического лечения, демонстрировали повышение активности магноклеточной нейронной системы (механизм глобального анализа) по сравнению с психически здоровыми испытуемыми, тогда как активность парвоклеточной системы (механизм локального анализа) была снижена. Пациенты, длительно страдающие шизофренией (хронические больные) и длительно

принимавшие лекарственные антипсихотические препараты, демонстрировали снижение чувствительности (активности) обеих нейронных систем.

Пациенты с первым эпизодом шизофрении демонстрировали снижение относительно нормы контрастной чувствительности в диапазоне средних пространственных частот, так же как и хронически больные. В результате регистрации эффективности различения зашумленных изображений установлено достоверное снижение количества правильных ответов о местоположении разрыва кольца Ландольта в условиях шума у хронически больных шизофренией по сравнению с пациентами с первым эпизодом шизофрении. При этом пациенты с первым эпизодом шизофрении без длительной фармакотерапии демонстрировали одинаковую эффективность опознания зашумленных изображений в сравнении с хронически больными, получавшими длительную терапию. Полученные данные свидетельствуют о повышении уровня внутреннего шума системы зрительного восприятия по мере хронизации заболевания.

Больные шизофренией с первым психотическим эпизодом хуже справляются с выделением фигуры из фона в сравнении с хронически больными (методика «Фигуры Поппельрейтера»). Результаты представлены в табл. 1.

Таблица 1

Сравнительный анализ восприятия у пациентов с различным стажем заболевания

Показатель (количество правильных ответов)	Хронически больные	Первый эпизод	Значение U-критерия	Z-преобразованный критерий	Уровень значимости различий, p
Восприятие («Фигуры Поппельрейтера»)					
Количество узнаваемых изображений	9,44 ± 0,70	8,73 ± 0,93	332,00	2,07	0,04

Ухудшение выполнения заданий этой методики у больных шизофренией связано со снижением контрастной чувствительности в диапазоне низких пространственных частот, к которым специфична магноцеллюлярная система. В ходе психофизического эксперимента, результаты которого представлены выше, установлено, что при первом психотическом эпизоде происходит гиперактивация магноклеточной нейронной системы. Данный факт объясняет ухудшение извлечения фигуры из фона у лиц с первым эпизодом шизофрении, которое является следствием сдвига равновесия взаимодействия между концентрацией и распределением внимания в сто-

рону распределения. Психологическая диагностика характеристик памяти и внимания представлена в табл. 2.

Таблица 2

Сравнительный анализ памяти и внимания у пациентов с различным стажем заболевания

Показатель (коэффициент, время)	Хронически больные	Первый эпизод	Значение U-критерия	Z-преобразованный критерий	Уровень значимости различий, p
Методика «10 слов»					
Показатель роста запоминания слов	0,55 ± 0,45	0,76 ± 0,30	96,00	-2,08	0,04
Методика ТМТ (внимание)					
Время, сек. А	54,62 ± 25,47	50,39 ± 25,41	463,00	0,84	
Время, сек. Б	163,58 ± 92,6	125,48 ± 70,29	335,50	2,04	0,04

У пациентов на ранних стадиях заболевания (первый эпизод) показатель роста запоминания слов значимо выше (с каждым предъявлением пациенты воспроизводят больше слов), чем у хронически больных.

Для больных с хронической формой заболевания характерно неровное воспроизведение запоминаемого материала. Переключаемость внимания и скорость обработки информации (методика ТМТ, часть Б, время выполнения) у пациентов с первым эпизодом достоверно выше, чем у хронически больных шизофренией. Это согласуется с другими исследованиями [4, 5].

Можно заключить, что пациенты с первым эпизодом шизофрении без длительной фармакотерапии демонстрируют большую эффективность запоминания, более высокую скорость обработки информации и подвижность нервных процессов (гибкость когнитивного контроля), более высокие переключаемость и распределение внимания по сравнению с хроническими пациентами с шизофренией, принимающими длительное лечение. Однако пациенты первой группы давали больше ложных опознаний при восприятии зрительных образов и ложных воспроизведений при запоминании слов. Это отражает остроту психического состояния и может быть объяснено гиперактивацией магноклеточной нейронной системы, изменением характера взаимодействия магно- и парвоклеточной нейронных систем и, соответственно, нарушением равновесия во взаимодействии между процессами концентрации и распределения внимания в сторону распределения.

Далее нами был проведен корреляционный анализ физиологических показателей и психологических параметров исследования процессов памяти, восприятия, внимания и мышления, по результатам которого были построены корреляционные плеяды (рис. 1–3).

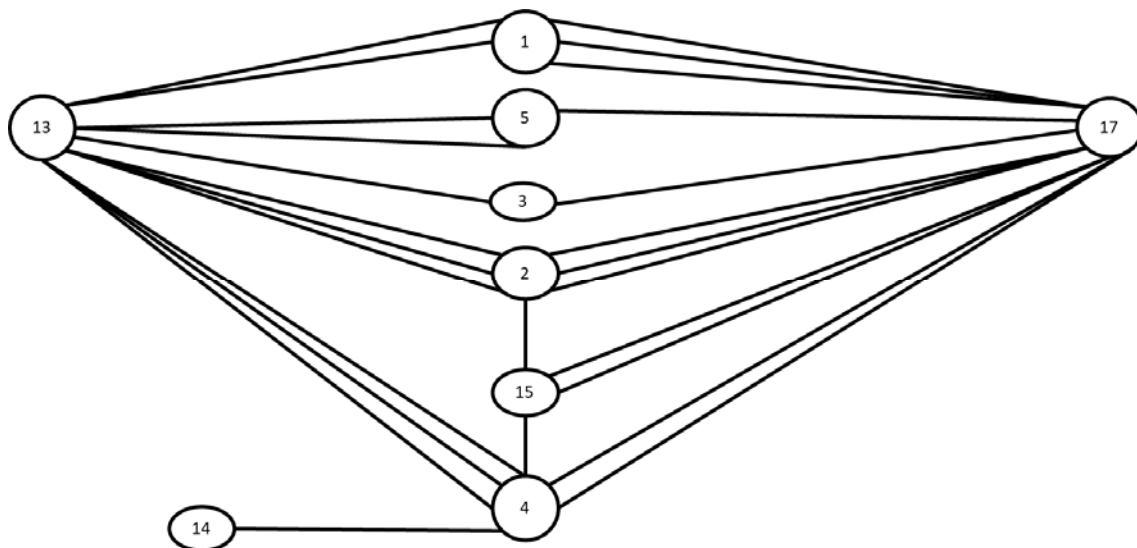


Рис. 1. Корреляционная плеяда физиологических показателей

с характеристиками памяти, где:

- — уровень значимости $p \leq 0,05$;
- ===== — уровень значимости $p \leq 0,01$;
- ===== — уровень значимости $p \leq 0,001$;

- 1 – 1 предъявление (методика «10 слов»);
- 2 – 4 предъявление;
- 3 – 5 предъявление;
- 4 – ретенция (методика «10 слов»);
- 13 – среднее по 5 пробам памяти (методика «10 слов»);
- 14 – низкие частоты (контрастная чувствительность);
- 15 – средние частоты (контрастная чувствительность);
- 16 – высокие частоты (контрастная чувствительность);
- 17 – помехоустойчивость с шумом.

Установлено, что показатели памяти по методике «10 слов» (рис. 1), а именно: количество правильно воспроизведенных слов в пробах, усредненный показатель результативности по 5 пробам и отсроченного воспроизведения, имеют выраженную прямую корреляционную связь с контрастной чувствительностью в диапазоне низких пространственных частот, к которым специфична магноцеллюлярная нейронная система, обеспечивающая глобальный механизм анализа зрительного поля. Отростки нейронов магноцеллюлярной системы формируют дорзальный путь передачи

информации из каудальных отделов во фронтальные зоны коры, которые отвечают за контроль, принятие решений и программирование действий [4].

Выявлено, что отсроченное воспроизведение имеет выраженную корреляционную связь с контрастной чувствительностью в диапазоне высоких пространственных частот, к которым специфична парвоцеллюлярная нейронная система, обеспечивающая локальный анализ зрительного поля. Отростки нейронов парвоцеллюлярной системы формируют вентральный путь передачи информации из каудальных отделов во фронтальные зоны коры [7].

Полученные данные свидетельствуют о том, что магноцеллюлярная нейронная система включена в процессы памяти и обеспечивает процедурное запоминание, так как нейроны магноцеллюлярной системы специфичны к оценке движения и, соответственно, включены в моторное научение. Процедурное запоминание основано на запоминании последовательности действий без обращения к содержательной стороне и улавливания сути, определяет автоматизацию действий, лежащих в основе формирования привычек и навыков [2, 9]. Тот факт, что показатель отсроченного воспроизведения связан с контрастной чувствительностью в диапазоне высоких пространственных частот, свидетельствует о вовлечении парвоцеллюлярной нейронной сети в процессы памяти, вероятно за счет установления семантических связей.

Таким образом, продемонстрирована важность взаимодействия магно- и парвоцеллюлярной нейронных сетей в обеспечении процессов памяти. При этом наибольший вклад в эффективность отсроченного воспроизведения вносит контрастная чувствительность в диапазоне высоких пространственных частот, связанная с работой парвоцеллюлярной системы [1, 11, 12].

Обратимся к анализу взаимосвязей парво- и магносистем с характеристиками восприятия и внимания (рис. 2).

Установлена выраженная прямая корреляция между контрастной чувствительностью в диапазоне низких, средних и высоких пространственных частот с количеством правильно достроенных образов в методике «Незавершенные изображения» и, соответственно, обратная корреляция с количеством неверно достроенных образов.

Кроме того, относительно контрастной чувствительности в диапазоне низких пространственных частот показана выраженная прямая взаимосвязь с количеством узнанных изображений в методике «Фигуры Поппелрейтера».

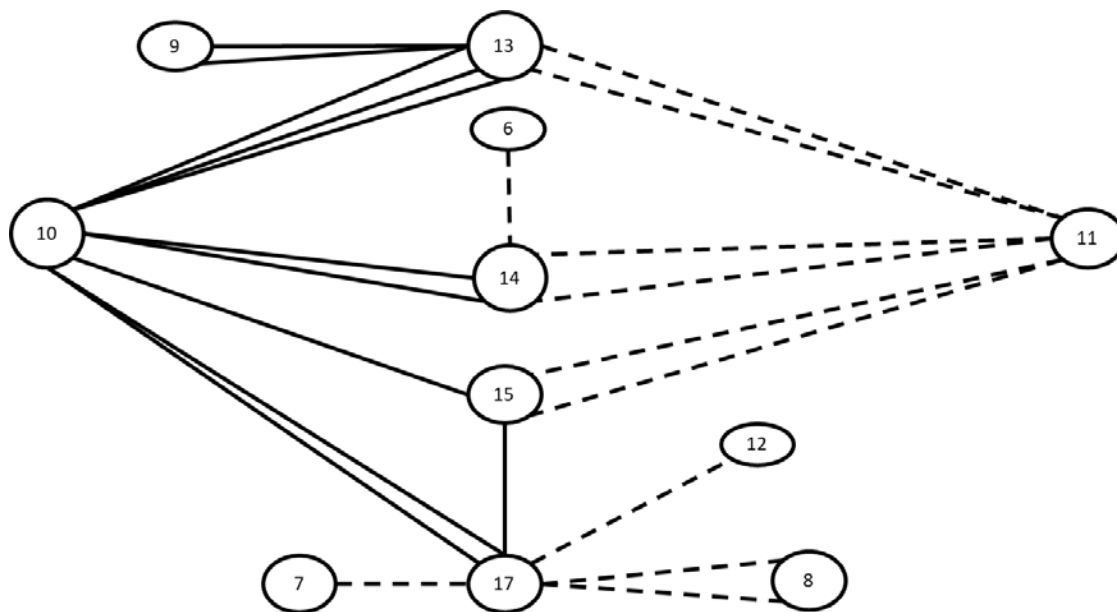


Рис. 2. Корреляционная плеяда физиологических показателей с характеристиками восприятия и внимания, где:

—————	– положительная связь $p \leq 0,05$;	- - - - -	– отрицательная связь $p \leq 0,05$;
=====	– положительная связь $p \leq 0,01$;	- - - - -	– отрицательная связь $p \leq 0,001$;
=====	– положительная связь $p \leq 0,001$;		

- 6 – коэффициент ригидности (методика Струпа);
- 7 – время в секундах (ТМТ внимание);
- 8 – количество ошибок (ТМТ внимание);
- 9 – количество узнанных изображений («Фигуры Поппельрейтера»);
- 10 – количество узнанных изображений («Незавершенные изображения»);
- 11 – количество неузнанных изображений («Незавершенные изображения»);
- 12 – искажения в восприятии («Незавершенные изображения»);
- 13 – низкие частоты (контрастная чувствительность);
- 14 – средние частоты (контрастная чувствительность);
- 15 – высокие частоты (контрастная чувствительность);
- 17 – помехоустойчивость с шумом.

Полученные результаты свидетельствуют о роли каждой из нейронных систем и их взаимодействии в задаче достраивания образа и обеспечении целостного восприятия. Также видна роль механизма глобального анализа при извлечении фигуры из фона, то есть в задаче, к выполнению которой более специфична парвоцеллюлярная система и, соответственно, механизм локального анализа информации.

Таким образом, и эта задача также решается вовлечением обеих систем и действием обоих механизмов. В очередной раз продемонстрирована важность взаимодействия магно- и парвоцеллюлярной нейронных систем, соответственно механизмов глобального и локального анализа в обеспечении восприятия, независимо от задачи [7, 8, 10].

На заключительном этапе был проведен анализ взаимосвязей физиологических показателей с характеристиками мышления (рис. 3).

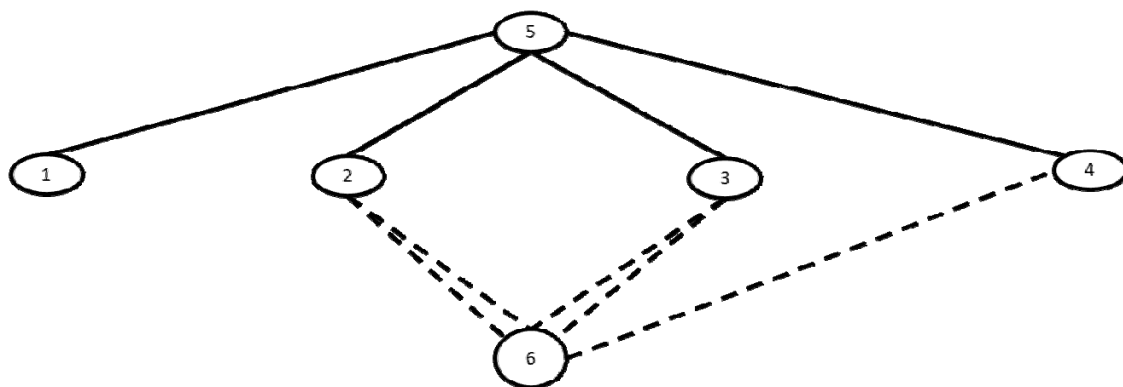


Рис. 3. Корреляционная плеяда физиологических показателей с характеристиками мышления, где:

- – положительная связь, уровень значимости $p \leq 0,05$;
- - - - - – отрицательная связь, уровень значимости $p \leq 0,05$;
- =====
===== – отрицательная связь, уровень значимости $p \leq 0,01$;

- 1 – низкие частоты (контрастная чувствительность);
- 2 – средние частоты (контрастная чувствительность);
- 3 – высокие частоты (контрастная чувствительность);
- 4 – помехоустойчивость с шумом;
- 5 – уровень обобщения (методика «Исключение 4-го»);
- 6 – искажения (методика «Исключение 4-го»).

Проведение корреляционного анализа результатов психофизиологической диагностики с исследованием мышления обнаружило корреляционную связь между контрастной чувствительностью в диапазоне средних пространственных частот с параметром «уровень обобщения» (абстрагирования и категоризации) и отрицательную корреляцию с параметром «искажение процесса обобщения» по методике «Исключение 4-го», отражающего процесс анализа и селекции существенных, релевантных признаков предметов и явлений при формировании суждений. Таким образом, показано, что процессы абстрагирования, которые обеспечиваются магноцеллюлярной системой, реализуются также и с участием парвоцеллюлярной системы, обеспечивающей локальный анализ, благодаря которому осуще-

ствляется отбор существенных, значимых (релевантных) признаков при восприятии зрительной информации. Обнаружен вклад как магно-, так и парвоцеллюлярной систем (механизмы глобального и локального анализа) в осуществление процессов мышления (абстрагирования и категоризации, оценки и отбора существенной информации), что является основой построения полноценной и реалистичной картины мира, планирования и регуляции социального поведения и выбора адекватных стратегий поведения в ситуациях социального взаимодействия.

Выводы

1. При первом эпизоде шизофрении наблюдается повышение активности магноклеточной нейронной системы и снижение активности парвоклеточной системы, по мере хронизации заболевания снижается активность обеих нейронных систем, а также снижается помехоустойчивость системы зрительного восприятия.

2. Больные с первым психотическим эпизодом хуже справляются с выделением фигуры из фона, дают больше ложных опознаний при восприятии зрительных образов в сравнении с хронически больными, что связано с остротой психического состояния и гиперактивацией магноклеточной нейронной системы на первом этапе заболевания.

3. У пациентов с первым эпизодом шизофрении скорость обработки информации и гибкость когнитивного контроля выше, чем у хронических больных, более высокие переключаемость и распределение внимания, выше эффективность запоминания, что связано с общим снижением активности магно- и парвоклеточной нейронных систем по мере хронизации заболевания и длительности лечения.

4. В мышлении процессы абстрагирования и категоризации в большей степени связаны с уровнем активности магноцеллюлярной системы, а также с согласованностью работы обеих нейронных систем, обеспечивающих процессы глобального и локального анализа информации.

5. Процессы анализа и селекции существенных (релевантных) признаков при формировании суждений связаны с активностью преимущественно парвоцеллюлярной системы (механизм локального анализа), поэтому снижение ее активности и нарушение баланса с магноцеллюлярной системой приводит к увеличению числа ответов по «латентным» признакам, ухудшению селективности и избирательности мышления.

Заключение

Получен пул данных для разработки технологии объективной диагностики нарушений мышления и восприятия при психических заболеваниях, которая позволит осуществлять мониторинг функционального состояния мозга при нервно-психических расстройствах, оценивать эффективность фармакологической терапии и ее влияние на сенсорно-когнитивные функции, тем самым обеспечить реализацию персонализированного подхода в терапии психически больных.

Совокупность выбранных для исследования психофизиологических и психодиагностических методов позволила изучить взаимосвязь восприятия и мышления при шизофрении. В результате реализации данного этапа проекта получены новые данные о взаимосвязи механизмов глобального и локального анализа зрительной информации и когнитивных нарушений при шизофрении на разных этапах заболевания, в условиях терапии и ее отсутствия. Полученные результаты позволяют предположить, что ранние сенсорные дефициты тесно взаимосвязаны с уровнем и характером функционирования более высокоорганизованных когнитивных процессов (восприятие, внимание, память и мышление).

Литература

1. Зайцева Ю.С., Саркисян Г.Р., Саркисян В.В. [и др.] Сравнительное исследование нейрокогнитивного профиля больных параноидной шизофренией и шизоаффективным расстройством с первыми психотическими эпизодами // Социальная и клиническая психиатрия. – 2011. – Т. 21, № 2. – С. 5–11.
2. Иванов М.В., Незнанов Н.Г. Негативные и когнитивные расстройства при эндогенных психозах: диагностика, клиника, терапия. – СПб. : Изд. НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2008. – 288 с.
3. Лебедева Г.Г., Исаева Е.Р. Профили когнитивного дефицита при параноидной шизофрении и шизотипическом расстройстве // Клиническая и специальная психология. – 2017. – Т. 6, № 1. – С. 79–94.
4. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии : учеб. пособие для студ. учреждений высш. проф. образования. – М. : Издательский центр «Академия», 2013. – 384 с.
5. Мосолов С.Н., Кабанов С.О. Динамика когнитивного дефицита у больных с первым эпизодом шизофрении и хроническим течением болезни при лечении кветиапином (сероквель) // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2005. – № 1. – С. 6–11.
6. Мухитова Ю.В. Нарушения когнитивных функций у больных шизофренией с разной степенью выраженности психического дефекта // Уч. зап. ун-та им. П.Ф. Лесгафта. – 2013. – № 8 (102). – С. 117–124
7. Шошина И.И., Шелепин Ю.Е., Вершинина Е.А., Новикова К.О. Функциональные особенности магноцеллюлярной и парвоцеллюлярной систем при шизофрении // Вестник Южно-Уральского гос. ун-та. Серия «Психология». –

2014. – Т. 27, № 4. – С. 10–16.

8. Harvey P.D., Keefe R.S.E. Clinical neuropsychology of schizophrenia // Neuropsychological assessment of neuropsychiatric and neuromedical disorders / Ed. I. Grant, K. M. Adams. – NY.: Oxford University Press, 2009. – Pp. 507–522.

9. Isaeva E.R., Lebedeva G.G., Simon Y.A. On the issue of choosing psychodiagnostic methods of measuring and scoring of cognitive deficit in case of schizophrenia // Journal of Evaluation in Clinical Practice. – 2018. – Vol. 24, Iss. 4. – P. 803–806. <https://doi.org/10.1111/jep.12886>.

10. Kalkstein S., Hurford I., Gur R.C. Neurocognition in schizophrenia // Behavioral neurobiology of schizophrenia and its treatment / Ed. R. Swerdlow Neal. – Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2010. – P. 373–390.

11. Penades R., Franck N., González-Vallespí L., Dekerle M. Neuroimaging Studies of Cognitive Function in Schizophrenia // Medical Biology. – 2019. – № 1118. – P. 117–134. doi: 10.1007/978-3-030-05542-4_6.

12. Peskin N., Koren D., Gabay Sh. Subcortical neural tracks play an important role in executive function in schizophrenia: An experimental study among patients with schizophrenia and healthy // Schizophrenia Research: Cognition. – 2020. – Vol. 22, Iss. 1. doi: 10.1016/j.scog.2020.100185.

13. Savla G.N., Savla G.N., Moore D.J., Palmer B.W. Cognitive functioning // Clinical handbook of schizophrenia / Ed. K.T. Mueser, D.V. Jeste. – NY.: Guilford Press, 2008. – P. 91–99.

Поступила 08.12.2020

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

Для цитирования. Трегубенко И.А., Исаева Е.Р., Мухитова Ю.В., Шوشина И.И. Психофизиологический подход к диагностике когнитивных процессов при шизофрении // Вестн. психотерапии. 2021. № 77 (82). С. 84–98.

PSYCHOPHYSIOLOGICAL APPROACH TO THE DIAGNOSTICS OF COGNITIVE PROCESSES IN SCHIZOPHRENIA

Tregubenko I.A.¹, Isaeva E.R.¹, Mukhitova Y.V.¹, Shoshina I.I.²

¹ Pavlov First Saint Petersburg State Medical University
(Tolstogo Str., 6–8, St. Petersburg, Russia);

² Pavlov Institute of Physiology, Russian Academy of Science
(Makarova emb., 6, St. Petersburg, Russia).

Abstract. The article discusses the possibilities of the psychophysiological approach to the assessment of cognitive functions. Diagnostics was carried out using the psychophysiological method of visiocontrastometry and psychological methods. The

relationship of perception, thinking process as well as the characteristics of memory and attention is discussed. The functional state of the magnocellular and parvocellular visual systems, characteristics of their interaction with cognitive functions was analyzed. The data obtained made it possible to establish that the activity of the magnocellular system is associated with working memory features and the properties of attention. Hyperactivation of the magnocellular system is accompanied by a violation of the selective attention. The contribution of magnocellular and parvocellular systems (mechanisms of global and local analysis) to the implementation of thinking processes has been discovered. Comparative analysis showed an increase in the activity of the magnocellular neural system (the mechanism of global analysis) and a decrease in the activity of the parvocellular system (the mechanism of local analysis) in the first episode of schizophrenia, and a decrease in the sensitivity (activity) of both neuronal systems in the chronic form of schizophrenia.

Keywords: visual perception, cognitive processes, magnocellular system, parvocellular system, contrast sensitivity, thinking process.

✉ Ilya Aleksandrovich Tregubenko – PhD Psychol. Sci., Associate Professor of the Department of General and Clinical Psychology, Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University (Tolstogo Str., 6–8, St. Petersburg, 197022, Russia); e-mail: ia0505@yandex.ru;

Elena Rudolfovna Isaeva – Dr. Psychol. Sci. Full Professor, Head of the Department of General and Clinical Psychology, Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University (Tolstogo Str., 6–8, St. Petersburg, 197022, Russia); e-mail: isajeva@yandex.ru;

Yulianna Vladimirovna Mukhitova – PhD Psychol. Sci., Associate Professor of the Department of General and Clinical Psychology, Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University (Tolstogo Str., 6–8, St. Petersburg, 197022, Russia); e-mail: che88@mail.ru;

Irina Ivanovna Shoshina – Dr. Biology. Sci., Principal Research Associate of the Laboratory of Physiology of Vision, Pavlov Institute of Physiology (Makarova emb., 6, St. Petersburg, 199034, Russia); e-mail: shoshinaii@mail.ru.

References

1. Zajceva Yu.S., Sarkisyan G.R., Sarkisyan V.V. [et al.] Sravnitelnoe issledovanie nejrokognitivnogo profilya bolnyh paranoidnoj shizofreniej i shizoaffektivnym rasstrojstvom s pervymi psihoticheskimi epizodami [Comparative study of neurocognitive profile of patients with paranoid schizophrenia and schizoaffective disorder with first psychotic episodes]. *Socialnaya i klinicheskaya psichiatriya* [Social and clinical psychiatry]. 2011. Vol. 21, N 2. Pp. 5–11. (In Russ.)
2. Ivanov M.V., Neznanov N.G. Negativnye i kognitivnye rasstrojstva pri endogennyh psihozah: diagnostika, klinika, terapiya [Negative and cognitive disorders in endogenous psychoses: diagnosis, clinic, therapy]. Sankt-Peterburg. 2008. 288 p. (In Russ.)
3. Lebedeva G.G., Isaeva E.R. Profili kognitivnogo deficita pri paranoidnoj shizofrenii i shizotipicheskom rasstrojstve [Profiles of cognitive deficits in paranoid schizophrenia and schizotypic disorder]. *Klinicheskaya i specialnaya psihologiya*

[Clinical and special psychology]. 2017. Vol. 6, N 1. Pp. 79–94. (In Russ.)

4. Luriya A.R. Osnovy nejropsihologii [Fundamentals of neuropsychology]: ucheb. posobie. Moskva. 2013. 384 p. (In Russ.)

5. Mosolov S.N., Kabanov S.O. Dinamika kognitivnogo deficita u bolnyh s pervym epizodom shizofrenii i hronicheskim techeniem bolezni pri lechenii kvetiapi-nom (serokvel) [Dynamics of cognitive deficits in patients with the first episode of schizophrenia and chronic course of disease in treatment with quetiapine (seroquel)]. *Psihiatriya i psihofarmakoterapiya* [Psychiatry and psychopharmacotherapy]. 2005. N 1. Pp. 6–11. (In Russ.)

6. Muhitova Yu.V. Narusheniya kognitivnyh funkciy u bolnyh shizofreniej s raznoj stepenyu vyrashennosti psicheskogo defekta [Cognitive impairment in patients with schizophrenia with different degrees of severity of mental defect]. *Uchenye zapiski universiteta imeni P.F. Lesgafta* [Scholars notes of P.F. Lesgaft University]. 2013. N 8 (102). Pp. 117–124. (In Russ.)

7. Shoshina I.I., Shelepin Yu.E., Vershinina E.A., Novikova K.O. Funkcionalnye osobennosti magnocellyulyarnoj i parvocellyulyarnoj sistem pri shizofrenii [Functional features of magnocellular and parvocellular systems in schizophrenia]. *Vestnik Yuzhno-Uralskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya «Psichologiya»* [Bulletin of South Ural State University. Series «Psychology»]. 2014. Vol. 27, N 4. Pp. 10–16. (In Russ.)

8. Harvey P.D., Keefe R.S.E. Clinical neuropsychology of schizophrenia. *Neuropsychological assessment of neuropsychiatric and neuromedical disorders*. Ed. I. Grant, K. M. Adams. NY.: Oxford University Press, 2009. Pp. 507–522.

9. Isaeva E.R., Lebedeva G.G., Simon Y.A. On the issue of choosing psychodiagnostic methods of measuring and scoring of cognitive deficit in case of schizophrenia. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2018. Vol. 24, Iss. 4. Pp. 803–806. <https://doi.org/10.1111/jep.12886>.

10. Kalkstein S., Hurford I., Gur R.C. Neurocognition in schizophrenia. *Behavioral neurobiology of schizophrenia and its treatment*. Ed. R. Swerdlow Neal. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2010. Pp. 373–390.

11. Penades R., Franck N., González-Vallespí L., Dekerle M. Neuroimaging Studies of Cognitive Function in Schizophrenia. *Medical Biology*. 2019. N 1118. Pp. 117–134. doi: 10.1007/978-3-030-05542-4_6.

12. Peskin N., Koren D., Gabay Sh. Subcortical neural tracks play an important role in executive function in schizophrenia: An experimental study among patients with schizophrenia and healthy. *Schizophrenia Research: Cognition*. 2020. Vol. 22, Iss. 1. doi: 10.1016/j.scog.2020.100185.

13. Savla G.N., Savla G.N., Moore D.J., Palmer B.W. Cognitive functioning. *Clinical handbook of schizophrenia*. Ed. K.T. Mueser, D.V. Jeste. NY.: Guilford Press, 2008. Pp. 91–99.

Received 08.12.2020

For citing: Tregubenko I.A., Isaeva E.R., Mukhitova Y.V., Shoshina I.I. Psihofiziologicheskij podhod k diagnostike kognitivnyh processov pri shizofrenii. *Vestnik psikhoterapii*. 2021. N 77. Pp. 84–98. (In Russ.)

Tregubenko I.A., Isaeva E.R., Mukhitova Y.V., Shoshina I.I. Psychophysiological approach to the diagnostics of cognitive processes in schizophrenia. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2021. N 77. Pp. 84–98.

УДК 615.851

**С.В. Харитонов, Д.И. Тагирова, И.В. Ксенофонтова,
Н.П. Лямина, М.В. Голубев**

ВЛИЯНИЕ НА УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩЬЮ АНКЕТ, ЗАОСТРЯЮЩИХ ВНИМАНИЕ НА ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ ВПЕЧАТЛЕНИЯХ ОТ ПОЛУЧАЕМЫХ ПРОЦЕДУР

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

В настоящем исследовании приняли участие 229 больных, получающих реабилитационную помощь в связи с широким спектром заболеваний позвоночника и суставов и последствиями травм. Проводилась оценка удовлетворенности больных медицинской помощью в зависимости от того, применялись ли анкеты, концентрирующие внимание больных на положительных ощущениях, связанных

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

Тагирова Диляра Ильясовна – зав. консульт.-диагност. отделением ф-ла № 2, Московский науч.-практ. центр мед. реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы (Россия, 109316, Москва, ул. Талалихина, д. 26 А), e-mail: mnpcsm-f2@zdrav.mos.ru;

Ксенофонтова Ирина Васильевна – канд. мед. наук, зав. ф-лом № 2, Московский науч.-практ. центр мед. реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы (Россия, 109316, Москва, ул. Талалихина, д. 26 А), e-mail: mnpcsm-f2@zdrav.mos.ru;

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

Голубев Михаил Викторович – д-р мед. наук проф., Московский науч.-практ. центр мед. реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы (Россия, 105120, Москва, ул. Земляной Вал, д. 53), e-mail: golubevmisha@gmail.com.

с процедурами массажа и бальнеолечения (основная группа), или таких анкет не было (контрольная группа)

Пациенты были распределены в контрольную (46 человек) и основную (183 человека) группы. В обеих группах пациенты получали сеансы массажа и бальнеолечения. Средний возраст в обеих группах составил $62,4 \pm 8,8$ года. Мужчин в обеих группах было 73 человека, женщин 156 человек. Распределение в группы являлось рандомизированным с помощью генератора случайных чисел.

Все пациенты двукратно (до и после массажа и бальнеотерапии) заполняли опросник PPE-15, позволяющий оценивать уровень удовлетворенности больных по нескольким доменам. В основной группе отличием являлось то, что пациентам после массажа и бальнеотерапии предлагалось заполнить специально разработанную нами анкету, где фиксировалось внимание пациента на выраженности у него положительных ощущений. Анкеты предлагалось заполнять на фоне переживаемых пациентами ощущениях (с высокой вероятностью положительных), связанных с процедурой массажа или бальнеолечения.

Определено, что использование потенцирующих анкет на фоне положительных впечатлений, связанных с массажем и бальнеотерапией, способствует росту удовлетворенности медицинской помощью в части психологических аспектов функционирования. По критерию Колмогорова–Смирнова различия являлись достоверными при $p < 0,0001$ (максимальная разница = 0,38). Но применение потенцирующих анкет не приводит к статистически достоверному повышению удовлетворенности пациентов в части их информированности, не влияет на оценки, связанные с уважением к больному, не оказывает существенного воздействия на физическое состояние и оценки, касающиеся вовлеченности близких людей.

Для более непосредственной оценки субъективно осознаваемой связи между влиянием массажа и бальнеотерапии с применением анкет на уровень удовлетворенности медицинской помощью в учреждении была сформирована случайная рандомизированная группа из 90 человек (по 45 из основной и контрольной группы). Участники данной группы отвечали на вопрос о влиянии массажа и бальнеотерапии на удовлетворенность медицинской помощью в данном учреждении. По данным статистического анализа с помощью четырехпольной таблицы определены статистически достоверные различия между теми, кто заполнял потенцирующие анкеты (чаще были удовлетворены учреждением), и теми, кто не заполнял (реже были удовлетворены учреждением). Критерий Хи-квадрат = 11,072 при $p < 0,001$, а по критериям критериям V Крамера, K Чупрова, критерия ф (0,35) и критерия Пирсона (0,33) определена средняя сила связи между применением потенцирующих анкет и удовлетворенностью медицинской помощью в учреждении.

Таким образом, использование потенцирующих анкет в ассоциации с процедурами, вызывающими приятные ощущения (массаж и бальнеотерапия), способствует росту удовлетворенности больных оказываемой им медицинской помощью в учреждении.

Ключевые слова: удовлетворенность, реабилитация, восстановительная медицина, потенцирующая анкета, массаж, бальнеотерапия, психотерапия.

Введение

Известно, что установки восприятия больного в отношении предстоящего лечения могут существенно повлиять на результаты медицинского вмешательства [13, 14]. И если надежда на выздоровление и уверенность в успехе предстоящего лечения часто оказываются союзниками врача, то недоверие, опасения и подозрительность часто предвосхищают возникновение трудностей в лечебном процессе [11]. В частности, довольно распространен эффект ноцебо, когда ожидание приема лечебного воздействия оказывается существенным для возникновения негативных эффектов [8, 18]. Это актуально не только в отношении фармакологических препаратов, но и вообще любых методов лечебного воздействия, включая методы восстановительной медицины и реабилитации [20].

Современные реалии таковы, что нередкая публичная критика качества медицинской помощи может создавать негативные ожидания, беспокойство и даже тревогу у многих людей, обращающихся за лечением, что мало способствует формированию позитивных установок на выздоровление. При том что подобная критика может выглядеть оправданной [1, 2, 5], создаваемый ею настрой у пациентов способен весьма негативно сказываться на результатах лечебных мероприятий [12].

Концептуализация текущего опыта медицинской помощи – определение набора когнитивных признаков, позволяющих человеку формировать представления об этой помощи, – важная конструкция терапевтического процесса. Иначе говоря, что человек будет себе представлять об оказываемой ему медицинской помощи, такой результат лечения он и получит [19].

В то же время, хорошо известно, что положительные установки на лечение могут быть сформированы в достаточно короткий срок [9] и оказывают существенное влияние на результаты лечения. Например, в некоторых экспериментальных работах показано, что положительные ожидания лечения уменьшают клиническую боль и воспринимаемые ограничения в двигательной способности, несмотря на усиление экспериментальной боли [21]. Практика психотерапевтической помощи больным соматического профиля свидетельствует, что изменение настроения больного не только возможно, но и дает хорошие результаты для повышения качества медицинской помощи [6, 7]. Однако консультирование психотерапевтом всех поступающих на лечение больных не представляется возможным. И здесь на помощь могут приходиться разного рода анкеты и опросники, акцентирующие внимание и способствующие разработке пациентом пред-

ставлений о положительных аспектах лечебного воздействия, что может положительным образом влиять и на результаты его лечения, и на его удовлетворенность. Существуют веские основания предполагать, что такие опросники сами по себе могут быть не очень эффективны: значимую роль играет контекст их применения [10]. Так, если вопросы, акцентирующие внимание на положительных впечатлениях, задать на фоне испытываемых пациентом негативных эмоций, они могут вызвать даже обратную реакцию – усилить негативные чувства. Но если их предлагать на фоне переживаемых пациентом выраженных положительных ощущений, можно ждать их эффективности.

В реабилитации и восстановительной медицине часто применяются такие процедуры, как ручной массаж и бальнеотерапия, положительное воздействие которых на эмоциональную сферу достаточно хорошо известно. Поэтому идея применения анкет (далее обозначенных нами как потенцирующие анкеты, в силу ожидаемого синергетического эффекта от их применения), фиксирующих внимание больного на позитивных чувствах и ожиданиях результатов лечения на фоне переживаемых им положительных ощущений, возникающих в ближайший после массажа или бальнеолечения период, представляется оправданной.

Цель исследования: изучение влияния на удовлетворенность лечением анкет концентрирующих внимание больного на субъективно положительных аспектах лечебного воздействия.

Дизайн исследования

Исследование выполнено в два этапа. На 1-м этапе осуществлялась разработка анкеты, предположительно имеющей потенцирующие свойства по отношению к медицинским процедурам, часто сопровождающимся формированием положительных эмоциональных впечатлений. В частности, такими процедурами являются массаж (включая хивамат) и бальнеотерапевтические воздействия.

В анкете предлагалось измерять интенсивность положительных впечатлений. Список этих впечатлений определялся сначала на основе списка положительных эмоций, предлагаемых Р. Плутчик, и дополненных ассоциативно близкими словами, сгенерированными с помощью сервиса RusVectōrēs, вычисляющего семантические отношения между словами русского языка (по данным национального корпуса русского языка – НКРЯ и Wikipedia). После составления списка были проведены исследования, определяющие практическую приемлемость и релевантность данных слов.

Далее из этого предварительного списка отбирались слова, наиболее часто используемые пациентами для описания положительных впечатлений от массажа и бальнеотерапии.

Таким образом формировалась анкета из нескольких вопросов, которая применялась не как средство диагностики, а как инструмент психотерапевтического воздействия, призванный улучшать распознавание больными положительных эмоций, связанных с назначаемым лечением.

На 2-м этапе исследования были сформированы две группы – основная и контрольная. Пациенты распределялись рандомно с помощью генератора случайных чисел с вероятностью включения в основную или контрольную группы 4:1. В обеих группах пациенты получали как сеансы массажа, так и сеансы бальнеолечения.

Но в основной группе пациентам, практически сразу (через 1–3 минуты) после процедуры массажа или бальнеотерапии, во время отдыха, предлагалось ответить на вопросы потенцирующей анкеты. Анкеты предлагались после каждой полученной процедуры за время прохождения курса бальнеологической терапии и массажа на протяжении 7 дней со 2-го дня по 9-й день лечения (обычно 5–7 сеансов ванн и 5–7 сеансов массажа). Перед назначением курса массажа и бальнеотерапии и сразу после окончания курса пациенты также заполняли анкету PPE-15 для оценки уровня их удовлетворенности медицинской помощью. Таким образом оценивались возможные изменения удовлетворенности в обеих группах до и после курса массажа или бальнеотерапии. Отличие между группами состояло лишь в том, что пациенты основной группы после сеансов массажа и бальнеотерапии заполняли потенцирующие анкеты.

После завершения курса массажа и бальнеолечения в основной и контрольной группах задавался вопрос закрытого типа, повлиял или нет массаж (или бальнеотерапия) на удовлетворенность медицинской помощью в данном учреждении. Предполагались только три варианта ответа: «да», «нет» и «затрудняюсь ответить».

На основе полученных данных проводился полиномиальный регрессионный анализ, анализ корреляционной связи (критерий Манна–Уитни и Колмогорова–Смирнова), и применялась четырехпольная таблица сопряженности для сравнение процентных долей в группах.

Материал исследования

Пациенты, включенные в настоящее исследование, получали реабилитационную помощь на базе ГАУЗ «Московский научно-практический

центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины» Департамента здравоохранения г. Москвы, филиал № 2. Участие пациентов в исследовании являлось добровольным, в соответствии с требованиями этики проведения подобных исследований.

Всего обследовано 250 пациентов. 21 человек выбыл из исследования по разным причинам. В итоге получены данные от 229 человек. В составе основной группы было 183 человека (121 женщина, 62 мужчины) в контрольной группе было 46 человек (35 женщин, 11 мужчин). Средний возраст в обеих группах составил $62,4 \pm 8,8$ года.

В нозологическом отношении преимущественно встречались изолированно или в сочетании такие заболевания, как: дорсалгии М 54.8 (104 человека), поражения межпозвоночных дисков М51.1 (98 человек), остеохондроз М42.1 (106 человек), вторичные множественные артрозы М15.3 (47 человек), вторичные коксартрозы М16.6 (36 человек), гонартрозы М17.3, М17.4 (45 человек), вторичные артрозы других суставов (52 человека), последствия травм верхних конечностей и нижних конечностей Т92.1, Т92.3 и Т 93.5, Т93.3 (26 человек).

Всем пациентам были назначены курсы реабилитационного лечения в амбулаторно-поликлинических условиях (167 человек) и в условиях стационара (62 человека). Среди назначений были курсы массажа (или хивамат) и курсы бальнеотерапевтического лечения. В основную и контрольную группы вошли пациенты, получающие в составе комплексной помощи массаж и бальнеотерапию вместе.

Методы исследования

Опросник PPE-15 (Picker Patient Experience-15) предназначен для оценки удовлетворенности пациентов качеством оказанной им медицинской помощи. Опросник валидизирован, доказана его приемлемость по сравнению с другими аналогичными опросниками во многих исследованиях [15,17], включая некоторые сравнительные международные исследования. Проведена его русскоязычная лингвистическая адаптация и показаны его достаточно высокая надежность и внутренняя согласованность [3,4].

Опросник включает 15 вопросов и варианты ответов на них по шести содержательных областям, обозначаемым как домены опросника. Домен 1 – «Информирование и обучение», домен 2 – «Психологический аспект», домен 3 – «Уважение к пациенту», домен 4 – «Физическое состояние», домен 5 – «Вовлеченность семьи и друзей», домен 6 – «Преимущество оказания помощи». Последний домен (домен 6) в настоящем исследовании не

учитывался в связи с тем, что он необходим для оценки преемственности фармакотерапии, которая у пациентов данного ЛПУ не проводилась.

Разработка вопросов о тех или иных субъективных, положительных впечатлениях, применяемых в потенцирующей анкете, осуществлялась при помощи сервиса RusVectōrēs (<https://rusvectores.org/ru/>). Ответы на вопросы предлагалось выражать указывая интенсивность этих субъективных впечатлений определяемую с помощью визуально-аналоговой шкалы [16].

Для оценки состояния пациентов и установления диагноза использовались клинические, лабораторные и инструментальные методы исследования.

Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программы StatPlus Pro 6. Применялись методы описательной статистики, непараметрические методы исследования (Колмогорова–Смирнова, Манна–Уитни), критерий Пирсона, Хи-квадрат, Хи-квадрат с поправкой Йетса, критерий ϕ , критерий V Крамера, критерий K Чупрова, коэффициент сопряженности Пирсона (C), критерий Фишера.

Результаты

При разработке потенцирующей анкеты за основу была взята психоэволюционная классификация эмоций, на основе которой Р. Плутчик выделяет такие положительно окрашенные эмоции, как интерес, оптимизм, безмятежность, радость, восторг, любовь, принятие, доверие, восхищение.

Поиск семантических ассоциаций для этих слов по данным сервиса RusVectōrēs, вычисляющего семантические отношения между словами русского языка (по данным национального корпуса русского языка – НКРЯ и Wikipedia), позволил расширить этот список эмоций. В круглых скобках приводится косинусная близость между векторами двух слов, которая может принимать значения от -1 до 1 (значение 0 приблизительно означает, что у этих слов нет схожих контекстов и их значения не связаны друг с другом, а значение 1 свидетельствует о полной идентичности контекстов этих слов, а соответственно, об их близком значении).

Для слова «интерес» эмоционально положительными семантическими ассоциатами оказались два слова – «заинтересованность» (0,58), и «потребность» (0,51). Для слова «оптимизм» положительно окрашенными семантическими ассоциатами являются такие слова, как «уверенность» (0,63), «энтузиазм» (0,59), «бодрость» (0,55), «удовлетворенность» (0,48). Для слова «безмятежность» определено несколько положительных ассоциатов – «спокойствие» (0,61), «уют» (0,54), «веселость» (0,53), «красота»

(0,52), «очарование» (0,52), «веселье» (0,52), «комфорт» (0,36), «расслабление» (0,36). Для слова «радость» определены такие положительные ассоциаты, как «восторг» (0,72), «удовольствие» (0,69), «счастье» (0,69), «ликование» (0,67), «веселье» (0,65), «наслаждение» (0,64), «блаженство» (0,62). Для слова «восторг» положительно окрашенные слова-ассоциаты – «восхищение» (0,83), «радость» (0,72), «ликование» (0,7), «энтузиазм» (0,67), «воодушевление» (0,65), «упоение» (0,62). Для слова «любовь» эмоционально положительно окрашенными словами-ассоциатами оказались слова – «страсть» (0,7), «нежность» (0,68), «привязанность» (0,67), «влюбленность» (0,65), «добродота» (0,62), «счастье» (0,6). Для слова «принятие» нашлось только одно ассоциативно связанное слово с явной положительной окраской – «избрание» (0,51). Для слова «доверие» словами ассоциатами с положительной окраской являлись – «уважение» (0,67), «лояльность» (0,61), «благосклонность» (0,59), «симпатия» (0,58), «уверенность» (0,55), «приязнь» (0,54), «преданность» (0,53). Для слова «восхищение» положительно окрашенные слова-ассоциаты – «восторг» (0,83), «умиление» (0,68), «обожание» (0,64), «уважение» (0,62), «почтение» (0,61).

После того как эти слова были предложены 50 пациентам, получающим реабилитационную помощь, с предложением отобрать лучшие для характеристики ощущений после массажа и бальнеолечения, было определено что 7 из этих слов являются самыми часто употребляемыми и частота их использования выше границы процентиля 75 % (Q3) = 19,6. Это такие слова, как: удовлетворенность, комфорт, спокойствие, уют, удовольствие, наслаждение, расслабление. Они и вошли в окончательную версию анкеты опросника. С учетом актуальности представлений о будущем в итоге были сформулированы 10 вопросов анкеты, по каждому из которых пациентам предлагалось указать уровень выраженности на 10-бальной визуально-аналоговой шкале через 1–3 минуты после получения процедуры (массаж или бальнеолечение), когда пациенты отдыхали и существовала высокая вероятность переживания ими положительно окрашенных впечатлений. Пациентам предлагалось отметить уровень выраженности впечатлений от занятия по 10-бальной шкале (0 баллов – нет ощущения, 10 баллов – ощущения максимально выражены). Предлагалось давать все ответы письменно или мысленно, ничего не записывая, и оценивать удовлетворенность, уровень комфорта, ощущение спокойствия, ощущение уюта, ощущение удовольствия, ощущение наслаждения, выраженность приятного телесного расслабления, желание сохранять дольше имеющиеся положительные

ощущения, желание продолжать посещения сеансов массажа (ванн), надежду на положительный результат лечения.

На 2-м этапе исследования в основной группе пациентам, практически сразу (через 1–3 минуты) после процедуры массажа или бальнеотерапии предлагалось заполнять анкеты, каждый раз после сеанса. Всего в основной группе пациенты получили $6,2 \pm 0,23$ сеанса массажа и $7,4 \pm 0,31$ сеансов бальнеотерапии. В контрольной группе пациенты получили в среднем $6,4 \pm 0,25$ сеанса массажа и $7,9 \pm 0,48$ сеансов бальнеотерапии.

Средний балл в потенцирующих анкетах основной группы за семь дней лечения составил 7,86 балла, дисперсия показателей по группе составила 1,4 балла, стандартное отклонение – 1,19 балла, стандартная ошибка среднего составила 0,08 балла, медиана = 8,1, мода = 7,8 балла, коэффициент дисперсии = 0,11. Два пациента из основной группы указали очень низкие баллы (в одном случае 1, в другом 3 балла) в потенцирующей анкете. В обоих случаях было проведено консультирование этих больных, у обоих были симптомы депрессии, соответствующие критериям депрессивного эпизода средней тяжести.

Результаты обследования больных с помощью опросника PPE-15 в основной и контрольной группах до начала прохождения курса реабилитации (на 2-й день лечения) и по его окончании (на 9-й день лечения) представлены в табл. 1. Приведены средние баллы по группам.

Таблица 1

Удовлетворенность пациентов по данным опросника PPE-15 до и после прохождения курса массажа и бальнеолечения

Период исследования	До начала прохождения массажа и бальнеотерапии		После массажа и бальнеотерапии	
	основная группа	контрольная группа	основная группа	контрольная группа
Домен 1. Информирование и обучение (максимум 3 балла)	$1,09 \pm 0,85$	$1,12 \pm 0,92$	$0,98 \pm 0,82$	$1,02 \pm 0,7$
Домен 2. Психологический аспект (максимум 3 балла)	$0,81 \pm 0,77$	$0,93 \pm 0,77$	$0,45 \pm 0,77$ */ **	$0,53 \pm 0,55$ */ **
Домен 3. Уважение к пациенту (максимум 3 балла)	$0,95 \pm 0,54$	$0,93 \pm 0,46$	$0,88 \pm 0,57$	$0,95 \pm 0,41$
Домен 4. Физическое состояние (максимум 1 балл)	$0,87 \pm 0,22$	$0,7 \pm 0,22$	$0,59 \pm 0,21$ *	$0,53 \pm 0,48$ *
Домен 5. Вовлеченность семьи и друзей (максимум 2 балла)	$0,41 \pm 0,51$	$0,47 \pm 0,48$	$0,52 \pm 0,62$	$0,63 \pm 0,56$

Примечание: * – достоверные отличия в группах до и после прохождения курсов массажа и бальнеотерапии от $p < 0,05$; ** – достоверные отличия между основной и контрольной группой от $p < 0,005$.

Как видно из приведенных данных, за период прохождения реабилитационных мероприятий отмечалось статистически достоверное улучшение показателей по домену 4 (физическое состояние) в обеих группах и улучшение показателей почти в два раза по домену 2 (психологический аспект) в основной группе. Различия по домену, описывающему психологический аспект до и после сеансов массажа и бальнеотерапии в основной группе, были достоверны: по U-критерию Манна–Уитни – $Z = 2,81$ при $p = 0,0048$, по критерию Колмогорова–Смирнова максимальная разница = $0,179$ при $p = 0,0064$. В контрольной группе аналогичные показатели не являлись достоверными: по U-критерию Манна–Уитни – $Z = 1,48$ при $p = 0,13$, по критерию Колмогорова–Смирнова максимальная разница = $0,19$ при $p = 0,32$. Различия между основной и контрольной группами после окончания курсов массажа и бальнеотерапии по критерию Колмогорова–Смирнова являлись достоверными при $p < 0,0001$ (максимальная разница = $0,38$); так как выборки различались по количеству наблюдений, критерий Колмогорова–Смирнова представлялся более адекватным чем критерий Манна–Уитни.

Также в основной группе фиксировались достоверные различия до и после прохождения курсов массажа и бальнеотерапии по домену 4, описывающему физическое состояние (болевые ощущения). По U-критерию Манна–Уитни – $Z = 4,75$ при $p < 0,0001$, по критерию Колмогорова–Смирнова максимальная разница = $0,28$ при $p < 0,0001$.

В контрольной группе различия достоверными являлись по критерию Манна–Уитни – $Z = 2$ при $p = 0,04$, по критерию Колмогорова–Смирнова максимальная разница составила $0,23$ при $p = 0,13$.

Различия между группами после окончания курсов массажа и бальнеолечения были достоверными, по критерию Колмогорова–Смирнова максимальная разница составила $0,45$ при $p < 0,0001$.

Кроме опросников, пациентам предлагалось ответить на вопрос о влиянии массажа и бальнеотерапии на удовлетворенность медицинской помощью в данном медицинском учреждении.

Для анализа данных по четырехпольной таблице была создана дополнительная группа. В ее состав вошли все члены контрольной группы за исключением одного, случайно удаленного участника (всего 45 человек), и 45 человек из основной группы, отобранные с помощью генератора слу-

чайных числе при вероятности включения 25 %. Таким образом, в составе дополнительной группы были 90 пациентов, отобранные поровну и случайно из основной и контрольной групп. Пациентов, указавших, что курс массажа и бальнеотерапии положительно повлияли на удовлетворенность медицинской помощью в данном учреждении, было 59 человек (65,5 %). Из них получали после массажа и бальнеотерапии потенцирующие анкеты 37 человек (41,1 %) из основной группы и 22 человека (24,4 %) из контрольной группы. Указали, что массаж и бальнеотерапия не повлияли положительно на удовлетворенность медицинской помощью в данном учреждении (ответы «Нет» и «Затрудняюсь ответить») 31 человек (34,4 %, 8 из основной группы и 23 из контрольной). Результаты статистического анализа данных представлены в табл. 2.

Таблица 2

Анализ четырехпольных таблиц сопряженности

Критерии оценки значимости различий исходов в зависимости от воздействия фактора риска		
Наименование критерия	Значение критерия	Уровень значимости
Критерий Хи-квадрат	11,072	< 0,001
Критерий Хи-квадрат с поправкой Йейтса	9,645	0.002
Критерий Хи-квадрат с поправкой на правдоподобие	11,427	< 0,001
Точный критерий Фишера (двусторонний)	0,00099	p < 0,05
<i>Минимальное значение ожидаемого явления – 15,50</i>		
Критерии оценки силы связи между фактором риска и исходом		
Наименование критерия	Значение критерия	Сила связи*
Критерий ϕ Критерий V Крамера Критерий K Чупрова**	0,351	средняя
Коэффициент сопряженности Пирсона (C)	0,331	средняя
Нормированное значение коэффициента Пирсона (C')	0,468	относительно сильная

Примечание: * – интерпретация полученных значений статистических критериев согласно рекомендациям Rea & Parker; ** – для четырехпольной таблицы, в данных расчетах, все три критерия (ϕ , Крамера, Чупрова) принимают одно и то же значение.

Обсуждение

Полученные результаты свидетельствуют, что фиксация внимания больных на положительных ощущениях, связанных с прохождением ими сеансов массажа и бальнеотерапии, способствует росту удовлетворенности оказываемой реабилитационной помощью в учреждении. Этот рост касается такого аспекта функционирования пациентов, как психическое самочувствие. Фиксируемые с помощью анкеты PPE-15 изменения в домене 2 (психологический аспект) до и после прохождения курсов массажа и бальнеолечения свидетельствуют, что в основной группе отмечалось существенное по сравнению с контрольной группой снижение количества проблем психологического характера.

Отмечаемые в обеих группах изменения в домене 4 (физическое состояние) могут объясняться эффективностью проводимых реабилитационных мероприятий и мало ассоциированы с применением потенцирующих анкет.

Анализ, приведенный по четырехпольной таблице, позволяет оценить осознанность пациентами связи между фиксацией внимания на положительных впечатлениях, получаемых от массажа и бальнеотерапии, и психологическими аспектами удовлетворенности медицинской помощью.

Имевшиеся в двух потенцирующих анкетах указания на слабые положительные впечатления от массажа и бальнеотерапии могут являться предикторами психологического неблагополучия пациентов или некачественно выполняемой процедуры. Как бы то ни было, такие показатели требуют соответствующего реагирования и применение потенцирующих анкет оказывается полезным с точки зрения раннего распознавания возможных проблем. С другой стороны, важным является организация ненавязчивого применения анкет, чтобы иметь возможность раннего выявления неудовлетворенных пациентов и адекватного решения имеющихся у них проблем.

Выводы

1. Применение потенцирующих анкет на фоне положительных впечатлений пациентов, связанных с получаемыми ими сеансами массажа и бальнеотерапии, позволяет увеличить удовлетворенность больных медицинской помощью в части психологического состояния.

2. Пациенты, получавшие массаж и бальнеотерапию в сочетании с потенцирующими анкетами, статистически достоверно чаще указывают, что такой опыт повлиял на большую удовлетворенность медицинской помощью в учреждении.

3. Применение потенцирующих анкет не приводит к повышению удовлетворенности пациентов в части их информированности, не влияет на оценки, связанные с уважением к больному, не оказывает существенного воздействия на физическое состояние и оценки вовлеченности близких людей.

4. При фиксации низких баллов в потенцирующих анкетах представляется оправданным выяснение причин такой оценки. При этом играет роль организация ненавязчивой процедуры анкетирования.

Литература

1. Агеева Н.А. Дефекты оказания медицинской помощи: проблемы и пути решения // *Universum: медицина и фармакология*. – 2014. – № 6 (7). – С. 2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/defekty-okazaniya-meditsinskoj-pomoschi-problemy-i-puti-resheniya> (дата обращения: 16.12.2020).

2. Орлов А.Е. Современные проблемы качества медицинской помощи (обзор литературы) [Электронный ресурс] // *Вестник новых медицинских технологий*. – 2015. – № 1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-problemy-kachestva-meditsinskoj-pomoschi-obzor-literatury> (дата обращения: 16.12.2020).

3. Черкасов М.А., Геращенко Н.И., Парфеев Д.Г. [и др.] Русскоязычная версия опросника picker patient experience questionnaire: языковая и культурная адаптация // *Международ. журнал прикладных и фундаментальных исследований*. – 2018. – № 3. – С. 91–95.

4. Черкасов М.А., Черный А.Ж., Шубняков И.И. [и др.] Комплексная оценка качества оказания медицинской помощи с точки зрения пациента // *Новости хирургии*. – 2019. – Т. 27, № 1. – С. 49–58.

5. Юкиш В.Ф. Актуальные проблемы медицинского обслуживания населения России и перспективы реформирования данной сферы экономики [Электронный ресурс] // *Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук*. – 2014. – № 5-1. – С. 290–297. URL: [obsluzhivaniya-naseleniya-rossii-i-perspektivy-reformirovaniya-dannoy-sfery-ekonomiki](https://cyberleninka.ru/article/n/obsluzhivaniya-naseleniya-rossii-i-perspektivy-reformirovaniya-dannoy-sfery-ekonomiki) (дата обращения: 16.12.2020).

6. Babel P., Bajcar E.A., Adamczyk W. [et al.] Classical conditioning without verbal suggestions elicits placebo analgesia and nocebo hyperalgesia. *PLoS One*. – 2017. – Vol. 12, N 7. e0181856. doi: 10.1371/journal.pone.0181856. PMID: 28750001; PMCID: PMC5531508.

7. Bartels D.J.P., van Laarhoven A.I.M., Stroo M. [et al.] Minimizing nocebo effects by conditioning with verbal suggestion: A randomized clinical trial in healthy humans. *PLoS One*. – 2017. – Vol. 14, N 12 (9). e0182959. doi: 10.1371/journal.pone.0182959. PMID: 28910291; PMCID: PMC5598922.

8. Benedetti F., Piedimonte A. The neurobiological underpinnings of placebo and nocebo effects. *Semin Arthritis Rheum*. 2019. – N 49 (3S). – S18–S21. doi: 10.1016/j.semarthrit.2019.09.015. PMID: 31779844.

9. Blasini M., Peiris N., Wright T., Colloca L. The Role of Patient-Practitioner Relationships in Placebo and Nocebo Phenomena. *Int Rev Neurobiol*. – 2018. – N 139. – P. 211–231. doi: 10.1016/bs.irn.2018.07.033. PMID: 30146048; PMCID: PMC6176716.

10. Bräscher A.K., Witthöft M., Becker S. The Underestimated Significance of Conditioning in Placebo Hypoalgesia and Nocebo Hyperalgesia. *Pain Res Manag.* – 2018. – N 28: 6841985. doi: 10.1155/2018/6841985. PMID: 29670678; PMCID: PMC5833150.
11. Chida Y., Steptoe A. Positive psychological well-being and mortality: a quantitative review of prospective observational studies. *Psychosom Med.* 2008. – Vol. 70, N 7. – P. 741-756. doi: 10.1097/PSY.0b013e31818105ba. PMID: 18725425.
12. Dobrila-Dintinjana R., Nacinović-Duletić A. Placebo in the treatment of pain. *Coll Antropol.* – 2011. – N 35, Suppl 2. – P. 319–323. PMID: 22220463.
13. DuBois C.M., Lopez O.V., Beale E.E. [et al.] Relationships between positive psychological constructs and health outcomes in patients with cardiovascular disease: A systematic review // *Int. J. Cardiol.* 2015. – Vol. 15, N 195. – P. 265–280. doi: 10.1016/j.ijcard.2015.05.121. PMID: 26048390; PMCID: PMC4487518.
14. Flanigan D.C., Everhart J.S., Glassman A.H. Psychological Factors Affecting Rehabilitation and Outcomes Following Elective Orthopaedic Surgery // *J. Am. Acad. Orthop. Surg.* – 2015. – Vol. 23, N 9. – P. 563–570. doi: 10.5435/JAAOS-D-14-00225. PMID: 26195567.
15. Jenkinson C., Coulter A., Reeves R. [et al.] Properties of the Picker Patient Experience questionnaire in a randomized controlled trial of long versus short form survey instruments // *J. Public. Health Med.* – 2003. – Vol. 25, N 3. – P. 197–201. doi: 10.1093/pubmed/fdg049. PMID: 14575193.
16. Kersten P., White P.J., Tennant A. Is the pain visual analogue scale linear and responsive to change? // An exploration using Rasch analysis. *PLoS One.* – 2014. – Vol. 12, N 9 (6). – e99485. doi: 10.1371/journal.pone.0099485. PMID: 24921952; PMCID: PMC40557.
17. Perneger T.V., Kossovsky M.P., Cathieni F. [et al.] A randomized trial of four patient satisfaction questionnaires // *Med Care.* – 2003. Vol. 41, N 12. – P. 1343–1352. doi: 10.1097/01.MLR.0000100580.94559.AD. PMID: 14668667.
18. Pouillon L., Socha M., Demore B. [et al.] The nocebo effect: a clinical challenge in the era of biosimilars // *Expert Rev. Clin. Immunol.* – 2018. – Vol. 14, N 9. – P. 739–749. doi: 10.1080/1744666X.2018.1512406. PMID: 30118338.
19. Reicherts P., Gerdes A.B., Pauli P., Wieser M.J. Psychological Placebo and Nocebo Effects on Pain Rely on Expectation and Previous Experience // *J. Pain.* – 2016. – Vol. 17, N 3. – P. 203–214. doi: 10.1016/j.jpain.2015.10.010. PMID: 26523863.
20. Rossettini G., Camerone E.M., Carlino E. [et al.] Context matters: the psychoneurobiological determinants of placebo, nocebo and context-related effects in physiotherapy // *Arch. Physiother.* – 2020. – Vol. 11, N 10. – P. 11. doi: 10.1186/s40945-020-00082-y. PMID: 32537245; PMCID: PMC7288522.
21. Schmitz J., Müller M., Stork J. [et al.] Positive Treatment Expectancies Reduce Clinical Pain and Perceived Limitations in Movement Ability Despite Increased Experimental Pain: A Randomized Controlled Trial on Sham Opioid Infusion in Patients with Chronic Back Pain // *Psychother Psychosom.* – 2019. – Vol. 88, N 4. – P. 203–214. doi: 10.1159/000501385. PMID: 31302644.

Поступила 22.12.2020

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

Для цитирования. Харитонов С.В., Тагирова Д.И., Ксенофонтова И.В., Лямина Н.П., Голубев М.В. Влияние на удовлетворенность пациентов реабилитационной помощью анкет, заостряющих внимание на положительных впечатлениях от получаемых процедур // Вестн. психотерапии. 2021. № 77 (82). С. 98–116.

**INFLUENCE ON PATIENTS SATISFACTION WITH REHABILITATION ASSISTANCE
OF QUESTIONNAIRES FOCUSING ON POSITIVE IMPRESSIONS
OF THE PROCEDURES RECEIVED**

**Kharitonov S.V., Tagirova D.I., Ksenofontova I.V.,
Lyamina N.P., Golubev M.V.**

Moscow scientific and practical center for medical rehabilitation,
recovery and sports medicine (Str. Zemlyanoy Val, 53, Moscow, Russia)

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

Dilyara Ilyasovna Tagirova – head of the consulting and diagnostic Department of branch N 2, Moscow scientific and practical center for medical rehabilitation, recovery and sports medicine of the Department of health of the city of Moscow (Talalikhina Str., 26 A, Moscow, 109316, Russia), e-mail: mnpcsm-f2@zdrav.mos.ru;

Irina Vasilyevna Ksenofontova – PhD Med. Sci., head of branch N 2, Moscow scientific and practical center for medical rehabilitation, recovery and sports medicine of the Moscow city health Department (Talalikhina Str., 26 A, Moscow, 109316, Russia), e-mail: mnpcsm-f2@zdrav.mos.ru;

Nadezhda Pavlovna Lyamina – Dr. Med. Sci. Prof., head of the Department of medical rehabilitation, Moscow scientific and practical center for medical rehabilitation, recovery and sports medicine Of the Department of health of the city of Moscow (Str. Zemlyanoy Val, 53, Moscow, 105120, Russia), ORCID ID: 0000-0001-6939-3234; e-mail: lyana_n@mail.ru;

Mikhail Viktorovich Golubev – Dr. Med. Sci. Prof., Moscow scientific and practical center for medical rehabilitation, recovery and sports medicine recovery and sports medicine of the Department of health of the city of Moscow (Str. Zemlyanoy Val, 53, Moscow, 105120, Russia), e-mail: golubevmisha@gmail.com.

Abstract. This study involved 229 patients receiving rehabilitation care for a wide range of diseases of the spine and joints and the consequences of injuries. The assessment of patients' satisfaction with medical care was carried out depending on whether questionnaires were used to increase patients' attention to positive sensations associated with massage and balneotherapy procedures (the main group) or there were no such questionnaires (the control group)

Patients were assigned to the control group (46 people) and the main group (183 people). In both groups, patients received massage and balneotherapy sessions. The average age in both groups was 62.4 ± 8.8 years. There were 73 men and 156 women in both groups. The distribution into groups was randomized using a random number generator.

All patients completed the ppe-15 questionnaire twice (before and after massage and balneotherapy), which allows assessing the level of patient satisfaction in several domains. In the main group, the difference was that patients after massage and balneotherapy were asked to fill out a specially developed questionnaire, which recorded the patient's attention to the severity of positive feelings. The questionnaires were proposed to be filled in against the background of the sensations experienced by the patients (with a high probability of positive) associated with the massage or balneotherapy procedure.

It is determined that the use of potentiating questionnaires against the background of positive impressions associated with massage and balneotherapy contributes to the growth of satisfaction with medical care, in terms of psychological aspects of functioning. According to the Kolmogorov-Smirnov criterion, the differences were significant at $p < 0.0001$ (Maximum difference = 0.38). However, the use of potentiating questionnaires does not lead to a statistically significant increase in patient satisfaction in terms of their awareness, does not affect assessments related to respect for the patient, does not significantly affect the physical condition and assessments related to the involvement of loved ones.

For a more direct assessment of the subjectively perceived relationship between the effect of massage and balneotherapy using questionnaires on the level of satisfaction with medical care in the institution, a randomized randomized group of 90 people (45 from the main and control groups) was formed. Participants in this group answered a question about the impact of massage and balneotherapy on satisfaction with medical care in this institution. According to the statistical analysis, using a four-field table, statistically significant differences were determined between those who filled out the potentiating questionnaires (were more often satisfied with the institution) and those who did not fill out (were less often satisfied with the institution). The Chi-square test = 11.072 at $p < 0.001$, and the average strength of the relationship between the use of potentiating questionnaires and satisfaction with medical care in the institution was determined by the criteria of Kramer's V, Chuprov's K, ϕ (0.35) and Pearson's criterion (0.33).

Thus, the use of potentiating questionnaires in association with procedures that cause pleasant sensations (massage and balneotherapy) contributes to the growth of patients' satisfaction with the medical care provided to them in the institution.

Keywords: satisfaction, rehabilitation, restorative medicine, potentiating questionnaire, massage, balneotherapy, psychotherapy.

References

1. Ageeva N.A. Defekty okazaniya medicinskoj pomoshhi: problemy i puti resheniya [Defects in medical care: problems and solutions]. *Universum: medicina i farmakologiya* [Universum: medicine and pharmacology]. 2014. N 6 (7). Pp. 2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/defekty-okazaniya-meditsinskoy-pomoschi-problemy-i-puti-resheniya> (In Russ.)
2. Orlov A.E. Sovremennye problemy kachestva medicinskoj pomoshhi (obzor literatury) [Current problems of quality of care (literature review)]. *Vestnik novykh medicinskih tehnologij* [Bulletin of new medical technologies]. 2015. N 1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-problemy-kachestva-meditsinskoy-pomoschi-obzor-literatury> (In Russ.)
3. Cherkasov M.A., Gerashhenko N.I., Parfeev D.G. [et al.] Russko-yazychnaya versiya oprosnika picker patient experience questionnaire: yazykovaya i kulturnaya adaptaciya [Russian version of the questionnaire picker patient experience questionnaire: language and cultural adaptation]. *Mezhdunarodnyj zhurnal prikladnyh i fundamentalnyh issledovanij* [International Journal of Applied and Basic Research]. 2018. N 3. Pp. 91–95. (In Russ.)
4. Cherkasov M.A., Chernyj A.Zh., Shubnyakov I.I. [et al.] Kompleksnaya ocenka kachestva okazaniya medicinskoj pomoshhi s tochki zreniya pacienta [Comprehensive assessment of the quality of care from the patient's point of view]. *Novosti hirurgii* [Surgery news]. 2019. T. 27, N 1. Pp. 49–58. (In Russ.)
5. Yukish V.F. Aktualnye problemy medicinskogo obsluzhivaniya naseleniya Rossii i perspektivy reformirovaniya dannoj sfery ekonomiki [Topical problems of medical care of the population of Russia and prospects of reforming this sphere of economy]. *Aktualnye problemy gumanitarnyh i estestvennyh nauk* [Topical problems of humanities and natural sciences]. 2014. N 5–1. Pp. 290–297. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/aktualnye-problemy-meditsinskogo-obsluzhivaniya-naseleniya-rossii-i-perspektivy-reformirovaniya-dannoy-sfery-ekonomiki> (In Russ.)
6. Babel P., Bajcar E.A., Adamczyk W. [et al.] Classical conditioning without verbal suggestions elicits placebo analgesia and nocebo hyperalgesia. *PLoS One*. 2017. Vol. 12, N 7. e0181856. doi: 10.1371/journal.pone.0181856. PMID: 28750001; PMCID: PMC5531508.
7. Bartels D.J.P., van Laarhoven A.I.M., Stroo M. [et al.] Minimizing nocebo effects by conditioning with verbal suggestion: A randomized clinical trial in healthy humans. *PLoS One*. 2017. Vol. 14, N 12 (9). e0182959. doi: 10.1371/journal.pone.0182959. PMID: 28910291; PMCID: PMC5598922.
8. Benedetti F., Piedimonte A. The neurobiological underpinnings of placebo and nocebo effects. *Semin Arthritis Rheum*. 2019. N 49 (3S). S18–S21. doi: 10.1016/j.semarthrit.2019.09.015. PMID: 31779844.
9. Blasini M., Peiris N., Wright T., Colloca L. The Role of Patient-Practitioner Relationships in Placebo and Nocebo Phenomena. *Int Rev Neurobiol*. 2018. N 139. Pp. 211–231. doi: 10.1016/bs.irm.2018.07.033. PMID: 30146048; PMCID: PMC6176716.
10. Bräscher A.K., Witthöft M., Becker S. The Underestimated Significance of Conditioning in Placebo Hypoalgesia and Nocebo Hyperalgesia. *Pain Res Manag*. 2018. N 28: 6841985. doi: 10.1155/2018/6841985. PMID: 29670678; PMCID: PMC5833150.

11. Chida Y., Steptoe A. Positive psychological well-being and mortality: a quantitative review of prospective observational studies. *Psychosom Med.* 2008. Vol. 70, N 7. Pp. 741–756. doi: 10.1097/PSY.0b013e31818105ba. PMID: 18725425.
12. Dobrila-Dintinjana R., Nacinović-Duletić A. Placebo in the treatment of pain. *Coll Antropol.* 2011. N 35, Suppl 2. Pp. 319–323. PMID: 22220463.
13. DuBois C.M., Lopez O.V., Beale E.E. [et al.] Relationships between positive psychological constructs and health outcomes in patients with cardiovascular disease: A systematic review. *Int. J. Cardiol.* 2015. Vol. 15, N 195. Pp. 265–280. doi: 10.1016/j.ijcard.2015.05.121. PMID: 26048390; PMCID: PMC4487518.
14. Flanigan D.C., Everhart J.S., Glassman A.H. Psychological Factors Affecting Rehabilitation and Outcomes Following Elective Orthopaedic Surgery. *J. Am. Acad. Orthop. Surg.* 2015. Vol. 23, N 9. Pp. 563–570. doi: 10.5435/JAAOS-D-14-00225. PMID: 26195567.
15. Jenkinson C., Coulter A., Reeves R. [et al.] Properties of the Picker Patient Experience questionnaire in a randomized controlled trial of long versus short form survey instruments. *J. Public. Health Med.* 2003. Vol. 25, N 3. Pp. 197–201. doi: 10.1093/pubmed/fdg049. PMID: 14575193.
16. Kersten P., White P.J., Tennant A. Is the pain visual analogue scale linear and responsive to change? *An exploration using Rasch analysis. PLoS One.* 2014. Vol. 12, N 9 (6). e99485. doi: 10.1371/journal.pone.0099485. PMID: 24921952; PMCID: PMC40557.
17. Perneger T.V., Kossovsky M.P., Cathieni F. [et al.] A randomized trial of four patient satisfaction questionnaires. *Med Care.* 2003. Vol. 41, N 12. Pp. 1343–1352. doi: 10.1097/01.MLR.0000100580.94559.AD. PMID: 14668667.
18. Pouillon L., Socha M., Demore B. [et al.] The nocebo effect: a clinical challenge in the era of biosimilars. *Expert Rev. Clin. Immunol.* 2018. Vol. 14, N 9. Pp. 739–749. doi: 10.1080/1744666X.2018.1512406. PMID: 30118338.
19. Reicherts P., Gerdes A.B., Pauli P., Wieser M.J. Psychological Placebo and Nocebo Effects on Pain Rely on Expectation and Previous Experience. *J. Pain.* 2016. Vol. 17, N 3. Pp. 203–214. doi: 10.1016/j.jpain.2015.10.010. PMID: 26523863.
20. Rossettini G., Camerone E.M., Carlino E. [et al.] Context matters: the psychoneurobiological determinants of placebo, nocebo and context-related effects in physiotherapy. *Arch. Physiother.* 2020. Vol. 11, N 10. P. 11. doi: 10.1186/s40945-020-00082-y. PMID: 32537245; PMCID: PMC7288522.
21. Schmitz J., Müller M., Stork J. [et al.] Positive Treatment Expectancies Reduce Clinical Pain and Perceived Limitations in Movement Ability Despite Increased Experimental Pain: A Randomized Controlled Trial on Sham Opioid Infusion in Patients with Chronic Back Pain. *Psychother Psychosom.* 2019. Vol. 88, N 4. Pp. 203–214. doi: 10.1159/000501385. PMID: 31302644.

Received 22.12.2020

For citing: Kharitonov S.V., Tagirova D.I., Ksenofontova I.V., Lyamina N.P., Golubev M.V. Vliyanie na udovletvorennost pacientov reabilitacionnoj pomoshhyu anket, zaostroyayushhih vnimanie na polozhitelnyh vpechatleniyah ot poluchaemyh procedur. *Vestnik psikhoterapii.* 2021. N 77. Pp. 98–116. **(In Russ.)**

Kharitonov S.V., Tagirova D.I., Ksenofontova I.V., Lyamina N.P., Golubev M.V. Influence on patients satisfaction with rehabilitation assistance of questionnaires focusing on positive impressions of the procedures received. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2021. N 77. Pp. 98–116.

УДК 159.9.07 : 616-056.52

**И.Л. Гуреева, А.Р. Волкова, Г.В. Семикова,
Е.Л. Смурова, Е.Р. Исаева**

ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ И УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ ПОСЛЕ БАРИАТРИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова (Россия, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8)

Целью данной работы явилось исследование особенностей пищевого поведения и удовлетворенности качеством жизни у пациентов с морбидным ожирением до и после бариатрической операции, а также выявление психологических факторов повторного набора веса в послеоперационный период. В исследование включено 35 пациентов (22 женщины и 13 мужчин) с морбидным ожирением, перенесших бариатрические вмешательства в возрасте от 27 до 70 лет. Пациенты наблюдались на базе кафедры факультетской терапии и факультетской хирургии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского уни-

Гуреева Ирина Лазаревна – канд. психол. наук, доц. каф. общей и клинич. психологии, Первый С.-Петерб. гос. мед. ун-т им. акад. И.П. Павлова (Россия, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8), e-mail: irin1974@yandex.ru;

Волкова Анна Ральфовна – д-р мед. наук, проф. каф. терапии факультетской с курсом эндокринологии, Первый С.-Петерб. гос. мед. ун-т им. акад. И.П. Павлова (Россия, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8), e-mail: volkovaa@mail.ru;

Семикова Галина Владимировна – ассистент каф. терапии факультетской с курсом эндокринологии, Первый С.-Петерб. гос. мед. ун-т им. акад. И.П. Павлова (Россия, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8), e-mail: semikovagv@yandex.ru;

Смурова Елизавета Леонидовна – студент, Первый С.-Петерб. гос. мед. ун-т им. акад. И.П. Павлова (Россия, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8), e-mail: liza.smurova@gmail.com;

✉ Исаева Елена Рудольфовна – д-р психол. наук доцент, зав. каф. общей и клинич. психологии, Первый С.-Петерб. гос. мед. ун-т им. акад. И.П. Павлова (Россия, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8), e-mail: isajeva@yandex.ru.

верситета им. акад. И.П. Павлова в течение трёх лет после операции. В исследовании использовались психодиагностические методики и клинические шкалы, направленные на выявление следующих клинико-психологических характеристик пациентов: удовлетворенность качеством жизни (SF-36, BQL), особенности пищевого поведения (DEBQ, FEQ), уровень депрессии и тревоги (BDI). По результатам исследования у пациентов было выявлено стойкое нарушение пищевого поведения. До операции у пациентов преобладал экстернальный (зависимый от внешних факторов) компонент пищевого поведения, в послеоперационный период наблюдалось доминирование ограничительного пищевого поведения. Результаты послеоперационного опроса указывают на неудовлетворительное восприятие качества жизни, в то время как по результатам дооперационного опроса по психологическому компоненту здоровья и социальному функционированию, в сравнении со среднестатистическими значениями, у испытуемых наблюдались повышенные показатели. Выявлена тесная связь физиологического и эмоционального голода у пациентов с морбидным ожирением. У пациентов, дифференцирующих голод как физиологический, выявлено отсутствие стремления ограничить себя в потреблении пищи.

Ключевые слова: морбидное ожирение, бариатрическая операция, качество жизни, пищевое поведение.

Введение

В современной медицине проблема ожирения занимает одну из ведущих позиций. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, за 40 лет в мире число людей, страдающих ожирением, выросло более чем втрое. На данный момент ожирение – это глобальная эпидемия, которая охватывает миллионы людей. Ожирение является пятым по значимости фактором риска высокой смертности [7].

Бариатрические операции в настоящее время – это наиболее эффективный способ лечения морбидного ожирения как по степени снижения веса, так и по улучшению метаболических показателей. В то же время, важно отметить, что после бариатрических вмешательств, особенно наиболее эффективных гастрощунтирования (ГШ) и билиопанкреатического шунтирования (БПШ), пациент сталкивается с целым рядом проблем, требующих пожизненного контроля и терапии [5].

Психологическая оценка поведенческих, пищевых, семейных факторов ожирения должна быть неотъемлемой частью обследования пациентов перед проведением бариатрической операции. Целью психологической оценки является не только изучение индивидуальных особенностей, но и разработка индивидуального плана психологического сопровождения пациента в послеоперационном периоде. Дооперационная психологическая оценка позволит настроить пациента на долгосрочное лечение, спрогнозировать и предотвратить психологические проблемы после хирургического

вмешательства, поможет дополнить список противопоказаний к бариатрическим операциям [4].

В России существуют лишь единичные, крайне фрагментарно изложенные исследования психологических особенностей пациентов до и после проведения бариатрических операций, что не позволяет осуществлять эффективное психологическое сопровождение больных с морбидным ожирением на всем пути лечения.

Цель исследования: оценка уровня удовлетворенности качеством жизни и эмоционального состояния у пациентов с морбидным ожирением до и после проведения бариатрической операции; определение характерных особенностей нарушения пищевого поведения у бариатрических пациентов; выявление психологических факторов повторного набора веса в послеоперационный период.

Задачи исследования:

- измерить уровень удовлетворенности качеством жизни у пациентов с морбидным ожирением в до- и послеоперационный период;
- оценить уровень депрессии и тревоги у пациентов с морбидным ожирением в до- и послеоперационный период;
- определить компоненты пищевого поведения (ПП) у пациентов с морбидным ожирением в до- и послеоперационный период;
- выявить общие тенденции нарушения пищевого поведения (ПП), характерные для пациентов с морбидным ожирением.

Материалы и методы исследования

В исследование включено 35 пациентов (22 женщины и 13 мужчин) с морбидным ожирением ($\text{ИМТ} \geq 40 \text{ кг/м}^2$), перенесших бариатрические вмешательства: продольная (рукавная) резекция желудка (ПРЖ), гастрощунтирование (ГШ), в возрасте от 27 до 70 лет. Пациенты наблюдались на базе кафедры факультетской терапии и факультетской хирургии ПСПбГМУ им. ак. И.П. Павлова в течение трёх лет после операции.

В исследовании использовались психодиагностические методики и клинические шкалы, направленные на выявление следующих клинико-психологических характеристик пациентов: удовлетворенность качеством жизни, особенности пищевого поведения, уровень депрессии и тревоги.

В дооперационный период использовались методики: SF-36 – оценка физического, социально-ролевого и психологического компонентов здоровья [11], Голландский опросник пищевого поведения DEBQ [10], Шкала депрессии Бека (BDI) [8]; в послеоперационный период: BQL оценка каче-

ства жизни бариатрических пациентов [12], Трехфакторный опросник питания FEQ [9], Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS [13].

Проведена описательная статистика полученных данных, направленная на выявление общих закономерностей пищевого поведения (ПП), а также корреляционный анализ для выявления взаимосвязей между эмоциональным состоянием и ПП с целью определения мотивов и причин переедания. Для корреляционного анализа использовался параметрический коэффициент корреляции Пирсона. Также проведен качественный сравнительный анализ методик с целью анализа изменений в до- и послеоперационном периоде.

Результаты исследования

I. Описательная статистика полученных данных, полученных по результатам дооперационного опроса.

По результатам опроса по методике SF-36, измеряющей уровень качества жизни, проведенного до операции, по всем шкалам удовлетворенность пациентов качеством своей жизни находилась на среднем уровне (табл.1).

Таблица 1

Результаты самооценки физического и психологического компонентов здоровья (по методике SF-36, балл) до операции

Шкала	М ± σ
Физический компонент здоровья	41,21 ± 8,83
Физическое функционирование (PF)	55,46 ± 22,46
Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)	55,00 ± 39,20
Интенсивность боли (BP)	68,34 ± 30,32
Общее состояние здоровья (GH)	52,86 ± 18,84
Психологический компонент здоровья	44,81 ± 10,31
Жизненная активность (VT)	50,71 ± 20,01
Социальное функционирование (SF)	65,30 ± 22,72
Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	64,76 ± 44,25
Психическое здоровье (MH)	60,11 ± 16,36

По психологическому компоненту здоровья, в сравнении со среднестатистическими значениями, у 62,86 % испытуемых наблюдались повышенные показатели по шкале рольного функционирования (RE), у 48,57 % –

повышенный показатель по шкале социального функционирования (SF), также у 31,43 % наблюдались повышенные показатели по шкале психическое здоровье (MH).

В дооперационный период у пациентов наблюдались нарушения пищевого поведения. Средние показатели испытуемых по всем шкалам Голландского опросника пищевого поведения DEBQ превышали нормальные значения (табл. 2).

Таблица 2

Результаты самооценки качества жизни (по методике DEBQ, балл) до операции

Шкалы	М ± σ
Ограничительный компонент ПП	2,75 ± 0,70
Эмоциональный компонент ПП	2,43 ± 1,05
Экстернальный компонент ПП	3,26 ± 0,67

У 61,11 % испытуемых показатели по ограничительному и эмоциональному пищевому поведению были выше нормы. По экстернальному пищевому поведению у 72,22 % пациентов средние показатели значительно превышали нормальные значения.

По результатам шкалы депрессии Бека наблюдались низкие показатели, следовательно, депрессия не является специфической составляющей для данной группы пациентов.

У 76,47 % испытуемых отсутствуют депрессивные симптомы, у 20,59 % наблюдается легкая депрессия. Однако наблюдается высокая вариативность показателей, о чем говорит бóльшая по отношению к среднему значению величина статистического отклонения. Депрессия не является характерным признаком, присущим данной группе пациентов.

II. Описательная статистика данных, полученных по результатам послеоперационного опроса

Данные, полученные по опроснику VQL, измеряющего уровень качества жизни, указывают на высокую неудовлетворенность качеством жизни (табл. 3).

Так как, по нашим данным, опросник направлен больше на психологический компонент качества жизни и его субъективное восприятие, можно говорить о тенденции пациентов испытывать неудовлетворенность собственной жизнью.

Таблица 3

Результаты оценки удовлетворенности качеством жизни
(по методике BQL, балл)

Шкалы	М ± σ
Восприятие	44,46 ± 5,87
Болезнь – специфические вопросы	4,08 ± 1,08
Сумма баллов	47,54 ± 6,40

Полученные данные по Трехфакторному опроснику питания (FEQ) говорят о преобладании ограничительного компонента пищевого поведения у пациентов данной выборки (табл. 4).

Таблица 4

Результаты описательной статистики оценки качества жизни по опроснику
питания FEQ

Шкалы	М ± σ
Ограничение ПП	12,11 ± 5,29
Растормаживание	7,83 ± 3,36
Восприимчивость к голоду	5,43 ± 3,42

Относительные величины средних показателей по ограничительному пищевому поведению (ПП) выше, чем по двум другим компонентам пищевого поведения. У 60 % испытуемых значение этого показателя выше 14,00.

По результатам Госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS средние показатели по индексу тревожности составляют $7,04 \pm 4,51$, по индексу депрессии – $6,26 \pm 3,40$. У 43,48 % испытуемых показатели по шкале «тревога» превышают норму. По шкале «депрессия» у 69,57 % показатели в пределах нормы, у 21,74 % наблюдается субклинически выраженная депрессия, у 8,70 % – клинически выраженная.

III. Результаты корреляционного анализа

В рамках трехфакторного опросника питания, который был проведен после оперативного лечения, выявлена положительная корреляции по шкалам «восприимчивость к голоду» и «растормаживание» ($r = 0,43$), что может свидетельствовать о тесной связи физиологического и эмоционального голода у пациентов с морбидным ожирением. Также выявлена отрицательная корреляция по шкалам «восприимчивость к голоду» и «ограничение» ($r = -0,45$), что указывает на отсутствие стремления ограничить себя

в потреблении пищи у пациентов, дифференцирующих голод как физиологический.

Обсуждение результатов исследования

В дооперационный период пациенты с морбидным ожирением не демонстрируют неудовлетворенность качеством жизни. Напротив, некоторые показатели, направленные на описание социального функционирования, выше среднестатистических значений. Это может обуславливаться тем, что ограничения физического функционирования, связанные с физическим состоянием (ожирением), влекут за собой активизацию механизмов компенсации и гиперкомпенсации, проявляющихся в стремлении утвердить свою значимость в социальном взаимодействии, компенсировать физические недостатки повышенным социальным функционированием. Таким образом, в дооперационный период пациенты демонстрируют повышенный уровень социального функционирования и психического компонента здоровья.

После проведения бариатрической операции и снижения массы тела (МТ) у пациентов наблюдается снижение качества жизни, что может быть обусловлено актуализацией проблем, связанных с контролем веса и здоровьем. Возможно также несоответствие ожиданий от послеоперационного периода и снижения массы тела (МТ) с реальностью.

По данным нашего исследования, депрессия не является специфической составляющей для данной группы испытуемых как до, так и после проведения операции. Однако после операции пациентам данной выборки свойственно проявление тревожности, что также может сказываться на оценке качества жизни.

Пациенты с морбидным ожирением имеют стойкие нарушения пищевого поведения, которые не проходят после проведения бариатрической операции и последующим снижением веса. До операции у пациентов в структуре нарушений пищевого поведения преобладают комбинированные формы, при этом преобладает экстернальный компонент пищевого поведения.

При экстернальном пищевом поведении наблюдается повышенная реакция больного не на внутренние стимулы к приему пищи, такие как чувство голода, наполнение желудка, а на внешние стимулы – принимающий пищу человек, реклама пищевых продуктов. Пациенты с экстернальным пищевым поведением едят вне зависимости от времени последнего приема пищи. Определяющее значение имеет доступность продуктов (пе-

реедание «за компанию», перекусы на улице, избыточный прием пищи в гостях). Прием пищи часто носит неосознанный характер [1].

После операции пациентам свойственно ограничительное пищевое поведение. Для ограничительного ПП характерны хаотичные, непоследовательные эпизоды ограничения приема пищи, которые постоянно нарушаются, что ведет к декомпенсации в психической и вегетативной сфере [1, 2]. Все опрошенные испытуемые (27 человек) применяли диету для снижения массы тела. Переедание может быть следствием ограничения пациентов в еде с целью контроля и потери веса и последующим срывом (перееданием), а также недостаточной информированностью о составе продуктов и их калорийности, о традиционных поведенческих стратегиях при реакции на пищевые стимулы.

Также по данным, полученным после проведения бариатрической операции, наблюдается высокий коэффициент корреляции по шкалам «эмоциональный компонент пищевого поведения» и «восприимчивость к голоду», что может указывать на то, что испытуемые не различают физиологический и эмоциональный голод, что может являться фактором набора веса.

Положительная корреляция по шкалам «восприимчивость к голоду» и «растормаживание» также может свидетельствовать о тесной связи физиологического и эмоционального голода у пациентов с морбидным ожирением. Данные пациенты не способны различать эмоциональную составляющую пищевого поведения, принимая ее за физиологический голод, и, следовательно, удовлетворяют его. Также отрицательная корреляция по шкалам «восприимчивость к голоду» и «ограничение» указывает на отсутствие стремления ограничить себя в потреблении пищи у пациентов, воспринимающих голод как физиологический.

Выводы

1. У пациентов с морбидным ожирением наблюдается повышенный уровень социального функционирования и психического компонента здоровья, которые могут являться механизмами компенсации и гиперкомпенсации, в стремлении реализовывать себя в социальном взаимодействии. После операции у пациентов наблюдается снижение удовлетворенности качеством жизни, что вероятнее всего, обусловлено необходимостью смены привычного образа жизни и питания.

2. Наличие депрессии не является характерным для бариатрических пациентов как в до-, так и в послеоперационный период. Однако после проведения бариатрической операции у пациентов повышается тревога.

3. Пациенты с морбидным ожирением имеют стойкие нарушения пищевого поведения. У пациентов с морбидным ожирением, имеющих показания к бариатрической хирургии, преобладает экстернальный (зависимый от внешних факторов) компонент пищевого поведения, после операции ведущим компонентом пищевого поведения становится ограничение, что обусловлено тревогой из-за возможного набора веса.

4. Пациенты с морбидным ожирением не различают физиологический и эмоциональный голод, что может снижать мотивацию к сокращению потребления пищи в моменты эмоционального голода и являться фактором набора веса после операции.

Заключение

Ожирение является глобальной проблемой, охватывающей миллионы людей планеты. В этиологии состояния бариатрических пациентов одним из значимых факторов ожирения является психологический компонент пищевого поведения. В связи с этим при лечении морбидного ожирения необходимо учитывать его психологические аспекты, опираясь на мультидисциплинарный подход к лечению.

Используя психологические методики, представляется возможным разработать алгоритм, определяющий показания и противопоказания к проведению бариатрического лечения, а также организовать систему наблюдения пациентов на всех этапах их лечения, включая долгосрочное наблюдение после оперативного вмешательства [6].

В результате полученных выводов, указывающих на роль ограничительного компонента пищевого поведения у пациентов после проведения бариатрической операции и вероятных последующих срывов с набором веса, стоит уделить внимание созданию программ, направленных на информирование пациентов о составе продуктов и их калорийности, на осознание и контроль привычных поведенческих стратегий при реакции на пищевые стимулы. Также необходимо обучать пациентов различать физиологический и психологический голод для снижения потребления пищи, что позволит повысить самоконтроль при включении (воздействии) психологического компонента пищевого поведения.

По результатам нашего исследования, у пациентов после операции наблюдается субъективная неудовлетворенность качеством жизни. Субъ-

ективная неудовлетворенность качеством своей жизни является одной из причин эмоционального переедания, что может вести к повторному набору веса. Психологические программы, направленные на улучшение восприятия качества жизни, могут помочь в борьбе с ожирением и набором веса после бариатрического оперативного лечения. Пациенты, ожирение которых вызвано психологическими факторами, нуждаются в психологическом сопровождении не только на время снижения массы тела, но и для длительного ее поддержания.

Литература

1. Вознесенская Т.Г. Расстройства пищевого поведения при ожирении и их коррекция // Ожирение и метаболизм. – 2004. – № 2. – С. 2–6.
2. Волкова Е.Г., Романцева Т.И., Вознесенская Т.Г., Роик О.В. Пищевое поведение у пациентов с ожирением // Ожирение и метаболизм. – 2007. – № 2. – С. 19–20.
3. Дедов И.И. Сахарный диабет: развитие технологий в диагностике, лечении и профилактике (пленарная лекция) // Сахарный диабет. – 2010. – № 3 (48). – С. 6–13.
4. Клинические рекомендации по бариатрической и метаболической хирургии // Российское общество бариатрических хирургов; под ред. Ю.И. Яшкова. – М., 2014. – 41 с.
5. Клинические рекомендации по лечению морбидного ожирения у взрослых // Российская ассоциация эндокринологов. – М., 2014. – 31 с.
6. Мазурина Н.В., Свиридонова М.А. Эндокринные и метаболические аспекты ведения пациентов, перенесших бариатрические операции. По материалам клинических рекомендаций Общества эндокринологов // Ожирение и метаболизм. – 2012. – № 1. – С. 51–57.
7. Неймарк А.Е, Еганян Ш.А., Гринева Е.Н. Психологическое сопровождение пациентов до и после выполнения бариатрических операций // Consilium Medicum. – 2016. – N 4. – С. 53–56.
8. Beck A.T. An Inventory for Measuring Depression // Archives of general psychiatry. – 1961. – Vol. 4, N 6. – P. 561–571.
9. Stunkard A.J., Messick S. The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger // J. of Psych. Res. – 1985. – Vol. 29, N 1. – P. 71–83.
10. Van Strien T., Frijters J.E.R., Bergers G.P.A., Defares P.B. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional and external eating behavior // International Journal of Eating Disorders. – 1986. – Vol. 5, N 2. – P. 295–315.
11. Ware J.E., Kosinski M., Keller S.D. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A Users Manual // The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass. – 1994.
12. Weiner S., Sauerland S., Fein M. [et al.] The Bariatric Quality of Life (BQL) Index: A Measure of Well-being in Obesity Surgery Patients. Obesity Surgery. – 2005. – Vol. 15, N 4. – P. 538–545.

13. Zigmund A.C. Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression scale // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 1983. – Vol. 67, N 6. – P. 361–370. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.

Поступила 10.12.2020

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

Для цитирования. Гуреева И.Л., Волкова А.Р., Семикова Г.В., Смурова Е.Л., Исаева Е.Р. Особенности пищевого поведения и удовлетворенность качеством жизни у пациентов с морбидным ожирением после бариатрической операции // Вестн. психотерапии. 2021. № 77 (82). С. 116–128.

**FEATURES OF EATING BEHAVIOR AND SATISFACTION WITH THE QUALITY OF LIFE
IN PATIENTS WITH MORBID OBESITY AFTER BARIATRIC SURGERY**

Gureeva I.L., Volkova A.R., Semikova G.V., Smurova E.L., Isaeva E.R.

Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University
(Tolstogo Str., 6–8, St. Petersburg, Russia)

Irina Lazarevna Gureeva – PhD. Psychol. Sci., associate Prof. of the Department of General and clinical psychology, Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University (Tolstogo str., 6–8, St. Petersburg, 197022, Russia), e-mail: irin1974@yandex.ru;

Anna Ralfovna Volkova – Dr. Med. Sci., Prof. of the Department of faculty therapy with the course of endocrinology, Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University (Tolstogo Str., 6–8, St. Petersburg, 197022, Russia), e-mail: volkovaa@mail.ru;

Galina Vladimirovna Semikova – assistant of the Department of faculty therapy with the course of endocrinology, Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University (Tolstogo Str., 6–8, St. Petersburg, 197022, Russia), e-mail: semikovagv@yandex.ru;

Elizaveta Leonidovna Smurova – Student, Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University (Tolstogo Str., 6–8, St. Petersburg, 197022, Russia), e-mail: liza.smurova@gmail.com;

✉ Elena Rudolfovna Isaeva – Dr. Psychol. Sci. associate Prof., head of the Department of General and clinical psychology, Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University (Tolstogo Str., 6–8, St. Petersburg, 197022, Russia), e-mail: isajeva@yandex.ru.

Abstract. The aim of the study was to assess the characteristics of eating behavior and satisfaction with the quality of life in patients with morbid obesity before and after bariatric surgery, to identify patterns of re-gaining weight in the postoperative period. The study included 35 patients (22 women and 13 men) with morbid obesity who underwent bariatric intervention at the age from 27 to 70 years. The patients were observed at the Department of Faculty Therapy and Faculty Surgery of Pavlov First Saint Petersburg State Medical University for three years after the surgery. The study used psychodiagnostic techniques and clinical scales to identify the clinical and psychological characteristics of patients: satisfaction with the quality of life (SF-36, BQL), eating behavior (DEBQ, FEQ), depression and anxiety levels (BDI). The results of the study show that the patients have persistent eating disorders. Before surgical treatment, the external (dependent on external factors) component of eating behavior prevailed; in the postoperative period, the dominance of restrictive eating behavior is observed. The results of the postoperative survey indicate an unsatisfactory perception of the quality of life, while according to the results of the preoperative survey on the psychological component of health, in comparison with the average statistical values, the subjects showed increased indicators. A close relationship was revealed between physiological and emotional hunger in patients with morbid obesity. A tendency was revealed in the absence of a desire to limit oneself in food consumption in patients differentiating hunger as physiological.

Keywords: morbid obesity, bariatric surgery, quality of life, eating behavior.

References

1. Voznesenskaya T.G. Rasstrojstva pishhevogo povedeniya pri ozhireнии i ih korrekciya [Eating disorders in obesity and their correction]. *Ozhirenie i metabolizm* [Obesity and metabolism]. 2004. N 2. P. 2–6. (In Russ.)
2. Volkova E.G., Romanceva T.I., Voznesenskaya T.G., Roik O.V. Pishhevoe povedenie u pacientov s ozhireniem [Dietary behavior in obese patients]. *Ozhirenie i metabolizm* [Dietary behavior in obese patients]. 2007. N 2. Pp. 19–20. (In Russ.)
3. Dedov I.I. Saharnyj diabet: razvitie texnologij v diagnostike, lechenii i profilaktike (plenarnaya lekciya) [Diabetes: development of technologies in diagnosis, treatment and prevention (plenary lecture)]. *Saharnyj diabet* [Diabetes mellitus]. 2010. N 3 (48). P. 6–13. (In Russ.)
4. Klinicheskie rekomendacii po bariatricheskoj i metabolicheskoj hirurgii [Clinical Recommendations for Bariatric and Metabolic Surgery]. *Rossijskoe obshhestvo bariatricheskih hirurov* [Russian Society of Bariatric Surgeons]. Moskva. 2014. 41 p. (In Russ.)
5. Klinicheskie rekomendacii po lecheniyu morbidnogo ozhireniya u vzroslyh [Clinical Guidelines for the Treatment of Morbid Obesity in Adults]. *Rossijskaya asociaciya endokrinologov* [Russian Association of Endocrinologists]. Moskva. 2014. 31 p. (In Russ.)
6. Mazurina N.V., Sviridonova M.A. Endokrinnye i metabolicheskie aspekty vedeniya pacientov, perenessih bariatricheskie operacii. Po materialam klinicheskikh rekomendacij Obshhestva endokrinologov [Endocrine and metabolic aspects of management of patients undergoing bariatric surgery. Based on clinical recommendations

from the Society of Endocrinologists]. *Ozhirenie i metabolizm* [Obesity and Metabolism]. 2012. N 1. P. 51–57. (In Russ.)

7. Nejmark A.E, Eganyan Sh.A., Grineva E.N. Psihologicheskoe soprovozhdenie pacientov do i posle vypolneniya bariatricheskikh operacij [Psychological support of patients before and after bariatric operations]. *Consilium Medicum*. 2016. N 4. P. 53–56. (In Russ.)

8. Beck A.T. An Inventory for Measuring Depression. *Archives of general psychiatry*. 1961. Vol. 4, N 6. P. 561–571.

9. Stunkard A.J., Messick S. The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *J. of Psych. Res.* 1985. Vol. 29, N 1. P. 71–83.

10. Van Strien T., Frijters J.E.R., Bergers G.P.A., Defares P.B. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional and external eating behavior. *International Journal of Eating Disorders*. 1986. Vol. 5, N 2. P. 295–315.

11. Ware J.E., Kosinski M., Keller S.D. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A Users Manual. *The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass.* 1994.

12. Weiner S., Sauerland S., Fein M. [et al.] The Bariatric Quality of Life (BQL) Index: A Measure of Well-being in Obesity Surgery Patients. *Obesity Surgery*. 2005. Vol. 15, N 4. P. 538–545.

13. Zigmond A.C. Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1983. Vol. 67, N 6. Pp. 361–370. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.

Received 10.12.2020

For citing: Gureeva I.L., Volkova A.R., Semikova G.V., Smirnova E.L., Isaeva E.R. Osobennosti pishhevogo povedeniya i udovletvorennost kachestvom zhizni u pacientov s morbidnym ozhireniem posle bariatricheskoj operacii. *Vestnik psikhoterapii*. 2021. N 77. Pp. 116–128. (In Russ.)

Gureeva I.L., Volkova A.R., Semikova G.V., Smurova E.L., Isaeva E.R. Features of eating behavior and satisfaction with the quality of life in patients with morbid obesity after bariatric surgery. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2021. N 77. Pp. 116–128.

ВНЕНОЗОЛОГИЧЕСКИЕ И НОЗОСПЕЦИФИЧНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАЦИОНАЛЬНОГО УРОВНЯ САМОРЕГУЛЯЦИИ У ЛИЦ С РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ С КРИМИНАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

¹ Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского (Россия, Москва, Кропоткинский пер., д. 23);

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

³ Московский государственный психолого-педагогический университет (Россия, Москва, ул. Сретенка, д. 29).

Целью исследования было выделение специфических для лиц с расстройствами личности, совершивших правонарушения, характеристик операционального уровня саморегуляции. Были обследованы 134 человека мужского пола, обвиняемых в совершении правонарушений, из них 70,1 % (n = 94) – лица с расстройствами личности. Проводилась оценка индивидуально-психологических особенностей саморегуляции с помощью комплекса методик, построенных по принципу функциональных проб и опросных листов. Были выделены внешнезологические и нозоспецифические особенности операционального уровня саморегуляции у лиц с расстройствами личности с криминальным поведением. Было установлено, что универсальными нарушениями саморегуляции у лиц с криминальным поведением являются сниженная способность к планированию своей деятельности, недостаточная степень развития прогностических способностей, интолерантность к неопределенности, трудности анализа ситуаций в противоречивых и перцептивно сложных усло-

✉ Шеховцова Елена Сергеевна – науч. сотр. отделения психогений и расстройств личности, Нац. мед. исслед. центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского (Россия, 119001, Москва, Кропоткинский пер., д. 23), e-mail: shiha.l@mail.ru.;

Грановская Рада Михайловна – д-р психол. наук, профессор, Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 190044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2), e-mail: rada-gran@yandex.ru;

Булыгина Вера Геннадьевна – д-р психол. наук, руководитель лаборатории психогигиены и психопрофилактики, Нац. мед. исслед. центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского (Россия, 119001, Москва, Кропоткинский пер., д. 23); проф. кафедры клинич. и судебной психологии, Московский гос. психолого-педагогический ун-т (Россия, 127051, Москва, ул. Сретенка, д. 29), e-mail: ver210@yandex.ru.

виях, а также в ситуациях требующих произвольного контроля, низкий уровень социально направленного прогнозирования при информационной избыточности. Но-зоспецифичными для лиц с расстройствами личности особенностями саморегуляции являются большая импульсивность в принятии решения, ригидность когнитивного контроля, трудности комплексного описания и анализа ситуации, распознавания эмоциональных состояний других людей, составления развернутого детализированного прогноза, выраженная интолерантность к ситуациям неопределенности и нарушение всех компонентов саморегуляции.

Ключевые слова: операциональный уровень саморегуляции, расстройства личности, криминальное поведение.

Введение

Одним из актуальных направлений медицинской психологии на современном этапе развития науки является разработка и уточнение диагностического и экспертного значения психологического исследования, определение патопсихологических нарушений при различных формах психических расстройств [3–5, 10, 12]. Повышение значимости указанных научных направлений обусловлено предстоящими изменениями в диагностике некоторых форм психических расстройств, среди которых наибольший интерес и трудности вызывает расстройство личности.

Во-первых, это связано с широкой распространенностью данной формы психической патологии в популяции (10–12 %), высоким риском возникновения социальной дезадаптации и криминализации [1]. Во-вторых, значимость оценки расстройства личности приобретает особую актуальность в свете изменения подхода к его диагностике в рамках новой Международной классификации болезней (МКБ), в которой были исключены типы расстройств личности и введен дименсиональный подход для оценки степени их тяжести [1, 14, 15].

Новый подход к пониманию расстройств личности приводит к возникновению необходимости оценки степени влияния индивидуально-психологических особенностей на риск возникновения и степень выраженности дезадаптации и дисрегуляции поведения, а также на риск криминализации. Необходимость уточнения критериев нарушения саморегуляции у лиц с расстройствами личности определяется также и правоприменительной практикой, требующей оценки способности к осознанному руководству своим поведением, разработки программ профилактики криминального поведения. К тому же в последние годы отмечается увеличение количества экспертных

случаев, так за последние 15 лет количество лиц с расстройствами личности, совершивших преступления, увеличилось более чем на 40 % [8, 9].

Несмотря на достаточно длительный период изучения проблемы нарушения саморегуляции поведения у лиц с расстройствами личности [2, 6, 7, 11], отмечается преобладание исследований, посвященных высшему, смысловому уровню саморегуляции при малой изученности операционального компонента, что затрудняет возможность построения интегративных моделей саморегуляции с учетом мотивационных, операциональных и ситуативных составляющих.

На поведение, в том числе осознанную его регуляцию, лиц с расстройствами личности существенное влияние оказывают ситуационные факторы. Девиантное поведение у этой категории лиц, в большей мере, обусловлено влиянием не психопатологических, а психологических и ситуационных факторов [11, 13]. При этом специфический диагностический инструментарий, направленный на оценку способности к саморегуляции у лиц с расстройствами личности с учетом индивидуально-психологических особенностей, ситуационного анализа и операциональных характеристик саморегуляции, отсутствует [2, 11].

Таким образом, в связи с недостаточной изученностью всех компонентов саморегуляции у лиц с расстройствами личности, необходимостью оценки риска дезадаптации и криминализации в различных условиях, в том числе и стрессогенных, предстоящими изменениями подхода к пониманию и оценке расстройств личности была сформулирована следующая **цель** исследования – выделить специфические для лиц с расстройствами личности, совершивших правонарушения, характеристики операционального уровня саморегуляции.

Материал и методы

Было обследовано 134 человека мужского пола, совершивших правонарушения. Из них 61,2 % (n = 82) обвинялись в совершении агрессивно-насильственных правонарушений (убийства, умышленное причинение тяжкого вреда здоровью, грабеж, разбой и т.д.), 38,8 % (n = 52) – в совершении неагрессивных правонарушений (кража, незаконное приобретение, изготовление, хранение, реализация наркотических веществ и т.д.). В основную группу были включены лица с расстройствами личности и криминальным поведением. В качестве групп сравнения выступали: 1) лица с акцентуированными личностными чертами и криминальным поведением; 2) психически здоро-

вые обследуемые с криминальным поведением (табл.1). Обследование проводилось на базе ФГБУ «НМИЦ ПН им В.П. Сербского» Минздрава России в 2018-2019 гг.

Таблица 1

Характеристика выборки с учетом установленного диагноза и степени дисрегуляции поведения

Диагноз	Криминальное поведение		
	Расстройство личности (F60-61)	Акцентуированные личностные черты (Z73.1)	Психическое здоровье
N	94	20	20
M возраст, года	32,9 ± 9,2	34,5 ± 11,7	32,5 ± 7,8
Вменяемость, N	74	20	20
Ограниченная вменяемость, N	20	0	0
Итого	134		

Исследование проводилось с использованием экспериментально-психологического и моделирующего методов. Для оценки операционального уровня саморегуляции использовались следующие методики.

Для оценки степени гибкости/ригидности когнитивного контроля, степени влияния на эффективность деятельности внешних факторов применялась методика «Словесно-цветовая интерференция» – Stroop Task Дж. Струпа.

Оценка импульсивности в ситуации множественного выбора проводилась с помощью методики «Сравнение похожих рисунков» – Matching Familiar Figures Test (MFFT) Дж. Кагана.

Для оценки уровня развития компонентов саморегуляции (планирование, моделирование, программирование, оценка результатов, гибкость и самостоятельность) использовался опросник «Стиль саморегуляции поведения» В.И. Моросановой.

В качестве инструмента оценки толерантности к неопределенности как способности принимать новизну и напряженность ситуации неизвестности, не испытывать дискомфорт в условиях двойственности, в том числе в ситуации межличностного взаимодействия, использовался «Новый опросник толерантности к неопределенности» (объединенные шкалы O’Connor P., 1952,

Rydell S.T., Rosen E., 1970, Budner S., 1962) в адаптации Т.В. Корниловой.

Для оценки специфики ситуационного анализа в условиях социального взаимодействия, с учетом фактора неопределенности, как в информационном (информационный дефицит, избыток и достаточность), так и в эмоциональном плане (наличие/отсутствие изображения эмоций на лицах людей) применялась авторская полупроективная методика «Ситуационный анализ» (Булыгина В.Г., 2017).

Дополнительно проводился психологический анализ медицинской документации, оценка социально-демографических и криминологических параметров, использовались результаты патопсихологического исследования (познавательная и аффективная сферы). Клинический статус оценивался согласно критериям МКБ-10 врачами-судебно-психиатрическими экспертами, для оценки выраженности ведущих черт расстройства личности использовалась методика «Интернациональная оценка расстройств личности» – International Personality Disorder Examination (IPDE).

Статистическая обработка данных проводилась с использованием критерия, критерия Карскела-Уоллиса, однофакторного дисперсионного анализа – ANOVA, Т-критерия Стьюдента (для выявления статистически значимых различий в группах испытуемых). Анализ данных производился с помощью программы IBM SPSS Statistics v23. Критерием статистической достоверности получаемых выводов являлась величина $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение

Анализ клинико-социальных и психологических характеристик общей выборки (критерий) показал, что для лиц с криминальным поведением характерен более низкий уровень образования ($p < 0,05$) и квалификации труда ($p < 0,05$), менее половины из них состоят в браке ($p < 0,05$). Для лиц с криминальным поведением и расстройством личности характерно наличие черепно-мозговых травм ($p < 0,05$) и неоднократных привлечений к уголовной ответственности в анамнезе ($p < 0,05$), воспитание в менее гармоничных условиях ($p < 0,05$), выраженностью в детском и подростковом возрасте возбудимых ($p < 0,05$), паранойяльных или астеничных черт ($p < 0,01$). Лиц с расстройствами личности, по сравнению с испытуемыми с акцентуированными личностными чертами и психически здоровых обследуемых, достоверно отличало: выраженность параноидных ($p < 0,001$), шизоидных ($p < 0,01$), диссоциальных ($p < 0,001$), эмоционально неустойчивых ($p < 0,01$) и истерических

черт ($p < 0,01$), нарушения мышления, проявляющихся в операциональной стороне (обобщение по субъективным и личностно-эмоциональным критериям) ($p < 0,05$), неадекватность ($p < 0,01$), формальность ($p < 0,05$), субъективность ассоциативной сферы ($p < 0,01$), доминировании аффективной логики ($p < 0,05$), а также снижение работоспособности ($p < 0,05$) и объема непосредственного и опосредованного запоминания ($p < 0,05$).

На основании сравнения средних значений дисперсий психологических параметров (t-критерий Стьюдента) были установлены универсальные особенности операционального уровня саморегуляции у лиц с криминальным поведением (рис.1).

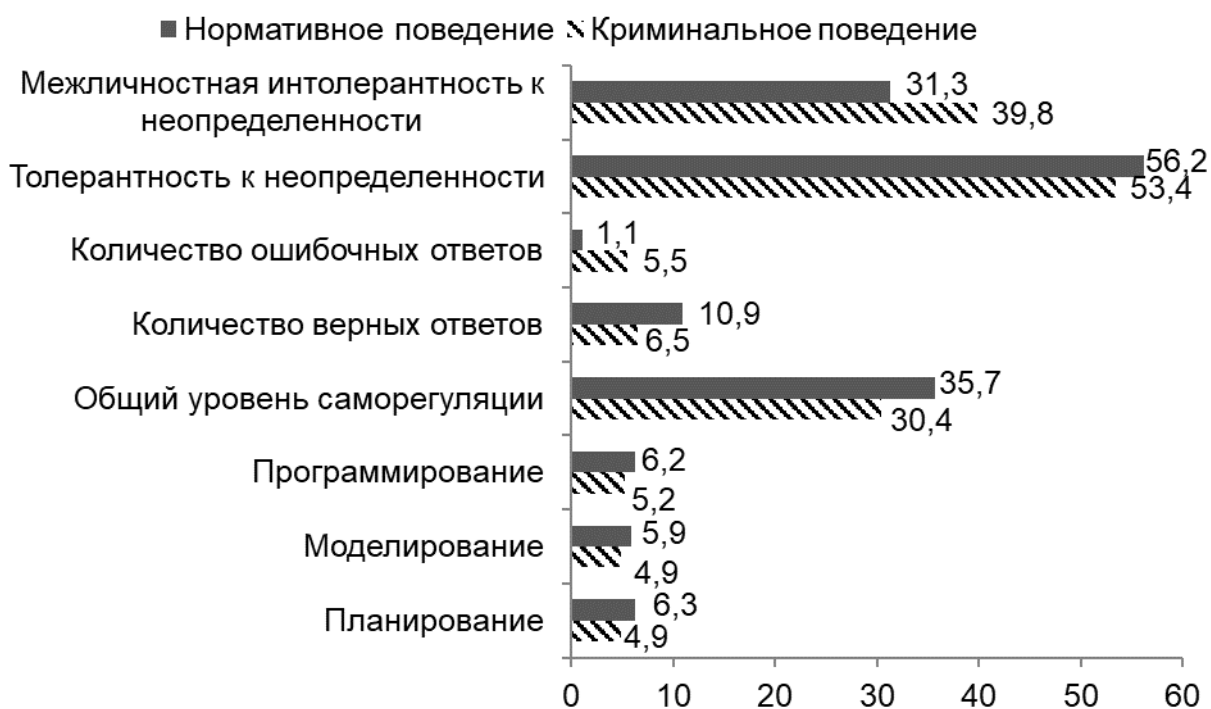


Рис.1. Выраженность показателей саморегуляции в группах испытуемых с криминальным и нормативным поведением

Группа лиц с криминальным поведением характеризуется сниженным общим уровнем саморегуляции ($p < 0,001$), интолерантностью к неопределенности ($p < 0,01$), в том числе в ситуациях межличностного взаимодействия ($p < 0,01$), импульсивностью поведения ($p < 0,05$), недостаточным анализом ситуативных условий ($p < 0,01$) и планированием ($p < 0,05$) своих действий, трудностями создания программ действий ($p < 0,01$) изменения стратегии по-

ведения в соответствии с требованиями ситуации.

Выявлено, что лица с криминальным поведением отличаются меньшей успешностью ситуационного анализа при противоречивости ($p < 0,001$) и перцептивной зашумленности ($p < 0,001$) информации в условиях информационного дефицита и достаточности, а также при наличии перцептивных помех в условиях информационной избыточности ($p < 0,001$). В эмоционально насыщенных условиях при информационном дефиците у лиц с криминальным поведением отмечается достаточное качество прогноза дальнейшего развития ситуации ($p < 0,05$), в то время как в условиях информационной достаточности и избыточности социально направленное прогнозирование находится на низком уровне ($p < 0,001$).

Было обнаружено, что нарушения операционального уровня саморегуляции обладают нозоспецифичностью. На основании критерия Карскела-Уоллиса были установлены специфические особенности операционального уровня саморегуляции у лиц с расстройствами личности, акцентуированными личностными чертами и психически здоровых лиц с криминальным поведением (рис.2).

С помощью однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA) был определен вклад переменных в отнесение обследуемых в разные нозологические группы.

Лиц с расстройствами личности отличают нарушения операционального саморегуляции, связанные с импульсивностью ($p < 0,01$), ригидностью когнитивного контроля ($p < 0,05$), интолерантностью к неопределенности ($p < 0,05$) и нарушением всех компонентов саморегуляции ($p < 0,001$). Для них характерны такие нарушения ситуационного анализа как трудности комплексного содержательного анализа ($p < 0,001$) и описания ситуации ($p < 0,001$), в том числе ее эмоционального компонента ($p < 0,001$), недостаточное прогнозирование дальнейшего развития ситуации ($p < 0,001$). При изменении перцептивной сложности ситуации в условиях информационного дефицита у лиц с расстройствами личности отмечаются трудности содержательного анализа ситуации ($p < 0,001$), в том числе и эмоционального компонента ($p < 0,001$), при этом при увеличении эмоциональной насыщенности ситуации отмечается сокращение агрессивных тенденций ($p < 0,001$). В условиях информационной достаточности при изменении перцептивной сложности отмечаются выраженные сложности полноценного анализа ситуации анализа ($p < 0,001$), а при информационной избыточности в перцептивно усложненных условиях отме-

чается обратная тенденция ($p < 0,01$).

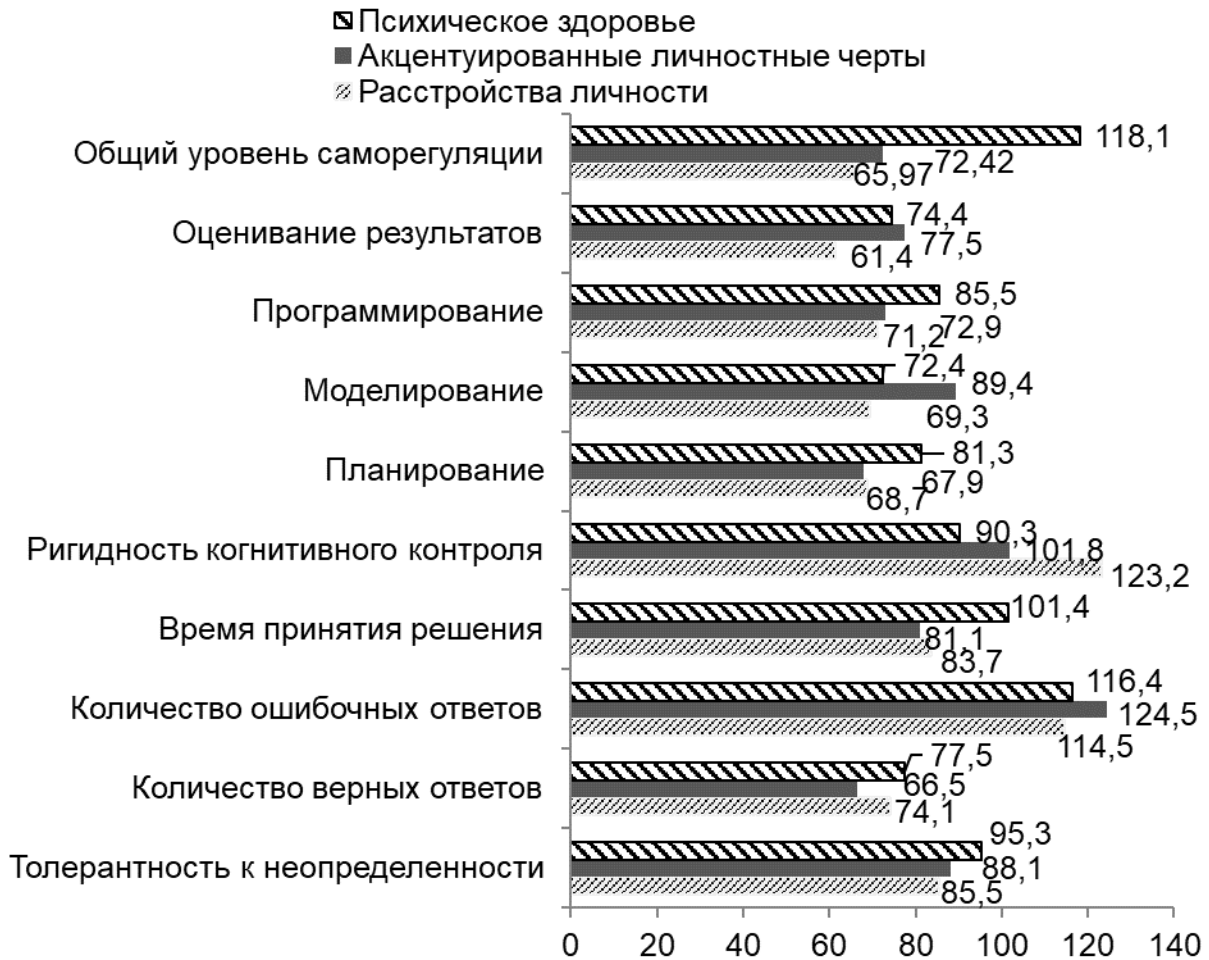


Рис. 2. Выраженность показателей саморегуляции в группах испытуемых лиц с расстройствами личности, акцентуированными личностными чертами и психически здоровых лиц

Лиц с акцентуированными личностными чертами отличают нарушения таких компонентов саморегуляции как способность к планированию своей деятельности ($p < 0,001$) и анализу способов ее реализации ($p < 0,001$), трудности анализа когнитивно сложных ситуаций ($p < 0,001$). Ситуационный анализ у лиц с акцентуированными личностными чертами характеризуется в целом сформированной способностью к адекватной интерпретации ситуации ($p < 0,05$) (независимо от информационной насыщенности), однако, отмечаются некоторые нарушения способности к детализированному описанию ситуации ($p < 0,01$), прогнозированию последствий ($p < 0,05$) и анализу эмоционально-

го компонента ($p < 0,05$) ситуации в перцептивно сложных условиях.

Для психически здоровых лиц с криминальным поведением характерны следующие особенности операционального уровня саморегуляции: рефлексивная стратегия поведения в когнитивно сложных условиях ($p < 0,001$), способность гибко реагировать в различных условиях и создавать новые стратегии поведения ($p < 0,05$), высокий уровень развития системы саморегуляции ($p < 0,001$), в том числе и таких ее компонентов как планирование ($p < 0,001$), моделирование ($p < 0,001$), программирование ($p < 0,001$) и оценивание результатов ($p < 0,001$). Ситуационный анализ у психически здоровых лиц характеризуется сформированной способностью к адекватной интерпретации ситуации ($p < 0,05$) (независимо от информационной насыщенности), в том числе и в усложненных перцептивных условиях.

Заключение

В ходе исследования были выявлены внемозологические и нозоспецифичные особенности операционального уровня саморегуляции у лиц с расстройствами личности с криминальным поведением. Так, общую выборку лиц с криминальным поведением характеризуют такие особенности операционального уровня саморегуляции как сниженная способность к планированию своей деятельности, трудности при определении цели и большая ситуативность при ее постановке, недостаточная степень развития прогностических способностей. Внемозологическими особенностями, обуславливающими нарушения саморегуляции, также являются трудности организации поведения в условиях, требующих длительного сосредоточения внимания и произвольного контроля, интолерантность к неопределенности. А также – трудности анализа ситуаций в противоречивых и перцептивно сложных условиях, низкий уровень социально направленного прогнозирования при информационной избыточности.

Нозоспецифичными для лиц с расстройствами личности особенностями саморегуляции являются большая импульсивность в принятии решения в когнитивно сложных ситуациях, ригидность когнитивного контроля, низкая степень автоматизации вербальных и сенсорно-перцептивных функций. Среди особенностей ситуационного анализа у лиц с расстройствами личности нозоспецифичными являются трудности комплексного описания и анализа ситуации, распознавания эмоциональных состояний других людей, составления развернутого детализированного прогноза. При этом риск возникновения ре-

гулятивных нарушений повышается как при информационном дефиците, так и при его избыточности, а также в эмоционально насыщенных и противоречивых условиях.

Лиц расстройствами личности отличает интолерантность к ситуациям неопределенности и дефицитарность всех компонентов саморегуляции. Несмотря на то, что эти особенности являются вненезологическими, при расстройствах личности данные показатели выражены более значительно. Это приводит к существенному увеличению риска возникновения регулятивных нарушений и уязвимости в противоречивых, конфликтных условиях, трудностям при решении задач в условиях неопределенности и к нарушению регуляции в целом.

Литература

1. Горинов В.В., Корзун Д.Н., Васюков С.А. Расстройства личности: современные классификации, диагностика и особенности экспертной оценки // Судебная психиатрия. Актуальные проблемы / под ред. проф. В.В. Вандыша. – М.: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2018. – Вып. 15. – С. 50–63.

2. Горинов В.В., Корзун Д.Н., Шеховцова Е.С. Мотивационная сфера личности и способность к саморегуляции обвиняемых с расстройствами личности [Электронный ресурс] // Психология и право. – 2019. – Т. 9, № 2. – С. 208–221. doi:10.17759/psylaw.2019090214.

3. Евдокимов В.И., Рыбников В.И., Зотова А.В. Анализ диссертационных исследований по специальности 19.00.04 «Медицинская психология» (1980–2011 гг.). – СПб. : Политехника-сервис, 2012. – 168 с.

4. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология: Учебник для вузов, 4-е изд.– СПб. : Питер, 2011. – 864 с.

5. Коцюбинский, А. П. Многомерная (холистическая) диагностика в психиатрии : биологический, психологический, социальный и функциональный диагнозы: монография. – СПб. : СпецЛит, 2017. – 287 с.

6. Кудрявцев, И.А. Судебно-психологическая экспертиза направленности личности и особенностей нарушения саморегуляции социального поведения при пограничной психической патологии // Российский психиатрический журнал. – 2013. – № 4. – С. 9–19.

7. Лапшина, Е.Н. Особенности саморегуляции лиц, признанных ограниченно вменяемыми : дис. ... канд. психол. наук. – М.: ФГУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского», 2006. – 265 с.

8. Макушкин Е.В., Букреева Н.Д., Мохонько А.Р. [и др.] Судебно-психиатрическая экспертная служба Российской Федерации в 2019 г. (основные показатели деятельности) // Психическое здоровье, 2020. – № 12. – С. 13–24.

9. Макушкин Е.В., Мохонько А.Р., Муганцева Л.А. Судебно-психиатрическая экспертная служба Российской Федерации в 2016 г. (по материа-

лам отраслевых статистических отчетов Минздрава России) // Российский психиатрический журнал, 2017. – № 5. – С. 4–15.

10. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология : Уч. пособие. – 6-е изд. – М.: МЕДпрессинформ, 2008. – 432 с.

11. Савина О.Ф., Макушкин Е.В., Морозова М.В. Алгоритм экспертного исследования дизрегуляции деятельности в криминальной ситуации у лиц с психическими расстройствами // Российский психиатрический журнал. – 2018. – № 1. – С. 31–42.

12. Холмогорова А.Б. Клиническая психология. Общая патопсихология. Т. 1. Учебник. – М.: Академия, 2013. – 440 с.

13. Шеховцова Е.С., Дубинский А.А., Булыгина В.Г. Особенности регулятивных нарушений и принятия решений у лиц, совершивших правонарушения» // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. – 2019. – № 1. – С. 228–239.

14. Kim Y.-R., Tyrer P., Lee H.-S., Kim S.-G. Preliminary field trial of a putative research algorithm for diagnosing ICD-11 personality disorders in psychiatric patients: 2. Proposed trait domains // Personality and Mental Health, 2015. – Vol. 9. – P. 298–307.

15. World Health Organization. The ICD-11 Classification of Mental, Behavioral Disorders and Neurodevelopment Disorders. Geneva, 2018.

Поступила 16.03.2021

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

Для цитирования. Шеховцова Е.С., Грановская Р.М., Булыгина В.Г. Вненизологические и нозоспецифичные особенности операционального уровня саморегуляции у лиц с расстройствами личности с криминальным поведением // Вестн. психотерапии. 2021. № 77 (82). С. 129–142.

**EXTRANOSOLOGICAL AND NOSOSPECIFIC FEATURES OF THE OPERATIONAL LEVEL
OF SELF-REGULATION IN PERSONS WITH PERSONALITY DISORDERS
WITH CRIMINAL BEHAVIOR**

Shekhovtsova E.S.¹, Granovskaya R.M.², Bulygina V.G.^{1,3}

¹ V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology (Kropotkin-sky lane, 23, Moscow, Russia);

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

³ Moscow State Psychological and Pedagogical University (Sretenka Str., 29, Moscow, Russia).

✉ Elena Sergeevna Shekhovtsova – Research Associate of the Department of psychogenic and personality disorders, V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology (Kropotkinsky lane, 23, Moscow, 119001, Russia), e-mail: shiha.l@mail.ru;

Rada Mihajlovna Granovskaya – Dr. Psychol. Sci., Prof. Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Russia, 194044, St. Petersburg, Academica Lebedeva Str., 4/2), e-mail: rada-gran@yandex.ru;

Vera Gennadevna Bulygina – Dr. Psychol. Sci., Prof, Head of Mental Hygiene and Psychoprophylaxis laboratory, V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology (Kropotkinsky lane, 23, Moscow, 119001, Russia), Prof. of Department of Clinical and Forensic Psychology, Moscow State Psychological and Pedagogical University (Sretenka Str., 29, Moscow, 127051, Russia), e-mail: ver210@yandex.ru.

Abstract. The purpose of the study was to identify characteristics of the operational level of self-regulation that are specific for persons with personality disorders who have committed offenses. We examined 134 males accused of committing offenses, of which 70.1 % (n = 94) were persons with personality disorders. An assessment of the individual psychological characteristics of self-regulation was carried out using a set of techniques based on the principle of functional tests and questionnaires. Extranosological and nosospecific features of the operational level of self-regulation in persons with personality disorders with criminal behavior were identified. It was found that universal disorders of self-regulation in persons with criminal behavior are reduced ability to plan their activities, insufficient development of predictive abilities, intolerance to uncertainty, difficulties in analyzing situations in contradictory and perceptually difficult conditions, as well as in situations requiring voluntary control, low level socially oriented forecasting with information redundancy. Nosospecific for persons with personality disorders, self-regulation features, great impulsivity in decision-making, rigidity of cognitive control, difficulties in complex description and analysis of the situation, recognition of the emotional states of other people, to draw up a detailed prognosis, pronounced intolerance to situations of uncertainty and violation of all components of self-regulation.

Keywords: operational level, self-regulation, personality disorders, criminal behavior.

References

1. Gorinov V.V., Korzun D.N., Vasyukov S.A. Rasstrojstva lichnosti: sovremennye klassifikacii, diagnostika i osobennosti ekspertnoj ocenki [Personality disorders: modern classifications, diagnostics and features of expert evaluation]. Sudebnaya psihiatriya. Aktualnye problemy. Ed. V.V. Vandysya. Moskva. 2018. Vol. 15. Pp. 50–63. (In Russ.)

2. Gorinov V.V., Korzun D.N., Shekhovtsova E.S. Motivacionnaya sfera lichnosti i sposobnost' k samoregulyacii obvinyaemyh s rasstrojstvami lichnosti [Motivational sphere of personality and the ability to self-regulate accused with personality disorders] [Elektronnyj resurs]. *Psihologiya i pravo* [Psychology and law]. 2019. Vol. 9. N 2. Pp.

208–221. doi:10.17759/psylaw.2019090214. (In Russ.)

3. Evdokimov V.I., Rybnikov V.I., Zotova A.V. Analiz dissertacionnyh issledovanij po special'nosti 19.00.04 «Medicinskaya psihologiya» (1980–2011 gg.) [Analysis of dissertation studies in the specialty 19.00.04 "Medical Psychology" (1980–2011)]. Sankt-Peterburg. 2012. 168 p. (In Russ.)

4. Karvasarskij B.D. Klinicheskaya psihologiya [Clinical psychology]. Sankt-Peterburg. 2011. 864 p. (In Russ.)

5. Kocyubinskij A. P. Mnogomernaya (holisticheskaya) diagnostika v psihiatrii: biologicheskij, psihologicheskij, socialnyj i funkcionalnyj diagnozy [Multidimensional (holistic) diagnosis in psychiatry: biological, psychological, social and functional diagnoses]. Sankt-Peterburg. 2017. 287 p. (In Russ.)

6. Kudryavcev I.A. Sudebno-psihologicheskaya ekspertiza napravlenosti lichnosti i osobennostej narusheniya samoregulyacii socialnogo povedeniya pri pogranichnoj psihicheskoj patologii [Forensic psychological examination of personality orientation and features of violation of self-regulation of social behavior in borderline mental pathology]. *Rossijskij psihiatricheskij zhurnal* [Russian psychiatric journal]. 2013. N 4. Pp. 9–19. (In Russ.)

7. Lapshina E.N. Osobennosti samoregulyacii lic, priznannyh ogranichenno vmenyaemyi [Features of self-regulation of persons recognized as limited sane] : Dis. ... PhD. Psychol. Sci. Moskva. 2006. 265 p. (In Russ.)

8. Makushkin E.V., Bukreeva N.D., Mohonko A.R. [et al.] Sudebno-psihiatricheskaya ekspertnaya sluzhba Rossijskoj Federacii v 2019 g. (osnovnye pokazateli deyatelnosti) [Forensic Psychiatric Expert Service of the Russian Federation in 2019 (main performance indicators)]. *Psihicheskoe zdorove* [Mental health]. 2020. N 12. Pp. 13–24. (In Russ.)

9. Makushkin E.V., Mohonko A.R., Muganceva L.A. Sudebno-psihiatricheskaya ekspertnaya sluzhba Rossijskoj Federacii v 2016 g. (po materialam otraslevykh statisticheskikh otchetov Minzdrava Rossii) [Forensic Psychiatric Expert Service of the Russian Federation in 2016 (based on the materials of industry statistical reports of the Ministry of Health of Russia)]. *Rossijskij psihiatricheskij zhurnal* [Russian psychiatric journal]. 2017. N 5. Pp. 4–15. (In Russ.)

10. Mendelevich V.D. Klinicheskaya i medicinskaya psihologiya: [Clinical and medical psychology]. Moskva. 2008. 432 p. (In Russ.)

11. Savina O.F., Makushkin E.V., Morozova M.V. Algoritm ekspertnogo issledovaniya dizregulyacii deyatelnosti v kriminalnoj situacii u lic s psihicheskimi rassstrojstvami [Algorithm for expert research on the dysregulation of activities in a criminal situation in persons with mental disorders]. *Rossijskij psihiatricheskij zhurnal* [Russian psychiatric journal]. 2018. N 1. Pp. 31–42. (In Russ.)

12. Holmogorova A.B. Klinicheskaya psihologiya. Obschaya patopsihologiya [Clinical psychology. General pathopsychology]. Vol. 1. Moskva. 2013. 440 p. (In Russ.)

13. Shekhovcova E.S., Dubinskij A.A., Bulygina V.G. Osobennosti regulativnyh narushenij i prinyatiya reshenij u lic, sovershivshih pravonarusheniya» [Features of regulatory violations and decision-making among persons who committed offenses]. *Psi-*

hologiya. Istoriko-kriticheskie obzory i sovremennye issledovaniya [Psychology. Historical and critical reviews and modern research]. 2019. N 1. Pp. 228–239. (In Russ.)

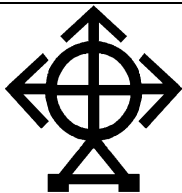
14. Kim Y.-R., Tyrer P., Lee H.-S., Kim S.-G. Preliminary field trial of a putative research algorithm for diagnosing ICD-11 personality disorders in psychiatric patients: 2. Proposed trait domains. *Personality and Mental Health*. 2015. Vol. 9. Pp. 298–307.

15. World Health Organization. The ICD-11 Classification of Mental, Behavioral Disorders and Neurodevelopment Disorders. Geneva, 2018.

Received 16.03.2021

For citing: Shekhovtsova E.S., Granovskaya R.M., Bulygina V.G. Vnenozologicheskie i nozospecifichnye osobennosti operacionalnogo urovnya samoregulyacii u licz s rasstrojstvami lichnosti s kriminalnym povedeniem. *Vestnik psikhoterapii*. 2021. N 77. Pp. 129–142. (In Russ.)

Shekhovtsova E.S., Granovskaya R.M., Bulygina V.G. Extranosological and nosospecific features of the operational level of self-regulation in persons with personality disorders with criminal behavior. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2021. N 77. Pp. 129–142.



ЖУРНАЛ «ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ»

Редакционная коллегия

194352 Россия, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11,
тел. (812) 592-14-19, 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. **Журнал включен в объединенный каталог «Пресса России» (индекс–15399)** и на всей территории РФ и СНГ проводится его подписка через почтовые отделения. Журнал выпускается 4 раза в год.

Журнал «Вестник психотерапии» включен в Перечень научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы результаты диссертаций на соискание ученых степеней кандидата и доктора наук (<http://vak.ed.gov.ru/87>) по научным специальностям и соответствующим им отраслям науки: 14.01.06 – Психиатрия (медицинские науки), 19.00.04 – Медицинская психология (медицинские науки), 19.00.04 – Медицинская психология (психологические науки). Основание: Распоряжение Минобрнауки России от 28.12.2018 № 90-р «О формировании Перечня рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук» (102 стр., № 391).

Желающие опубликовать свои научные материалы (статьи, обзоры, краткие информационные сообщения) **должны** представить их в редакцию журнала в текстовом редакторе WORD (не старше 2003 г.), шрифт Times New Roman, 14-й шрифт, межстрочный интервал полуторный, поля по 2,5 см с каждой стороны. Должны быть указаны фамилия, имя, отчество (полностью), ученая степень, ученое звание, должность и место работы автора (авторов), адрес (почтовый и e-mail) и телефон (телефоны). Статья должна быть подписана автором (авторами).

Материал статьи представляется по ГОСТу 7.89-2005 «Оригиналы текстовые авторские и издательские». Рекомендуемый объем статьи 10–20 стр. (28–30 строк на стр., до 70 знаков в строке). К статье должно быть приложено резюме (реферат), отражающее основное содержание работы, размером не менее ½ стр. Название статьи, реферат, ключевые слова, сведения об авторах, переводятся на английский язык. Англоязычное название места работы приводится в точном соответствии с Уставом учреждения. Диагнозы заболеваний и формы расстройств поведения сле-

дует соотносить с МКБ-10. Единицы измерений приводятся по ГОСТу 8.471-2002 «Государственная система обеспечения единства измерений. Единицы величин». Список литературы оформляется по ГОСТу 7.05.2008 «Библиографическая ссылка ...». Независимо от количества авторов все они выносятся в заголовок библиографической записи.

Рукописи рецензируются членами редакционного совета или редакционной коллегии и ведущими специалистами данных областей медицины и психологии. При положительной рецензии поступившие материалы будут опубликованы. Представленные материалы должны быть актуальными, соответствовать профилю журнала, отличаться новизной и научно-практической или теоретической значимостью. Фактический материал должен быть тщательно проверен и подтвержден статистическими данными или ссылками на источники, которые приводятся в конце статьи. При несоответствии статьи указанным требованиям тексты рукописей не возвращаются.

Направление статьи в журнал является согласием автора (авторов) на размещение статьи или ее материалов (реферата, цитатных баз и др.) в отечественных и зарубежных реферативно-библиографических базах данных.

Телефон 8-911-923-98-01 – заместитель главного редактора – кандидат психологических наук доцент Мильчакова Валентина Александровна (e-mail: vestnik-pst@yandex.ru).

Полнотекстовые версии журнала размещены на официальных сайтах ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России <http://www.arcerm.spb.ru> и МИРВЧ <http://www.mirvch.com>, а также на сайте научной электронной библиотеки <http://www.elibrary.ru>.

Главный редактор журнала – доктор медицинских наук, доктор психологических наук профессор Рыбников Виктор Юрьевич (e-mail: rvikirina@mail.ru)

Научный редактор журнала – доктор медицинских наук Черный Валерий Станиславович (e-mail: 9297911@list.ru)

Журнал «Вестник психотерапии» зарегистрирован Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.

Журнал «Вестник психотерапии» издается с 1991 г.

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

Учредитель:

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий (ФГБУ «ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова» МЧС России).

Главный редактор – Рыбников Виктор Юрьевич.

Научный редактор – Черный Валерий Станиславович.

Корректор – Устинов Михаил Евграфович.

Индекс в объединенном каталоге «Пресса России» – 15399.

Адрес редакции: 194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д.11.

Адрес издательства и типографии: ООО «Политехника-сервис».

190005, г. Санкт-Петербург, Измайловский пр., д. 18-д.

тираж 500 экз.

цена – свободная