

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

**ВЕСТНИК
ПСИХОТЕРАПИИ**

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Главный редактор В.Ю. Рыбников

№ 70 (75)

Санкт-Петербург
2019

Редакционная коллегия

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

Редакционный совет

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

Адрес редакции:

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

ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ

Научно-практический журнал

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

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

**BULLETIN OF
PSYCHOTHERAPY**

RESEARCH & CLINICAL PRACTICE JOURNAL

Editor-in-Chief V.Yu. Rybnikov

N 70 (75)

St. Petersburg
2019

Editorial Board

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

Editorial Council

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

For correspondence:

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

BULLETIN OF PSYCHOTHERAPY

Research & clinical practice journal

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

© International Institute of Human Potential Abilities, 2019

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХИАТРИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

Днов К.В., Маркин К.В. Краснов К.Г. Элементы гипнотерапии в поэзии Иосифа Бродского	7
Городнова М.Ю., Евдокимов В.И., Чехлатый Е.И. Опыт изучения установок медицинского персонала наркологического стационара в качестве мишенной супервизии	18
Щавинская А.В. Особенности психиатрических отклонений у больных эпилепсией в интeриктальном периоде в зависимости от расположения первичного очага эпилепсии	28
Харитонов С.В., Зайцев В.П., Голубев М.В. Воспроизводимость психотерапевтических методов: субъективная оценка больными	43

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Ермакова Н.Г. Особенности личности, отношение к заболеванию и к лечению больных с последствиями инсульта	54
Засядько К.И., Шинкарев С.А., Шинкарева Е.В., Тафинцева Л.М. Комплексное исследование роли эмоционального выгорания в профессиональной дезадаптации врачей онкологического стационара	69
Турчанинов Е.Е., Защирина О.В. Дезадаптивное защитное реагирование у лиц с легкой умственной отсталостью из неполных семей	86
Белозёр А.С., Петрова Н.Н. Аффективные нарушения у больных раком яичников	93
Овденко А.Г., Воробьев А.С., Богданов А.Н., Лаврова В.А., Лымаренко В.М., Шкарупа А.В., Шахов А.С., Яковлев Е.В. Коррекция дезадаптационного синдрома у лиц пожилого возраста при переломах проксимального отдела бедренной кости	108
Родионова А.Д., Лагутин Б.В., Троицкая Л.А. Эмоционально-личностная и коммуникативная сфера, родительское отношение и стили воспитания матерей детей с нарушенного развития	118
Руженкова В.В. Динамика значимости учебных стрессовых факторов и проявлений стресса у студентов-медиков после реализации психокоррекционной программы «стресс-менеджмент»	130
Информация о журнале	145

CONTENTS

PSYCHIATRY AND PSYCHOTHERAPY

Dnov K.V., Markin K.V., Krasnov K.G. Hypnoterapeutic elements of Joseph Brodsky's poetry	7
Gorodnova M.Yu., Evdokimov V.I., Chekhlaty E.I. Experience of studying the attitudes of the medical staff of the drug abuse hospital as supervision targets	18
Shchavinskaya A.V. Psychiatric illness in patients with epilepsy during the interictal period: differences between locations of the primary epileptic focus	28
Kharitonov S.V., Zaitsev V.P., Golubev M.V. Reproducibility of psychotherapeutic methods: subjective assessment by patients	43

MEDICAL PSYCHOLOGY

Ermakova N.G. Personality characteristics, attitude to the disease and to the treatment of patients with the consequences of stroke	54
Zasyadko K.I., Shinkarev S.A., Shinkareva E.V., Tafintseva L.M. Comprehensive study of the role of burnout in reduction of occupational adaptation of oncology hospital doctors	69
Turchaninov E.E., Zashchirinskaia O.V. Deladaptive protective response in persons with easy mental remediation from incomplete families	86
Belozher A.S., Petrova N.N. Affective disorders in ovarian cancer patients	93
Ovdenko A.G., Vorobyov A. S., Bogdanov A. N., Lavrova V.A., Lymarenko V.M., Shkarupa A.V., Shakhov A.S., Yakovlev E.V. Correction of maladaptive syndrome in elderly patients with fractures of the proximal femur	108
Rodionova A.D., Lagutin B.V., Troiczkaia L.A. The emotional and personal and communicative sphere, the parental relation and styles of education of mothers of children from the broken development	118
Ruzhenkova V.V. The dynamics of the importance of training stress factors and manifestations of stress among medical students after the implementation of the "Stress Management" program	130
Information about the Journal.....	145

ПСИХИАТРИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

УДК 615.851.2

К.В. Днов, К.В. Маркин, К.Г. Краснов

ЭЛЕМЕНТЫ ГИПНОТЕРАПИИ В ПОЭЗИИ ИОСИФА БРОДСКОГО

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

В рамках данной работы определяются физиологические корреляты и влияние на психоэмоциональное состояние классической гипнотической индукции и поэзии Иосифа Бродского с последующим проведением сравнительной характеристики полученных результатов исследования выборки наиболее гипнабельных испытуемых. Предлагается психофизиологическое обоснование культурологического понятия «Феномен Бродского».

Ключевые слова: гипнотерапия, гипноз, поэзия, Бродский.

Введение

За свою многовековую историю гипноз от трансовых обрядов жрецов Древней Греции и Египта и магнетических теорий эпохи Возрождения перерос в научно обоснованный, прежде всего благодаря физиологическому учению И.П. Павлова о высшей нервной деятельности, метод психотерапии, обозначенный самим ученым как состояние, переходное между сном и бодрствованием. Одним из эффективнейших способов вызвать гипнотическое состояние у человека, а также оказать на него целенаправленное психотерапевтическое воздействие является метод словесного внушения. Павлов указывал: «Слово для человека есть такой же реальный условный раздражитель, как и все остальные, общие у него с животными, но вместе с тем и такой многообъемлющий, как никакие другие» [5]. В свою очередь, В.М. Бехтерев замечал, что достичь параметров высокой компла-

✉ Днов Константин Викторович – канд. мед. наук, докторант кафедры психиатрии, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: konstantindnov@yandex.ru;

Маркин Кирилл Валерьевич – слушатель II факультета, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: vmeda.work@yandex.ru;

Краснов Кирилл Геннадьевич – слушатель II факультета, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: timeoutofwar@mail.ru.

ентности пациента удается лучше всего в особом состоянии психической сферы, которое называется гипнозом и есть не что иное, как вызванное определенными приемами видоизменение обыкновенного сна [1]. Кроме того, на важную роль внушения и психического фактора в развитии болезненных состояний и их лечения указывали выдающиеся отечественные медицинские деятели М.Я. Мудров, С.П. Боткин, М.В. Черноруцкий, С.С. Корсаков и другие [6, 7]. В совокупности эти наблюдения определяют существующее многообразие различных методов суггестивной психотерапии и непосредственного влияния словесного воздействия, особенно в гипнотическом состоянии, на все стороны жизнедеятельности человека. Несмотря на впечатляющий прогресс в области современных методов изучения психики человека, природа гипнотического состояния изучена недостаточно [10].

Вербальные внушения в виде метафор в ходе погружения пациента в гипнотическое состояние повышают его эффективность и способствуют достижению более глубоких стадий (по Каткову) [4, 8]. Одним из источников подобных элементов является поэзия. На наш взгляд, наиболее ярким представителем отечественной поэзии с выраженными элементами внушения в своих произведениях является Иосиф Александрович Бродский, даже фраза нобелевской речи которого удивительно гармонирует с павловским суждением о слове: «Если тем, что отличает нас от прочих представителей животного царства, является речь, то литература, и в частности поэзия, будучи высшей формой словесности, представляет собою, грубо говоря, нашу видовую цель».

Люди, когда-либо слушавшие декламацию И.А. Бродского собственных поэтических произведений, как правило, делятся на две группы. Одни считают его худшим чтецом своих стихотворений, другие же, напротив, становятся преданными поклонниками и не перестают восхвалять его гений. Последние находят в его голосе нечто удивительное, притягивающее, порой открывающее для них совершенно другой мир, нежели тот, в котором они живут. Современники поэта назвали это явление «феноменом Бродского». При этом причиной данного явления часто считают не критичное восприятие кумира (Иосифа Бродского) его поклонниками. На наш взгляд, нельзя исключить и то, что данный феномен связан с тем, что своеобразие манеры декламации Иосифа Бродского вызывает особое состояние сознания между сном и бодрствованием. Такой переход, осуществляемый сознанием, схож с действием классических техник погружения и работы в сеансах гипнотерапии, одним из основных эффектов которых является аб-

страгирование от происходящего и погружение вглубь самого себя.

Цель исследования – определить психофизиологические корреляты и влияние на психоэмоциональное состояние классической гипнотической индукции и поэзии Иосифа Бродского.

Материал и методы

Работа проводилась в три этапа. На первом этапе были проведены фонематический и семантический анализ поэтических произведений И. Бродского, сравнительная характеристика элементов стихотворений И. Бродского с техниками гипнотической индукции. На втором этапе исследования была проведена выборка наиболее гипнабельных военнослужащих путем погружения в гипноз по методу классической индукции, а также проведением проб на гипнабельность 93 человек. Для проведения третьего этапа исследования была отобрана опытная группа, состоящая из 11 человек, средний возраст которых составил 20 ± 1 лет, проходящих обучение в высшем военно-учебном заведении на старших курсах. Все испытуемые в рамках плановой проверки здоровья военнослужащих ежегодно проходят полный медицинский осмотр врачами-специалистами, что является показателем полного физического здоровья каждого участника исследуемой группы. Подтверждением отсутствия психических отклонений у испытуемых являются положительные результаты (1 и 2 группы) проведенного профессионального отбора при поступлении в высшее военно-учебное заведение [9].

Исследование каждого испытуемого из контрольной группы было разделено на 3 этапа:

1. Введение в гипноз по методу классической индукции;
2. Прослушивание записи декламации И. Бродским стихотворения «Большая элегия Джону Донну»;
3. Прослушивание записи прочтения в музыкальном сопровождении стихотворения «Большая элегия Джону Донну» актером театра (К. Демидов).

Выбор данного стихотворения обусловлен его продолжительностью – 15 минут (среднее время, затраченное на проведение гипнотической индукции), а также семантической направленности текста на тему сна. Перед началом и после окончания каждого этапа испытуемым предлагалось заполнить опросник «САН» [3], а также отслеживалось изменение физиологических показателей глубины гипнотического транса.

Статистическая обработка проводилась с помощью пакета приклад-

ных программ Statistica 6,0. Значимость различий долей признаков в связанных группах проводили с использованием z-критерия (двусторонний). Сравнение показателей до и после эксперимента проводили с использованием критерия Вилкоксона. Статистически значимыми различия считали при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Если учесть, что сеанс классического гипноза – это творческий процесс, эффективность которого зависит от личных качеств и способностей, а также информированности в предмете гипнотизирующего, можно предположить, что Иосиф Бродский создавал произведения с элементами гипнотерапии неосознанно, исключительно благодаря своим неординарным творческим способностям. Свидетельством этому могут служить строки из следующего стихотворения:

*Когда теряет равновесие
Твое сознание усталое,
Когда ступеньки этой лестницы
Уходят из-под ног,
Как палуба...*

Во фрагменте стихотворения «Одиночество» автор описывает состояние, которое очень схоже с возникновением особенного ощущения при погружении в гипнотическое состояние, прослеживаются элементы такой техники погружения, как «лестница, ведущая вниз» [11, 12].

Выбранное для исследования стихотворение «Большая элегия Джону Донну» является источником множества гипногенных метафор, более того, обладающих последовательной структурой и единым смыслом.

*Джон Донн уснул, уснуло все вокруг.
Уснули стены, пол, постель, картины,
уснули стол, ковры, засовы, крюк,
весь гардероб, буфет, свеча, гардины.
Уснуло всё. Бутыль, стакан, тазы,
хлеб, хлебный нож, фарфор, хрусталь, посуда,
ночник, бельё, шкафы, стекло, часы,
ступеньки лестниц, двери. Ночь повсюду.*

Сон в «Большой элегии Джону Донну» начинается с самого Джона Донна и постепенно расходится от него на все окружающие вещи – комнату, окно, выходит за окно, на близлежащие дома, улицы, город, страну, остров, море... Потом превозносится к небу, образуя воронку с широким

основанием на земле и узким – к звездам. Начиная с частного перечисления вещей Иосиф Бродский приближается постепенно к небесному, а затем и к самому Богу. Заканчивается элегия последовательным возвращением философской мысли к одиночеству того же человека – Джона Донна.

*Уснуло все! Спят крепко толпы книг.
Спят реки слов, покрыты льдом забвенья.
Спят речи все, со всею правдой в них.
Их цепи спят; чуть-чуть звенят их звенья.
Все крепко спят: святые, дьявол, Бог.
Их слуги злые. Их друзья. Их дети.
И только снег шуришит во тьме дорог.
И больше звуков нет на целом свете.*

Одними из немаловажных техник работы на стадии глубокого погружения во второй стадии по Каткову являются укрупнение и разукрупнение [10]. Суть укрупнения заключается в компоновке преподносимой информации в блоки. При переходе от одного этапа к другому блоки слабают в массивы. В блоки, а чаще в массивы закладываются ключи. Суть обратного процесса разукрупнения заключается в более подробном и детальном изучении одного конкретного предмета из сформировавшейся внутри сознания картины для более глубокого погружения [6].

В данных отрывках стихотворения представлено последовательное формирование обратного и рационального образа пространства, части которого погружаются в сонную бездну, – как метод погружения и обращения внимания внутрь своего сознания. Ход мысли, за которым следит слушатель, выступает проводником в подсознательный мир.

*Но чу! Пока я плачем твой ночлег
смущаю здесь... летит во тьму, не тает,
разлуку нашу здесь сшивая, снег,
и взад-вперед игла, игла летает.*

В результате фонематического анализа было установлено, что средняя продолжительность одной строки Иосифа Бродского составляет 3,7 секунды и она словно подстроена к трехсекундному циклу слухового и субъективно-временного «настоящего» [14]. Употребление метрических и основанных на созвучиях приемов, таких как рифма и чередование ударений в строке, уподобляют одну строку другой и тем самым подчеркивают повторы, способствующие в таком проявлении легкому гипнотическому воздействию [13]. Свинцовая монотонность голоса Бродского в совокупности с дефектами речи, преумножают эффект структурных особенностей и вос-

создают описанную обстановку бехтеревских гипнотических сеансов [1].

Наблюдаемые в ходе проведения работы внешние признаки гипнотического состояния представлены в таблице 1. Замедление дыхания наблюдалось у всех испытуемых на всех этапах исследования ввиду пребывания в комфортных условиях. Дрожание век у сомнамбул регистрировалось на всех этапах (2-3 человека), а у остальных только на этапах гипнотической индукции (90,9 %) и декламации Бродского (81,8 %), что статистически значимо чаще, чем в состоянии покоя (18,2 %) и при декламации артистом театра (36,4 %). Схожее соотношение процентных показателей наблюдалось в отношении инъектированности склер. Однако статистически значимые различия инъектированности склер по сравнению с состоянием покоя (9,1 %) и декламации артистом театра (27,3 %) отмечалось только при состоянии классической индукции (81,8 %), а при декламации Бродским (63,6 %) – только по сравнению с состоянием покоя. Катаlepsия как наиболее объективный показатель глубины состояния гипноза на этапе гипнотической индукции проявлялась у большинства испытуемых (90,9 %), статистически значимо по сравнению с состоянием покоя и при декламации артистом, а также у двух сомнамбул на этапе декламации Бродского (18,2 %), в то время как на оставшихся этапах ее не наблюдалось.

Таблица 1
Внешние признаки гипнотического состояния (% обследуемых)

Регистрация	Дрожание век	Инъектированность склер	Замедление дыхания	Катаlepsия
Состояние покоя	18,2	9,1	90,9	0
Классическая индукция	90,9 * #	81,8 * #	100	90,9 * #
Декламация И. Бродским	81,8 * #	63,6 *	100	18,2
Декламация артистом театра	36,4	27,3	100	0

Примечание: * – $p < 0,05$ по сравнению с состоянием покоя; # – $p < 0,05$ по сравнению с декламацией артистом театра.

Снижение показателей систолического и диастолического давлений, а также пульса было наиболее существенным на этапах гипнотической индукции (на 6,0/4,4 и 5,7 соответственно) и прослушивании декламации Бродского (на 3,7/3,1 и 4,8 соответственно). Статистически значимое снижение САД и ЧСС отмечалось при классической индукции, при декламации Бродском значимо снижалась только ЧСС. В состоянии покоя и про-

слушивании прочтения стихотворения артистом театра изменения были несущественны (табл. 2).

Таблица 2

Динамические показатели артериального давления (мм.рт.ст.)
и частоты сердечных сокращений (кол-во сокращений)

Регистрация	САД до	САД после	Дель та САД	ДАД до	ДАД после	Дель та ДАД	ЧСС до	ЧСС после	Дель та ЧСС
Состояние покоя	122,5 ± 6,7	122,3 ± 7,1	0,2	75,7 ± 7,0	76,9 ± 6,6	1,2	66,2 ± 4,1	66,2 ± 4,1	0
Классическая индукция	122,8 ± 6,0	116,8 ± 3,8*	6,0	76,1 ± 6,7	71,4 ± 5,5	4,7	75,4 ± 4,0	66,8 ± 3,1*	8,6
Декламация И. Бродским	120,8 ± 5,1	117,1 ± 6,3	3,7	75,5 ± 4,4	71,9 ± 5,2	3,6	71,4 ± 4,1	66,3 ± 3,8*	5,1
Декламация артистом театра	122,7 ± 3,6	121,1 ± 3,7	1,6	76,0 ± 4,4	74,1 ± 4,3	1,9	69,5 ± 3,1	68,1 ± 3,4	1,4

Примечание: здесь и в табл. 3 * – $p < 0,05$ по сравнению до и после.

Динамика психоэмоционального состояния обследуемых изучалась на основе сопоставления результатов дифференцированной самооценки функционального состояния опросником «САН» [3] (табл. 3).

При введении пациентов в гипнотическое состояние методом классической индукции наблюдалось значительное повышение субъективных критериев оценки состояния ввиду семантической направленности текста гипнотической индукции. Статистически значимые улучшения выявлены только по показателю самочувствие, что, вероятно, связано с небольшой выборкой обследованных. При прослушивании стихотворения в прочтении актера театра также наблюдалось повышение этих показателей, но в меньшей мере. В отношении этапа декламации самим Иосифом Бродским повышения субъективных критериев оценки состояния не наблюдалось, что, по нашему мнению, является доказательством отсутствия безусловной терапевтичности самого транса. Терапевтичность, в свою очередь, может объясняться направленным на ее достижение содержанием текста гипнотической индукции.

Таблица 3

Динамика психоэмоционального состояния обследуемых
(результаты опросника САН в баллах)

Регистрация	САН до эксперимента			САН после эксперимента		
	самочувствие	активность	настроение	самочувствие	активность	настроение
Состояние покоя	5,12 ± 0,66	4,75 ± 0,70	5,05 ± 0,81	5,12 ± 0,69	4,75 ± 0,66	5,07 ± 0,69
Классическая индукция	5,17 ± 0,89	4,59 ± 0,82	5,25 ± 1,10	5,86 ± 0,71*	5,08 ± 0,42	5,76 ± 0,90
Декламация И. Бродским	5,19 ± 0,69	4,38 ± 1,01	5,25 ± 0,75	5,28 ± 0,69	4,55 ± 1,05	5,06 ± 0,71
Декламация артистом театра	4,93 ± 0,91	4,66 ± 0,72	5,08 ± 0,95	5,31 ± 0,81	4,92 ± 1,06	5,25 ± 0,97

Заключение

Семантическое сходство элементов стихотворений Бродского с техниками погружения в гипноз, уложенное в пятистопный ямб, представляет из себя иерархически упорядоченный в отношении времени, языка и ритма материал, удивительным образом гармонирующий с иерархической организацией самого мозга. Этим, предполагаемо, и вызвано состояние, подобное гипнотическому.

Выявленные изменения физиологических показателей в ходе и после прослушивания записи декламации И. Бродского в большей степени коррелируют с вариабельностью этих же показателей в ходе и после гипнотической индукции по сравнению с этими результатами на других этапах исследования.

Отмечаемая в зарубежных публикациях гипотеза о безусловной терапевтичности самого транса [2, 11, 12] в нашем исследовании подтверждения не нашла, так как положительной динамики психоэмоционального состояния после индукции посредством прослушивания стихотворения И. Бродского не наблюдалось, несмотря на явные признаки достигнутого гипнотического состояния. Вероятно, наблюдаемые западными исследователями положительные изменения психоэмоционального состояния при проведении «транса без внушений» обуславливались тем, что большинство техник индукции изначально содержат недифференцированные форму-

лы внушений хорошего самочувствия.

Учитывая, что развитие гипнотерапии требует постоянного поиска новых речевых связей, терапевтических метафор, способов углубления, наше исследование на примере поэзии Иосифа Бродского показывает целесообразность проведение этого поиска в направлении заимствования и переработки в терапевтических целях поэтического наследия великих поэтов.

Литература

1. Бехтерев В.М. Гипноз. Внушение. Телепатия. – М. : Книжный Клуб Книговек, 2016. – 416 с.
2. Гинзбург М.Р., Яковлева Е.Л. Эриксоновский гипноз : систематический курс. М. : Класс, 2017. – 262 с.
3. Доскин В.А. [и др.] Тест дифференцированной самооценки функционального состояния // Вопросы психологии. – 1973. – № 6. – С. 141–145.
4. Кроль Л.М. Образы и метафоры в интегративной гипнотерапии : учеб. пособие по спец. «Психотерапия и мед. психология». – М. : Класс, 2001. – 119 с.
5. Павлов И.П. Лекции о работе больших полушарий головного мозга. – М. : Эксмо, 2017. – 480 с.
6. Пирогов А.Г. Феноменология повседневности. – Пермь, 2008. – 120 с.
7. Платонов К.И. Слово как физиологический и лечебный фактор. – М. : Медгиз, 1962. – 531 с.
8. Рожнов В.Е. Гипноз в медицине. – М. : Медгиз, 1954. – 117 с.
9. Солодков А.С., Ильина А.А., Федоров Е.В. [и др.]. Прогнозирование психологического благополучия курсантов военного вуза // Уч. записки ун-та им. П.Ф. Лесгафта. – 2016. – № 11 (141). – С. 300–304.
10. Тарумов Д.А., Железняк И.С., Манчук А.А. [и др.] Аналитический обзор специальных методов нейровизуализации в психиатрической практике // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. – 2018. – Т. 12, № 2. – С. 104–113.
11. Lankton C.H., Lankton S.R. Tales of Enchantment: Goal-Oriented Metaphors for Adult and Children in Therapy. – Boston : Routledge, 2013. – 433 p.
12. Nash M.R., Barnier A.J. The Oxford handbook of hypnosis: theory, research and practice. Oxford : Oxford univ. press, 2008. – 791 p.
13. Ralph W.B. Dictionary of Hypnosis. NY : Open Road Media, 2015. – 89 p.
14. Rentschler I., Epstein D., Herzberger B. [et. al]. Beauty and the Brain: Biological Aspects of Aesthetics. Basel : Birkhauser Basel, 1988. – 332 p.

Поступила 17.10.2018

Для цитирования. Днов К.В., Маркин К.В. Краснов К.Г. Элементы гипнотерапии в поэзии Иосифа Бродского // Вестн. психотерапии. 2019. № 70 (75). С. 7–17.

HYPNOTERAPEUTIC ELEMENTS OF JOSEPH BRODSKY'S POETRY

Dnov K.V., Markin K.V., Krasnov K.G.

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

✉ Konstantin Viktorovich Dnov – PhD Med. Sci., PhD student in the Department of Psychiatry, Kirov Military Medical Academy (Academica Lebedeva Str., 6, Saint-Petersburg, 194044, Russia) e-mail: konstantindnov@yandex.ru;

Kirill Valeryevich Markin – attendee at II faculty of Kirov Military Medical Academy (Academica Lebedeva Str., 6, Saint-Petersburg, 194044, Russia) e-mail: vmeda.work@yandex.ru;

Kirill Gennadyevich Krasnov – attendee at II faculty of Kirov Military Medical Academy (Academica Lebedeva Str., 6, Saint-Petersburg, 194044, Russia) e-mail: timeoutofwar@mail.ru.

Abstract. This paper defines physiological correlates and impact of hypnotic induction and Joseph Brodsky's poetry on the physico-emotional state of an individual. The results are later comparably characterised in order to identify and select test subjects most susceptible to hypnosis. Additionally, the cultural term „the Brodsky phenomena“ is explained from the psychophysical perspective.

Key words. Hypnotherapy, hypnosis, poetry, Brodsky.

References

1. Bekhterev V.M. Gipnoz. Vnushenie. Telepatiya [Hypnosis. Suggestion. Telepathy]. Moskva. 2016. 416 p. (In Russ.)
2. Ginzburg M.R. Eriksonovskij gipnoz. Sistematičeskij kurs [Eriksonovsky hypnosis. Systematic course]. Moskva. 2017. 262 p. (In Russ.)
3. Doskin V.A. Test differencirovannoj samoocenki funkcional'nogo sostojaniya [The test of the differentiated self-assessment of a functional state]. *Voprosy psihologii* [Psychology Questions]. 1973. N 6. Pp. 141–145. (In Russ.)
4. Krol L.M. Obrazy i metafory v integrativnoj gipnoterapii [The test of the differentiated self-assessment of a functional state]. Moskva. 2001. 119 p. (In Russ.)
5. Pavlov I.P. Lekcii o rabote bol'shih polusharij golovnogogo mozga [Lectures about work of big cerebral hemispheres]. Moskva. 2017. 480 p. (In Russ.)
6. Pirogov A.G. Fenomenologiya povsednevnosti [Daily occurrence phenomenology]. Perm. 2008. 120 p. (In Russ.)
7. Platonov K.I. Slovo kak fiziologičeskij i lečebnyj faktor [Word as physiological and medical factor]. Moskva. 1962. 531 p. (In Russ.)
8. Rozhnov V.E. Gipnoz v medicine [Hypnosis in medicine]. Moskva. 1954. – 117. (In Russ.)
9. Solodkov A.S., Il'ina A.A., Fedorov E.V. [et. al] Prognozirovanie psihologičeskogo blagopoluchija kursantov voennogo vuza [Forecasting of psychological

cal wellbeing of cadets of military higher education institution]. *Uchenye zapiski universiteta im. P.F. Lesgafta* [Scientific notes of the university of P.F. Lesgaft]. 2016. Vol. 11, N 141. Pp. 300–304. (In Russ.)

10. Tarumov D.A., Zheleznyak I.S., Manchuk A.A. [et. al] Analiticheskij obzor special'nyh metodov nejrovizualizacii v psichiatricheskoj praktike [The state-of-the-art review of special methods of neurovisualization in psychiatric practice]. *Vestnik novyh medicinskih tekhnologij* [The Messenger of new medical technologies]. 2018. Vol. 12, N 2. Pp. 104–113. (In Russ.)

11. Nash, M.R. *The Oxford handbook of hypnosis: theory, research and practice*. Oxford: Oxford univ. press, 2008. 791 p.

12. Ralph, W.B. *Dictionary of Hypnosis*. NY: Open Road Media, 2015. 89 p.

13. Rentschler, I. *Beauty and the Brain: Biological Aspects of Aesthetics*. Basel: Birkhauser Basel, 1988. 332 p.

Received 17.10.2018

For citing. Dnov K.V., Markin K.V., Krasnov K.G. Elementy gipnoterapii v poezii Iosifa Brodskogo. Hypnoterapeutic elements of Joseph Brodsky's poetry. *Vestnik psikhoterapii*. 2019. N 70. Pp. 7–17. (In Russ.)

Dnov K.V., Markin K.V., Krasnov K.G. Hypnoterapeutic elements of Joseph Brodsky's poetry. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2019. N 70. Pp. 7–17.

**ОПЫТ ИЗУЧЕНИЯ УСТАНОВОК МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА
НАРКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА В КАЧЕСТВЕ
МИШЕНЕЙ СУПЕРВИЗИИ**

¹ Санкт-Петербургский государственный университет
(Россия, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7/9);

² Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова (Россия, 193015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41);

³ Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины
им. А.М. Никифорова МЧС России
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2)

Значительные психические нагрузки, которые испытывают медицинские работники при оказании помощи пациентам наркологического стационара, могут вызывать развитие профессионального выгорания. Цель – представить опыт оценки установок медицинского персонала для создания программы мероприятий по сохранению их эмоционального здоровья и оптимизации терапевтической помощи пациентам. По авторской методике незаконченных предложений, позволяющей когнитивно и эмоционально оценивать специалистов, пациентов и организацию лечения, обследовали 104 сотрудника наркологического стационара Санкт-Петербурга. Из них врачей и психологов было 32, медицинских сестер – 37, младшего медицинского персонала – 35. Возраст сотрудников составил ($41,2 \pm 1,2$) года, медицинский стаж работы – ($9,5 \pm 1,1$) года, мужчин было 30 %. Распределения персонала по группам в таблицах сопряженности когнитивной и эмоциональной оценки по выделенным векторам оказались однородными. Полученные исследования позволили сделать вывод о необходимости коррекции установок специалистов в рамках супервизии, включающей в себя образовательный компонент в отношении принятой значимой роли биопсихосоциального генеза наркологического заболевания, особенно биологической его составляющей,

✉ Городнова Марина Юрьевна – д-р мед. наук доц., Сев.-Зап. гос. мед. ун-т им И.И. Мечникова (Россия, 193015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41). Науч.-клин. и образов. центр «Психотерапия и клиническая психология», Санкт-Петербургский гос. ун-т (Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7/9), email: mgorodnova@yandex.ru;

Евдокимов Владимир Иванович – д-р мед. наук проф., Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2), e-mail: 9334616@mail.ru;

Чехлатый Евгений Иванович – д-р мед. наук проф., Науч.-клин. и образов. центр «Психотерапия и клиническая психология», Санкт-Петербургский гос. ун-т (Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7/9), e-mail: chekhlaty@mail.ru.

определяющей болезненное поведение пациента. Наиболее выражен феномен отрицательных эмоциональных переживаний и критической оценки своего труда у медицинских сестер. Необходимо создание системы супервизии в наркологической практике, что может быть реализовано как в рамках дополнительного профессионального образования, так и в самом стационаре с изысканием средств для привлечения внешнего супервизора.

Ключевые слова: профессиональное выгорание, наркологический стационар, медицинский персонал, пациент, лечебная среда, установка, эмоциональное отношение, супервизия.

Введение

Эффективность лечения наркологических больных определяется полем отношений в лечебной среде, которое создается всеми участниками лечебного процесса, что подробно изложено в концепции психологии лечебной среды [2].

Исследованию отношений посвящено немало работ, однако большинство из них проведено среди представителей старшего (врачи, медицинские психологи) и среднего медицинского персонала (медицинские сестры). Практически остается без внимания роль младшего медицинского персонала в создании терапевтического поля взаимодействия, что неоправданно «исключает» их роль в формировании позитивных установок у пациентов в плане приверженности к лечению и терапевтическим изменениям поведения.

Неоспорима необходимость работы полипрофессиональной команды с наркологическими больными, а также помощь самим сотрудникам в профилактике и преодолении синдрома профессионального выгорания. Психологические детерминанты этого состояния могут регистрироваться у 20–30 % медицинских работников. К сожалению, в публикациях последнего десятилетия отмечается его гипердиагностика. Например, в диссертации Л.В. Золотухиной отмечается, что профессиональное выгорание выявляется у 73,2 % врачей-психиатров, в том числе у более половины (63,3 %) – с явными психопатологическими проявлениями на невротическом уровне. Если это так, то почему этих специалистов не включили в зону повышенного внимания Росздравнадзор или страховые организации?

Объяснение этого феномена просто. Незамысловатыми опросниками изучаются психологические проявления некоторых тенденций поведения и по этим результатам делаются заключения о значительном распространении профессионального выгорания. По данным ведущих зарубежных ученых, специалиста с профессиональным выгоранием следует извлекать из профессии [5, 7, 9]. Неслучайно одним из показателей неблагоприятных

отношений в коллективе, способствующих развитию профессионального выгорания, является «текучесть» кадров.

Тренинги, балинтовские, супервизионные и интервизорские группы, как правило, предназначены для врачей и психологов и в меньшей степени – для медицинских сестер [4]. Практически отсутствует описание опыта обсуждения супервизионного случая всеми представителями медицинского персонала, включая младший медицинский персонал.

Цель исследования – представить опыт оценки установок медицинского персонала наркологического стационара для создания программы мероприятий по сохранению их эмоционального здоровья и оптимизации терапевтической помощи пациентам.

Материал и методы

В исследовании приняли участие 104 сотрудника (мужчин было 31, или 29,8 %, женщин – 73, или 70,2 %) Санкт-Петербургской городской наркологической больницы (табл. 1). Дизайн исследования обсужден в этическом комитете организации, все участники обследования дали письменное добровольное согласие.

Таблица 1
Общая характеристика обследованного медицинского персонала

Персонал	n (%)	Возраст, лет	Стаж работы в медицинской организации, лет	Опыт работы в наркологическом стационаре	
				n (%)	лет
Врачи и психологи	32 (30,8)	40,1 ± 2,0	17,4 ± 2,1	26 (81,3)	13,7 ± 2,0
Средний	37 (35,6)	40,7 ± 2,3	19,0 ± 2,4	27 (73,0)	13,7 ± 1,9
Младший	35 (33,6)	41,2 ± 1,9	4,0 ± 1,3	14 (40,0)	5,5 ± 1,0
Общая группа	104 (100,0)	41,2 ± 1,2	9,5 ± 1,1	67 (64,4)	12,0 ± 1,2

Установки в лечебной среде у сотрудников стационара изучали при помощи авторской анкеты, в которой были представлены общие сведения о сотруднике и незаконченные предложения, отражающие типичные отношения в лечебном отделении. Проведенные ранее обследования показали, что при сборе данных отмечался большой отказ при ответах на некоторые утверждения, в связи с чем в анкетной части методики не указывали фамилии сотрудников.

Представляем пять незаконченных предложений, предназначенных для выявления установок отношения оказания наркологической помощи пациентам:

«Я считаю, что оказание наркологической помощи может считаться эффективным, если ...»;

«Когда пациент вновь поступает в отделение, я думаю, что ...»;

«Если пациент вновь срывается, я считаю что ...»;

«Если пациент выбирает употребление, я думаю, что ...»;

«Глядя на пациентов, я часто думаю, что...».

Несмотря на то что в незаконченных предложениях преимущественно предполагались когнитивные ответы (думаю, считаю), обследованные специалисты нередко заканчивали предложения, описывая свое эмоциональное состояние. При статистической обработке все высказывания разделили на когнитивные (К) и эмоциональные (Э), а по оценке – на позитивные (+) или негативные (–) ответы. Кроме этого, выделили вектор направленности высказывания (кого оно касается): на специалиста, пациента, лечение и организацию наркологической помощи в организации. Отдельные векторы направленности могли затрагивать и другие профессиональные или личные отношения, однако количество высказываний по этим векторам было малочисленно, что не позволило включить их в статистический анализ. В нашей ранней публикации подробно представлена распространенность установок в лечебной среде с учетом всех выделенных векторов [1]. В данной статье представляются результаты статистического анализа данных некоторых векторов лечебной среды.

Каждому отрицательному высказыванию присваивался 1 балл с учетом положительного или отрицательного значения и путем суммирования высчитывался средний балл. Чтобы исключить отрицательные числа, средний балл нормировался. Например, индифферентное отношение к изучаемому явлению оценивалось в 2 балла. В этом случае средние значения меньше 2 баллов указывали на отрицательное отношение, больше 2 баллов – положительное.

Статистическую обработку результатов выполнили с помощью программы SPSS-22. В таблицах представлены средние оценки и ошибки средних величин. Составили таблицы сопряженности показателей в группах и на ее основе провели расчет χ^2 Пирсона.

Результаты и их анализ

При характеристике групп оказалось, что если по возрасту сотрудники в группах были однородны (см. табл. 1), то стаж работы в медицинских организациях и опыт работы в наркологическом стационаре у младшего медицинского персонала оказались статистически значимо меньше ($p < 0,01$) по сравнению с представителями среднего персонала, врачами и психологами.

Принимая во внимание возможное влияние возраста и стажа работы в медицинских организациях на представления и установки сотрудников, результаты обследования сравнили по группам (табл. 2). Распределение персонала по группам в таблицах сопряженности по когнитивной и эмоциональной оценке по выделенным векторам оказались однородными.

Таблица 2
Оценка направленности установок при оказании наркологической помощи пациентам, баллы

Персонал	Специалист	Пациент	Организация наркологической помощи
Когнитивная оценка			
Врачи и психологи	2,09 ± 0,14	1,75 ± 0,15	1,91 ± 0,11
Средний	2,05 ± 0,09	1,68 ± 0,13	2,13 ± 0,12
Младший	2,19 ± 0,07	1,94 ± 0,16	2,13 ± 0,09
Общая группа	2,14 ± 0,06	1,78 ± 0,08	2,01 ± 0,05
Эмоциональная оценка			
Врачи и психологи	1,88 ± 0,12	2,09 ± 0,09	2,00 ± 0,04
Средний	1,59 ± 0,11	2,24 ± 0,08	1,95 ± 0,04
Младший	1,97 ± 0,14	2,19 ± 0,14	2,00 ± 0,00
Общая группа	1,81 ± 0,07	2,17 ± 0,05	1,99 ± 0,02

Отсутствие достоверных различий позволяет говорить лишь о тенденциях, однако и это наблюдение дает представление о феномене, разворачивающемся в лечебной среде наркологического стационара, что позволяет определить фокусы супервизионного вмешательства. Так, в целом по выборке когнитивная оценка организации наркологической помощи и лечения пациентов была положительной, но более критичны в ее оценке врачи и психологи (их оценка носит отрицательный характер, см. табл. 2). В эмоциональном отношении, в переживаниях, связанных с организацией и лечением, более негативны медицинские сестры (см. табл. 2), в то время

как представители других групп позитивны в своих переживаниях в отношении лечения и его организации.

Интересным, на наш взгляд, является следующий феномен. Позитивные и негативные когнитивные установки по отношению к себе встречаются реже, чем выборы, направленные на пациента (см. табл. 2), то есть сотрудники в большей степени ориентированы на пациента, нежели на самих себя, в оценке происходящих в отделении событий. В отношении себя и своей работы сотрудник наркологического стационара чаще когнитивно позитивен, но при этом имеет негативные эмоциональные переживания, что может выглядеть следующим образом: «Пациент сам виноват и его окружение виновато, ничего не делают для выздоровления, но я им сопереживаю, жалею и сочувствую. Сам я часто злюсь, испытываю страх и равнодушие, но я хорошо работаю и много делаю и буду делать для выздоровления пациента, необходимо учиться и совершенствоваться».

Позитивная когнитивная оценка своего труда свойственна в большей степени врачам и младшему медицинскому персоналу (см. табл. 2), в то время как медицинские сестры менее позитивно оценивают себя как специалиста. Более позитивны в своих эмоциональных переживаниях представители младшего медицинского персонала, а врачи, психологи и медицинские сестры преимущественно имеют негативные переживания в лечебной среде. В целом негативная оценка действий пациентов с точки зрения специалистов в большей степени присуща медицинским сестрам, при этом именно они и младший медицинский персонал в большей степени выражают сочувствие к ним (см. табл. 2).

Анализ содержательных характеристик высказываний обнаружил еще один тревожный феномен. Медицинские сестры реже, чем врачи, психологи и младший медицинский персонал связывают причину поведения пациента с самим заболеванием, игнорируя биологическую составляющую патогенетического развития наркологического заболевания. Данный феномен можно объяснить тем, что старший медицинский персонал ориентируется на патогенез заболевания, а младший персонал нередко имеет в своем анамнезе употребление психоактивных веществ и не объясняет поведение пациента «обывательским» представлением об отсутствии силы воли или «дурным поведением».

Полученные наблюдения позволили сделать вывод о необходимости коррекции установок специалистов в рамках супервизии, включающей в себя образовательный компонент в отношении принятия значимой роли биопсихосоциального генеза наркологического заболевания, особенно

биологической его составляющей, определяющей болезненное поведение пациента. Помимо коррекции установок и эмоционального отношения специалистов, необходимы мероприятия по совершенствованию системы организации наркологической помощи. Негативные эмоциональные переживания также могут затруднять контакт с пациентом и их окружением, что снижает эффективность лечебных мероприятий. Их коррекция возможна в рамках регулярной супервизии полипрофессиональной бригады, что активно практикуется зарубежными коллегами [6, 8].

Выводы

1. Сотрудники наркологического стационара имеют негативные эмоциональные переживания в поле терапевтических отношений, что является центральным звеном в поддержании негативного эмоционального отношения к пациенту. Наиболее выражен феномен отрицательных эмоциональных переживаний и критической оценки своего труда у медицинских сестер.

2. Внедрение супервизии в работу наркологического стационара с участием всех членов полипрофессиональной бригады позволит действительно улучшить поле терапевтических отношений и скорректировать негативный эмоциональный фон сотрудников, обеспечивая взаимоподдержку и разделение ответственности между специалистами.

3. Необходимо создание системы супервизии в наркологической практике, что может быть реализовано как в рамках дополнительного профессионального образования, предусматривающего программы обучающей супервизии для сотрудников, имеющих разный уровень образования, так и в рамках самого стационара с изысканием средств для привлечения внешнего супервизора.

Литература

1. Городнова М.Ю. Исследование отношения медицинского персонала к пациентам и организации наркологической помощи в стационаре // *Вопр. наркологии.* – 2014. – № 2. – С. 98–105.

2. Городнова М.Ю., Чехлатый Е.И. Лечебная среда наркологического стационара: теоретико-методологический подход в ее изучении и оптимизации // *Вестн. психотерапии.* – 2018. – № 65 (70). – С. 73–84.

3. Золотухина Л.В. Особенности психического здоровья врачей-психиатров с синдромом профессионального выгорания : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2011. – 21 с.

4. Евдокимов В.И., Мухина Н.А., Натарова А.А. Профессиональное выгорание у среднего медицинского персонала по данным зарубежных публикаций (1993–2012 гг.) // *Вестн. психотерапии.* – 2013. – № 47 (52). – С. 47–70.

5. Козин В.А., Агибалова Т.В. Синдром «эмоционального выгорания»: происхождение, теории, профилактика, перспективы изучения // Неврологич. вестн. Журн. им. В.М. Бехтерева. – 2013. – Т. 45, вып. 2. – С. 44–52.

6. Firth-Cozens J. Improving the health of psychiatrists // *Advances in Psychiatric Treatment*. – 2007. – Vol. 13. – P. 161–168.

7. Kumar S., Sinha P., Dutu G. Being satisfied at work does affect burnout among psychiatrists: a national follow-up study from New Zealand // *Int. J. Soc. Psychiatry*. – 2013. – Vol. 59, N 5. – P. 460–467.

8. Livni D., Crowe T. P., Gonsalvez C.J. Effects of supervision modality and intensity on alliance and outcomes for the supervisee // *Rehabilitation Psychology*. – 2012. – Vol. 57. – P. 178–186.

9. Schaufeli W.B., Leiter M.P., Maslach C. Burnout: 35 years research and practice // *Career Development International*. – 2009. – Vol. 14, N 3. – P. 204–220.

Поступила 07.05.2019

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

Для цитирования. Городнова М.Ю., Евдокимов В.И., Чехлатый Е.И. Опыт изучения установок медицинского персонала наркологического стационара в качестве мишенной супервизии // *Вестн. психотерапии*. 2019. № 70 (75). С. 18–27.

EXPERIENCE OF STUDYING THE ATTITUDES OF THE MEDICAL STAFF OF THE DRUG ABUSE HOSPITAL AS SUPERVISION TARGETS

Gorodnova M.Yu.^{1,2}, Evdokimov V.I.^{1,3}, Chekhlaty E.I.¹

¹ Saint Petersburg University (Universitetskaya Emb. 7/9, St. Petersburg, Russia);

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

³ Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM
of Russia (Academica Lebedeva Str., 4/2, St. Petersburg, Russia)

✉ Marina Yurievna Gorodnova – Dr. Med. Sci., Prof., North-Western State Medical University named after I.I Mechnikov (Kirochnaya Str., 41, Saint-Petersburg, 191015, Russia); Prof. "Psychotherapy and Clinical Psychology" Research, Clinical and Educational Center, Saint Petersburg University (Universitetskaya Emb. 7/9, St. Petersburg 199034, Russia), e-mail: mgorodnova@yandex.ru;

Vladimir Ivanovich Evdokimov – Dr. Med. Sci. Prof., Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Academica Lebedeva Str., 4/2, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: 9334616@mail.ru;

Evgeny Ivanovich Chekhlaty – Dr. Med. Sci. Prof., Head, "Psychotherapy and Clinical Psychology" Research, Clinical and Educational Center, Saint Petersburg University (Universitetskaya Emb. 7/9, St. Petersburg 199034, Russia), e-mail: chekhlaty@mail.ru

Abstract. Significant mental burden in healthcare personnel when assisting patients at a drug abuse hospital may lead to professional burnout. The goal is to present the experience of evaluating the attitudes of medical personnel in order to create a program of measures to preserve their emotional health and optimize therapeutic care to patients. Using the author's methodology of unfinished sentences to cognitively and emotionally assess specialists, patients and treatment organizations, 104 employees of the drug abuse hospital in St. Petersburg, including 32 doctors and psychologists, 37 nurses, and 35 junior nurses. Employees aged 41.2 ± 1.2 years, with experience in the medical organization of 9.5 ± 1.1 years, 30 % of them were males. The distribution of personnel by groups in the contingency tables was homogeneous by cognitive and emotional evaluation of the selected vectors. According to the obtained results, it is necessary to correct the attitudes of specialists within the framework of supervision, which includes an educational component regarding the acceptance of the significant role of the biopsychosocial genesis of a narcological disease, especially the biological component that determines the patient's pathological behavior. The most pronounced is a phenomenon of negative emotional experience in nurses and critical assessment of their work. It is necessary to create a system of supervision in narcological practice, which can be implemented both in the framework of additional professional education and in the hospital itself provided the funds to attract an external supervisor are found.

Keywords: burnout, drug abuse hospital, healthcare staff, patient, curative environment, attitude, emotional attitude, supervision.

References

1. Gorodnova M.Yu. Issledovanie otnosheniya meditsinskogo personala k pacientam i organizatsii narkologicheskoi pomoshchi v stacionare [The study of the medical staff attitude to organization of narcological healthcare in the hospital and to the patients]. *Voprosy narkologii* [Journal of addiction problems]. 2014. N 2. Pp. 98–105. (In Russ.)
2. Gorodnova M.Yu., Chekhlatyi E.I. Lechebnaya sreda narkologicheskogo stacionara: teoretiko-metodologicheskii podkhod v ee izuchenii i optimizatsii [Therapeutic environment narcological hospital: theoretical and methodological approach in her study and optimization]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2018. N 65. Pp. 73–84. (In Russ.)
3. Zolotukhina L.V. *Osobennosti psikhicheskogo zdorov'ya vrachei-psikhiatrov s sindromom professional'nogo vygoraniya. Avtoref. kand. diss.* [Mental health features of psychiatrists with a professional burnout syndrome. Author's Abstract of Cand. Diss.]. Saint Petersburg, 2011. 21 p. (In Russ.)
4. Kozin V.A., Agibalova T.V. Sindrom «emotsional'nogo vygoraniya»: proiskhozhdenie, teorii, profilaktika, perspektivy izucheniya [Emotional burnout syndrome: origin, theories, prevention, research perspectives]. *Nevrologicheskii vestnik*.

Zhurnal imeni V.M. Bekhtereva [Neurological bulletin. Named after V.M. Bekhterev]. 2013. N 45. Pp. 44–52. (In Russ.)

5. Evdokimov V.I., Mukhina N.A., Natarova A.A. Professional'noe vygoranie u srednego meditsinskogo personala po dannym zarubezhnykh publikatsii (1993–2012 gg.) [Professional burnout among nursing staff according to foreign publications (1993–2012)]. *Vestnik psikhoterapii*. [The Bulletin of Psychotherapy]. 2013. N 47. Pp. 47–70. (In Russ.)

6. Firth-Cozens J. Improving the health of psychiatrists. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2007. N 13. Pp. 161–168. (In Russ.)

7. Kumar S., Sinha P., Dutu G. Being satisfied at work does affect burnout among psychiatrists: a national follow-up study from New Zealand. *Int. J. Soc. Psychiatry*. 2013. Vol. 59, N 5. Pp. 460–467.

8. Livni D., Crowe T.P., Gonsalvez C. J. Effects of supervision modality and intensity on alliance and outcomes for the supervisee. *Rehabilitation Psychology*. 2012. Vol. 57. Pp. 178–186.

9. Schaufeli W.B., Leiter M.P., Maslach C. Burnout: 35 years research and practice. *Career Development International*. 2009. Vol. 14, N 3. Pp. 204–220.

Received 07.05.2019

For citing. Gorodnova M.Yu., Evdokimov V.I., Chekhlatyi E.I. Opyt izucheniya ustanovok meditsinskogo personala narkologicheskogo statsionara v kachestve mishenei supervizii. *Vestnik psikhoterapii*. 2019. N 70. Pp. 18–27. (**In Russ.**)

Gorodnova M.Yu., Evdokimov V.I., Chekhlatyi E.I. Experience of studying the attitudes of the medical staff of the drug abuse hospital as supervision targets. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2019. N 70. Pp. 18–27.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ОТКЛОНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ В ИНТЕРИКТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАСПОЛОЖЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ОЧАГА ЭПИАКТИВНОСТИ

Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова (Россия, Санкт-Петербург, Пискаревский пр., д. 47)

Эпилепсия височной доли (ЭВД) является наиболее распространенным фокальным синдромом эпилепсии. Идиопатическая генерализованная эпилепсия (ИГЭ) определяется как синдром эпилепсии, который не имеет явной причины и предположительно имеет основную генетическую этиологию. Состояние эпилепсии может быть связано с социальными когнитивными способностями индивидуума, а на анатомио-физиологическом уровне – зависеть от локализации эпилептического очага патологии.

Коморбидные депрессивные расстройства и суицидальное поведение более вероятны у пациентов с эпилепсией лобной доли и височной доли, чем у здоровых людей. Частота попыток самоубийства в четыре-пять раз выше, чем ожидалось, у пациентов с эпилепсией лобной доли и до 25 раз выше у пациентов с эпилепсией височной доли. Выявлено более высокое число случаев депрессии и тревоги в эпилептических группах, измеренных по самооценочным шкалам. Временная и когнитивная функции могут быть нарушены при ЭВД. Распространенность и частота шизофрении и связанных с ней психозов при эпилепсии были описаны в диапазоне 9–10 %.

Данное исследование и проведенный анализ литературы свидетельствуют о том, что дооперационные когнитивные и поведенческие показатели дисфункции лобной доли предиктируют плохой психиатрический исход после операции ЭВД. Высокий уровень психопатологии до и после операции позволяет предположить, что пациенты, перенесшие хирургическое вмешательство, особенно пациенты с течением аффективного диагноза, должны быть проконсультированы об этом потенциальном риске.

Ключевые слова: депрессивные расстройства, суицидальное поведение, постоперационная прогностика, эпилепсия височной доли.

Введение

В течение прошлого столетия интерес к когнитивному дефициту при эпилепсии значительно возрос. Действительно, было собрано большое количество исследований, определяющих когнитивный профиль пациентов с

✉ Щавинская Ася Валерьевна – врач-невролог, аспирант каф. неврологии, Сев.-Зап. гос. мед. ун-т им. И.И. Мечникова (Россия, 192284, Санкт-Петербург, Пискаревский пр. д. 47), e-mail: savinskaaasa415@gmail.com.

эпилепсией [20] и важность оценки когнитивных функций в программе комплексной помощи для людей с эпилепсией [26]. Хотя первые поведенческие исследования пациентов с эпилепсией в основном проверяли глобальный уровень интеллекта, только недавно исследователи попытались раскрыть специфические нейропсихологические профили в соответствии с различными подтипами эпилепсии [20]. Общий взгляд на обсуждаемую проблему, как можно заключить из обзора литературы, состоит в том, что нейропсихологическая оценка должна учитывать подтип эпилептического синдрома, в частности его локализацию, возможную этиологию и фармакологическую терапию. Все эти элементы, несомненно, влияют на проявление когнитивных нарушений [20]. Хотя в последние несколько десятилетий в этой области проводились интенсивные исследования, до сих пор не ясно, связаны ли такие когнитивные нарушения с хроническим и стигматизирующим состоянием, в котором живут пациенты с эпилепсией, или в основном происходят из-за специфического нейропатологического процесса.

ЭВД является наиболее распространенным фокальным синдромом эпилепсии. У людей с ЭВД могут быть различные нарушения когнитивных функций. Даже если дефицит памяти обычно является ядром когнитивного фенотипа ЭВД, нарушения в значительной степени различаются, в том числе низкий уровень глобального интеллекта и дефицит вербального обучения, визуальных навыков и исполнительных функций (например, решение проблем) [20, 38]. Напротив, идиопатическая генерализованная эпилепсия (ИГЭ) определяется как синдром эпилепсии, который не имеет явной причины и предположительно имеет основную генетическую этиологию. По сравнению с когнитивными нарушениями в ЭВД, те в ИГЭ менее заметны и, следовательно, были менее исследованы.

При когнитивной оценке большинство пациентов с ИГЭ показывают только низкий уровень глобального интеллекта [24]. Тем не менее некоторые из этих пациентов могут иметь незначительный дефицит внимания, зрительно-пространственных навыков и невербальных задач памяти [10].

Социальное познание – это когнитивная функция высокого уровня, которая включает в себя все процессы, используемые для понимания и хранения информации о взаимодействиях с другими людьми в социальном контексте. Восприятие социальных сигналов, относящихся к психическим состояниям других людей, является фундаментальной предпосылкой для получения правильной формулировки соответствующих ответов. Кроме того, правильная обработка таких сигналов, приписывающая независимые психические (знания, убеждения и мотивы) или эмоциональные (чувства)

состояния другим людям, также является фундаментальной для понимания и прогнозирования поведения других. Проявления эпилепсии могут варьировать в зависимости от социальных когнитивных способностей, в зависимости от локализации эпилептического очага и связанной с ним патологии. Тем не менее клиническое значение такого дефицита в значительной степени не изучено. Некоторые исследования предоставили доказательства наличия дефицита распознавания отрицательных эмоций у пациентов с ЭВД, а также у пациентов с ИГЭ [18, 30, 37]. Эти авторы показали, что распознавание страха и отвращения нарушается при обоих синдромах эпилепсии, при этом дефицит ЭВД распространяется и на распознавание лица [8]. Другие исследования ранее доказали избирательное нарушение распознавания страха при синдроме ЭВД [30, 37]. Савик и соавт. также показали дефицит распознавания страха в небольшой выборке пациентов с ИГЭ [33].

Стоит также отметить, что в одном из последних французских исследований было установлено, что проявление некоторых эмоций (в частности, стыда и смущения, названных авторами *negative self-conscious emotions* (SCEs) и надменности (*positive self-conscious emotion*)) ассоциировано с клиническим профилем и психическим статусом пациента, например, с частотой приступов, преобладанием и выраженностью депрессии и тревоги, что, несомненно, не только оказывает влияние на качество жизни, но и на прогноз течения ЭВД [21].

Кроме того, в последние годы были также исследованы умственные способности пациентов с ЭВД и пациентов с ИГЭ. Низкие показатели по различным задачам теории разума [8, 13, 19, 21, 28] были зарегистрированы для пациентов с ЭВД. Как когнитивные, так и аффективные аспекты ТоМ (*Theory of Mind*, или модель психики человека) оказались нарушенными [21]. Идентификация и понимание искренних, лживых и саркастических социальных обменов также нарушены у людей с ЭВД [13]. Этот дефицит, по-видимому, частично связан с наличием мезиального височного склероза доли и ранним возрастом в начале приступа [13], это мнение также поддержано в работе [17]. Кон и его коллеги [13] также доказали в исследовании морфометрии значительную связь между атрофией левого гиппокампа и общими возможностями социального вывода, а также между атрофией неокортекса левого переднего височного канала и пониманием сарказма. Эти результаты подтверждают критическую роль передней височной коры как сходящейся зоны процессов восприятия и эмоций высшего порядка и сохраненных представлений. Исследования, оценивающие

различные аспекты способности ТоМ у пациентов с ЭВД, показали, однако, противоречивые результаты, начиная от широких нарушений ТоМ [21] до нормальных показателей [40] или избирательного дефицита [7]. Такая изменчивость, вероятно, обусловлена внутренней гетерогенностью синдрома ЭВД, которая может включать пациентов с незлезиональными вариантами эпилепсии, а также случаи с односторонним (левым или правым) или распространенным медиальным или латеральным ЭВД. Те же авторы [7] предложили роль исполнительного функционирования в действиях пациентов с ЭВД на задачах ТоМ, хотя и не согласились с предыдущим исследованием, поддерживающим диссоциацию между этими когнитивными функциями [40].

Напротив, только в нескольких работах были исследованы другие аспекты социального познания (например, социальное суждение и эмпатия) у пациентов с ИГЭ. Так, в работе отечественных авторов [4] выделяются ослабленные способности социального познания. Когнитивная и аффективная эмпатия были косвенно исследованы Jiang et al. [25] с помощью опросника индекса межличностной реактивности (ИМР). Результаты исследования предоставили доказательства наличия селективного дефицита перспектив у пациентов с ИГЭ с сохраненной способностью аффективного компонента, поддерживающего более ограниченное повреждение сетей социального познания при этом синдроме эпилепсии.

Суть нашего исследования – обобщение известных данных, включая новейшие исследования, для дальнейшего анализа методологии лечения эпилепсии в зависимости от ее очага, а также выработка практических рекомендаций на основании проанализированного материала.

Обсуждение

Традиционно считается, что связь между эпилепсией и сопутствующими психическими расстройствами является однонаправленной. Однако за последние 15 лет в нескольких исследованиях была предложена двунаправленная связь между эпилепсией, с одной стороны, и депрессией, суицидальным поведением и синдромом дефицита внимания, с другой стороны. Действительно, два обстоятельных и обширных исследования показали, что в истории болезни депрессия, предшествовавшая эпилепсии, была диагностирована от четырех до семи раз чаще у пациентов с эпилепсией, чем в контроле [2, 3].

В отдельном популяционном исследовании в анамнезе синдром дефицита внимания с гиперактивностью в 2,5 раза чаще встречался у детей младше 16 лет. В этой группе детей также чаще чем в контрольной группе были диагностированные неспровоцированные припадки [22]. Наконец, в популяционном исследовании история общей депрессии (отношение шансов 1:7, при $p < 0,05$) и попытки самоубийства (5:1) независимо увеличивали риск неспровоцированных приступов и эпилепсии [23].

Суицидальное поведение может возникать при различных психических расстройствах, а не только при депрессии. Наиболее вероятным объяснением этих данных является наличие общих патогенных механизмов, действующих при эпилепсии и данных психических расстройствах. Таким образом, структурные и функциональные нарушения лобной и височной долей и нарушения секреции в головном мозге нейротрансмиттеров, таких как серотонин, являются одними из распространенных патогенных механизмов, связанных с эпилепсией, самоубийством и общей депрессией.

Исследования активности серотонина на позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ) показали снижение связывания 5-НТ 1А-рецепторов в височных долях пациентов с эпилепсией височных долей. Такое уменьшение происходит в гиппокампе, миндалине и латеральном височном неокортексе, ипсилатеральном к очагу эпилепсии, а также в ипсилатеральной передней поясной извилине, инсуре и контрлатеральном гиппокампе [38, 40].

Низкая серотонинергическая активность не зависела от наличия или отсутствия атрофии гиппокампа при МРТ, а уменьшение объема мезиальных структур и связывания оставалось значительным после частичной коррекции объема. В другом исследовании в областях возникновения и распространения приступа отмечено уменьшение связывания 5-НТ1А (трассер МРPF, меченный фтором-18), что было идентифицировано с помощью внутричерепных электродных записей [29].

Как и в других исследованиях, снижение связывания 5-НТ 1А присутствовало даже тогда, когда количественные и качественные МРТ были нормальными.

Снижение связывания 5-НТ1А не ограничивается случаями с эпилепсией височной доли. Исследования ПЭТ с карбонилем, содержащим изотоп углерода-11 антагонистом 5-НТ1А-рецептора WAY-100635 ($[^{11}C]$ WAY-100635), показали снижение потенциала связывания в дорсолатеральной префронтальной коре, красном ядре и гиппокампе у 11 пациентов

с ювенильной миоклонической эпилепсией по сравнению с 11 из контрольной группы [29].

Аналогичным образом, фармакологические и посмертные исследования позволили предположить наличие изменений в функции или плотности 5-HT_{1A}-рецепторов головного мозга у пациентов с серьезным депрессивным расстройством. Например, исследования ПЭТ с [¹¹C] WAY-100635 показали низкий потенциал связывания 5-HT_{1A} в лобной, височной и лимбической коре как у пациентов без лечения, так и у пациентов с депрессией по сравнению со здоровыми добровольцами [35].

Следует отметить, что значения связывающего потенциала у пациентов с депрессией, получавших лекарство, были аналогичны значениям у пациентов с депрессией без лечения. При использовании того же радиолиганда сниженный потенциал связывания 5-HT_{1A}-рецепторов был зафиксирован в мезиально-височной коре и ядрах шва у 12 пациентов с рецидивирующими эпизодами тяжелой депрессии в семье по сравнению с контрольной группой [5].

Кроме того, сообщалось о низком связывании 5-HT_{1A}-рецептора в передней и задней поясной извилине у пациентов с паническим расстройством с коморбидной депрессией и без нее в исследованиях ПЭТ с использованием селективного меченого 5-HT_{1A} радиолиганда фтора-18 FCWAY [34].

Данные различных исследований позволяют предположить связь между аномальной активностью серотонина и суицидальным поведением, связанным с несколькими психическими расстройствами. У больных эпилепсией изучена зависимость характера когнитивных нарушений от локализации поражения мозга, частоты приступов, возраста их начала, пола пациента, также анализируются данные количественных исследований тканей головного мозга, полученных от людей, совершивших самоубийство, исследований участков переносчиков серотонина и пр. [6]. Эти исследования выявили аномальную серотонинергическую функцию вентральной префронтальной коры. Структурные аномалии височных и лобных долей были выявлены в объемных исследованиях МРТ пациентов с первичной общей депрессией. Эти нарушения включают меньшие объемы орбитофронтальной и префронтальной коры, поясной извилины, образования гиппокампа, миндалина и энторинальной коры [38].

Следует отметить, что размер изменений объема префронтальной и гиппокампальной зоны был связан с тяжестью и продолжительностью депрессивного расстройства. Нейропатологические исследования также за-

документировали структурные корковые изменения в лобных долях пациентов с депрессией, состоящие в уменьшении толщины коры, размеров нейронов и плотности нейронов в слоях II, III и IV ростральной орбитофронтальной области. Значительное снижение глиальной плотности было выявлено в хвостовой орбитофронтальной коре в кортикальных слоях V и VI, что также было связано с уменьшением размеров нейронов. В дорсолатеральной префронтальной коре снижение нейрональной и глиальной плотности и размера зафиксированы во всех слоях коры.

В свете этих данных неудивительно, что коморбидные депрессивные расстройства и суицидальное поведение более вероятны у пациентов с эпилепсией лобной доли и височной доли, чем у здоровых людей. Основным вопросом заключается в том, снижает ли своевременное лечение депрессивного расстройства риск развития неспровоцированного эпилептического припадка или эпилептического припадка.

Шизофрения и мезиальная эпилепсия височной доли представляют собой два распространенных нарушения головного мозга, которые имеют общую дисфункцию височно-лимбических нервных субстратов. Важно отметить очень высокую коморбидность цереброваскулярной патологии и депрессивных расстройств. Так, частота развития постинсультной депрессии составляет около 40 % с максимальной распространенностью в восстановительном периоде инсульта, где она может достигать 70 % и более. Генез развития депрессивных расстройств, как и других форм аффективных нарушений, остается во многом неясным. Одним из основных факторов возникновения депрессий у больных с цереброваскулярной патологией считается наличие очагового поражения головного мозга, преимущественно поражение левой лобной доли или прилежащих базальных ядер [1].

Существует давняя дискуссия о связи между психическими расстройствами и частичной эпилепсией, возникающей из височной доли. В более поздних исследованиях, некоторые из которых использовали ММРІ, была принята обновленная диагностическая классификация. Здесь была показана более высокая частота психопатологии, в основном депрессии и тревоги при ЭВД [16]. Аффективные расстройства, такие как «эндогенные» или серьезные депрессивные эпизоды, были описаны как наиболее распространенные психические расстройства у пациентов с эпилепсией, особенно у пациентов с височной эпилепсией по сравнению с нормальным контролем. Сообщалось, что частота попыток самоубийства в четыре-пять раз выше, чем ожидалось, у пациентов с эпилепсией лобной доли и до 25 раз выше у пациентов с эпилепсией височной доли. Депрессивные сим-

птомы встречаются чаще у пациентов с поражением левой височной доли, чем у пациентов с поражением (локализацией) правой доли либо двусторонним поражением. Bromfield et al. [9], используя ПЭТ с дезоксиглюкозой, показали, что у пациентов с эпилепсией височной доли, наблюдается двустороннее снижение метаболизма глюкозы в нижней лобной доле. В нескольких исследованиях, в которых пациенты с эпилепсией сравнивались либо с пациентами с неэпилептическими неврологическими состояниями, хроническими заболеваниями с инвалидностью, либо с нормальным контролем, было выявлено более высокое число случаев депрессии и тревоги в эпилептических группах, измеренных в основном по самооценочным шкалам.

Некоторые методы лечения эпилепсии. Нейрохирургия при рефрактерной ЭВД является эффективным методом лечения с вероятностью 60–70 % освобождения от судорог. Для многих хирургических пациентов облегчение от трудноизлечимых припадков дает долгосрочные психосоциальные выгоды и повышает качество жизни по сравнению с пациентами, которых лечат терапевтически. Однако после операции ЭВД тревожность и депрессия могут ухудшаться или развиваться в первый раз (*de novo*) даже у пациентов, у которых не было приступов [11]. Распространенность аффективной заболеваемости *de novo* сильно варьируется вследствие различных методологий и диагностических классификаций, при этом оценки вероятности колеблются от 3 % до 26 % [12].

Патогенные механизмы и идентификация кандидатов на хирургическое лечение с риском аффективной заболеваемости представляют собой актуальную проблему в практике хирургии ЭВД. Существует ряд механизмов, способствующих развитию заболевания. Это нейробиологические факторы [19, 24, 27, 32, 34, 38], психосоциальные факторы и предоперационный психиатрический статус [11, 12, 14, 15, 24, 27, 40]. Было предложено учитывать аффективную заболеваемость после операции ЭВД. Исследование разнородных выборок, ограниченная информация о предоперационном психиатрическом статусе, краткосрочном наблюдении и применении разнообразных диагностических критериев и/или ненадлежащем применении статистических методов затрудняет принятие окончательных выводов. Временная и когнитивная функции могут быть нарушены при ЭВД и связаны с межпериодической психопатологией [40]. В нескольких исследованиях непосредственно изучалось, может ли лобная дисфункция служить основанием для прогнозирования худших психических последствий после операции. Существуют доказательства того, что структурные [19, 32,

39] и функциональные [34] аномалии визуализации, выходящие за пределы ЭВД, могут играть роль в развитии послеоперационной психопатологии.

Выводы

Проведенный анализ литературы и данное исследование свидетельствуют о том, что дооперационные когнитивные и поведенческие показатели дисфункции лобной доли предиктируют плохой психиатрический исход после операции ЭВД. Высокий уровень психопатологии до и после операции позволяет предположить, что пациенты, перенесшие хирургическое вмешательство, особенно пациенты с течением аффективного диагноза, должны быть проконсультированы об этом потенциальном риске.

Литература

1. Гусев Е.И., Боголепова А.Н. Роль процессов нейропластичности в развитии депрессивных расстройств // Трудный пациент. – 2010. – № 8 (10). – С. 11–16.
2. Зенкова А.Л., Шатенштейн А.А. Влияние эпилепсии на когнитивные функции пациента (Обзор литературы) // Вестник эпилептологии. – 2014. – № 1.–2. – С. 29–34.
3. Калинин В.В. Аффективные и тревожные расстройства у больных эпилепсией: вопросы феноменологии и адекватной терапии // Вестник эпилептологии. – 2008. – № 1. – С. 13–17.
4. Киссин М.Я., Бондаренко И.И. Типология, патоморфоз и терапия непсихотических аффективных расстройств у больных эпилепсией (по материалам Городского эпилептологического центра Санкт-Петербурга) // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2009. – № 3. – С. 25–29.
5. Стаднюк Ю.И. Нейрофизиологические аспекты аффективных нарушений, ассоциированных с височной эпилепсией : автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2017. 24 с.
6. Шатенштейн А. А. Особенности когнитивных нарушений при эпилепсии // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2014. – № 3. – С. 3–11.
7. Brierley B., Medford N., Shaw P. [et al.]. Emotional memory and perception in temporal lobectomy patients with amygdala damage // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. – 2004. – Vol. 75. – P. 593–599.
8. Broicher S.D., Kuchukhidze G., Grunwald T. [et al.]. Tell me how do I feel?—emotion recognition and theory of mind in symptomatic mesial temporal lobe epilepsy // Neuropsychologia. – 2012. – Vol. 50. – P. 118–128.
9. Bromfield E. B., Altschuler L., Leiderman D. B. [et al.]. Cerebral metabolism and depression in patients with complex partial seizures // Archives of Neurology. – 1992. – Vol. 49, N 6. – P. 617–623.
10. Chowdhury F.A., Elwes R.D.C., Koutroumanidis M. [et al.]. Impaired cognitive function in idiopathic generalized epilepsy and unaffected family members: an epilepsy andophenotype // Epilepsia. – 2014. – Vol. 55. – P. 835–840.

11. Cleary R.A., Thompson P.J., Fox Z. [et al.]. Predictors of psychiatric and seizure outcome following temporal lobe epilepsy surgery // *Epilepsia*. – 2012. – Vol. 53. – P. 1705–1712.
12. Cleary R.A., Baxendale S.A., Thompson P.J. [et al.]. Predicting and preventing psychopathology following temporal lobe epilepsy surgery // *Epilepsy Behav.* – 2013. – Vol. 26. – P. 322–334.
13. Cohn M., St-Laurent M., Barnett A. [et al.]. Social inference deficits in temporal lobe epilepsy and lobectomy: risk factors and neural substrates // *Soc. Cogn. Affect. Neurosci.* – 2015. – Vol. 10. – P. 636–644.
14. De Araújo Filho G.M., Mazetto L., Gomes F.L. [et al.]. Pre-surgical predictors for psychiatric disorders following epilepsy surgery in patients with refractory temporal lobe epilepsy and mesial temporal sclerosis // *Epilepsy research*. – 2012. – Vol. 102, N 1–2. – P. 86–93.
15. Devinsky O., Barr W.B., Vickrey B.G. [et al.]. Changes in depression and anxiety after resective surgery for epilepsy // *Neurology*. – 2005. – Vol. 65, N 11. – P. 1744–1749.
16. Dikmen S., Hermann B.P., Wilensky A.J. [et al.]. Validity of the Minnesota multiphasic personality inventory (MMPI) to psychopathology in patients with epilepsy // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 1983. – Vol. 171. – P. 114–122.
17. Giovagnoli A.R., Franceschetti S., Reati F. [et al.]. Theory of mind in frontal and temporal lobe epilepsy: cognitive and neural aspects // *Epilepsia*. – 2011. – Vol. 52, N 11. – P. 1995–2002.
18. Gomez-Ibanez A., Urrestarazu E., Viteri C. Recognition of facial emotions and identity in patients with mesial temporal lobe and idiopathic generalized epilepsy: an eyetracking study // *Seizure*. – 2014. – Vol. 23. – P. 892–898.
19. Halley S.A., Wrench J.M., Reutens D.C. [et al.]. The amygdala and anxiety after epilepsy surgery // *Epilepsy Behav.* – 2010. – Vol. 18. – P. 431–436.
20. Helmstaedter C., Witt J.A. Clinical neuropsychology in epilepsy: theoretical and practical issues // *Handb. Clin. Neurol.* – 2012. – Vol. 107. – P. 437–459.
21. Hennion S., Delbeuck X., Duhamel A. [et al.]. Characterization and prediction of theory of mind disorders in temporal lobe epilepsy // *Neuropsychology*. – 2015. – Vol. 29. – P. 485–492.
22. Hesdorffer D.C., Ludvigsson P., Olafsson E. [et al.]. ADHD as a risk factor for incident unprovoked seizures and epilepsy in children // *Arch Gen Psychiatry*. – 2004. – Vol. 61. – P. 731–736.
23. Hesdorffer D.C., Hauser W.A., Olafsson E. [et al.]. Depression and suicide attempt as risk factors for incident unprovoked seizures // *Ann. Neurol.* – 2006. – Vol. 59. – P. 35–41.
24. Iranzo-Tatay C., Rubio-Granero T., Gutierrez A. [et al.]. Psychiatric symptoms after temporal epilepsy surgery. A one-year follow-up study // *Epilepsy Behav.* – 2017. – Vol. 70. – P. 154–160.
25. Jiang Y., Hu Y., Wang Y. [et al.]. Empathy and emotion recognition in patients with idiopathic generalized epilepsy // *Epilepsy Behav.* – 2014. – Vol. 37. – P. 139–144.

26. Meletti S., Benuzzi F., Cantalupo G. [et al.]. Impaired facial emotion recognition impairment in early-onset right mesial temporal lobe epilepsy // *Neurology*. – 2003. – Vol. 60. – P. 426–431.
27. Mendez M. F., Grau R., Doss R. C. [et al.]. Schizophrenia in epilepsy: seizure and psychosis variables // *Neurology*. – 1993. – Vol. 43, N 6. – P. 1073–1073.
28. Merlet I., Ostrowsky K., Costes N. [et al.]. 5-HT1A receptor binding and intracerebral activity in temporal lobe epilepsy: an [18F] MPPF–PET study // *Brain*. – 2004. – Vol. 127, N 4. – P. 900–913.
29. Oquendo M.A., Placidi G.P., Malone K.M. [et al.]. Positron emission tomography of regional brain metabolic responses to a serotonergic challenge and lethality of suicide attempts in major depression // *Archives of general psychiatry*. – 2003. – Vol. 60, N 1. – P. 14–22.
30. Pope R.A., Centeno M., Flügel D. [et al.]. Neural correlates of de novo depression following left temporal lobe epilepsy surgery: A voxel based morphometry study of pre-surgical structural MRI // *Epilepsy research*. – 2014. – Vol. 108, N 3. – P. 517–525.
31. Reynders H.J., Broks P., Dickson J.M. [et al.]. Investigation of social and emotion information processing in temporal lobe epilepsy with ictal fear // *Epilepsy Behav.* – 2005. – Vol. 7. – P. 419–429.
32. Salzberg M., Taher T., Davie M. [et al.]. Depression in temporal lobe epilepsy surgery patients: an FDG–PET study // *Epilepsia*. – 2006. – Vol. 47, N 12. – P. 2125–2130.
33. Savic I., Lindstrom P., Gulyas B. [et al.]. Limbic reductions of 5-HT1A receptor binding in human temporal lobe epilepsy // *Neurology*. – 2004. – Vol. 62. – P. 1343–1351.
34. Shaw P., Lawrence E., Bramham J. [et al.]. A prospective study of the effects of anterior temporal lobectomy on emotion recognition and theory of mind // *Neuropsychologia*. – 2007. – Vol. 45. – P. 2783–2790.
35. Sheline Y.I. Neuroimaging studies of mood disorder effects on the brain // *Biol. Psychiatry*. – 2003. – Vol. 54. – P. 338–352.
36. Stone V.E., Baron-Cohen S., Calder A. [et al.]. Acquired theory of mind impairments in individuals with bilateral amygdala lesions // *Neuropsychologia*. – 2003. – Vol. 41. – P. 209–220.
37. Toczek M.T., Carson R.E., Lang L. [et al.]. PET imaging of 5-HT1A receptor binding in patients with temporal lobe epilepsy // *Neurology*. – 2003. – Vol. 60, N 5. – P. 749–756.
38. Wrench J.M., Wilson S.J., Bladin P.F. [et al.]. Hippocampal volume and depression: insights from epilepsy surgery // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. – 2009. – Vol. 80. – P. 539–544.
39. Wrench J.M., Matsumoto R., Inoue Y. [et al.]. Current challenges in the practice of epilepsy surgery // *Epilepsy Behav.* – 2011. – Vol. 22. – P. 23–31.
40. Wilson S.J., Bladin P.F., Saling M.M. Paradoxical results in the cure of chronic illness: the «burden of normality» as exemplified following seizure surgery // *Epilepsy Behav.* – 2004. – Vol. 5. – P. 13–21.

Поступила 05.06.2019

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

Для цитирования. Щавинская А.В. Особенности психиатрических отклонений у больных эпилепсией в интериктальном периоде в зависимости от расположения первичного очага эпилепсии // Вестн. психотерапии. 2019. № 70 (75). С. 28–43.

**PSYCHIATRIC ILLNESS IN PATIENTS WITH EPILEPSY DURING
THE INTERICTAL PERIOD: DIFFERENCES BETWEEN LOCATIONS
OF THE PRIMARY EPILEPTIC FOCUS**

Shchavinskaya A.V.

North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov
(Piskarevskiy pr. 47, Saint-Petersburg, Russia)

Asya Valeryevna Shchavinskaya – doctor-neurologist, graduate student Department of neurology named after S. N. Davidenkov, North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov (Piskarevskiy pr. 47, Saint-Petersburg, 192284, Russia); savinskaaasa415@gmail.com.

Abstract. Temporal lobe epilepsy (TLE) is the most common form of focal epilepsy. Idiopathic generalized epilepsy (IGE) is defined as an epileptic disorder, presumably with a strong underlying genetic basis and no apparent. The course of epilepsy can vary with social cognitive abilities, focus location, and associated pathology.

This study is a review of available data, including latest studies, to analyze treatment options for epilepsy with regard to epileptic focus. Based on collected findings, a summary of recommendations is offered for in-life application.

Neurosurgery for refractory temporal lobe epilepsy (TLE) is an effective treatment, with a probability of 60–70 % relief from seizures.

Comorbid depressive disorders and suicidal behavior are more likely to occur in patients with frontal and temporal lobe epilepsy than in healthy people. The frequency of suicide attempts is four to five times higher than expected in patients with epilepsy and up to 25 times higher in patients with temporal lobe epilepsy. Self-reported data show a higher incidence of depression and anxiety in epileptic groups. Temporary and cognitive function may be impaired in TLE. The prevalence and frequency of schizophrenia and related psychosis in epilepsy range 9–10 %.

Preoperative cognitive and behavioral indicators of frontal lobe dysfunction are predictors of poor mental health outcome after TLE surgery. The high level of psychopathology before and after surgery suggests that patients who underwent surgery, especially those with an affective diagnosis, should take consultations about potential risks.

Key words: depressive disorders, suicidal behavior, postoperative prognostics, temporal lobe epilepsy

1. Gusev E.I., Bogolepova A.N. Rol' protsessov nejroplastichnosti v razvitii depressivnykh rasstrojstv [The role of neuroplasticity processes in the development of depressive disorders]. *Trudnyj patsient* [Difficult patient]. 2010. N 8(10). Pp. 11–16 (In Russ.)

2. Zenkova A.L., SHatenshtejn A.A. Vliyanie ehpilepsii na kognitivnye funktsii patsienta (Obzor literatury) [The effect of epilepsy on the patient's cognitive functions (Review of literature)]. *Vestnik ehpileptologii* [Epileptology Herald]. 2014. N 1–2. Pp. 29–34. (In Russ.)

3. Kalinin V.V. Affektivnye i trevozhnye rasstrojstva u bol'nykh ehpi-lepsiej: voprosy fenomenologii i adekvatnoj terapii [Affective and anxiety disorders in patients with epilepsy: issues of phenomenology and adequate therapy]. *Vestnik ehpileptologii* [Epileptology Herald]. 2008. N 1. Pp. 13–17. (In Russ.)

4. Kissin M.YA., Bondarenko I.I. Tipologiya, patomorfoz i terapiya ne-psikhoticheskikh affektivnykh rasstrojstv u bol'nykh ehpilepsiej (po materialam Gorodskogo ehpileptologicheskogo tsentra Sankt-Peterburga) [Typology, pathomorphosis and therapy of non-psychotic affective disorders in patients with epilepsy (based on materials from the City Epileptological Center of St. Petersburg)]. *Obozrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii im. VM Bekhtereva* [Review of psychiatry and medical psychology V.M. Bekhtereva]. 2009. N 3. Pp. 25–29. (In Russ.)

5. Stadnyuk YU.I. Nejrofiziologicheskie aspekty affektivnykh narushe-nij, assotsiirovannykh s visochnoj ehpilepsiej : Abstract dissertation PhD Med. Sci. Moskva. 2017. 24 p. (In Russ.)

6. Shtenshtejn A.A. Osobennosti kognitivnykh narushenij pri ehpilepsii [Features of cognitive impairment in epilepsy]. *Vestnik nevrologii, psikiatrii i nejrokhirurgii* [Bulletin of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery]. 2014. N 3. Pp. 3–11. (In Russ.)

7. Brierley B., Medford N., Shaw P. [et al.]. Emotional memory and perception in temporal lobectomy patients with amygdala damage. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. 2004. Vol. 75. Pp. 593–599.

8. Broicher S.D., Kuchukhidze G., Grunwald T. [et al.]. Tell me how do I feel?—emotion recognition and theory of mind in symptomatic mesial temporal lobe epilepsy. *Neuropsychologia*. 2012. Vol. 50. Pp. 118–128.

9. Bromfield E. B., Alshuler L., Leiderman D. B. [et al.]. Cerebral metabolism and depression in patients with complex partial seizures. *Archives of Neurology*. 1992. Vol. 49, N 6. Pp. 617–623.

10. Chowdhury F.A., Elwes R.D.C., Koutroumanidis M. [et al.]. Impaired cognitive function in idiopathic generalized epilepsy and unaffected family members: an epilepsy anophenotype. *Epilepsia*. 2014. Vol. 55. Pp. 835–840.

11. Cleary R.A., Thompson P.J., Fox Z. [et al.]. Predictors of psychiatric and seizure outcome following temporal lobe epilepsy surgery. *Epilepsia*. 2012. Vol. 53. Pp. 1705–1712.

12. Cleary R.A., Baxendale S.A., Thompson P.J. [et al.]. Predicting and preventing psychopathology following temporal lobe epilepsy surgery. *Epilepsy Behav.* 2013. Vol. 26. Pp. 322–334.
13. Cohn M., St-Laurent M., Barnett A. [et al.]. Social inference deficits in temporal lobe epilepsy and lobectomy: risk factors and neural substrates. *Soc. Cogn. Affect. Neurosci.* 2015. Vol. 10. Pp. 636–644.
14. De Araújo Filho G.M., Mazetto L., Gomes F.L. [et al.]. Pre-surgical predictors for psychiatric disorders following epilepsy surgery in patients with refractory temporal lobe epilepsy and mesial temporal sclerosis. *Epilepsy research.* 2012. Vol. 102, N 1–2. Pp. 86–93.
15. Devinsky O., Barr W.B., Vickrey B.G. [et al.]. Changes in depression and anxiety after resective surgery for epilepsy. *Neurology.* 2005. Vol. 65, N 11. Pp. 1744–1749.
16. Dikmen S., Hermann B.P., Wilensky A.J. [et al.]. Validity of the Minnesota multiphasic personality inventory (MMPI) to psychopathology in patients with epilepsy. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1983. Vol. 171. Pp. 114–122.
17. Giovagnoli A.R., Franceschetti S., Reati F. [et al.] Theory of mind in frontal and temporal lobe epilepsy: cognitive and neural aspects. *Epilepsia.* 2011. Vol. 52, N 11. Pp. 1995–2002.
18. Gomez-Ibanez A., Urrestarazu E., Viteri C. Recognition of facial emotions and identity in patients with mesial temporal lobe and idiopathic generalized epilepsy: an eyetracking study. *Seizure.* 2014. Vol. 23. Pp. 892–898.
19. Halley S.A., Wrench J.M., Reutens D.C. [et al.]. The amygdala and anxiety after epilepsy surgery. *Epilepsy Behav.* 2010. Vol. 18. Pp. 431–436.
20. Helmstaedter C., Witt J.A. Clinical neuropsychology in epilepsy: theoretical and practical issues. *Handb. Clin. Neurol.* 2012. Vol. 107. Pp. 437–459.
21. Hennion S., Delbeuck X., Duhamel A. [et al.]. Characterization and prediction of theory of mind disorders in temporal lobe epilepsy. *Neuropsychology.* 2015. Vol. 29. Pp. 485–492.
22. Hesdorffer D.C., Ludvigsson P., Olafsson E. [et al.]. ADHD as a risk factor for incident unprovoked seizures and epilepsy in children. *Arch Gen Psychiatry.* 2004. Vol. 61. Pp. 731–736.
23. Hesdorffer D.C., Hauser W.A., Olafsson E. [et al.]. Depression and suicide attempt as risk factors for incident unprovoked seizures. *Ann. Neurol.* 2006. Vol. 59. Pp. 35–41.
24. Iranzo-Tatay C., Rubio-Granero T., Gutierrez A. [et al.]. Psychiatric symptoms after temporal epilepsy surgery. A one-year follow-up study. *Epilepsy Behav.* 2017. Vol. 70. Pp. 154–160.
25. Jiang Y., Hu Y., Wang Y. [et al.]. Empathy and emotion recognition in patients with idiopathic generalized epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2014. Vol. 37. Pp. 139–144.
26. Meletti S., Benuzzi F., Cantalupo G. [et al.]. Impaired facial emotion recognition impairment in early-onset right mesial temporal lobe epilepsy. *Neurology.* 2003. Vol. 60. Pp. 426–431.
27. Mendez M. F., Grau R., Doss R. C. [et al.]. Schizophrenia in epilepsy: seizure and psychosis variables. *Neurology.* 1993. Vol. 43, N 6. Pp. 1073–1073.

28. Merlet I., Ostrowsky K., Costes N. [et al.]. 5-HT1A receptor binding and intracerebral activity in temporal lobe epilepsy: an [18F] MPPF-PET study. *Brain*. 2004. Vol. 127, N 4. Pp. 900–913.
29. Oquendo M.A., Placidi G.P., Malone K.M. [et al.]. Positron emission tomography of regional brain metabolic responses to a serotonergic challenge and lethality of suicide attempts in major depression. *Archives of general psychiatry*. 2003. Vol. 60, N 1. Pp. 14–22.
30. Pope R.A., Centeno M., Flügel D. [et al.]. Neural correlates of de novo depression following left temporal lobe epilepsy surgery: A voxel based morphometry study of pre-surgical structural MRI. *Epilepsy research*. 2014. Vol. 108, N 3. Pp. 517–525.
31. Reynders H.J., Broks P., Dickson J.M. [et al.]. Investigation of social and emotion information processing in temporal lobe epilepsy with ictal fear. *Epilepsy Behav*. 2005. Vol. 7. Pp. 419–429.
32. Salzberg M., Taher T., Davie M. [et al.]. Depression in temporal lobe epilepsy surgery patients: an FDG-PET study. *Epilepsia*. 2006. Vol. 47, N 12. Pp. 2125–2130.
33. Savic I., Lindstrom P., Gulyas B. [et al.]. Limbic reductions of 5-HT1A receptor binding in human temporal lobe epilepsy. *Neurology*. 2004. Vol. 62. Pp. 1343–1351.
34. Shaw P., Lawrence E., Bramham J. [et al.]. A prospective study of the effects of anterior temporal lobectomy on emotion recognition and theory of mind. *Neuropsychologia*. 2007. Vol. 45. Pp. 2783–2790.
35. Sheline Y.I. Neuroimaging studies of mood disorder effects on the brain. *Biol. Psychiatry*. 2003. Vol. 54. Pp. 338–352.
36. Stone V.E., Baron-Cohen S., Calder A. [et al.]. Acquired theory of mind impairments in individuals with bilateral amygdala lesions. *Neuropsychologia*. 2003. Vol. 41. Pp. 209–220.
37. Toczek M.T., Carson R.E., Lang L. [et al.]. PET imaging of 5-HT1A receptor binding in patients with temporal lobe epilepsy. *Neurology*. 2003. Vol. 60, N 5. Pp. 749–756.
38. Wrench J.M., Wilson S.J., Bladin P.F. [et al.]. Hippocampal volume and depression: insights from epilepsy surgery. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. 2009. Vol. 80. Pp. 539–544.
39. Wrench J.M., Matsumoto R., Inoue Y. [et al.]. Current challenges in the practice of epilepsy surgery. *Epilepsy Behav*. 2011. Vol. 22. Pp. 23–31.
40. Wilson S.J., Bladin P.F., Saling M.M. Paradoxical results in the cure of chronic illness: the «burden of normality» as exemplified following seizure surgery. *Epilepsy Behav*. 2004. Vol. 5. Pp. 13–21.

Received 05.06.2019

For citing. Shchavinskaya A.V. Osobennosti psikhiatricheskikh otklonenij u bol'nykh ehpilepsiej v interiktal'nom periode v zavisimosti ot raspolozheniya pervichnogo ochaga ehpiaktivnosti. *Vestnik psikhoterapii*. 2019. № 70. Pp. 28–43. **(In Russ.)**

Shchavinskaya A.V. Psychiatric illness in patients with epilepsy during the interictal period: differences between locations of the primary epileptic focus. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2019. № 70. Pp. 28–43.

УДК 615.851

С.В. Харитонов, В.П. Зайцев, М.В. Голубев

ВОСПРОИЗВОДИМОСТЬ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ: СУБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА БОЛЬНЫМИ

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

В статье приводятся результаты исследования воспроизводимости психотерапевтических методов: техника «Свободные ассоциации», метод А.Лоу и техника «Стоп», выполняемые тремя разными психотерапевтами. Оценки сходства и различий давали 48 пациентов с пограничными нервно-психическими расстройствами. Оценивались как качественные отличия, с помощью контент-анализа, так и количественные, с помощью четырех визуально-аналоговых шкал. Пациентам предлагалось сравнить сходства и различия выполнения перечисленных методов психотерапии разными психотерапевтами и сходства и различия в ощущениях от воздействия данных методов.

Определено, что одни и те же действия одного психотерапевта на индивидуальном приеме пациенты склонны видеть, как различающиеся в диапазоне 35–40 % (3,5–4 балла из 10 возможных), в зависимости от применяемого метода. Субъективные ощущения пациентов, возникающие вследствие психотерапевтических воздействий, также отличались в диапазоне 36–43 % (3,6–4,3 балла), в зависимости от метода воздействия. В психодинамической группе ощущения от действий психотерапевта, в среднем между участниками, отличались на уровне 53 % (5,3 балла из 10), при том, что воздействие было одним и тем же для всех.

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

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

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

По данным контент-анализа имелись отличия и в семантическом ядре, описывающем основные отличия, и сходства между разными техниками психотерапии.

Представляется актуальным проведение дальнейших исследований проблемы и изучение причин, лежащих в основе оценок сходств и различий психотерапевтических воздействий.

Ключевые слова: воспроизводимость, психотерапия, субъективное, восприятие, различия.

Сходства и различия в восприятии разными людьми одних и тех же событий преимущественно обсуждаются в некоторых гуманитарных дисциплинах и философии [1, 3]. Существует определенное понимание, подтверждаемое экспериментальными методами исследования, что мы по-разному воспринимаем одни и те же явления [2]. Однако сколь-либо точного ответа на вопрос «насколько по-разному мы воспринимаем окружающее?» нет.

В психотерапии проблема восприятия разными людьми одних и тех же явлений представляет не только теоретический интерес [4], а в первую очередь интерес практического характера. Необходимость изучения механизмов психотерапевтического воздействия и формирование подходов в экспериментальной психотерапии требуют оценки воспроизводимости разных психотерапевтических методов и исследования причин возможных сходств и различий в одних и тех же воздействиях. Но по-прежнему непонятно: один и тот же метод психотерапии в руках разных специалистов воспроизводится одинаково или нет? Без ответа на этот вопрос и без надлежащего его изучения прогресс современной психотерапии представляется ограниченным, а результаты исследований об эффективности психотерапии недостаточно информативными [5].

В этой связи, представляется важным проведение исследований, позволяющих сравнить между собой воспроизводимость разных методов психотерапии.

Дизайн исследования

В качестве предварительного подхода к оценке воспроизводимости психотерапевтического воздействия были произвольно взяты три метода, безотносительно каких-либо конкретных психотерапевтических парадигм и направлений.

Пациенты случайным образом были распределены в три группы. Члены каждой из этих групп входили только в одну группу и не входили в другие. В первой и второй группах (по 18 человек) участники давали оцен-

ку, основанную на внешних признаках, сходств и различий в действиях трех специально подготовленных для этого исследования психотерапевтов при реализации ими психотерапевтических техник. Оценки давались пациентами с помощью четырех визуально-аналоговых 10-балльных шкал и словесных описаний, поясняющих, в чем именно были сходства и различия в действиях психотерапевтов при выполнении ими одной и той-же техники. Названия методов пациентам не указывались.

Все психотерапевты перед проведением сессий проходили инструктаж по применению исследуемых психотерапевтических техник и тренинг, где моделировали прием пациентов с целью реализовывать отобранные в исследование психотерапевтические методы максимально однообразно.

Третья группа испытуемых (12 человек, не входивших в другие группы данного исследования) была в составе действующей психодинамической группы и состояла из участников, имеющих опыт взаимодействия около двух месяцев (всего – 40 часов. В этой группе изучалось восприятие пациентами метода А. Лоу, который реализовывался в формате группового занятия. Метод выполнял один специалист – ведущий группы.

Материал исследования

Всего приняли участие в исследовании 48 пациентов (31 женщина и 17 мужчин) в возрасте от 18 до 48 лет, три психотерапевта (двое мужчин и одна женщина) в возрасте 41–48 лет, с психотерапевтическим стажем работы 12, 15 и 17 лет и опытом работы разными психотерапевтическими методами. В организации исследования принимал участие один преподаватель-психотерапевт, проводивший обучение психотерапевтов и тренинги по исследуемым техникам. Использовались техника «Стоп», метод «Свободные ассоциации» (один преподаватель обучал троих специалистов этим двум методам). В психодинамической группе применялся метод А. Лоу, которым ведущий группы владел и дополнительное обучение не требовалось.

Среди 48 пациентов-участников исследования 17 человек имели установленные диагнозы генерализованного тревожного расстройства (F41.1), у 3 – диагностирована дистимия (F34.1), у 6 человек – легкий депрессивный эпизод (F32.0), у 11 пациентов установлен диагноз депрессивный эпизод средней тяжести (F32.1), у 3 человек диагностирована рекуррентная депрессия (F33.0), у 3 пациентов – реакция адаптации (F43) у 5 пациентов диагностировано паническое расстройство (F41.0). Во всех случа-

ях пациенты имели нерезко выраженную симптоматику. Пациенты с умеренными и тяжелыми расстройствами исключались из данного исследования.

Методы исследования

Техника «Стоп». Смысл техники в том, чтобы обучить пациента при обнаружении дисфункциональных мыслей проговаривать «внутренней речью» в императивном тоне приказ «СТОП!» в отношении этих мыслей.

Метод А.Лоу. Смысл данного психотерапевтического воздействия в том, чтобы помогать себе передвигаться в пространстве, мысленно проговаривая, что нужно сделать той или иной части тела для осуществления моторного намерения. Например, «рука, согнись», «нога, опустишься с кровати» и т. п. Метод считается полезным в практике терапии депрессивных больных, имеющих сниженную моторную активность. Метод А. Лоу был реализован в рамках групповой психотерапевтической работы.

Метод «свободных ассоциаций». Метод проводился по общепринятому протоколу. Пациентам предлагалось говорить всё, что приходит в голову. Подчеркивалась необходимость избегать любой цензуры в своих высказываниях. Пациенты лежали на кушетке, психотерапевт был вне поля их зрения.

Техника «Стоп» и метод свободных ассоциаций выбраны как, с одной стороны, часто применяемые, а с другой стороны, как сильно отличающиеся по сложности ведения. Если техника «Стоп» может быть понята и воспроизведена большинством специалистов буквально за минуты (в настоящем исследовании обучение длилось 20 минут), то метод свободных ассоциаций требует существенно более длительного обучения (в настоящем исследовании обучение длилось 8 часов на протяжении двух дней, психотерапевты не были практикующими психоаналитиками). Метод А.Лоу, хотя и достаточно прост, тоже требует некоторого времени на обучение (в настоящем исследовании обучение и тренинг длились один час).

Участники психодинамической группы давали описания своих впечатлений от действий психотерапевта. Для выявления наиболее часто встречающихся слов в этих описаниях был применен метод компьютерного контент-анализа текстов выполненный с помощью программы Miratext (<https://miratext.ru>), анализирующей текст на наиболее часто употребляемые слова, составляющих семантическое ядро данного текста.

Визуально-аналоговые шкалы использовалась как инструмент количественной оценки субъективных ощущений. Использовались шкалы от 0

до 10 баллов, где 0 баллов – отсутствие ощущения, 10 баллов – максимально выраженное ощущение. Всего применялись четыре шкалы:

- 1) шкала оценки внешнего сходства действий психотерапевтов;
- 2) шкала оценки выраженности различий в действиях психотерапевтов;
- 3) шкала субъективного сходства собственных ощущений, возникающих в результате воздействия применяемых психотерапевтами методов;
- 4) шкала выраженности различий в субъективных ощущениях, возникающих в результате воздействия применяемых психотерапевтами методов.

Статистическое исследование – применялись методы описательной и непараметрической статистики, использовалась компьютерная программа StatPlus 6.

Результаты

Сходства в восприятии действий психотерапевта пациентами и их собственных ощущений при выполнении техники «Стоп».

В этом исследовании сравнивались действия трех психотерапевтов 18 пациентами и их ощущения при выполнении этого психотерапевтического приема. Действия первого и второго психотерапевтов, по мнению пациентов, совпадали на 7 баллов из 10 возможных при σ_x (стандартное отклонение) = 1,6 балла. Ощущения пациентов от применения этими психотерапевтами техники «Стоп» совпадали на 6,3 балла ($\sigma_x = 1,5$).

Действия первого и третьего психотерапевтов совпадали по оценке участников на 6,3 балла ($\sigma_x = 2,2$). Ощущения пациентов от применения первым и третьим психотерапевтами техники «Стоп» совпадали на 5,8 балла ($\sigma_x = 1,4$ балла).

Действия третьего и второго психотерапевтов совпадали на 6,3 балла ($\sigma_x = 1,8$ балла). Ощущения у пациентов в связи с действиями второго и третьего психотерапевтов совпадали на 5,8 балла ($\sigma_x = 1,5$ балла).

Таким образом, сходство восприятия действий психотерапевтов при выполнении ими техники «Стоп» оценивалось пациентами на уровне 6,6 балла, сходство их субъективных ощущений от воздействия данной техники составило 6,2 балла. Корреляционная связь между субъективными ощущениями пациентов и оценками сходства поведения психотерапевтов является сильной при R Спирмена = 0,8 и уровне значимости $p = 0,0001$, Тау Кендалла = 0,68 при $p = 0,0001$.

Суммарные различия в восприятиях действий психотерапевтов (по всем трем психотерапевтам) в среднем по группе составили 4 балла ($\sigma_x = 1,4$), а различия в субъективных ощущениях составили 3,6 балла ($\sigma_x = 1,1$).

Сходства в восприятии действий психотерапевта и собственных ощущений при выполнении метода «Свободные ассоциации» пациентами.

В исследовании приняли участие 18 пациентов (не тех же самых, что участвовали в исследовании техники «Стоп»). Сравнивались сходства и различия в восприятии действий трех психотерапевтов и в ощущениях пациентов, возникавших при выполнении «Свободных ассоциаций».

Действия первого и второго психотерапевтов, по мнению пациентов, совпадали на 7,7 баллов из 10 возможных ($\sigma_x = 1,1$ балла). Ощущения пациентов от применения этими психотерапевтами метода «Свободных ассоциаций» совпадали на 8,3 балла ($\sigma_x = 1,5$).

Действия первого и третьего психотерапевтов совпадали по оценке участников на 6 баллов ($\sigma_x = 2,2$). Ощущения пациентов от применения первым и третьим психотерапевтами совпадали на 5,3 балла ($\sigma_x = 1,6$).

Действия третьего и второго психотерапевтов совпадали на 6,3 балла ($\sigma_x = 1,6$). Ощущения у пациентов в связи с действиями второго и третьего психотерапевтов совпадали на 6,3 балла (при $\sigma_x = 1,4$ балла).

Таким образом, по всем трем психотерапевтам сходство выполнения метода «Свободные ассоциации» оценивалось пациентами на уровне 6,6 балла, сходство ощущений тоже составило 6,6 балла. Корреляционная связь между субъективными ощущениями пациентов и оценками сходства поведения психотерапевтов является сильной при R Спирмена = 0,78 и уровне значимости $p = 0,0001$, Тау Кендалла = 0,67 при $p = 0,0001$.

Суммарные различия в оценке действий психотерапевтов в среднем по группе (по всем трем психотерапевтам) составили 3,5 балла ($\sigma_x = 1,7$). По шкале различия в ощущениях средний балл по группе составил 4,3 балла ($\sigma_x = 1,5$).

Для наглядности результаты по технике «Стоп» и методу «Свободные ассоциации» приведены на рисунке 1.

Различия между данными, полученными при оценке пациентами сходства выполнения психотерапевтами метода «Свободные ассоциации» и техники «Стоп», являлись статистически недостоверными: в тесте Манна–Уитни $Z = 0,25$ при $p = 0,8$, Максимальная разница по критерию Колмогорова–Смирнова = 0,22 при $p = 0,7$.

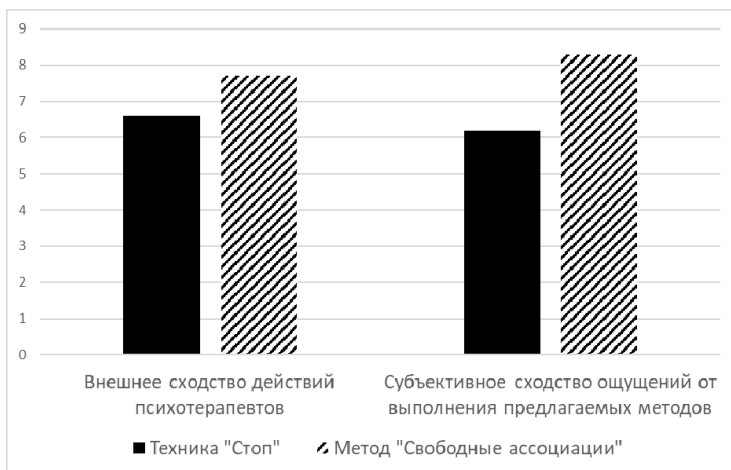


Рис.1. Сходство выполнения метода «Свободные ассоциации» и техники «Стоп» у разных психотерапевтов

Сходства и различия в восприятии действий психотерапевта и собственных ощущений у пациентов при их обучении в процессе групповой терапии методом А. Лоу

В исследовании участвовали 12 человек, члены психодинамической группы. По оценкам участников группы, сходство их ощущений друг с другом было на уровне 5,3 балла (из 10 возможных) визуальной-аналоговой шкалы при $\sigma_x = 1,6$. По шкале выраженности различий в собственных ощущениях средний балл в группе также составил 5,3 балла при $\sigma_x = 1,6$.

При проведении качественного анализа использовался контент-анализ данных. Сравнивались данные по методу «Свободные ассоциации» и технике «Стоп». Наиболее часто используемые слова, вошедшие в центральную часть облака частотности, представлены в таблице 1.

Метод А.Лоу был реализован в групповом формате, и участники сравнивали только сходства и различия в собственных ощущениях по отношению друг к другу. В семантическое ядро, описывающее сходства, вошли слова «удивление», «понимание», «контекст», «другой язык», «другие акценты». Различия определялись семантическим ядром «проработка», «не скучно», «ощущения», «по-другому думают».

Таблица 1

Наиболее часто применявшиеся слова в описании сходств и различий техники «Стоп» и метода «Свободные ассоциации», выполняемых разными психотерапевтами

Техника	Стоп		Свободные ассоциации	
	Действия	Ощущения	Действия	Ощущения
Сходства	«показывает», 7,2 % «суть», 6,2 % «смысл», 5,4 %	«смысл», 6,3 % «позитивно», 5,4 % «понимание смысла», 2,1 %	«молчание», 8,1 % «внимание», 7,6 %	«интересно», 3,1 % «информативно», 1,5 % «удовлетворенность», 1,1 %
Различия	«темперамент», 5,1 % «манера», 3,1 % «подача», 2,1 % «слова», 1,4 % «действия», 1,2 %	«описание», 5,1 % «возбуждение», 1,1 % «расслабление», 1 %	«расположение», 5,7 % «длительность», 5,2 % «внимание», 5,1 %	«информативно», 2,1 % «удовлетворенность», 1 %

Примечание: в процентах указана плотность (частота повторений слова в описаниях пациента).

Обсуждение

Полученные результаты позволяют говорить, что восприятие пациентами сходства в поведении психотерапевтов и субъективные ощущения, связанные с воздействием применявшихся психотерапевтических техник, имеют высокий уровень корреляции и, вполне вероятно, связаны между собой (что, впрочем, ожидаемо).

Различия в восприятии пациентами применявшихся техник в исполнении разных психотерапевтов, колеблющиеся в диапазоне между 30 % и 50 %, достаточно велики. И это очевидное свидетельство большой роли субъективных факторов в коммуникации пациент – психотерапевт. По нашим данным невозможно сказать, то ли эти различия больше связаны с особенностями восприятия пациентов, то ли с особенностями личности психотерапевтов. Впрочем, представляется оправданным ожидать влияние обоих этих факторов.

Отсутствие статистически значимых различий в оценках техники «Стоп» и «Свободных ассоциаций» выглядит, на первый взгляд, странно: техника «Стоп» очень проста в техническом исполнении и требует всего 10–15 минут времени и активной включенности психотерапевта, в то время как «Свободные ассоциации» предполагает существенно большие за-

траты времени. Но тот факт, что даже в условиях группового взаимодействия, когда один психотерапевт дает одно для всех пояснение о методе А. Лоу, существуют отличия в восприятии сказанного пациентами в пределах того же 50 % диапазона, что позволяет говорить о специфике восприятия психотерапии пациентами.

Данные, полученные в результате контент-анализа, свидетельствуют об очень маленьком проценте совпадений в выборе пациентами слов описывающих как сходства, так и различия в действиях психотерапевтов и собственных ощущениях, что еще раз свидетельствует о значительной роли личностных особенностей пациентов в восприятии действий психотерапевтов и в описании собственных ощущений от воздействия применяемых методов.

Выводы

1. Независимо от применяемых психотерапевтических методов выявлены значительные, в диапазоне 35–40 %, различия в восприятии пациентами их воспроизводимости разными специалистами. Также пациенты фиксируют различия и в собственных ощущениях от применяемых методов в диапазоне 36–43 %.

2. При проведении групповой терапии приемы, предлагаемые психотерапевтом, воспринимаются пациентами по-разному, с различиями в интерпретации на уровне 53 %.

3. Переживания пациентов могут значительно отличаться при выполнении одного и того же метода психотерапии, при этом и сходства, и различия описываются пациентами разными словами.

Литература

1. Мотрошилова Н.В. Бессмертие философских идей Декарта. – М. : ИФ РАН, 1997. – 181 с.
2. Мирошников В.В. О субъективности восприятия формы. Достижения вузовской науки. – 2013. – № 7. – С. 37–39.
3. Молчанов В.В. Исследования по феноменологии сознания. – М. : ЁЕ Медиа, 2007. – 450 с.
4. Соловьев О.В. О функциональной связи феномена субъективности и процесса восприятия в рамках представления о психике как сфере моделирования будущего // Мир психологии. – 2013. – № 2 (74). – С. 60–70.
5. Шевцов А.В. Об одном подходе к понятию «информация», субъективности её восприятия и оценивания // Вестник Морского гос. ун-та. – 2014. – № 65. – С. 98–111.

Поступила 06.05.2019

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

Для цитирования. Харитонов С.В., Зайцев В.П., Голубев М.В. Воспроизводимость психотерапевтических методов: субъективная оценка больными // Вестн. психотерапии. 2019. № 70 (75). С. 43–53.

**THE REPRODUCIBILITY OF PSYCHOTHERAPEUTIC METHODS:
SUBJECTIVE ASSESSMENT BY PATIENTS**

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

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

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

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

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

Abstract. The article presents the results of a study of the reproducibility of psychotherapeutic methods: the technique of "Free Association", the method of "low" and the technique of "Stop" performed by three different psychotherapists. 48 patients with borderline neuropsychiatric disorders were evaluated for similarities and differences. Both qualitative differences were assessed using content analysis and quantitative differences using visual-analog scale. Patients were asked to compare the similarities and differences in the implementation of these methods of psychotherapy by different psychotherapists.

It was determined that the same actions of one psychotherapist on individual admission patients tend to see how different in the range of 35–40 % (3,5–4 points out of 10 possible), depending on the method used. Subjective feelings of patients, arising as a result of psychotherapeutic influences, also differed in the range of 36–43 % (3, 6 points to 4,3 points), depending on the method of influence. In the psychodynamic group, the differences in the sensations of each other were determined at 53 % (5.3 points out of 10), while the impact was the same for all.

According to the content analysis, there were differences in the semantic core, which describes the main differences and similarities between different techniques of psychotherapy.

Seems relevant to further research problems and the study of the causes underlying assessments of the similarities and differences of psychotherapeutic effects.

Key words: reproducibility, psychotherapy, subjective, perception, differences.

Reference

1. Motroshilova N.V. Bessmertie filosofskih idej Dekartax [The immortality of Descartes' philosophical ideas]. Moskva. 1997. 181 p. (In Russ.)

2. Miroshnikov V.V. O sub"ektivnosti vospriyatiya formy [On the subjectivity of form perception]. *Dostizheniya vuzovskoy nauki* [The achievements of science]. 2013. N 7. Pp. 37–39.

3. Molchanov V.V. Issledovaniya po fenomenologii soznaniya [Research on the phenomenology of consciousness]. Moskva. 2007. 450 p. (In Russ.)

4. Solov'ev O.V. O funktsional'noj svyazi fenomena sub"ektivnosti i processa vospriyatiya v ramkakh predstavleniya o psihike kak sfere modelirovaniya budushchego [On the functional connection of the phenomenon of subjectivity and the process of perception in the framework of the concept of the psyche as a field of modeling of the future]. *Mir psihologii* [World of psychology]. 2013. N 2 (74). Pp. 60–70. (In Russ.)

5. Shevcov A.V. Ob odnom podhode k ponyatiyu "informatsiya", sub"ektivnosti eyo vospriyatiya i ocenivaniya [On one approach to the concept of "information", subjectivity of its perception and evaluation]. *Vestnik Morskogo gosudarstvennogo universiteta* [Bulletin of the Maritime state University]. 2014. N 65. Pp. 98–111. (In Russ.)

Received 06.05.2019

For citing: Kharitonov S.V., Zaitsev V.P., Golubev M.V. Vosproizvodimost' psihoterapevticheskikh metodov: sub"ektivnaya otsenka bol'nymi. *Vestnik psikhoterapii*. 2019. N 70. P. 43–53. (In Russ.)

Kharitonov S.V., Zaitsev V.P., Golubev M.V. Reproducibility of psychotherapeutic methods: subjective assessment by patients. *The Bulletin of psychotherapy*. 2019. N 70. Pp. 43–53.

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ, ОТНОШЕНИЕ К ЗАБОЛЕВАНИЮ И К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ИНСУЛЬТА

Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена
(Россия, Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, д. 48)

В статье приведены данные эмпирического исследования особенностей личности, отношения к заболеванию и лечению и их взаимосвязей с показателями самообслуживания, эмоционального состояния у больных с последствиями инсульта. В исследовании участвовало 102 больных: 81 мужчина, 21 женщина в условиях реабилитационного стационара. Для изучения особенностей личности и эмоциональной реакции использовалась шкала ММРІ, шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера, шкала тревоги и депрессии HADS. Применялась разработанная автором шкала отношения к лечению и к болезни, шкалы оценки самообслуживания Бартела, FIM, Рэнкина. Установлены взаимосвязи отношения к заболеванию с показателями ипохондрии, демонстративности, аутичности, а также депрессии и тревоги. Выявлено, что значительную роль в формировании тревоги имеет отсутствие отчетливого представления больных о возможностях восстановления нарушенных функций после заболевания. Обозначены мишени психологической помощи и направления психологической коррекции, ориентированные на формирование положительной лечебной и жизненной перспективы

Ключевые слова: последствия инсульта, особенности личности, отношение к заболеванию, отношение к лечению.

Введение

Предотвращение, лечение и реабилитация инсульта является сложной общебиологической и психосоциальной проблемой, решение которой предполагает наличие биопсихосоциального подхода [7, 13]. Заболевание начинается неожиданно, симптоматика нарастает стремительно, и последствия перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения (инсульта) проявляются в двигательных, сенсорных, когнитивных нарушениях, снижении самообслуживания. Данное состояние сопровождается необ-

✉ Ермакова Наталья Георгиевна – канд. психолог. наук, доцент каф. клинич. психологии и психол. помощи, Российский гос. пед. ун-т им. А.И. Герцена (Россия, 191186, Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, д. 48), e-mail: nataliya.ermakova@yandex.ru.

ходимостью пребывания в стационаре, перенесением инвазивных процедур, наблюдением за переживаниями соседей по палате, что является психической травмой для больного и сопровождается невротическими, ипохондрическими, депрессивными реакциями на заболевание [19, 25, 27].

На отношение к заболеванию и к лечению больных с последствиями инсульта оказывают влияние прежде всего органические факторы: локализация и объем очага поражения, выраженность двигательных нарушений (гемипарез, атаксия), когнитивные нарушения (нарушения речи, снижение памяти, внимания) [4, 5, 7, 22]. Важную роль имеют и психосоциальные факторы: поддержка родных и близких, а также особенности личности больного, адекватное представление больного о своем заболевании и возможности восстановления нарушенных функций [8, 13, 24, 26].

Неопределенность в ситуации соматической болезни и возможностях излечения, как отмечают Лифинцева А.А. и др., «ограничивает способность человека адекватно оценивать ситуацию, мобилизует дезадаптивные копинг-стратегии, усиливает тревогу и чувства отчаяния и безнадежности и тем самым снижает степень адаптации и качество жизни больного» [14]. Трудности адаптации у больных с соматическими заболеваниями описывают Смулевич А.Б. [20], Сторожаков Г.И., Шамрей В.К. [21]. К психоэмоциональным нарушениям после инсульта приводит, как отмечает Кадыков А.С., «внезапность развития болезни, позднее начало реабилитационных мероприятий, страх перед зависимостью от окружающих, реакция на инвалидизацию, потеря финансового и социального статуса» [13].

У больных с последствиями инсульта в 30–50 % случаев возникает депрессия, как отмечает ряд авторов [7, 16, 18]. Депрессия зависит от тяжести состояния, ограничений двигательной активности, когнитивных нарушений, афатических расстройств, сопровождается чувством безнадежности, беспомощности, множеством соматических жалоб, погруженности в себя. Депрессия снижает приверженность к реабилитационным мероприятиям, увеличивает продолжительность госпитализации и ведет к ухудшению прогноза восстановления [16, 18], снижает качество жизни [2]. Наряду с депрессивными расстройствами, у больных после инсульта наблюдаются тревожные расстройства [6, 7].

На основании изученной литературы была выдвинута гипотеза, что на отношение к болезни и к лечению оказывают влияние как ограничение жизнедеятельности и самообслуживания, обусловленные тяжестью состояния, так и реакция личности на заболевание, эмоциональное состояние больного (депрессия и тревога). В связи с чем актуальным является изуче-

ние особенностей личности и их взаимосвязей с показателями отношения к болезни и к лечению, качеством жизни, уровнем самообслуживания, отражающих адаптацию больных после заболевания.

Цель исследования: выявление личностных особенностей, отношения к заболеванию и лечению больных с последствиями инсульта и обозначение мишеней психологической помощи.

Материалы и методы

В исследовании участвовало 102 больных с последствиями острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) в возрасте от 38 до 65 лет: 81 мужчина, 21 женщина; с левополушарной локализацией очага поражения – 58 больных, с правополушарной – 44; с лёгким гемипарезом – 55, с гемипарезом средней тяжести – 32, с выраженным гемипарезом – 15 больных; с длительностью заболевания от 2 до 6 мес. Ишемический инсульт (I69.3 по МКБ-10) наблюдался у 95 пациентов; геморрагический (I69.1 по МКБ-10) – у 7. Легкие когнитивные расстройства (F06.7 по МКБ-10) – у 15 больных, из них с нарушениями праксиса – 2, с остаточными речевыми нарушениями – 13; в виде дизартрии – 5 и моторной афазии – 8.

В исследование включались больные с последствиями ОНМК с сохранным пониманием обращённой устной речи, письма и чтения, сохранными навыками самостоятельного передвижения и самообслуживания. Больные с выраженной формой афазии, сопутствующим судорожным синдромом, с деменцией в исследование не включались. Все больные предоставили информированное согласие на участие в исследовании.

С больными проводилось комплексное восстановительное лечение в условиях реабилитации в стационаре городской больницы № 40 Санкт-Петербурга (с 2000 по 2006 гг.). Применялись как биологические (физические) методы лечения (лекарственная терапия, физиотерапия, ЛФК, механотерапия), так и психосоциальные методы (занятия логопеда, психологическая помощь).

В процессе психологической помощи проводились клиническо-психологические методы исследования: клиническое интервью, наблюдение и анализ медицинской документации, которые позволяли проводить отбор больных, участвующих в исследовании [11]; проводилось психологическое консультирование. Исследование отношения больных к лечению и к заболеванию проводилось по разработанной автором клинической 3-балльной шкале [8]. Чем больше балл по шкале отношения к лечению, тем выше отмечалась ответственность больного за исход лечения. Чем больше

балл по шкале отношения к болезни, тем больше наблюдалась у больного готовность к принятию болезни. Оценка уровня самообслуживания проводилась с помощью шкалы Бартела (расчета индекса активности повседневной жизнедеятельности, Barthel Activities of Daily Living Index, ADL); шкалы FIM (Functional Independence Measure, мера функциональной независимости); модифицированной шкалы Рэнкина [1, 17]; качество жизни изучалось по 5-балльной шкале [15]. Для исследования личности использовался опросник ММПИ (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, Миннесотский многоаспектный личностный опросник, ММИЛ) в адаптации Ф.Б. Березина и др. [3, 23], а также шкала личностной и реактивной тревожности Спилбергера–Ханина, оценка тревоги и депрессии проводилась с помощью Госпитальной шкалы оценки тревоги и депрессии (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) [1]. Проводился расчет описательных статистик, проверка нормальности распределения признаков по критерию Колмогорова–Смирнова, по критерию Шапиро–Уилка; осуществлялся корреляционный анализ с применением непараметрического коэффициента Спирмена. Обработка результатов осуществлялась с помощью пакета статистических программ SPSS ver.19.

Результаты исследования

Результаты исследования особенностей личности, эмоционального состояния, качества жизни, самообслуживания представлены в таблице 1.

По результатам исследования особенностей личности больных с помощью методики ММПИ наблюдается повышение показателей по шкале депрессии D (2) и шкале ипохондрии Hs (1), а также по шкале шизофрении (аутичности) Sc (8) в среднем по группе, что свидетельствует о депрессивном переживании последствий болезни всеми больными.

Показатели депрессии и тревоги HADS свидетельствуют об умеренных показателях тревоги и депрессии (8–10 баллов – субклинически выраженная тревога и депрессия), в то же время средние показатели депрессии HADS – выше.

Показатели шкал самообслуживания Бартел и FIM свидетельствуют об умеренном снижении самообслуживания в среднем по группе. По шкале Бартела: 61–90 баллов – умеренная зависимость; по шкале FIM – умеренная зависимость, когда больной самостоятельно выполняет 50–75 % необходимых для исполнения задания и действий [1]. Все больные самостоятельно передвигались, посещали процедуры, выходили на прогулку. По показателям личностной и реактивной тревожности Спилбергера на

блюдается большее повышение реактивной тревожности, что свидетельствует о переживании неопределенности больными, отсутствии отчетливого представления о болезни и прогнозе излечения, что подтверждалось анализом высказываний больных в процессе беседы.

Таблица 1

Показатели средних значений особенностей личности, эмоциональных реакций, шкал самообслуживания и качества жизни больных (метрические шкалы), n = 102

Показатели	M ± SD
Возраст	50,79 ± 4,52
Качество жизни	3,15 ± 0,395
Длительность заболевания (месяцы)	5,16 ± 2,0
Шкала Баргела	84,04 ± 6,02
Шкала ФИМ	92,86 ± 5,07
Реактивная тревожность Спилбергера	50,59 ± 5,56
Личностная тревожность Спилбергера	48,57 ± 5,03
HADS тревога	8,25 ± 1,58
HADS депрессия	10,09 ± 2,04
Шкала неискренности MMPI-L	59,09 ± 10,69
Шкала достоверности MMPI-F	55,79 ± 11,92
Шкала коррекции MMPI-K	50,55 ± 9,65
Шкала ипохондрии MMPI-Hs (1)	72,19 ± 14,39.
Шкала депрессии MMPI-D (2)	74,32 ± 12,75
Шкала истерии MMPI-Hy (3)	66,23 ± 12,52
Шкала психопатии MMPI-Pd (4)	63,94 ± 11,89
Шкала мужественности-женственности MMPI-Mf (5)	59,4 ± 10,26
Шкала паранойи MMPI-Pa (6)	65,89 ± 10,402
Шкала психастении MMPI-Pt (7)	64,64 ± 12,29
Шкала шизофрении MMP-Sc (8)	69,65 ± 12,96
Шкала гипомании MMP-Ma (9)	57,52 ± 10,32
Шкала социальной интроверсии MMPI-Si (0)	57,46 ± 7,96
Шкала тревоги Тейлора MMPI (at)	17,55 ± 6,78

Шкала Рэнкина, шкалы отношения к болезни и к лечению являются неметрическими шкалами и в таблице 1, отражающей средние значения показателей, не представлены.

Результаты сравнительного анализа показателей больных с локализацией очага поражения в левом и правом полушариях головного мозга, мужчин и женщин подробно описаны и представлены в ранее опубликованной нами работе [9]. Настоящая работа является продолжением ранее проведенного исследования особенностей личности больных и посвящена изучению взаимосвязей показателей особенностей личности, эмоциональных реакций на заболевание, отношения к лечению и к болезни и качества жизни.

Для исследования взаимосвязей был проведен корреляционный анализ, применялся непараметрический ранговый коэффициент корреляции Спирмена. Показатели качества жизни, длительность заболевания, шкала Рэнкина, шкала Бартела и шкала FIM значимых связей с показателями MMPI не имели. Были рассмотрены значимые корреляционные связи показателей: отношение к болезни и отношение к лечению ($r > 0,30$; $p < 0,001$; $p < 0,01$) (табл. 2).

Таблица 2

Корреляционные связи показателей «отношение к болезни»
и «отношение к лечению»

Взаимосвязи показателя «отношение к болезни»	Коэффициент Спирмена	Значимость	Взаимосвязи показателя «отношение к лечению»	Коэффициент Спирмена	Значимость
Показатели			Показатели		
Отношение к лечению	+0,524	0,000	Отношение к болезни	+0,524	0,000
MMPI-Ns (1)	-0,571	0,000	MMPI_1	-0,394	0,000
MMPI-D (2)	-0,471	0,000	MMPI_2	-0,316	0,001
MMPI-Hy (3)	-0,538	0,000	MMPI_3	-0,330	0,001
MMPI-Pt (7)	-0,413	0,000			
MMPI-8	-0,327	0,001			
MMPI-at	-0,303	0,002			
Шкала Рэнкина	-0,340	0,000			
Шкала Бартела	+0,303	0,002			
Реактивная тревожность	-0,379	0,000			
HADS тревога	-0,393	0,000			

Показатель «отношение к болезни» имеет выраженные корреляционные связи ($r > 0,40$; $p < 0,001$) с показателями: отношение к лечению (+0,524), шкалами ипохондрии ММПИ-Нс (1) (-0,571), депрессии ММПИ-D (2) (-0,471), истерии ММПИ-Ну (3) (-0,538), психастении ММПИ-Pt (7) (-0,413).

«Отношение к болезни» (принятие болезни и готовность выполнять процедуры) тем больше, чем меньше ипохондрия, депрессия, эмоциональная реактивность, демонстративность и психастения. «Отношение к болезни» имеет положительные связи с самообслуживанием по шкале Бартела и отрицательные с тяжестью состояния, шкалой Рэнкина (ограничения жизнедеятельности), с реактивной тревожностью, HADS тревогой, со шкалой тревоги Тейлора (ММПИ-at). Чем выше балл по шкале «отношения к болезни», тем больше ответственности берет на себя больной за выполнение лечебных процедур, принятие болезни («я болен и лечусь»).

Обращает на себя внимание большое количество взаимосвязей показателя «отношения к болезни» и показателей тревоги. Тревога, по нашим наблюдениям и анализу высказываний больных в процессе интервью, свидетельствует о недостаточном представлении больных о возможностях восстановления нарушенных функций, неопределенности лечебной и жизненной перспектив, что приводит к пессимистическим размышлениям и может стать мишенью психологического воздействия.

Показатель «отношение к лечению» имеет только одну положительную высокую корреляцию с показателем «отношение к болезни».

«Отношение к лечению» имеет отрицательные связи со шкалой Рэнкина и тяжестью заболевания. Чем выше балл по шкале отношения к лечению (принятие лечения), тем меньше тяжесть заболевания и меньше ограничение жизнедеятельности.

Таким образом, отношение к лечению зависит в первую очередь от принятия болезни, отношения больного к своему заболеванию и реакции личности на болезнь, что способствует формированию приверженности лечению. Принятие болезни наиболее трудный процесс, требующий мужества и ответственности, осознания своих ошибок (в виде физических и эмоциональных перегрузок, вредных привычек), недостаточной заботы о своем здоровье и необходимости принятия нового социального статуса «больного». Принятие болезни означает готовность изменить свой быт, выстроить новую иерархию ценностей жизни, где на первом месте будет забота о своем здоровье, представляет собой сложный процесс адаптации

личности к последствиям болезни и является мишенью психологической помощи.

Отношение к болезни и к лечению во многом зависит от принятия больным психологических условий реабилитации. Принятие лечения в реабилитационном стационаре имеет свою особенность. Пребывание в реабилитационном стационаре предполагает проявление определенного поведения со стороны больного, которые можно назвать психологическими условиями реабилитации [10]. К ним относятся: сотрудничество с персоналом, приверженность лечению, выполнение назначений и рекомендаций лечащего врача и других специалистов (методистов ЛФК, логопедов, психолога и др.), активность в лечении, стремление к повышению самообслуживания и формирование установок здорового образа жизни (отказ от вредных привычек). Эти условия являются залогом эффективности восстановительного лечения и профилактики повторного инсульта. Социальные ожидания персонала созвучны основным принципам реабилитации: принципу партнерства врача и больного, активности больного в лечении [8, 10, 12].

Психологические условия реабилитации, понятные медперсоналу, являются непривычными поначалу для больных. Ипохондрическая фиксация и депрессия, психастения в сочетании с демонстративностью препятствуют формированию позитивного отношения к лечению, активности больного. Демонстративность в данном случае можно было бы обозначить как «призыв о помощи», отражающий установки традиционной медицины, установки отношений «врач – больной». Врач должен лечить больного, помогать больному, оказывать сочувствие и поддержку. Больной должен жаловаться и терпеть. Больному отводится пассивная роль наблюдателя, в то время как в процессе восстановительного лечения от больного требуется активная позиция, происходит перестройка традиционных установок больного, в том числе в процессе психологической помощи.

В первые месяцы после заболевания больные испытывают неопределенность, информационный дефицит, а нередко слышат противоречивые высказывания врачей относительно возможностей восстановления, лечебной и жизненной перспективы могут усиливать тревогу. Невозможность больного представить четкую цель поэтапного восстановления приводит к тревоге и затем к депрессии, недоверию, аутичности переживания своей болезни и дефекта [6], неопределенность усиливает тревогу [14]. Депрессия снижает приверженность к реабилитационным мероприятиям, качество жизни и ведет к ухудшению прогноза восстановления [7, 16, 18].

Именно поэтому информирование, просветительская работа врачей и других специалистов и психолога, направленные на формирование лечебной перспективы в сознании больного может способствовать снижению тревоги и, таким образом, профилактике депрессии, так как снижается неопределенность и проясняется цель восстановительного лечения и её этапы. Психологическая коррекция может проводиться психологом, индивидуально и в группе, и должна быть направлена на выявление неадаптивных установок и формирование позитивных поведенческих стратегий.

Обсуждение результатов

По результатам нашего исследования на этапе реабилитации в стационаре первоначальной эмоциональной реакцией на заболевание является тревога, которая тесно связана с депрессией, что отмечается также рядом авторов [6, 7]. Тревога, по нашим наблюдениям и анализу высказываний больных в процессе беседы, связана с отсутствием отчетливого представления больных о лечебной и жизненной перспективе после заболевания, что подтверждается и мнением других авторов [6, 7]. Дефицит информации порождает переживание безнадежности и беспомощности, погруженность в себя, аутичное переживание болезни, ипохондрии и в клиническом выражении проявляется в депрессии.

В разные сроки после инсульта от 30 % до 50 % больных переживают депрессию, что отмечается многими авторами [7, 16, 18] и нашло подтверждение в нашем исследовании. Депрессия зависит от тяжести состояния, ограничений двигательной активности, когнитивных нарушений, афатических расстройств, а также от недостаточного представления больного о поэтапных целях восстановления нарушенных функций.

Тревога и депрессия может явиться, по нашим представлениям, мисшенью психологического воздействия, направленного на информирование больного о возможностях излечения и формирование положительной лечебной и жизненной перспективы.

Просветительская работа с больными, информирование больных всеми специалистами о причинах заболевания, возможностях восстановления и необходимости их собственного активного участия в процессе лечения может явиться профилактикой и коррекцией тревоги и депрессии у больных после инсульта, о чем свидетельствует ряд исследований [6, 8, 10, 16]. Партнерские отношения врача и больного способствуют вовлечению больного в лечебный процесс [6].

Дифференцированная и персонифицированная психологическая помощь, осуществляемая психологом, должна быть направлена на коррекцию неадекватных установок больных и формирование поэтапных целей восстановительного лечения [6, 10]. Особенности психотерапии неврологических больных заключаются в психологической поддержке, принятии болезни, постановке реальных целей, повышении мотивации, обучении способам совладания со стрессом, повышении самооценки [6].

Выводы

1. Ведущей эмоциональной реакцией на заболевание в реабилитационный период после инсульта является тревога, которая порождается отсутствием отчетливого представления больного о возможностях восстановления нарушенных функций, сопровождается беспомощностью, безнадежностью, аутичностью и депрессией, что препятствует активному включению в лечение.

2. Просветительская работа с больными, информирование больных всеми специалистами о причинах заболевания, возможностях восстановления и их собственного активного участия в процессе лечения может явиться одним из направлений профилактики и коррекции тревоги и депрессии у больных после инсульта.

3. Персонифицированная психологическая помощь, осуществляемая психологом должна быть направлена на коррекцию неадекватных установок больных и формирование поэтапных целей восстановительного лечения, на формирование положительной лечебной и жизненной перспективы.

Литература

1. Белова А.Н., Щепетова О.Н. Шкалы, тесты, опросники в медицинской реабилитации. – М. : Антидор, 2002. – 440 с.

2. Бельская Г.Н., Лукьянчикова Л.В. Качество жизни, тревожно-депрессивное расстройство и когнитивные функции на фоне восстановительного лечения ишемического инсульта // Саратовский науч.-мед. журнал. – 2017. – Т. 13, № 1. – С. 51–57.

3. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Соколова Е.Д. Методика многоаспектного исследования личности. Структура, основы интерпретации, некоторые области применения. – М. : Изд-во «Березин Феликс Борисович», 2011. – 320 с.

4. Вербицкая С.В., Парфенов В.А., Решетников В.А. и др. Постинсультные когнитивные нарушения (результаты 5-летнего наблюдения) // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2018. – Т. 10, № 1. – С. 37–42. DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2018-1-37-42>.

5. Голубев В.Л., Вейн А.М. Неврологические синдромы : рук-во для врачей. – М. : МЕДпресс-информ, 2012. – 736 с.

6. Григорьева В.Н., Тхостов А.Ш. Психологическая помощь в неврологии: монография. – Н. Новгород : Нижегород. гос. мед. академия, 2009. – 444 с.

7. Гусев Е.И., Боголепова А.И. Депрессивные расстройства у пациентов с цереброваскулярными заболеваниями. – М. : Медпрессинформ, 2017. – 208 с.

8. Демиденко Т.Д., Ермакова Н.Г. Основы реабилитации неврологических больных. – СПб. : Фолиант, 2004. – 304 с.

9. Ермакова Н.Г. Особенности личности больных с последствиями инсульта в условиях стационарной реабилитации // Известия Российского гос. пед. ун-та им. А.И. Герцена. № 11 (68): психолого-педагогические науки (психология, педагогика, теория и методика обучения). – СПб., 2008. – С. 32–42.

10. Ермакова Н.Г. Психотерапевтическая среда при реабилитации больных с последствиями инсульта – одна из форм терапии средой // Вестник Южно-Уральского гос. ун-та. Серия «Психология». – 2016. – Т. 9, № 2. – С. 45–59. DOI:10.14529/psy160206.

11. Иовлев Б.В., Щелкова О.Ю. Беседа как интерактивный метод клинико-психологической диагностики. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России : электрон. науч. журн. – 2011. – № 4. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 03.04.19).

12. Кабанов М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия / М.М. Кабанов. – СПб. : СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1998. – 255 с.

13. Кадыков А.С., Черникова Л.А., Шапаронова Н.В. Реабилитация неврологических больных. – М. : Мед-пресс-информ, 2014. – 564 с.

14. Лифинцева А.А., Деркач Т.Д., Штолде Н. Феномен неопределенности как субъективный опыт пациента в ситуации болезни // Клиническая и специальная психология. – 2018. – Т. 7, № 1. – С. 1–12. doi: 10.17759/psyclin.2018070101.

15. Логунов К.В. Оценка эффективности лечебных и диагностических методов. – СПб., 1999. – 26 с.

16. Мальцев С.Ю., Михайлов В.А., Мазо Г.Э., Лукина Л.В. Постинсультная депрессия: диагностические трудности и терапевтические перспективы // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2017. – № 4. – С. 13–17.

17. Мельникова Е.В., Шмонин А.А., Мальцева М.Н., Иванова Г.Е. Модифицированная шкала Рэнкина – универсальный инструмент оценки независимости и инвалидизации пациентов в медицинской реабилитации // Consilium Medicum. – 2017. – Т. 19, № 2–1. – С. 8–13.

18. Михайлов В.А., Лукина Л.В., Балунов О.А. [и др.] Терапия непсихотических психических расстройств в практике невролога // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2014. – № 4. – С. 100–105.

19. Парфенов В.А., Хасанова Д.Р. Ишемический инсульт. – М. : МИА, 2012. – 288 с.

20. Смулевич А.Б. [и др.]. Лекции по психосоматике / под ред. акад. РАН А.Б. Смулевича. – М. : МИА, 2014. – 352 С.

21. Сторожаков Г.И., Шамрей В.К. Расстройства психосоматического спектра: патогенез, диагностика, лечение: руководство для врачей / под ред. Г.И. Сторожакова, В.К. Шамрея. – СПб. : Спецлит, 2014. – 303 с.

22. Сулина З.А., Пирадов М.А., Домашенко М.А. Инсульт: оценка проблемы (15 лет спустя) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2014. – Т. 114, № 11. – С. 5–14.

23. Сыромятников И.В. Психодиагностика. – М. : Академпроект. – 2005. – 639 с.

24. Barton J. Stroke and Rehabilitation: Psychological Perspectives // In: Oxford Handbook of Rehabilitation Psychology. – N.Y. : Oxf. Univ. press. 2012. – P. 235–248.

25. Bogousslavsky J. William Feinberg lecture 2002: Emotions, mood, and behavior after stroke // Stroke. – 2003. – Vol. 34, N 4. – P. 1046–1050.

26. Terrill B., Reblin A.L., Mac Kenzie M. [et al]. Development of a novel positive psychology-based intervention for couples post-stroke // Rehabilitation Psychology. – 2018. – Vol. 63, N 1. – P. 43–54.

27. Thomas S.A., Lincoln, N.B. Predictors of emotional distress after stroke // Stroke. – 2008. – Vol. 39, N 4. – P. 1240–1245.

Благодарность: Автор выражает искреннюю благодарность сотрудникам городской больницы № 40 Санкт-Петербурга; больным, принимавшим участие в исследовании, а также сотрудникам кафедры клинической психологии и психологической помощи РГПУ им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург.

Автор декларирует отсутствие конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи

Поступила 21.02.2019

Для цитирования. Ермакова Н.Г. Особенности личности, отношение к заболеванию и к лечению больных с последствиями инсульта // Вестн. психотерапии. 2019. № 70 (75). С. 54–68.

**PERSONALITY CHARACTERISTICS, ATTITUDE TO THE DISEASE
AND TO THE TREATMENT OF PATIENTS WITH THE CONSEQUENCES OF STROKE**

Ermakova N.G.

Herzen State Pedagogical University
(Moika River Embankment, 48, Saint-Petersburg, Russia)

✉ Natalja Georgievna Ermakova – PhD Psychol. Sci., Associate Prof, Herzen State Pedagogical University (Moika River Embankment, 48, Saint-Petersburg, 191186, Russia), e-mail: nataliya.ermakova@yandex.ru.

Abstract: The article presents the data of an empirical study of the personality traits, attitudes towards the disease and treatment, and their interrelations with the in-

dices of self-care, emotional state in patients with the consequences of a stroke. The study involved 102 patients: 81 men, 21 women in a rehabilitation hospital. To study the characteristics of personality and emotional reaction, the MMPI scale, the Spilberger scale of reactive and personal anxiety, the scale of anxiety and HADS depression were used. The author developed the attitude to treatment and disease scale, the self-service assessment scales of Barthel, FIM, Rankin. Relationships to the disease with indicators of hypochondria, demonstrativeness, autism, as well as depression and anxiety have been established. It was revealed that a significant role in the formation of anxiety in patients has a imprecise representation of patients of recovery options. Targets of psychological assistance and areas of psychological correction are indicated, focused on the formation of a positive medical and life perspective.

Keywords: the consequences of a stroke, personality characteristics of patients, attitude to the disease, attitude to treatment.

References

1. Belova A.N., Shchepetova O.N. Shkaly, testy, oprosniki v meditsinskoj reabilitatsii [Scale, Tests, Questionnaires in Medical Rehabilitation]. Moskva. 2002. 440 p. (In Russ.)
2. Belskaya G.N., Lukyanchikova L.V. Kachestvo zhizni, trevozno-depressivnoe rasstrojstvo i kognitivnye funkcii na fone vosstanovitel'nogo lecheniya ishemicheskogo insulta [Quality of life, anxiety-depressive disorder and cognitive function in the context of rehabilitation treatment of ischemic stroke]. *Saratovskij nauchno-meditsinskij zhurnal* [Saratov Journal of Medical Scientific Research]. 2017. N 13 (1). 51–57. (In Russ.)
3. Berezin F.B., Miroshnikov M.P., Sokolova E.D. Metodika mnogostoronnego issledovaniya lichnosti. Struktura, osnovy` interpretatsii, nekotory'e oblasti primeneniya [Methods of multilateral research of personality. Structure, basics of interpretation, some applications]. Moskva. 2011. 320 p. (In Russ.)
4. Verbitskaya S.V., Parfenov V.A., Reshetnikov V.A. [et al.] Postinsul'tnye kognitivnye narusheniya (rezul'taty 5-letnego nablyudeniya) [Post-stroke cognitive impairment (results of a 5-year follow-up)]. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika* [Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics]. 2018. N 10 (1). Pp. 37–42. DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2018-1-37-42> (In Russ.)
5. Golubev V.L., Vejn A.M. Nevrologicheskie sindromy. Rukovodstvo dlja vrachej [Neurological Syndromes. Manual for Doctors]. Moskva. 2012. 736 p. (In Russ.)
6. Grigoreva V.N., Thostov A.Sh. Psihologicheskaya pomoshch v nevrologii [Psychological assistance in neurology]. N. Novgorod. 2009. 444 p. (In Russ.)
7. Gusev E.I., Bogolepova A.I. Depressivnye rasstrojstva u pacientov s cerebrovaskulyarnymi zabolovanijami [Depressive disorders in patients with cerebrovascular diseases]. Moskva. 2017. 208 p. (In Russ.)
8. Demidenko T.D., Ermakova N.G. Osnovy reabilitatsii nevrologicheskikh bolnyh [Basics of the Rehabilitation of Neurological Patients]. Sankt-Peterburg. 2004. 304 p. (In Russ.)
9. Ermakova N.G. Osobennosti lichnosti bolnyh s posledstviyami insulta v usloviyah stacionarnoj reabilitatsii [Personality characteristics of patients with the conse-

quences of stroke in inpatient rehabilitation]. *Izvestiya Rossijskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta im.A.I. Gercena* [Izvestia: Herzen University Journal of Humanities & Sciences]. 2008. N 11 (68). Pp. 32–42. (In Russ.)

10. Ermakova N.G. Psihoterapevticheskaya sreda pri reabilitacii bolnyh s posledstviyami insulta – odna iz form terapii sredoj [Psychotherapeutic environment in the rehabilitation of patients with the consequences of a stroke is a form of milieu therapy]. *Vestnik Yuzhno-Uralskogo gosudarstvennogo Universiteta Seriya Psikhologiya* [Bulletin of the South Ural State University. Ser. Psychology]. 2016. N 9 (2). Pp. 45–59. DOI: 10.14529/psy160206 (In Russ.)

11. Iovlev B.V., Shchelkova O.Yu. Beseda kak interaktivnyj metod kliniko-psihologicheskoy diagnostiki [Interview as an interactive method of clinical and psychological diagnosis] [Elektronnyj resurs]. *Medicinskaya psikhologiya v Rossii: elektron. nauch. zhurn* [Med. psihol. Ross.]. 2011. N 4. URL: <http://medpsy.ru> (In Russ.)

12. Kabanov M.M. Psikhosotsialnaya reabilitatsiya i sotsialnaya psixiatriya [Psychosocial Rehabilitation and Social Psychiatry]. Sankt-Peterburg. 1998. 255 p. (In Russ.)

13. Kadykov A.S., Chernikova L.A., Shahparanova N. V. Reabilitatsiya nevrologicheskikh bolnyh. [Rehabilitation of Neurological Patients]. Moskva. 2014. 564 p. (In Russ.)

14. Lifintseva A.A., Derkach T.D., Shtolde N. Fenomen neopredelennosti kak sub"ektivnyj opyt patsienta v situatsii bolezni [Phenomenon of uncertainty as a subjective experience of patient in illness]. *Klinicheskaja i spetsialnaja psikhologija* [Clinical Psychology and Special Education]. 2018, Vol. 7, N 1, Pp. 1–12. doi: 10.17759/psycljn.2018070101 (In Russ.)

15. Logunov K.V. Otsenka effektivnosti lechebnykh i diagnosticheskikh metodov [Evaluation of the Effectiveness of Therapeutic and Diagnostic Methods]. Sankt-Peterburg. 1999. 26 p. (In Russ.)

16. Maltsev S.Yu., Mihajlov V.A., Mazo G.E., Lukina L.V. Postinsul'naya depressiya: diagnosticheskie trudnosti i terapevticheskie perspektivy [Post-stroke depression: diagnostic difficulties and therapeutic perspectives]. *Obozrenie psixiatrii i medicinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 2017. N 4. Pp. 13–17. (In Russ.)

17. Melnikova E.V., Shmonin A.A., Maltseva M.N., Ivanova G.E. Modifitsirovannaya shkala Rehnkina – universalnyj instrument otsenki nezavisimosti i invalidizatsii patsientov v meditsinskoj reabilitatsii [The modified Rankin scale is a universal tool for assessment the independence and disability of patients in medical rehabilitation.]. *Consilium Medicum*. 2017. N 19 (2.1). Pp. 8–13. (In Russ.)

18. Mihajlov V.A., Lukina L.V., Balunov O.A. [et al.] Terapiya nepsihoticheskikh psichicheskikh rasstrojstv v praktike nevrologa [Therapy of non-psychotic mental disorders in the practice of the neurologist]. *Obozrenie psixiatrii i medicinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 2014. N 4. Pp.100–105. (In Russ.)

19. Parfenov V.A., Khasanova D.R. Ishemicheskij insult [Ischemic stroke]. Moskva. 2012. 288 p. (In Russ.)

20. Smulevich A.B. [et al.] Lekcii po psichosomatike [Lectures on psychosomatics] Eds. : A.B. Smulevich. Moskva. 2014. 352 p. (In Russ.)

21. Storozhakov G.I., Shamrej V.K. Rasstrojstva psihosomaticheskogo spektra: patogenez, diagnostika, lechenie.: rukovodstvo dlya vrachej [Disorders of the psychosomatic spectrum: pathogenesis, diagnosis, treatment: a guide for doctors]. Eds. : G.I. Storozhakova, V.K. Shamreyya Sankt-Peterburg. 2014. 303 p. (In Russ.)
22. Suslina Z.A., Piradov M.A., Domashenko M.A. Insult: ochenka problemy (15 let spustya) [Stroke: assessment of the problem (15 years later)]. *Zhurnal nevrologii i psichiatrii im. S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2014. Vol. 114. N 11. P. 5–14.
23. Syromyatnikov I.V. Psixodiagnostika [Psychodiagnostics.]. Moskva. 2005. 639 p. (In Russ.)
24. Barton J. Stroke and Rehabilitation: Psychological Perspectives. *Oxford Handbook of Rehabilitation Psychology*. N.Y. : Oxf. Univ. press. 2012. Pp. 235–248.
25. Bogousslavsky J. William Feinberg lecture 2002: Emotions, mood, and behavior after stroke. *Stroke*. 2003. Vol. 34, N 4. Pp. 1046–1050.
26. Terrill B., Reblin A.L., Mac Kenzie M. [et al]. Development of a novel positive psychology-based intervention for couples post-stroke. *Rehabilitation Psychology*. 2018. Vol. 63, N 1. Pp. 43–54.
27. Thomas S.A., Lincoln, N.B. Predictors of emotional distress after stroke. *Stroke*. 2008. Vol. 39, N 4. Pp. 1240–1245.

Received 21.02.2019

For citing. Ermakova N.G. Osobennosti lichnosti, otnoshenie k zabolevaniyu i k lecheniyu bol'ny'x s posledstviyami insul'ta. *Vestnik psikhoterapii*. 2019. N 70. P. 54–68. (In Russ.)

Ermakova N.G. Personality characteristics, attitude to the disease and to the treatment of patients with the consequences of stroke . *The Bulletin of Psychotherapy*. 2019. N 70. P. 54–68.

КОМПЛЕКСНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РОЛИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ ВРАЧЕЙ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

¹Липецкий государственный педагогический университет
им. П.П. Семенова-Тян-Шанского (Россия, Липецк, ул. Ленина, д. 42);

²Липецкий областной онкологический диспансер
(Россия, Липецк, ул. Адмирала Макарова, д. 1е)

Представлены результаты исследования динамики уровня профессиональной адаптации врачей онкологического стационара по комплексу социально-психологических, психологических и психофизиологических показателей. Приведены данные, свидетельствующие о том, что у большинства обследуемых респондентов зафиксирован низкий и крайне низкий уровень профессионального выгорания (ПВ). При этом по результатам мониторинга физиологических, психофизиологических и психологических показателей адаптации врачей, у значительной их части выявлены признаки дезадаптации. Определена значительная степень корреляционной зависимости показателей ПВ обследуемых со значениями ряда их индивидуально-психологических, психофизиологических и физиологических показателей. Установлено отсутствие выраженной зависимости между уровнем ПВ и выраженностью дезадаптационных нарушений по данным диагностики их физического (функционального) состояния и уровнями испытываемого стресса. В данной связи полагается, что мониторинг функциональной системы адаптации врачей-онкологов, способной отражать дезадаптационные нарушения любой системы организма обследуемого, методологически целесообразно проводить сразу на нескольких – социально-психологическом, психологическом, психофизиологическом, физиологическом – уровнях. Предлагается

✉ Засядько Константин Иванович – д-р мед. наук проф., проф. каф. педагогики и соц. работы, Липецкий гос. пед. ун-т им. П.П. Семенова-Тян-Шанского (Россия, 398020, Липецк ул. Ленина, д. 42), e-mail: aviazas@rambler.ru;

Шинкарев Сергей Алексеевич – д-р мед. наук, проф. каф. адаптивной физ. культуры, физиологии и медико-биол. дисциплин, Липецкий гос. пед. ун-т им. П.П. Семенова-Тян-Шанского (Россия, 398020, Липецк ул. Ленина, д. 42), e-mail: flydoc@yandex.ru;

Шинкарева Елена Васильевна – врач, Липецкий обл. онкологический диспансер (Россия, 398005, Липецк, ул. Адмирала Макарова, д. 1е), e-mail: info@guz-lood.ru;

Тафинцева Лилия Михайловна – канд. пед. наук доц., доц. каф. адаптивной физ. культуры, физиологии и медико-биол. дисциплин, Липецкий гос. пед. ун-т им. П.П. Семенова-Тян-Шанского (Россия, 398020, Липецк ул. Ленина, д. 42), e-mail: lilia.tafintzeva@yandex.ru.

рассматривать обоснованность принятия уровня ПВ онкологов как одного из показателей состояния их профессиональной дезадаптации. Обозначены перспективы оптимизации мониторинговых исследований адаптационного процесса онкологов в направлении установления его комплексного показателя с обязательным включением психофизиологических и физиологических показателей.

Ключевые слова: врачи онкологического стационара, адаптация, профессиональное выгорание, физиологические, психофизиологические и психологические показатели, дезадаптация, мониторинг, корреляция.

Введение

Высокая степень эмоциональной напряженности как следствие стрессогенного характера трудовой деятельности онколога в силу самой ее специфики способна вызывать развитие у врача данного профиля психосоматических дезадаптационных расстройств и объективировать процесс его профессионального выгорания (ПВ). Так, по мнению ряда исследователей [1, 2], врачи-онкологи более представителей других профессиональных групп медицинских работников подвержены синдрому выгорания, существенно снижающему качество их жизни и затрудняющему взаимодействие онколога с пациентами, от успешности которого напрямую зависит результат профилактики и лечения онкологических заболеваний. Это обуславливает особую актуальность и практическую значимость изучения особенностей профессиональной адаптации и ее оптимизации на стадии не только прогрессивного, но и регрессивного профессионального развития онкологов.

Поскольку совершенствование любого аспекта профессиональной деятельности специалиста детерминировано наличием необходимого объема информации о ее субъекте, своеобразной «отправной точкой» и условием оптимизации процесса профессиональной адаптации онкологов выступает разработка системы мониторинговых исследований их дезадаптационных состояний как эмпирической базы комплексной профилактики и коррекции профессиональной дезадаптации этих представителей социэкономической профессии и создание модели прогнозирования ее динамики. Это, в свою очередь, требует уточнения показателей профессиональной дезадаптации врачей онкологического стационара и установления их информативности.

Как свидетельствует научный анализ специальной литературы, изучая различные аспекты соотношения дефиниций дезадаптации и ПВ, исследователи часто склонны представлять выгорание в качестве процесса дезадаптации [18], «устойчивых форм психологической дезадаптации» [10] либо показателя профессиональной дезадаптации специалиста (под дефи-

ницей синдрома эмоционального сгорания [17]). В этой связи, рассматривая дезадаптацию в качестве антагонистичного адаптации деструктивного феномена, отметим, что ее сущность и специфику тем не менее невозможно адекватно раскрыть вне рамок современной теории адаптации, адаптации в различных социальных сферах с учетом биосоциальной природы ее субъекта.

Обращение к их основным положениям позволило установить, что диагностирование функциональной системы адаптации врачей-онкологов как целостной, полифакторной, универсальной для человека, многомерной, открытой системы в диалектическом единстве ее видов, форм и уровней принимает формы квалитетического мониторинга не только в процессуальном, но и системном ее аспектах. Квалитетический подход предполагает учет всех ее составляющих, включая приобретение новых качеств данной системой в процессе ее развития, в котором «может сформироваться психологическая система, представляющая собой согласованную деятельность регуляторных систем разного уровня, а может и не сформироваться, и тогда принято говорить о процессе дезадаптации» [4, с. 39].

Реализация системного, психосоциального, синергетического, компетентностного, личностно-ориентированного, комплексного, ресурсного подходов в контексте перехода от патологоцентристской к здоровьесцентристской парадигме охраны, восстановления и воспроизводства физического и психического здоровья человека [15] предоставили возможность рассмотрения адаптации с позиции консолидации усилий специалистов в целом ряде сфер человекознания. В этом контексте адаптация выступает «как непрерывный процесс становления (и восстановления) динамического равновесия в системе “субъект труда – профессиональная среда”» [6, с. 354], в своей динамике «включающий биологические, психологические и социальные процессы, находящиеся как во внутрисистемных, так и межсистемных взаимоотношениях» [5, с. 10]. В данной связи и мониторинг функциональной системы адаптации онкологов, способной отражать дезадаптационные нарушения любой системы организма обследуемого, методологически целесообразно проводить сразу на нескольких – социально-психологическом, психологическом, психофизиологическом, физиологическом – уровнях.

В ходе научного анализа теории и практики выгорания специалистов, включая ряд диссертационных работ, в которых данная проблема рассматривается на примере врачей различного профиля, в том числе онкологов [16], установлено отсутствие единой трактовки данного феномена,

раскрываемого авторами под различными дефинициями (перегорание, сгорание, выгорание души и пр. [1, 2, 7–9, 16–18]) при наличии попыток предложить единую дефиницию – «синдром выгорания» [12]. Рассматривая выгорание как целостный синдром, методологически целесообразно ориентироваться на позицию неприемлемости сведения выгорания лишь к одной его составляющей – «исключительно к эмоциональной» («эмоциональное выгорание»), либо только к оценке «утраты профессиональных успехов человека (так называемого «профессионального выгорания»)» [6, с. 44; 7]. При этом следует учитывать сложный полимодальный характер синдрома выгорания, который способен принимать различные формы: профессиональной деформации, симптомокомплекса психического расстройства, дезадаптационного феномена, механизма психологической защиты и др., однако несводим ни к одной из них [3, 7, 11].

При разработке системы изучения адаптационного процесса врачей онкологического стационара, мы, рассматривая ПВ обследуемых в качестве достаточно информативного показателя состояния их дезадаптации, который, затрагивая все стороны личности специалиста, «разрушая ее и оказывая негативное влияние на эффективность трудовой деятельности», выступает индикатором «полного регресса профессионального развития» [12, с. 372], тем не менее принимали во внимание и тот факт, что методики оценки синдрома выгорания, в частности профессионального, «порой излишне субъективны» [13, с. 40]. Поэтому при диагностировании адаптационного процесса врачей онкологического стационара применение методик диагностики выгорания было дополнено проведением диагностики функционального состояния организма обследуемых путем компьютерной регистрации основных показателей функционирования сердечно-сосудистой системы как наиболее информативного индикатора адаптационных реакций целостного организма с их автоматизированным анализом, а также – рядом методик диагностики психофизиологической сферы личности. Подобный подход в достаточно полной мере отражает диалектическое единство физического и психического и в наиболее оптимальном режиме позволяет реализовать потенциал психофизического исследования.

Учитывая, что к настоящему времени практически отсутствуют исследования психофизиологических аспектов адаптационного процесса врачей-онкологов, целью нашей работы выступало эмпирическое уточнение информативности выгорания как комплексного показателя профессиональной адаптации онкологов в условиях регрессивной стадии их профессионального развития и установление степени корреляционных связей по-

казателей профессионального и эмоционального выгорания с физиологическими, психофизиологическими и психологическими показателями дезадаптации лиц этой социальной категории.

Материал и методы

Обследованы 32 врача Липецкого областного онкологического диспансера в возрастном диапазоне 26–62 лет.

В качестве информативных дозиметрических индикаторов успешности профессиональной адаптации обследуемых приняты:

- уровень выгорания, оцениваемый при помощи двух базовых методик, позволяющих в наиболее оптимальном режиме выявить стадию выгорания и степень развития у обследуемых отдельных его симптомов как в процессуальном, так и в результативном аспектах:

- опросника на выгорание «Maslach Burnout Inventor» (МБИ) К. Маслач и С. Джексона в адаптации Н.Е. Водопьяновой,

- методики диагностики уровня эмоционального выгорания В.В. Бойко;

- физиологические показатели, оцениваемые с помощью программно-аппаратурного комплекса АПКО-8-РИЦ. Регистрировали основные параметры сердечно-сосудистой системы, на основе которых рассчитывали функциональные индексы, хорошо зарекомендовавших себя в психофизиологических исследованиях:

- уровень физического состояния (УФС),

- индекс адаптационного потенциала по Р.М. Баевскому (АП),

- индекс Робинсона (ИР),

- индекс Мызникова (ИМ),

- уровень испытываемого стресса (УИС);

- социально психологические и психологические показатели:

- ситуативной (СТ) и личностной (ЛТ) тревожности – применяли методику диагностики самооценки Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина,

- психического состояния по группам психического здоровья по Б.С. Фролову (1982). Использовали «Тест нервно-психической адаптации» (НПА) И.Н. Гурвича (1992),

- социально-психологической адаптации и дезадаптационных нарушений личности. Оценили при помощи многоуровневого личностного опросника «Адаптивность» (МЛЮ-АМ) А.Г. Маклакова и С.В. Чермянина. Исследовали личностный адаптационный потенциал (ЛАП), уровни пове-

денческой регуляции (ПР), коммуникативного потенциала (КП), моральной нормативности (МН),

– индекса хронического утомления (ИХРУ), который измеряли при помощи опросника «Степень хронического утомления» А.Б. Леоновой.

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием программы Excel. Корреляционные связи между показателями ПВ онкологов с физиологическими, психофизиологическими и психологическими данными их дезадаптации осуществляли с помощью критерия Пирсона для дихотомических данных. При оценке силы корреляционной связи применяли таблицу Чеддока. Статистическую достоверность оценивали при помощи t-критерия Стьюдента.

Результаты и их анализ

Предполагалось, что величины показателей профессионального и эмоционального выгорания обследуемых будут в значительной мере отражать состояния их дезадаптации и ее динамику. Однако в ходе обследования было выявлено, что синдром ПВ по опроснику МВИ был сформирован лишь у 1 (3,1 %) врача онкологического стационара и находится в стадии формирования еще у 8 (25 %) обследуемых, тогда как у 19 (59,3 %) респондентов зафиксирован низкий и у 4 (12,5 %) – крайне низкий уровень ПВ. Эти данные несколько отличаются от полученных в ходе диагностирования ПВ врачей онкологического профиля другими исследователями (также достаточно разнородных – как в абсолютных величинах по ряду диагностируемых показателей, так и в процентном отношении лиц с высоким уровнем выгорания по отношению к общему числу респондентов: почти вдвое – в работах [19] и [16] и в 2,5 раза – в работах [9] и [18], о чем свидетельствуют сами авторы этих трудов (см.: [16, с. 126], [9, с. 32]).

Согласно результатам применения методики В.В. Бойко, у врачей-онкологов эмоциональное выгорание выражалось несколько больше: так, фаза напряжения данного синдрома сформирована у 4 (12,5 %) из обследуемых, фаза резистенции – у 11 (34,7 %) и фаза истощения, когда, собственно, выгорание и обретает характеристики атрибута личности, у 4 (12,5 % от общего числа обследованных). В стадии формирования находятся: в фазе напряжения – 22 испытуемых (68,7 %), фазе резистенции – 14 (43,7 %) и фазе истощения – 12 (37,5 %) врачей-онкологов соответственно.

В данной связи, если принимать уровень профессионального и эмоционального выгорания обследуемых в качестве достаточно информатив-

ного показателя состояния их дезадаптации, можно было бы утверждать, что как минимум каждый второй из врачей онкологического стационара не имеет дезадаптационных нарушений. Вместе с тем, согласно результатам мониторинга физиологических, психофизиологических и психологических показателей адаптации обследуемых, у значительной их части выявлены признаки дезадаптации.

Так, согласно значениям индекса адаптационного потенциала по Р.М. Баевскому у 13 (40,6 %) онкологов обнаружено напряжение механизмов адаптации; значения индекса Робинсона свидетельствуют о том, что 6 (18,8 %) врачей ЛООД находятся в зоне крайних вариантов нормы и преморбидных состояний, а еще 13 (40,6 %) – в зоне преморбидных и патологических состояний. Выраженный стресс и выраженное напряжение адаптационных механизмов с возможностью проявления дезадаптации зафиксированы, как показывают данные диагностирования уровня испытываемого стресса, обнаружены у 11 (34,4 %) обследуемых, а средний уровень испытываемого стресса, умеренное напряжение адаптационных механизмов еще у 9 (28,2 %) врачей-онкологов. Удовлетворительная же функциональная активность, согласно значениям индекса Мызникова, установлена менее чем у половины (15, или 48,4 %) из числа обследованных врачей.

В ходе диагностики уровня дезадаптационных нарушений (опросник «Адаптивность», МЛЮ-АМ) установлено, что почти половина – 15 (48,4 %) врачей-онкологов имеют низкие значения уровней астенических реакций и состояний (АС), психотических реакций (ПС) и дезадаптационных нарушений (ДАН), и 17 (53,1 % от общего числа обследуемых) – средние значения по этим параметрам. Согласно результатам мониторинга социально-психологических характеристик также несколько более половины обследованных нами врачей-онкологов 17 (53,1 %) имеют низкие значения ЛАП, при этом среди онкологов весьма высока доля лиц, имеющих низкие уровни ПР, КП и МН (по 14 человек, или по 45,2 %).

Вместе с тем, были зафиксированы и несколько более близкие к значениям показателей ПВ врачей-онкологов результаты некоторых показателей их дезадаптации. В частности, высокий уровень тревожности при умеренных средних групповых величинах, однако достигающих близких к пороговым значений, что может указывать на склонность онкологов испытывать стрессогенное воздействие значительного диапазона проблемных ситуаций, имеют свыше трети обследуемых в отношении тревожности как конституциональной черты личности 11 (35,5 %), и умеренный уровень личностной тревожности – еще почти половина врачей – 15 испытуемых

или (48,4 %), низкий уровень – соответственно лишь 5 (16,1 %) из общего числа респондентов. В отношении ситуативной тревожности несколько более оптимистическая ситуация: у 20 (64,5 %) онкологов выявлен умеренный уровень, у 5 (16,1 %) – низкий уровень, однако у 6 (19,5 %) респондентов установлен высокий уровень ситуативной тревожности. В ходе диагностирования степени хронического утомления (по ИХРУ) у врачей-онкологов различная степень хронического утомления зафиксирована у 12 (38,7 %) от общего числа обследованных, в том числе: начальная степень – у 4 (12,5 %), выраженная – у 5 (16,1 %), сильная – у 2 (6,5 %) и переход в область патологических состояний (астенический синдром) отмечается у 1 (3,2 %) из обследованных онкологов соответственно. Вместе с тем, у 19 (61,3 %) респондентов признаки хронического утомления не выявлены.

В ходе анализа показателей распределения врачей-онкологов по группам психического здоровья по тесту НПА 14 (45,2 %) и 7 (22,6 %) онкологов отнесены к I и II группам – здоровые и практически здоровые с благоприятными прогностическими признаками соответственно, однако 6 (18,7 %) врачей-онкологов включены в III группу – практически здоровых с неблагоприятными прогностическими признаками (предпатология), еще 3 (9,4 %) отнесены к IV группе – легкой патологии, и 2 (6,5 %) врача-онколога вошли в V группу – лиц с проявлениями выраженной психопатологии соответственно.

Следующим этапом исследования выступало установление корреляционных связей между показателями ПВ онкологов с физиологическими, психофизиологическими и психологическими показателями их дезадаптации. Выявлены разнородные корреляционные связи (как положительные, так и отрицательные – по шкале редукции) значений по всем шкалам опросника МВИ (табл. 1) со всеми показателями методики НПА с величинами уровня тревожности (кроме связи показателей ЛТ и шкалы деперсонализации), значениями шкал опросника «Степень хронического утомления» (исключение составили лишь связи между показателями шкалы деперсонализации и группы симптомов «снижение мотивации и изменения в сфере социального общения» и шкалы редукции и группы симптомов «нарушения в эмоционально-аффективной сфере»). Это может свидетельствовать о том, что лица с высоким уровнем ПВ имеют более высокие риски психической дезадаптации при негативном воздействии социальных фрустраторов, вероятность патологии психического здоровья и степени истощения адаптационных ресурсов, усиление эффектов перенапряжения и истощения вследствие обязательной в подобном случае актуализации в деятельности

резервных ресурсов психики и организма в целом, а также – более высокий уровень тревожности.

Таблица 1

Корреляционные связи значений шкал опросника МВИ с показателями дезадаптации врачей-онкологов

Показатель		Шкала опросника МВИ			
		истощение	деперсонализация	редукция	выгорание
Психофизиологический индекс	УФС	-0,23	-0,35*	-0,01	-0,24
	АП	0,07	0,20	-0,01	0,11
	ИР	0,22	0,33	-0,07	0,26
	ИМ	0,28	0,28	-0,13	0,30
	УИС	0,14	0,22	-0,15	0,21
НПА	балл	0,58	0,53	-0,56	0,73
	группа	0,56	0,50	-0,50	0,69
Уровень тревожности	СТ	0,45	0,31	-0,47	0,55
	ЛТ	0,55	0,26	-0,43	0,57
Степень хронического утомления	дискомфорт	0,70	0,56	-0,33	0,71
	самочувствие	0,70	0,44	-0,43	0,72
	эмоциональная аффективность	0,69	0,43	-0,22	0,62
	мотивация	0,33	0,21	-0,61	0,51
Дезадаптационные нарушения	ИХРУ	0,78	0,54	-0,44	0,79
	АС	0,27	0,28	0,06	0,21
	ПС	0,06	0,10	-0,15	0,13
	ДАН	0,20	0,23	-0,04	0,21
Социально-психологическая адаптация	ПР	0,59	0,41	-0,44	0,65
	КП	0,24	0,30	-0,21	0,32
	МН	-0,12	0,23	-0,14	0,07
	ЛАП	0,49	0,45	-0,42	0,60

Примечание: * здесь и в табл. 2 полужирным шрифтом выделены достоверные коэффициенты ($p < 0,05$).

Весьма показательны слабые корреляционные связи значений шкал опросника МВИ с показателями шкал 2-го уровня опросника «Адаптивность» (МЛО-АМ) и функциональными индексами (кроме лишь зависимостей между величинами шкалы деперсонализации и индексами УФС и Робинсона). Это указывает на отсутствие выраженной зависимости между

уровнем ПВ и выраженностью дезадаптационных нарушений, астенических и психотических проявлений дезадаптации обследуемых, а также – их физического (функционального) состояния и уровнями испытываемого стресса.

Обнаружены умеренные корреляционные связи показателей всех шкал методики МВИ и шкал поведенческой регуляции и личностного адаптационного потенциала опросника «Адаптивность» (МЛЮ-АМ), шкалы коммуникативного потенциала с показателями шкалы деперсонализации и индекса психического выгорания: чем выше уровень ПВ, тем ниже уровень нервно-психической устойчивости, поведенческой регуляции, адекватность самооценки и восприятия действительности и выше склонность обследуемого к нервным срывам и длительным нарушениям функционального состояния, более выражены акцентуации характера, конфликтность и, как следствие, – вероятность затруднений, испытываемых респондентом в построении контактов с пациентами и коллегами. Слабые корреляционные связи между показателями всех шкал методики МВИ и шкалы моральной нормативности не позволяет утверждать наличие зависимости между уровнями социализации и ПВ обследуемых.

В ходе исследования установлены разнородные корреляционные связи показателей методики В.В. Бойко с рядом показателей профессиональной адаптации врачей-онкологов (табл. 2). В частности, значения показателей каждой из трех фаз – напряжения, резистентности и истощения – коррелируют с показателями всех шкал методики диагностики самооценки Спилбергера–Ханина и теста НПА, т. е. чем выше величины показателей фаз формирования синдрома выгорания, тем выше уровень тревожности обследуемых – и как свойства личности, и как состояния, более значительна вероятность наличия у них неблагоприятных прогностических признаков (предпатологии, легкой либо выраженной патологии) в плоскости психического здоровья, комплекса объективированных воздействием фрустрирующих факторов отношений и переживаний.

Наличие корреляционных связей значений показателей всех трех фаз выгорания с показателями всех групп симптомов в общем индексе хронического утомления (кроме лишь одной группы – снижения мотивации и изменений в сфере социального общения) свидетельствует о большей выраженности выгорания у лиц с более значительной глубиной соматизации негативных последствий хронического утомления и сбоев регуляторных механизмов деятельности, общей астенизацией организма в целом и проявлениями симптомов физиологического дискомфорта, снижения общего

самочувствия и когнитивного дискомфорта, нарушениями в эмоционально-аффективной сфере в частности.

Таблица 2

Корреляционные связи значений методики диагностики уровня эмоционального выгорания Бойко с показателями дезадаптации врачей-онкологов

Показатель		Фаза теста Бойко		
		напряжения	резистентности	истощения
Психофизиологический индекс	УФС	0,04	-0,30	-0,31
	АП	-0,02	0,31	0,35
	ИР	0,00	0,32	0,18
	ИМ	0,18	0,35	0,23
	УИС	0,14	0,31	0,31
НПА	балл	0,48	0,62	0,30
	группа	0,49	0,60	0,32
Уровень тревожности	СТ	0,50	0,53	0,40
	ЛТ	0,48	0,68	0,47
Степень хронического утомления	дискомфорт	0,50	0,64	0,68
	самочувствие	0,47	0,59	0,55
	эмоциональная аффективность	0,57	0,70	0,61
	мотивация	0,17	0,10	0,20
Дезадаптационные нарушения	ИХРУ	0,55	0,68	0,67
	АС	0,26	0,26	0,08
	ПС	-0,06	-0,12	0,11
	ДАН	0,14	0,11	0,11
Социально-психологическая адаптация	ПР	0,65	0,61	0,66
	КП	0,33	0,16	0,35
	МН	-0,12	-0,23	0,01
	ЛАП	0,56	0,46	0,61

Выявлены заметные и умеренные корреляционные связи значений сумм показателей всех трех фаз выгорания обследуемых с величинами показателей по шкалам поведенческой регуляции и личностного адаптационного потенциала опросника «Адаптивность» (МЛО-АМ), что указывает на в целом более адекватное восприятие окружающей действительности, высокий уровень нервно-психической устойчивости и адаптационных способностей лиц с меньшей выраженностью фаз формирования выгорания.

Выявлены слабые корреляции показателей фаз выгорания со значениями шкалы моральной нормативности (кроме двух отдельных симптомов – тревоги и депрессии и эмоциональной отстраненности). И лишь в случае сумм показателей фаз напряжения и истощения обнаружены умеренные корреляции с показателями шкалы коммуникативного потенциала, что существенно затрудняет применение данных мониторинга эмоционального выгорания онкологов в интерпретации результатов изучения параметров их социализации и коммуникативных способностей.

Выявленные корреляционные связи между показателями выгорания и дезадаптации врачей-онкологов в целом отражают общую тенденцию соотношения их абсолютных и относительных числовых значений, полученных в ходе проведенного многофакторного исследования адаптационного процесса.

Заключение

1. Профессиональное выгорание как особый феномен профессионально-личностного бытия специалиста с позиций системного, синергетического и комплексного подходов может рассматриваться в качестве лишь одной из форм, не отражающей всей широты изменений личности в плане ее дезадаптации, тогда как в ходе мониторинга адаптационного процесса субъекта трудовой деятельности необходимо учитывать комплекс объективных и субъективных условий и факторов этой чрезвычайно сложной, полиморфной, многоуровневой, динамичной системы. В их числе – физиологические, психофизиологические, психологические аспекты функционального состояния профессионала, особенности его профессионального и эмоционального выгорания, сочетание которых отражает диалектическое единство физического и психического на всех уровнях функционирования личности.

2. Результаты проведенного исследования указывают на высокую информативность для прогнозирования дезадаптационных расстройств сочетания показателей профессионального и эмоционального выгорания с психометрическими показателями и объективно регистрируемыми гемодинамическими показателями врачей онкологического стационара. Установлено, что комплекс этих характеристик онкологов образует достоверные разнородные и разноуровневые корреляционные связи и взаимозависимости, которые отражают многоуровневый и многогранный процесс их профессиональной адаптации. При этом прогноз дезадаптации врачей-онкологов может быть осуществлен с позиций комплексного подхода при

помощи применения метода многофакторного математического анализа к обработке физиологических, психофизиологических, психологических параметров адаптации вкупе с показателями профессионального выгорания специалиста с целью выявления наиболее информативного из них. Эти данные могут быть использованы для определения интегрального, математически обоснованного показателя, который будет содержать в себе информацию о значениях как объективных, так и субъективных показателей адаптации обследуемых. Создание подобной дифференциально-диагностической психолого-математической модели, которая предоставит возможность определения специалистов с наибольшим риском нарушений профессиональной адаптации и прогнозирования у них дезадаптационных расстройств в ходе стрессогенной трудовой деятельности, рассматривается нами как важное средство повышения качества профессионально-личностного бытия врачей онкологического стационара.

Литература

1. Берзязева И.А., Войт Л.Н. Синдром эмоционального выгорания у врачей различных специальностей // Дальневост. мед. журн. – 2012. – № 1. – С. 117–120.
2. Говорин Н.В., Бодагова Е.А. Синдром эмоционального выгорания у врачей // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. – 2016. – № 1. – С. 98–106.
3. Губин А.И., Евдокимов В.И., Зайцев Д.В., Ценных Е.А. Изучение профессиональной адаптации медицинских работников // Вестн. психотерапии. – 2008. – № 27 (32). – С. 46–61.
4. Дикая Л.Г. Адаптация: методологические проблемы и основные направления исследований // Психология адаптации и социальная среда: современные подходы, проблемы, перспективы : [сб. ст.] / отв. ред. Л.Г. Дикая, А.Л. Журавлев. – М. : Ин-т психологии РАН, 2007. – С. 17–41.
5. Дикая Л.Г., Журавлев А.Л. Введение // Психология адаптации и социальная среда: современные подходы, проблемы, перспективы : [сб. ст.] / отв. ред. Л.Г. Дикая, А.Л. Журавлев. – М. : Ин-т психологии РАН, 2007. – С. 9–14.
6. Завалишина Д.Н. Динамический аспект профессиональной адаптации // Психология адаптации и социальная среда: современные подходы, проблемы, перспективы : [сб. ст.] / отв. ред. Л.Г. Дикая, А.Л. Журавлев. – М. : Ин-т психологии РАН, 2007. – С. 353–367.
7. Евдокимов В.И., Есауленко И.Э., Губин А.И., Попов В.И. Оценка профессионального выгорания у медицинских работников / Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, Воронеж. гос. мед. акад. им. Н.Н. Бурденко. – Воронеж ; СПб. : Политехника-сервис, 2009. – 82 с.
8. Китаев-Смык Л.А. Выгорание персонала. Выгорание личности. Выгорание души // Психопедагогика в правоохранительных органах. – 2008. – № 2 (33). – С. 41–50.

9. Клименко В.Н., Сазонов В.Я., Назыров Р.К. Синдром выгорания: его структура и особенности формирования у врачей-онкологов // Уч. зап. СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. – 2012. – Т. XIX, № 1. – С. 31–33.

10. Леонова А.Б., Злоказова Т.А., Качина А.А. Детерминанты развития профессионально-личностных деформаций медицинских работников и педагогов, работающих в зоне техногенной катастрофы // Выгорание и профессионализация : сб. науч. тр. – Курск, 2013. – С. 87–114.

11. Лукьянов В.В., Сороколетова И.Е. К истории термина «выгорание» // Выгорание и профессионализация : сб. науч. тр. – Курск, 2013. – С. 114–123.

12. Лукьянов В.В., Водопьянова Н.Е., Орел В.Е. [и др.]. Предисловие // Современные проблемы исследования синдрома выгорания у специалистов коммуникативных профессий : кол. монография. – Курск : КГУ, 2008. – С. 6–12.

13. Лымаренко В.М., Апчел В.Я., Леонтьев О.В., Дергунов А.В. Исследование хронического профессионального стресса у врачей скорой медицинской помощи Невского района Санкт-Петербурга // Вестн. Рос. воен.-мед. акад. – 2012. – № 3 (39). – С. 39–45.

14. Орел В.Е. Профессиональное развитие личности // Общая и прикладная психология : хрестоматия. – М. : Ярославль, 2001. – С. 358–378.

15. Разумов А.Н., Пономаренко В.А., Пискунов В.А. Здоровье здорового человека (основы восстановительной медицины). – М. : Медицина, 1996. – 413 с.

16. Сазонов В.Я. Профессиональное выгорание у врачей-онкологов, особенности его формирования и психопрофилактика : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2012. – 26 с.

17. Форманюк Т.В. Синдром «эмоционального сгорания» как показатель профессиональной дезадаптации учителя // Вопр. психологии. – 1994. – № 6. – С. 54–67.

18. Kondo K. Burnout syndrome // Asian Medical. J. – 1991. – Vol. 34, N 11. – P. 49–57.

19. Maslach C., Jackson S.E., Leiter M.P. Maslach Burnout Inventory Manual (Third edition) / Cetrin Maslach with an. – Palo Alto, California, Inc., 1996. – 52 p. (Consulting Psychological Press).

20. Ramirez A., Graban J., Richards M.A. [et al] Burnout and psychiatric disorder among cancer clinician // Br. J. Cancer. – 1995. – N 71. – P. 1263–1269.

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

Поступила 13.05.2019

Для цитирования. Засядько К.И., Шинкарев С.А., Шинкарева Е.В., Тафинцева Л.М. Комплексное исследование роли эмоционального выгорания в профессиональной дезадаптации врачей онкологического стационара // Вестн. психотерапии. 2019. № 70 (75). С. 69–86.

**COMPREHENSIVE STUDY OF THE ROLE OF BURNOUT IN REDUCTION
OF OCCUPATIONAL ADAPTATION OF ONCOLOGY HOSPITAL DOCTORS**

Zasyadko K.I.¹, Shinkarev S.A.², Shinkareva E.V.², Tafintseva L.M.¹

¹Lipetsk State Pedagogical P. Semenov-Tyan-Shansky University
(Lenin Str., 42, Lipetsk, Russia);

²Lipetsk Regional Oncological Dispensary
(Admiral Makarova Str., 1e, Lipetsk, Russia).

✉ Konstantin Ivanovich Zasyadko – Dr. Med. Sci. Prof., Prof. of the Department of Pedagogy and Social Work, Lipetsk State Pedagogical P. Semenov-Tyan-Shansky University (Lenin Str., 42, Lipetsk, 398020 Russia), e-mail: aviazas@rambler.ru;

Sergey Alekseevich Shinkarev – Dr. Med. Sci., Prof. of the Department of Adaptive Physical Culture, Physiology and Biomedical Sciences, Lipetsk State Pedagogical P. Semenov-Tyan-Shansky University (Lenin Str., 42, Lipetsk, 398020 Russia), e-mail: flydoc@yandex.ru;

Elena Vasilyevna Shinkareva – doctor, Lipetsk Regional Oncological Dispensary (Admiral Makarova Str., 1e, Lipetsk, 398005, Russia), e-mail: info@guz-lood.ru;

Mikhailovna Tafintseva Lilia – PhD of Education, Associate Prof. of the Department of Pedagogy and Social Work, Lipetsk State Pedagogical P. Semenov-Tyan-Shansky University (Lenin Str., 42, Lipetsk, 398020 Russia), e-mail: lilia.tafintzeva@yandex.ru

Abstract. The results of the study of the dynamics of the level of professional adaptation of an oncology hospital by a complex of socio-psychological, psychological and psycho-physiological indicators are presented. There are data indicating that the majority of the tested respondents recorded a low and extremely low level of professional burnout. At the same time, according to the results of monitoring the physiological, psycho-physiological and psychological indicators of adaptation of the subjects, a significant part of them showed signs of disadaptation. A significant degree of correlation dependence of the indicators of burnout of the surveyed with the values of a number of their individual psychological, psycho-physiological and physiological indicators was revealed. The absence of a pronounced relationship between the level of professional burnout and the severity of disadaptation disorders according to the diagnosis of their physical (functional) state and levels of stress experienced is established. In this regard, it is assumed that the monitoring of the functional adaptation system of oncologists, which is capable of reflecting disadaptation disorders of any system of the organism being examined, is methodologically expedient to carry out at several levels – socio-psychological, psychological, psycho-physiological, physiological. Therefore, it is proposed to consider the validity of the adoption of the level of professional and emotional burnout of oncologists as one of the indicators of the state of their professional disadaptation. The prospects for optimizing the monitoring stud-

ies of the adaptation process of oncologists in the direction of establishing its complex indicator with the mandatory inclusion of psycho-physiological and physiological indicators are indicated.

Keywords: oncological hospital physicians, adaptation, professional burnout, physiological, psycho-physiological and psychological indicators, disadaptation, monitoring, correlation.

References

1. Berzhaeva I.A., Voit L.N. Sindrom emotsional'nogo vygoraniya u vrachei razlichnykh spetsial'nostei [Burnout syndrome in doctors of various specialties]. *Dal'nevostochnyi meditsinskii zhurnal* [Far East Medical Journal]. 2012. N 1. Pp. 117–120. (In Russ.)

2. Govorin N.V., Bodagova E.A. Sindrom emotsional'nogo vygoraniya u vrachei [Burnout syndrome in doctors]. *ORGZDRAV: novosti, mneniya, obuchenie* [HEALTH ORGANIZATION: news, opinion, training.]. 2016. N 1. Pp. 98–106. (In Russ.)

3. Gubin A.I., Evdokimov V.I., Zaitsev D.V., Tsennykh E.A. Izuchenie professional'noi adaptatsii meditsinskikh rabotnikov [An assessment of professional adaptation in health professional]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2008. N 27. Pp. 46–61. (In Russ.)

4. Dikaya L.G. Adaptatsiya: metodologicheskie problemy i osnovnye napravleniya issledovaniy [Adaptation: methodological problems and main directions of research] *Psikhologiya adaptatsii i sotsial'naya sreda: sovremennye podkhody, problemy, perspektivy* [Psychology of adaptation and social environment: modern approaches, problems, prospects] : collection of scientific works. Moskva. 2007. Pp. 17–41. (In Russ.)

5. Dikaya L.G., Zhuravlev A.L. Vvedenie [Introduction]. *Psikhologiya adaptatsii i sotsial'naya sreda: sovremennye podkhody, problemy, perspektivy* [Psychology of adaptation and social environment: modern approaches, problems, prospects] : collection of scientific works. Moskva. 2007. Pp. 9–14. (In Russ.)

6. Zavalishina D.N. Dinamicheskii aspekt professional'noi adaptatsii [Dynamic aspect of professional adaptation]. *Psikhologiya adaptatsii i sotsial'naya sreda: sovremennye podkhody, problemy, perspektivy* [Psychology of adaptation and social environment: modern approaches, problems, prospects] : collection of scientific works. Moskva. 2007. Pp. 353–367. (In Russ.)

7. Evdokimov V.I., Esaulenko I.E., Gubin A.I., Popov V.I. Otsenka professional'nogo vygoraniya u meditsinskikh rabotnikov [Assessment of professional burnout in medical workers]. Sankt-Peterburg : Voronezh. 2009. 82 p. (In Russ.)

8. Kitaev-Smyk L.A. Vygoranie personala. Vygoranie lichnosti. Vygoranie dushi [Burnout of staff. Burnout of the individual. Burnout of soul.]. *Psikhopedagogika v pravookhranitel'nykh organakh* [Psychopedagogics in law enforcement]. 2008. N 2. Pp. 41–50. (In Russ.)

9. Klimenko V.N., Sazonov V.Ya., Nazyrov R.K. Sindrom vygoraniya: ego struktura i osobennosti formirovaniya u vrachei-onkologov [Burnout syndrome: its structure and features of formation in oncologists]. *Uchenye zapiski Sankt-peterburgskogo gosudarstvennogo universiteta imeni akademika I.P. Pavlova* [Scientific notes

of Saint-Petersburg state medical University named after academician I.P. Pavlov]. 2012. Vol. XIX, N 1. Pp. 31–33. (In Russ.)

10. Leonova A.B., Zlokazova T.A., Kachina A.A. Determinanty razvitiya professional'no-lichnostnykh deformatsii meditsinskikh rabotnikov i pedagogov, rabotayushchikh v zone tekhnogennoi katastrofy [Determinants of development of professional and personal deformations of medical workers and teachers working in the zone of man-made disaster]. *Vygoranie i professionalizatsiya* [Burnout and professionalization] : collection of scientific works. Kursk. 2013. Pp. 87–114. (In Russ.)

11. Luk'yanov V.V., Sorokoletova I.E. K istorii termina «vygoranie» [To the history of the term «burnout»]. *Vygoranie i professionalizatsiya* [Burnout and professionalization] : collection of scientific works. Kursk. 2013. Pp. 114–123. (In Russ.)

12. Luk'yanov V.V., Vodop'yanova N.E., Orel V.E. [et al.] Preface [Англ. перевод]. *Sovremennye problemy issledovaniya sindroma vygoraniya u spetsialistov kommunikativnykh professii* [Modern problems of the study of burnout among specialists communicative professions] : collection of scientific works. Kursk. 2008. Pp. 6–12. (In Russ.)

13. Lymarenko V.M., Apchel V.Ya., Leont'ev O.V., Dergunov A.V. Issledovanie khronicheskogo professional'nogo stressa u vrachei skoroi meditsinskoj pomoshchi Nevskogo raiona Sankt-Peterburga [Study of chronic professional stress in emergency medical doctors of Nevsky district of St. Petersburg]. *Vestnik Rossiiskoi voenno-meditsinskoi akademii* [Bulletin of Russian Military medical Academy]. 2012. N 3. Pp. 39–45. (In Russ.)

14. Orel V.E. Professional'noe razvitie lichnosti [Professional development of personality]. *Obshchaya i prikladnaya psikhologiya* [General and applied psychology: reader]. Moskva : Yaroslavl', 2001. Pp. 358–378. (In Russ.)

15. Razumov A.N., Ponomarenko V.A., Piskunov V.A. Zdorov'e zdorovogo cheloveka (osnovy vosstanovitel'noi meditsiny) [Health of a healthy person (basics of restorative medicine)]. Moskva. 1996. 413 p. (In Russ.)

16. Sazonov V.Ya. Professional'noe vygoranie u vrachei-onkologov, osobnosti ego formirovaniya i psikhoprofilaktika [Professional burnout in oncologists, features of its formation and prevention] : Abstract dissertation PhD Med. Sci. Sankt-Peterburg. 2012. 413 p. (In Russ.)

17. Formanyuk T.V. Sindrom «emotsional'nogo sgoraniya» kak pokazatel' professional'noi dezadaptatsii uchitelya [The syndrome of "emotional combustion" as indicator of professional disadaptation of the teacher]. *Voprosy psikhologii* [Questions of psychology]. 1994. N 6. Pp. 54–67. (In Russ.)

18. Kondo K. Burnout syndrome. *Asian Medical. J.* 1991. Vol. 34, N 11. Pp. 49–57.

19. Maslach C., Jackson S.E., Leiter M.P. *Maslach Burnout Inventory Manual* (Third edition). Cetrin Maslach with an. Palo Alto, California, Inc., 1996. 52 p. (Consulting Psychological Press).

20. Ramirez A., Graban J., Richards M.A. [et al]. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinician. *Br. J. Cancer.* 1995. N 71. Pp. 1263–1269.

Received 13.05.2019

For citing. Zasyad'ko K.I., Shinkarev S.A., Shinkareva E.V., Tafintseva L.M. Kompleksnoe issledovanie roli emotsional'nogo vygoraniya v professional'noi dezadaptatsii vrachei onkologicheskogo statsionara. *Vestnik psikhoterapii*. 2019. N 70. Pp. 69–86. (In Russ.)

Zasyadko K.I., Shinkarev S.A., Shinkareva E.V., Tafintseva L.M. Comprehensive study of the role of burnout in reduction of occupational adaptation of oncology hospital doctors. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2019. N 70. Pp. 69–86.

УДК [615.851] : 616.009.11

Е.Е. Турчанинов¹, О.В. Защирина²

ДЕЗАДАПТИВНОЕ ЗАЩИТНОЕ РЕАГИРОВАНИЕ У ЛИЦ С ЛЕГКОЙ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ ИЗ НЕПОЛНЫХ СЕМЕЙ

¹Средняя общеобразовательная школа № 602 Петродворцового района Санкт-Петербурга (Россия, Ломоносов, ул. Сафронова, д. 5);

²Санкт-Петербургский государственный университет (Россия, Санкт-Петербург, Университетская наб., 7/9)

В статье представлены результаты многолетних исследований психологических защит у лиц юношеского возраста с клиническим диагнозом F70 «легкая умственная отсталость» из неполной семьи. Проанализированы основные причины и выявлены механизмы психологических защит, входящие в дезадаптивную, невротическую и психотическую группы. Механизмы психологических защит проявляются по типу вытеснения, изоляции, ипохондрии, расщепления, отрицания и реактивного образования.

Наглядно показано влияние социального фактора неполной семьи на формирование группы дезадаптивного защитного реагирования у юношей и девушек с легкой умственной отсталостью.

Ключевые слова: психологическая защита, неполная семья, легкая умственная отсталость, юношеский возраст.

✉ Турчанинов Евгений Евгеньевич – педагог-психолог СОШ № 602 Петродворцового района Санкт-Петербурга (Россия, 198412, Ломоносов, ул. Сафронова, д. 5), e-mail: turchaninov.j@mail.ru;

Защирина Оксана Владимировна – докт. психол. наук., доц. каф. педагогики и педагогической психологии, Санкт-Петербургский гос. ун-т (Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7/9), e-mail: zaoks@mail.ru.

Введение

По классификации МКБ-10 (Международной классификации болезней и поведенческих расстройств 10-го пересмотра) под умственной отсталостью понимается состояние задержанного или неполного развития психики, которое в первую очередь характеризуется нарушением способностей, проявляющихся в период созревания и обеспечивающих общий уровень интеллектуальности, то есть когнитивных, речевых, моторных и социальных способностей [6].

Психологическая защита позволяет достигать определенной стабилизации личности, устранять или сводить к минимуму отрицательные эмоции, чувство тревоги, возникающие при критическом рассогласовании картины мира человека с новой, поступающей из социума информацией [7]. Изучение психологической защиты представляет собой особый научный интерес в области современной медицинской психологии. Отражение данной темы в контексте проблематики развития лиц с нарушенным интеллектом содержится в научных исследованиях Колосовой Т.А., Лясиной Е.А., Антохина Е.Ю., Буфетова Д.В., Тронь К.К., Заширинской О.В. [1, 3, 4, 5]. Однако данный вопрос пока ещё не освещался в аспекте влияния неполной семьи на формирование различных защитных типов реагирования у лиц юношеского возраста с легкой умственной отсталостью.

Материал и методы

Общий объём выборки составил 200 человек. Выборка была поделена на две группы: контрольную и основную. В контрольную группу вошли юноши и девушки с нормативным интеллектуальным развитием – 100 человек, из них 50 детей воспитывающихся в полных семьях и 50 детей воспитывающихся в неполных семьях. Основную группу составили юноши и девушки с клиническим диагнозом F70 «легкая умственная отсталость» – 100 человек, из которых 50 детей воспитывающихся в полных семьях и 50 детей воспитывающихся в неполных семьях. Обследование проводилось с согласия родителей на базе общеобразовательных школ г. Санкт-Петербурга. Клинико-психологическое исследование было представлено психодиагностическим методом, в который вошли два опросника: «Индекс жизненного стиля» (LSI) Келлермана–Конте в адаптации Вассермана Л.И., 1998 (предназначен для диагностики механизмов психологической защиты «Я» и включает в себя 97 утверждений, требующих ответа по типу «верно/неверно», представлен восьмью видами механизмов психологических защит) и «Клинический опросник структуры психологи-

ческих защит» Бонд М. в адаптации Тунник Е.Е., 2010 (содержит 88 пунктов, где тестируемому нужно выбрать цифру по 9-бальной шкале, в которой вошли 22 вида психологических защит [23, 9]). Предмет исследования – механизмы психологических защит у лиц юношеского возраста с легкой умственной отсталостью из неполных семей. Объект исследования – юноши и девушки в возрасте от 16 до 18 лет (по классификации Реана А.А., 2002) с клиническим диагнозом «легкая умственная отсталость» (F70 по МКБ-10), воспитывающиеся матерью в неполной распавшейся семье (по классификации Целуйко В.М., 2004) [8, 10]. Статистическая обработка данных производилась с помощью непараметрического метода для сравнения независимых выборок по критерию Краскала–Уоллиса. В нашем исследовании применялся данный критерий для сравнения четырёх выборок: контрольная группа (полная и неполная семья) и основная группа (полная и неполная семья). Критерием статистической достоверности полученных выводов учитывали величину $p < 0,05$. Полученные эмпирические данные были проанализированы с помощью пакета статистических программ SPSS-24.

Результаты и их анализ

Выявление выраженных механизмов психологических защит у лиц юношеского возраста осуществлялось непараметрическим методом с использованием анализа различий с помощью критерия Краскала–Уоллиса по опроснику «Индекс жизненного стиля» (LSI) Келлермана–Конте (в адаптации Вассермана Л.И., 1998) и по методике «Клинический опросник структуры психологических защит» (Бонд М., в адаптации Тунник Е.Е., 2010) (см. табл.).

Статистически значимые отличия выявились в основной группе в неполных семьях по методике «Индекс жизненного стиля» по шкале вытеснение ($\chi^2 = 8,7$, $p < 0,05$) и по методике «Клинический опросник структуры психологических защит» в следующих видах защитных механизмов: изоляция ($\chi^2 = 35,3$, $p < 0,001$), отрицание ($\chi^2 = 13,3$, $p < 0,001$), расщепление ($\chi^2 = 27,8$, $p < 0,001$), ипохондрия ($\chi^2 = 8,7$, $p < 0,05$) и реактивное образование ($\chi^2 = 8,5$, $p < 0,05$). По клинической классификации М. Бонда, вытеснение и ипохондрия относится к дезадаптивной группе защитного реагирования, изоляция и расщепления характерны для группы психотического защитного реагирования. Отрицание и реактивное образование относятся к невротической группе защитного реагирования [9].

Значимые различия психологических защит
(критерий Краскала–Уоллиса)

Психологическая защита	Группа	Тип семьи	Средний ранг	Хи-квадрат	p <
«Опросник индекс жизненного стиля»					
Вытеснение	Контрольная	Полная семья	89,6	8,7	0,05
		Неполная семья	87,5		
	Основная	Полная семья	110,6		
		Неполная семья	114,1		
«Клинический опросник структуры психологических защит»					
Изоляция	Контрольная	Полная семья	68	35,3	0,001
		Неполная семья	86,7		
	Основная	Полная семья	118,2		
		Неполная семья	128,9		
Отрицание	Контрольная	Полная семья	86	13,3	0,001
		Неполная семья	74,7		
	Основная	Полная семья	125,7		
		Неполная семья	115,4		
Расщепление	Контрольная	Полная семья	73,6	7,8	0,001
		Неполная семья	86,9		
	Основная	Полная семья	112,3		
		Неполная семья	129		
Ипохондрия	Контрольная	Полная семья	84	8,7	0,05
		Неполная семья	94,8		
	Основная	Полная семья	107,3		
		Неполная семья	115,7		

Психологическая защита	Группа	Тип семьи	Средний ранг	Хи-квадрат	p <
Реактивное образование	Контрольная	Полная семья	88,1	8,5	0,05
		Неполная семья	90,6		
	Основная	Полная семья	105,5		
		Неполная семья	117,7		

Заключение

Таким образом, благодаря проведённому исследованию по изучению механизмов психологических защит у лиц юношеского возраста с легкой умственной отсталостью мы можем говорить о том, что социальный фактор – неполная семья – существенно влияет на образование защитных психологических механизмов, которые проявляются по типу дезадаптивной, психотической и невротической групп защитного реагирования. На проявление защитных механизмов «вытеснение, отрицание и изоляция» могут влиять не только диагноз «легкая умственная отсталость», но также условия воспитания, неблагоприятная семейная и социальная обстановка.

Отрицание и изоляция могут рассматриваться как феноменологические конструкторы психологической инкапсуляции. Юноши и девушки из неполных семей чувствуют большую закрытость, обособленность и отчуждённость. На психическое состояние лиц с легкой умственной отсталостью влияют негативный аффективно-личностный опыт, нарушения межличностного взаимодействия и низкая социальная ответственность. Психологические защиты по типу расщепления и реактивного образования не дают полной возможности юношам и девушкам интегрировать в межличностное общение свой социальный опыт взаимодействия с окружающими за счёт искажённого восприятия себя и собственных эмоциональных проявлений, затруднений в понимании чувств других людей по причине сниженного интеллекта. Вытеснение позволяет юношам и девушкам легче пройти период адаптации и социализации за счёт забывания сложных тем из детства, возможно, связанных с трудными периодами их психосоциального развития. Ипохондрия позволяет данной группе обследуемых нивелировать негативный аффективный опыт, связанный с влиянием внешних требований, включая учебные ситуации, особенно в процессе принятия ответственных решений.

Литература

1. Антохин Е.Ю., Буфетов Д.В., Тронь К.К. Особенности психозащитного поведения детей с интеллектуальной недостаточностью // Теоретическая и экспериментальная психология. – 2016 г. – Т. 9, № 2. – С. 81–85.
2. Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б. [и др.] Методическое пособие: «Индекс жизненного стиля». – СПб., 1998. – 48 с.
3. Защирина О.В. Нарушения общения у детей и подростков с легкой умственной отсталостью: феноменология, модель, социализация : дис. ... д-ра психол. наук. – М., 2013. – 467 с.
4. Колосова Т.А. Копинг-поведение и механизмы психологической защиты у подростков с умственной отсталостью : дис. ... канд. психол. наук. – СПб., 2007. – 150 с.
5. Ляпина Е.С. Психологическая защита у акцентуированных подростков с умственной отсталостью : автореф. ... канд. психол. наук. – СПб., 2008. – 24 с.
6. Международная классификация болезней 10-го пересмотра [Электронный ресурс]. – М., 2018. – Режим доступа: <http://mkb-10.com>.
7. Никольская И.М., Грановская, Р.М. Психологическая защита у детей. – СПб. : «Речь», – 2010. – 352 с.
8. Реан А.А. Психология человека от рождения до смерти. – СПб. : «Прайм-Еврознак», 2002. – 656 с.
9. Туник Е.Е. Психологические защиты. Тестовая методика. – СПб. : «Речь», 2010. – 219 с.
10. Целуйко В.М. Психология неблагополучной семьи. – М. : «Владос», 2004. – 270 с.

Поступила 08.06.2019

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

Для цитирования. Турчанинов Е.Е., Защирина О.В. Дезадаптивное защитное реагирование у лиц с легкой умственной отсталостью из неполных семей // Вестн. психотерапии. 2019. № 70 (75). С. 86–93.

DEADAPTIVE PROTECTIVE RESPONSE IN PERSONS WITH EASY MENTAL REMEDIATION FROM INCOMPLETE FAMILIES

Turchaninov E.E.¹, Zashchirinskaia O.V.²

¹ Secondary school N 602 of the Petrodvorets district of Saint-Petersburg (Safronov st., 5, Lomonosov, Russia)

² Saint-Petersburg State University (Universitetskaya Emb., 7/9, Saint-Petersburg, Russia)

✉ Evgeny Evgenievich Turchaninov – teacher-psychologist Secondary School N 602 of the Petrodvortsovy District of Saint-Petersburg (Safronov st., 5, Lomonosov, 198412, Russia), e-mail: turchaninov.j@mail.ru;

Oksana Vladimirovna Zashchirinskaya – Dr. psychol. Sci., Associate Professor of the Department of Pedagogy and Pedagogical Psychology, Saint-Petersburg State University (Universitetskaya Emb., 7/9, Saint-Petersburg, 199034, Russia), e-mail: zaoks@mail.ru.

Abstract. The results of the study of psychological defenses in adolescents with a clinical diagnosis (F70 «mild mental retardation») brought up in incomplete families are presented. The mechanisms of psychological defenses included in the maladaptive, neurotic and psychotic group are identified. The mechanisms of psychological defenses are presented in the form of: displacement of isolation, hypochondria, splitting, denial, and reactive formation, as well as the main reasons for the manifestation of these types of defense mechanisms. The influence of the social factor of an incomplete family on the formation of a group of maladaptive psychological defenses in boys and girls with mild mental retardation is clearly shown.

Key words: psychological defense, incomplete family, mild mental retardation, adolescence.

References

1. Antokhin E.Y., Bufetov D.V., Tron K.K. Osobennosti psixozashhitnogo povedeniya detej s intellektualnoj nedostatochnost'yu [Peculiarities of Psychological Behavior of Children with Intellectual Deficiency]. *Teoriticheskaya i eksperimentalnaya psixologiya* [Theoretical and Experimental Psychology]. 2016. Vol. 9, N 2. Pp. 81–85. (In Russ.)
2. Wasserman L.I., Eryshev, O.F., Klubova Ye.B. [et al.] Indeks zhiznennogo stilya [The lifestyle index]. Sankt-Peterburg. 1998. 48 p. (In Russ.)
3. Zashchirinskaja O.V. Narusheniya obshheniya u detej i podrostkov s legkoj umstvennoj otstalost'yu: fenomenologiya, model, socializaciya [Disruption of communication in children and adolescents with mild mental retardation: phenomenology, model, socialization] : Dissertation Dr. Psychol. Sci. Moskva. 2013. 467 p. (In Russ.)
4. Kolosova T.A. Koping-povedenie i mexanizmy psixologicheskoy zashhity u podrostkov s umstvennoj otstalost'yu [Coping behavior and psychological defense mechanisms in adolescents with mental retardation] : Dissertation PhD Psychol. Sci. Sankt-Peterburg. 2007. 150 p. (In Russ.)
5. Lyasina E.S. Psixologicheskaya zashita u akcentuirovannyh podrostkov s umstvennoj otstalost'yu [Psychological protection in accentuated adolescents with mental retardation, author. on the competition scholarly step] : Abstract dissertation PhD Psychol. Sci. Sankt-Peterburg. 2008. 24 p. (In Russ.)
6. Mezhdunarodnaya klassifikaciya boleznej 10-go peresmotra [International classification of diseases of the 10th revision] [Electronic resource]. Moskva. 2018. Access mode: <http://mkb-10.com>. (In Russ.)
7. Nikolskaya I.M., Granovskaya R.M. Psixologicheskaya zashhita u detej [Psychological protection in children]. Sankt-Peterburg. 2010. 352 p. (In Russ.)

8. Rean A.A. Psixologiya cheloveka ot rozhdeniya do smerti [Human psychology from birth to death]. Sankt-Peterburg. 2002. 656 p. (In Russ.)

9. Tunik E.E. Psixologicheskie zashhity. Testovaya metodika [Psychological protection. Test method]. Sankt-Peterburg. 2010. 219 p. (In Russ.)

10. Tseluyko V.M. Psixologiya neblagopoluchnoj semi [Psychology of a dysfunctional family]. Moskva. 2004. 270 p. (In Russ.)

Received 08.06.2019

For citing. Turchaninov E.E., Zashchirinskaia O.V. Dezadaptivnoe zashhitnoe reagirovaniye u licz s legkoj umstvennoj otstalost'yu iz nepolny`x semej. *Vestnik psikhoterapii*. 2019. N 70. Pp. 86–93. (In Russ.)

Turchaninov E.E., Zashchirinskaia O.V. Deladaptive protective response in persons with easy mental remediation from incomplete families *The Bulletin of Psychotherapy*. 2019. N 70. Pp. 86–93.

УДК 159.924.7

А.С. Белозёр, Н.Н. Петрова

АФФЕКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЯИЧНИКОВ

Санкт-Петербургский государственный университет
(Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7/9)

Представлены и обсуждены результаты клинко-психологического обследования 82 больных раком яичников (РЯ), находящихся на различных этапах лечения. Определена частота и выраженность аффективных нарушений у больных РЯ. Показано, что аффективные нарушения претерпевают изменения по мере развития заболевания: от психогенной реакции на этапе постановки диагноза к соматогенной депрессии с выраженным соматовегетативным и астеническим компонентами. В структуре аффективных расстройств у больных РЯ преобладают тревожно-фобические нарушения, формирующиеся преимущественно по психогенному механизму. Пациентки молодого возраста составляют группу риска развития аффективных расстройств. Показана необходимость проведения клинко-шкальной оценки больных РЯ для точного и своевременного выявления аффективных нарушений. Полученные модели факторов риска и взаимовлияния

✉ Белозёр Анна Сергеевна – аспирантка каф. мед. психологии и психофизиологии, Санкт-Петербургский гос. ун-т (Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7/9), email: anna.belozer@gmail.com.

Петрова Наталия Николаевна – д-р. мед. наук. проф., зав. кафедрой психиатрии и наркологии Санкт-Петербургский гос. ун-т (Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7/9), email: petrova_nn@mail.ru.

аффективных и соматических нарушений могут учитываться при выборе стратегии психокоррекционного воздействия. Предполагается, что проведение когнитивно-поведенческой психотерапии может стать эффективным методом работы с данными больными.

Ключевые слова: рак яичников, психические расстройства, аффективные нарушения, депрессия, тревога, психоонкология.

Введение

В 2017 году в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями женского населения России на долю рака яичников приходилось 4,3 % [3]. Среднегодовые темпы прироста заболеваемости составляют 0,95 %. Средний возраст больных со впервые в жизни установленным диагнозом составляет 59,3 лет. Рак яичника стоит на втором месте в структуре смертности от онкогинекологических заболеваний (5,7 %), занимая второе место после злокачественных новообразований молочной железы (16,4). Роль рака яичника как причины смерти женщин моложе 30 лет весьма существенна (3,4 %). Несмотря на активные исследования в данной области и использование комбинированного подхода к лечению больных, абсолютное число женщин, умерших в 2017 г. от рака яичника, составило 7685 человек по сравнению с 7636 в 2007 г., что не позволяет говорить о положительной динамике. Выявление данного заболевания сопряжено с тяжелым психологическим дистрессом и формированием нозогенных расстройств. Обсуждается вопрос о том, что пациентки, страдающие злокачественными новообразованиями онкогинекологической сферы, испытывают аффективные нарушения на всех этапах болезни. Целью исследования явилось изучение частоты, структуры и характера аффективных нарушений у больных РЯ для индивидуализации психологической помощи этим пациенткам.

Материал и методы

Обследованы 82 пациентки, имеющие гистологически подтвержденный диагноз РЯ. По стадиям заболевания в соответствии с системой FIGO¹ выборка распределилась следующим образом: FIGO I – 25,6 % больных (n = 21), FIGO II – 12,2 % пациенток (n = 10), FIGO III – 48,8% обследованных (n = 40) и FIGO IV – 13,4 % пациенток (n = 11). Средняя продолжительность заболевания составляла 524,7 дней (\pm 742,1). Среднее число рециди-

¹ Система FIGO (Figo Staging) – классификация, разработанная Международной федерацией акушерства и гинекологии для определения степени распространения злокачественных опухолей яичников, матки и шейки матки.

вов в группе 0,8 ($\pm 1,1$) свидетельствует о том, что для большей части пациенток течение заболевания имело рецидивирующий характер. Средняя продолжительность заболевания с момента экстирпации матки и придатков в группе составила 430,8 дней ($\pm 747,2$). Пациентки получили 6,4 ($\pm 7,9$) курсов химиотерапии, среднее число линий химиотерапии составило 1,3 ($\pm 1,4$). Средний возраст участниц исследования составил 51,7 год ($\pm 11,4$); большинство больных 70,7 % ($n = 58$) имели высшее образование, среднее или незаконченное высшее образование на момент обследования имели 29,3 % ($n = 24$) пациенток; число больных, проживающих в гражданском или законном браке, незначительно преобладало (63,4 %; $n = 52$) над числом больных, не имевших постоянного партнера (36,6 %; $n = 30$). Одного и более родных детей имели 80,5 % ($n = 66$) больных. В 19,5 % случаев ($n = 16$) пациентки не имели детей, что, как правило, было связано с молодым возрастом больных. На момент обследования большинство больных РЯ (61 %; $n = 50$) продолжали работать, часть больных (39 %; $n = 32$) прекратили трудовую деятельность либо до начала заболевания, либо в связи с необходимостью интенсивного лечения. В большинстве случаев инвалидность отсутствовала (76,8 %; $n = 63$).

Критериями исключения явились наличие другого острого или хронического соматического заболевания в стадии декомпенсации, выраженной неврологической патологии, психотического расстройства, расстройства личности или умственной отсталости, зависимости от психоактивных веществ, прием психотропных препаратов, психотерапия.

Единообразия сбора данных для дальнейшего анализа и статистической обработки обеспечивалось при помощи карты обследования, включавшей социально-демографические характеристики, анамнестические сведения, клинические данные о текущем состоянии, данные о химиотерапевтическом лечении и оперативных вмешательствах, вредные привычки. Для диагностики аффективного состояния использовались Госпитальная шкала тревоги и депрессии и Шкала Монтгомери–Асберг для оценки депрессии [7]. Оценка психического состояния выполнялась в два этапа: на первом этапе пациентки заполняли Госпитальную шкалу тревоги и депрессии для скрининговой оценки наличия тревоги и депрессии, затем выполнялась клиничко-шкальная оценка депрессии с применением шкалы Монтгомери–Асберг. Самооценка выраженности симптоматики выполнена при помощи опросника качества жизни EORTC QLQ-C30 с дополнительным модулем QLQ-OV28 для РЯ [9, 11]. Математико-статистическая обработка выполнена при помощи программного обеспечения R v3.4.3. Для сравне-

ния групп использовались одновыборочный Т-критерий Стьюдента, критерий Краскела–Уоллиса с проверкой значений при помощи поправки Тьюки; оценка достоверности взаимосвязей выполнена с помощью корреляционного метод Спирмена; влияние предикторов оценивалось с помощью линейного регрессионного анализа.

Результаты исследования

При проведении клинической беседы 5 % от общего числа пациенток сообщили о том, что обращались за психиатрической или психотерапевтической помощью ранее в связи с кризисной ситуацией (амбулаторно), лечение в психиатрическом стационаре не проходила ни одна из больных. Трое пациенток (4 %) имели в прошлом мысли суицидального характера, не связанные с ситуацией болезни. Суицидальных попыток не выявлено. Более половины больных (59 %; $n = 48$) пережили психотравмирующую ситуацию в течение 5 лет до начала развития онкогинекологического заболевания. Психотравмирующие ситуации были связаны с болезнью или смертью родственников, разводом или разрывом отношений, хронической стрессовой ситуацией на работе. В большинстве случаев пациентки не обращались за профессиональной помощью и справлялись с ситуацией без медикаментозной терапии. Почти все пациентки (93 %) отмечали наличие поддержки со стороны семьи в ситуации болезни; 4 % больных сообщили о том, что отношения в семье являются напряженными или конфликтными, причем у 2 из них было установлено состояние, соответствующее большому депрессивному эпизоду с коморбидным тревожным расстройством. 3 % пациенток охарактеризовали отношения в семье как дистантные.

При описании реакции на постановку диагноза 19,5 % больных ($n = 16$) определили ее как острую шоковую, с выраженным тревожным компонентом (страхом, отчаянием, нарушением сна). 9,8 % ($n = 8$) пациенток испытывали депрессивные переживания в течение нескольких дней после получения информации о болезни (печаль, мысли о приближающейся смерти). 25,6 % больных ($n = 21$) отметили, что первоначально отказывались верить в диагноз, считая, что такое событие не могло произойти с ними. В остальных случаях пациентки затруднились описать свою реакцию на установление диагноза. В большинстве случаев реакция имела непродолжительный характер (до 2 недель); как правило, переживания смягчались при начале терапии, формирование плана лечения и назначение дня

операции придавало пациенткам уверенности в контролируемости ситуации.

По результатам скрининговой оценки при помощи Госпитальной шкалы 12 % (n = 9) пациенток имели клинически выраженную депрессию и 19,51 % (n = 15) – тревогу.

Таблица 1
Выраженность депрессии и тревоги у больных РЯ по Госпитальной шкале

Показатели Госпитальной шкалы	Значения среднего и стандартного отклонения (SD), баллы	Абсолютное число больных с нарушениями (% от общего числа больных, n = 82)
депрессия	5,82 ± 4,47	9 (12 %)
тревога	6,55 ± 4,03	15 (19, 51 %)

Согласно клинико-шкальной оценке по шкале Монтгомери–Асберг частота депрессивных расстройств у больных РЯ составила 18 % (n = 14).

Расхождение результатов самооценки и клинико-шкальной оценки свидетельствует о том, что пациентки не всегда могли субъективно точно оценить наличие депрессии. Из девяти человек с клинически выраженной депрессией по Госпитальной шкале шестеро больных правильно оценили свое состояние (данные совпадали с экспертной оценкой по шкале Монтгомери-Асберг).

Из 14 больных с клинически очерченной депрессией согласно клинико-шкальной оценке у половины (50 %) также были выявлены тревожные нарушения, что позволяет говорить о высокой коморбидности тревожных и депрессивных расстройств у больных РЯ. Данное наблюдение подтверждается высокой корреляционной взаимосвязью между симптомами депрессии и тревоги ($r = 0,54$; $p < 0,001$).

Выраженность депрессивных расстройств в группе больных РЯ варьировалась от малого до большого депрессивного эпизода (табл. 2).

Больные с клинически очерченной депрессией (показатель по шкале Монтгомери-Асберг > 15 баллов) значимо ($p < 0,05$) отличались от больных РЯ без депрессивных нарушений по возрасту. Более молодые пациентки чаще имели расстройства депрессивного спектра по сравнению с больными РЯ старше 50 лет.

Таблица 2

Выраженность депрессии у больных РЯ по шкале Монтгомери–Асберг

Выраженности депрессии по шкале Монтгомери–Асберг	Абсолютное число больных	Процент от общего числа больных, n = 82
Нет депрессии (0–15 баллов)	68	82,93 %
Малый депрессивный эпизод (16–25 баллов)	8	9,76 %
Умеренный депрессивный эпизод (26–30 баллов)	3	3,66 %
Большой депрессивный эпизод (более 30 баллов)	3	3,66 %

Больные РЯ с депрессией имели следующие клинические характеристики: среднее число рецидивов заболевания составило 0,69 случаев; 29 % больных находилось на I стадии заболевания, 7,1 % – на II стадии, 57 % – на III стадии, 7,1 % – на IV стадии. Среднее число полученной химиотерапии составило 5,9 курсов, у 43 % больных выявлено метастатическое течение процесса. У пациенток присутствовали следующие виды осложнения течения заболевания: асцит (43 %), плеврит (7,1 %), канцероматоз (29 %), на основании заключения лечащего врача, отраженного в медицинской карте пациентки, астеня выявлена у 7,1 % больных РЯ с клинически выраженной депрессией. Анемия по результатам оценки клинического анализа крови (гемоглобин менее 120 г/л, гематокрит менее 36 %) зарегистрирована у 64 % больных; потеря веса не отмечалась ни у одной из больных, предшествовавшее оперативное вмешательство (пангистерэктомия) с удалением матки, придатков и яичников было выполнено у 85 % пациенток данной группы, 43 % больных находились в стационаре в связи с текущим рецидивом основного заболевания. Основное число больных группы с депрессивными нарушениями имело расстройства, соответствующие критериям малого депрессивного эпизода. Анализ социально-демографических и клинических параметров говорит о том, что больные с более тяжелой формой депрессивных расстройств дольше находились в ситуации болезни: при малом и умеренном депрессивном эпизоде средняя продолжительность заболевания составляла $M = 1,48$ лет, а при большом депрессивном эпизоде – $M = 1,88$ лет. У пациенток с умеренным или большим депрессивным эпизодом существенно выше среднее число курсов и линий ХТ, а также частота рецидивов заболевания. При малом депрессивном эпизоде

среднее число курсов $M = 1,1$ / линий $M = 0,25$, при умеренном – курсов $M = 13$ / линий $M = 3,3$, при большом депрессивном эпизоде – курсов $M = 8$ / линий $M = 1,66$. Частота рецидивов заболевания при малом депрессивном эпизоде $M = 0,4$, умеренном эпизоде $M = 1,5$, большом депрессивном эпизоде $M = 1$. У преобладающего числа больных с депрессивными расстройствами умеренной степени и выше присутствовала клинически выраженная анемия ($r = 0,27$; $p < 0,05$).

Формирование депрессивных расстройств у больных РЯ возможно на всех стадиях заболевания, однако можно отметить, что при повышении интенсивности лечения и развитии сопутствующих соматических осложнений выраженность расстройства повышается. Среди больных РЯ с депрессией чаще встречались жалобы на нарушения сна ($p < 0,01$), подавляющее число больных с клинически очерченной депрессией ($n = 12$) отмечали проблемы со сном от легких ($n = 4$) до существенных ($n = 5$) и очень сильных ($n = 3$). Жалобы отражали картину невротической депрессии с трудностями засыпания, поверхностным неглубоким сном, частыми пробуждениями, сновидениями угрожающего характера. Пациентки с депрессией более часто по сравнению с больными без депрессии предъявляли жалобы на упадок сил ($p < 0,05$), формулируемые как чувство усталости, слабости и потребности в дополнительном отдыхе. Эти жалобы не были подкреплены объективными статистически значимыми клиническими различиями по показателям выраженности астении и анемии между двумя группами. Тем не менее у больных РЯ астения была значимо взаимосвязана с анемией ($r = 0,33$; $p < 0,01$), а при наличии анемии обнаруживалась значимая взаимосвязь с клинически очерченной депрессией ($r = 0,27$; $p < 0,05$). Клинически выраженная анемия была значимо связана с прогрессированием стадии заболевания ($r = 0,36$; $p < 0,001$), развитием метастатического характера течения онкологического процесса ($r = 0,28$; $p < 0,05$), нарастанием симптомов периферической нейропатии ($r = 0,33$; $p < 0,01$), жалобами на тошноту и рвоту ($r = 0,28$; $p < 0,05$), потерю веса ($r = 0,28$; $p < 0,01$), общей выраженностью соматовегетативных жалоб ($r = 0,28$; $p < 0,05$) и ухудшением физического функционирования ($r = -0,32$; $p < 0,01$). Можно предположить, что ухудшение соматического состояния в процессе развития заболевания приводит к развитию астенической депрессии. Больные РЯ с депрессией испытывали большой дискомфорт в связи с симптомами периферической нейропатии ($p < 0,05$) с жалобами на слабость и покалывания в руках и ступнях. Периферическая нейропатия может возникать как острая реакция на введение химиотерапевтических пре-

паратов, так и иметь хронический характер, усугубляясь с каждым последующим курсом ХТ. Полученные данные свидетельствуют, что жалобы на периферическую нейропатию были значимо связаны с рецидивом заболевания ($r = -0,398$; $p < 0,01$), метастатическим развитием процесса ($r = -0,271$; $p < 0,05$), анемией ($r = -0,349$; $p < 0,01$), стадией FIGO ($r = 0,414$, $p < 0,01$) и количеством курсов ХТ ($r = 0,273$, $p < 0,05$).

В структуре депрессивных нарушений (по шкале Монтгомери–Асберг) у пациенток преобладали гипотимия, нарушения сна, трудности концентрации (рис. 1).

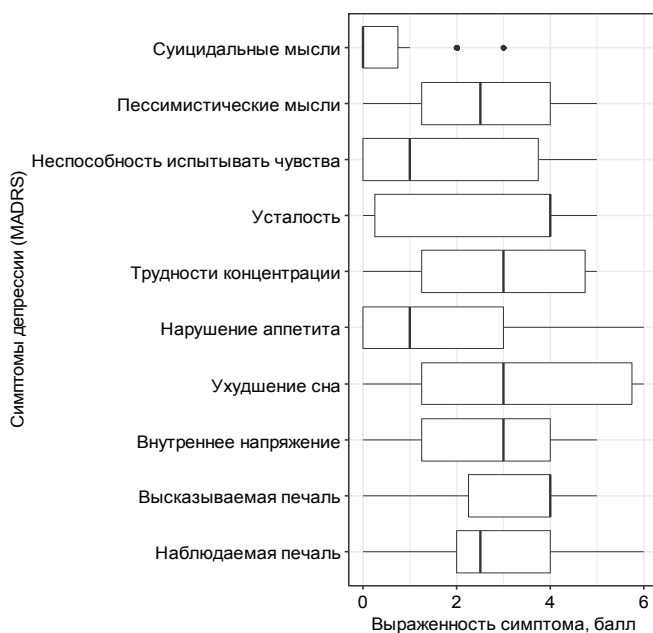


Рис. 1. Структура депрессивных нарушений по шкале Монтгомери–Асберг у больных РЯ

Обращает на себя внимание, что 43 % больных с депрессивными нарушениями высказывали идеи самообвинения, которые укладываются в структуру признаков позитивной аффективности депрессивных больных. Идеи малоценности и виновности формулировались пациентками как чувство вины в связи недостаточно серьезным отношением к своему здоровью

ранее, несвоевременным обращением за медицинской помощью, невнимательным отношением к родным. Отдельные больные считали, что совершили в прошлом некий аморальный поступок, последствием которого стало развитие смертельного онкологического заболевания. Болезнь воспринималась как расплата за негативные мысли или неправильные поступки. Суицидальные идеи присутствовали у 64 % больных РЯ с выраженной депрессией.

Субклиническая тревога (8–10 баллов) выявлялась у 13,41 % (n = 11) больных РЯ, клиническая выраженная тревога (≥ 11 баллов) – у 19,51 % (n = 16) пациенток (табл. 3).

Таблица 3
Выраженность тревожных нарушений у больных РЯ по Госпитальной шкале

Выраженность тревоги по Госпитальной шкале	Абсолютное число больных	Процент от общего числа больных
Норма (0–7 баллов)	55	67 %
Субклинически выраженная тревога (8–10 баллов)	11	13,41 %
Клинически выраженная тревога (≥ 11 баллов)	16	19,51 %

Сравнение групп показало, что присутствуют статистически значимые различия по частоте тревожных расстройств в зависимости от стадии заболевания FIGO ($p < 0,05$): больные I стадии в группе с тревожными нарушениями составляли 20 %, II стадии – 27 %, III стадии – 53 %.

Средний возраст пациенток с клинически выраженной тревогой составил 48,2 лет, продолжительность заболевания в группе составила в среднем около двух лет, все пациентки имели в анамнезе хотя бы один рецидив основного заболевания. Больные с тревожными нарушениями получили в среднем 6,5 курсов ХТ при этом в связи с резистентностью предшествующему лечению происходила смена линий ($M = 1,2$); в ряде случаев течение болезни было отяжелено метастазированием опухоли (33 %) и такими осложнениями, как асцит (47 %) и канцероматоз (40 %). Двоим пациенткам (13 %) лечащим врачом был выставлен диагноз астения, у двоих больных (13 %) по результатам клинического анализа крови выявлена анемия. Большинству пациенток (80 %), имевших клинически выраженную тревогу, была выполнена пангистерэктомия; зачастую больные (33%) находились в стационаре в связи с текущим рецидивом онкологического заболевания. Тяжесть симптомов тревоги достоверно значимо отрицательно

коррелировала с возрастом больных ($r = -0,29$; $p < 0,05$); высокая выраженность тревоги была взаимосвязана с более высокой выраженностью соматовегетативных нарушений ($r = 0,33$; $p < 0,01$) в целом. Больные с выраженной тревогой предъявляли жалобы на нарушения сна ($r = 0,43$; $p < 0,001$) и потерю аппетита ($r = 0,38$; $p < 0,001$), запоры ($r = 0,32$; $p < 0,01$), абдоминальные и гастроэнтерологические боли ($r = 0,39$; $p < 0,001$), дискомфорт в связи с симптомами периферической нейропатии ($r = 0,34$; $p < 0,01$) и побочными симптомами ХТ ($r = 0,31$; $p < 0,01$). Как и в случае депрессивных нарушений, при наличии тревоги больные РЯ значимо чаще высказывают недовольство своим когнитивным функционированием ($p < 0,05$), предъявляя жалобы на ухудшение памяти и неспособность удерживать внимание.

В рамках исследования представлялось важным ответить на вопрос, каков механизм формирования аффективных нарушений у больных РЯ. С этой целью клинические и социально-демографические характеристики, а также широкий спектр соматических жалоб были проанализированы как факторы (возможные предикторы) депрессии и тревоги. Было обнаружено, что формирование клинически очерченной депрессии может быть описано двумя типами моделей, подтверждающими друг друга. Первая модель, объясняющая 41 % дисперсии ($R^2 = 0,41$; $p < 0,01$), была сформирована жалобами на усталость, нарушение сна, диарею и констипацию; при этом обращает на себя внимание, что при включении в модель только жалоб на усталость и нарушения сна дисперсия снижается до 30 % ($R^2 = 0,30$; $p < 0,01$). Вторая модель была составлена для анализа только объективных клинических данных и показала, что анемия объясняет 10 % дисперсии ($R^2 = 0,10$, $p < 0,05$). Регрессионный анализ не выявил значимых клинических предикторов формирования тревоги. Негативное когнитивное прогнозирование, а именно страх в связи с предстоящим лечением и перспективами развития заболевания, оказывает наиболее значимое влияние на развитие тревоги и объясняет 33 % дисперсии ($R^2 = 0,33$; $p < 0,01$). Полученные данные позволяют предположить, что тревожные нарушения у больных РЯ формируются преимущественно по психогенным механизмам, в то время как в развитии депрессии существенная роль принадлежит соматогенным факторам.

Обсуждение

Аффективным нарушениям у онкологических больных уделяется достаточно много внимания [2, 6]. Проводятся исследования, направленные на выявление особенностей психических расстройств у женщин с опухолями женской репродуктивной системы [5]. Полученные при проведении исследования результаты, говорящие о значительной частоте аффективных нарушений у больных РЯ (18–19 %), подтверждают данные о распространенности депрессии и тревоги у больных злокачественным новообразованием яичников [4]. Обращает на себя внимание высокая коморбидность тревоги и депрессии (50 %). Тревожно-фобические симптомы преобладают в структуре аффективных расстройств больных РЯ, что заставляет некоторых исследователей рассматривать аффективные нарушения больных РЯ в рамках ПТСР [1]. Однако полученные результаты говорят о том, что аффективные нарушения у больных РЯ ближе к картине смешанных тревожно-депрессивных расстройств с тревогой, формирующейся по психогенному типу, и соматогенной депрессией с астенической и соматовегетативной симптоматикой. У больных РЯ ведущим компонентом в структуре аффективных нарушений является гипотимия. Имеющиеся в литературе данные носят противоречивый характер, тем не менее работы говорят о том, что вне зависимости от этапа лечения уровень тревоги выше уровня депрессии [12]. Необходимо отметить, что тревожные нарушения выражены у больных РЯ. В целом к признакам позитивной аффективности у больных РЯ можно отнести выраженный тревожный компонент с внутренним напряжением и ожиданием беды, идеи малоценности и виновности, суицидальные идеи, выводимые из ситуации тяжелой угрожающей жизни болезни. Признаки негативной аффективности у пациенток обнаружены не были.

Полученные данные совпадают с результатами исследований, свидетельствующими, что более молодые больные РЯ испытывают более высокий уровень дистресса [13]. Молодые пациентки, сталкивающиеся с угрозой предстоящей калечащей операции (экстипация матки и придатков), нарушением социальных взаимосвязей и высокой вероятностью раннего летального исхода, нуждаются в более пристальном внимании со стороны медперсонала. Помимо социально-демографических характеристик, важным предиктором развития аффективных нарушений у больных РЯ является соматическое состояние. По мнению некоторых авторов, это имеет даже большее значение, нежели стадия лечения [10]. Результаты регрессионного анализа показали, что депрессивные нарушения у больных РЯ оп-

ределяются на 41 % такими симптомами, как усталость, нарушение сна, диарея, констипация и анемия. Можно предположить, что диагностика депрессии может быть затруднена, поскольку симптоматика как относится к самому онкологическому заболеванию, так и является частью расстройств депрессивного спектра. Как было продемонстрировано в данном исследовании, нейротоксические осложнения способны вносить значимый вклад в формирование депрессии больных РЯ. В то же время, своевременная диагностика и коррекция аффективных нарушений, возникающих у больных РЯ при прохождении комбинированного лечения, может улучшить качество жизни пациенток и существенно повысить их комплаентность, эффективность лечения и продолжительность жизни [8]. Полипрофессиональный подход с применением психологических интервенций представляется перспективным для повышения качества медицинской помощи больным РЯ. «Мишенями» психологических вмешательств могут служить прежде всего чувство вины в связи с болезнью, суицидальные мысли, что позволяет предположить целесообразность применения когнитивно-бихевиоральной терапии.

Литература

1. Генс Г.П., Олейникова И.Н., Коробкова Л.И. Посттравматическое стрессовое расстройство у больных раком яичников // Медицинский совет. – 2014. – № 2. – С. 93–97.
2. Иванов С.В. Депрессивные расстройства в онкологии (обзор) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2012. – Т. 112, № 11 (2). – С. 104 – 109.
3. Злокачественные новообразования в России в 2017 году (заболеваемость и смертность) / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М. : МНИОИ им. П.А. Герцена. – 2018. – 250 с.
4. Олейникова И.Н., Генс Г.П., Сирота Н.А. [и др.]. Качество жизни и дистресс у больных раком яичников // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2017. – № 2. – С. 25–27.
5. Самушия М.А., Баринов В.В. Аффективные расстройства у больных раком органов женской репродуктивной системы (к проблеме соматореактивной циклотимии) // Журнал неврологии и психиатрии. – 2013. – № 4. – С. 13–17.
6. Смулевич А.Б., Андрющенко А.В., Бескова Д.А. Психические расстройства в онкологии (результаты мультицентровой программы «Синтез») // Психические расстройства в общей медицине. – 2009. – № 1. – С. 4–11.
7. Смулевич А.Б. Депрессия в общей медицине. – М., 2001. – 256 с.
8. Щербакова И.В., Барденштейн Л.М., Аверьянова С.В. Подходы к диагностике и лечению тревожных и депрессивных расстройств у онкологических больных // Российский медицинский журнал. – 2015. – № 21 (2). – С. 46–50.
9. Aaronson N.K., Ahmedzai S., Bergman B. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality of life instrument for use in

international clinical trials in oncology // Journal of National Cancer institute. – 1993. – Vol. 85. – Pp. 365–375.

10. Boscaglia N., Clarke D.M., Jobling T.W. [et al.] The contribution of spirituality and spiritual coping to anxiety and depression in women with a recent diagnosis of gynecological cancer // Int. J. Gynecol Cancer. – 2005. – Vol. 15, N 5. – Pp. 755–761.

11. Fayers P., Aaronson N., Bjordal K., Sullivan M. EORTC QLQ-C30 Scoring Manual // EORTC Study Group on Quality of Life. – Brussels, 1995. – 50 p.

12. Mielcarek P., Nowicka-Sauer K., Kozaka J. Anxiety and depression in patients with advanced ovarian cancer: a prospective study // J. Psychosom. Obstet. Gynaecol. – 2016. – Vol. 37, N 2. – Pp. 57–67.

13. Norton T.R., Manne S.L., Rubin S. [et al.] Prevalence and predictors of psychological distress among women with ovarian cancer // J. Clinical Oncology. – 2004. – Vol. 22, N 5. – Pp. 919–926.

Поступила 09.06.2019

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

Для цитирования. Белозёр А.С., Петрова Н.Н. Аффективные нарушения у больных раком яичников // Вестн. психотерапии. 2019. № 70 (75). С. 93–107.

AFFECTIVE DISORDERS IN OVARIAN CANCER PATIENTS

Belozer A.S., Petrova N.N.

Saint-Petersburg State University
(Universitetskaya emb., 7/9, Saint-Petersburg, Russia)

✉ Anna Sergeevna Belozer – graduate student, Saint-Petersburg State University (Universitetskaya Emb., 7/9, Saint-Petersburg, 199034, Russia.) e-mail: anna.belozer@gmail.com;

Natalia Nikolayevna Petrova – Dr. Med. Sci. Prof., Head of the Department of Psychiatry and Narcology, Saint-Petersburg State University (Universitetskaya Emb., 7/9, Saint-Petersburg, 199034, Russia.) e-mail: petrova_nn@mail.ru.

Abstract. The results of clinical and psychological examination of 82 patients with ovarian cancer at different stages of treatment are presented and discussed. The frequency and severity of affective disorders in patients with ovarian cancer are determined. It is shown, that affective disorders undergo changes with the development of the disease from psychogenic reaction at the stage of diagnosis to somatogenic depression with a pronounced somato-vegetative and asthenic component. Anxiety and phobic disorders prevail in the structure of affective disorders in ovarian cancer patients,

formed mainly by psychogenic mechanism. Young patients are at risk of developing affective disorders. The necessity of clinical-scale evaluation of patients for accurate diagnosis of affective disorders is shown. The obtained models of risk factors and mutual influence of affective and somatic disorders can be taken into account when choosing a strategy of psychological intervention. It is assumed that cognitive-behavioral psychotherapy can be an effective method for these patients.

Key words: ovarian cancer, mental disorders, affective disorders, anxiety, depression, psychooncology

References

1. Gens G.P., Oleinikova I.N., Korobkova L.I. Posttraumaticheskoe stressovoe rasstroistvo u bolnykhrakom yaichnikov [Post-traumatic stressful frustration at suffering from cancer ovaries]. *Meditsinskii sovet* [Medical council.]. 2014. N 2. Pp. 93–97. (In Russ.)

2. Ivanov S.V. Depressivnye rasstroistva v onkologii (obzor) [Depressive frustration in oncology (review)]. *Zhurnal neurologi i ipsikhiatrii im. S.S. Korsakova* [Magazine of neurology and psychiatry of S.S. Korsakov]. 2012. Vol. 112. N 11 (2). Pp. 104–109. (In Russ.)

3. Zlokachestvennyye novoobrazovaniya v Rossii v 2017 godu (zabolevaemost' i smertnost') [Malignant new growths in Russia in 2017 (incidence and mortality)]. Eds.: Kaprina A.D., Starinskogo V.V., Petrovoi G.V. Moskva. 2018. 250 p. (In Russ.)

4. Oleinikova I.N., Gens G.P., Sirota N.A. [et al.] Kachestvo zhizni i distress u bol'nykh rakom yaichnikov [Quality of life and a distress at suffering from cancer ovaries]. *Palliativnaya meditsina i reabilitatsiya* [Palliative medicine and rehabilitation]. 2017. N 2. Pp. 25–27. (In Russ.)

5. Samushiya M.A., Barinov V.V. Affektivnye rasstroistva u bol'nykh rakom organov zhenskoi reproduktivnoi sistemy (k probleme somatoreaktivnoi tsiklotimii) [Affective disorders at suffering from cancer bodies of a female reproductive system (to a somatoreactive cyclothymia problem)]. *Zhurnal neurologi i ipsikhiatrii* [Magazine of neurology and psychiatry]. 2013. N 4. Pp. 13–17. (In Russ.)

6. Smulevich A.B., Andryushchenko A.V., Beskova D.A. Psikhicheskie rasstroistva v onkologii (rezul'taty mul'titsentrovoy programmy "Sintez") [Mental disorders in oncology (results of the multi-center "Synthesis" program)]. *Psikhicheskie rasstroistva v obshchei meditsine* [Mental disorders in general medicine]. 2009. N 1. Pp. 4–11. (In Russ.)

7. Smulevich A.B. Depressiya v obshhej medicine [A depression in the general medicine]. Moskva. 2001. 256 p. (In Russ.)

8. Shcherbakova I.V., Bardenshtein L.M., Aver'yanova S.V. Podkhody k diagnostike i lecheniyu trevoznykh i depressivnykh rasstroistv u onkologicheskikh bol'nykh [Approaches to diagnostics and treatment of disturbing and depressive frustration at oncological patients]. *Rossiiskii meditsinskii zhurnal* [Russian medical magazine]. 2015. N 21 (2). Pp. 46–50. (In Russ.)

9. Aaronson N.K., Ahmedzai S., Bergman B. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J. of National Cancer institute*. 1993. Vol. 85. Pp. 365–375.

10. Boscaglia N., Clarke D.M., Jobling T.W. [et al.] The contribution of spirituality and spiritual coping to anxiety and depression in women with a recent diagnosis of gynecological cancer. *Int. J. Gynecol. Cancer*. 2005. Vol. 15. N 5. Pp. 755–761.

11. Fayers P., Aaronson N., Bjordal K., Sullivan M. EORTC QLQ-C30 Scoring Manual. *EORTC Study Group on Quality of Life*. Brussels. 1995. 50 p.

12. Mielcarek P., Nowicka-Sauer K., Kozaka J. Anxiety and depression in patients with advanced ovarian cancer: a prospective study. *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.* 2016. Vol. 37. N 2. Pp. 57–67.

13. Norton T.R., Manne S.L., Rubin S. [et al.] Prevalence and predictors of psychological distress among women with ovarian cancer. *J. Clinical. Oncology*. 2004. Vol. 22. N 5. Pp. 919–926.

Received 09.06.2019

For citing. Belozer A.S., Petrova N.N. Affektivny'e narusheniya u bol'nyh rakkom yaichnikov. *Vestnik psikhoterapii*. 2019. N 70. Pp. 93–107. **(In Russ.)**

Belozer A.S., Petrova N.N. Affective disorders in ovarian cancer patients. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2019. N 70. Pp. 93–107.

КОРРЕКЦИЯ ДЕЗАДАПТАЦИОННОГО СИНДРОМА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

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

² Городская больница № 26 (Россия, Санкт-Петербург, ул. Костюшко, д. 2);

³ Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины
им. А.М. Никифорова (Россия, Санкт-Петербург, ул. Лебедева, 2);

⁴ Медицинский центр «Санавита» (Россия, Санкт-Петербург, пр. Науки, д. 8);

⁵ Медицинский центр «Адмиралтейские верфи»
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Садовая, д. 126).

В настоящем исследовании проведен анализ применения препарата кортексин у пациентов пожилого возраста с переломами шейки бедра и высоким риском развития дезадапционного синдрома на фоне болевой импульсации из области травмы, кровопотери и резкой смены привычной домашней обстановки

Овденко Андрей Григорьевич – д-р мед. наук проф., проф. каф. военной травматологии и ортопедии, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: ovdandrej@yandex.ru;

Воробьев Алексей Сергеевич – врач травматолог-ортопед отд-я травматологии, Городская б-ца № 26 (Россия, 190121, Санкт-Петербург, ул. Костюшко, д. 2);

Богданов Андрей Николаевич – канд. мед. наук, ассист. каф. военной травматологии и ортопедии, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова; зав. отд. травматологии, Городская б-ца № 26 (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д.6);

Лаврова Виктория Анатольевна – врач психиатр, Городская б-ца № 26 (Россия, 190121, Санкт-Петербург, ул. Костюшко, д. 2);

✉ Лымаренко Валерий Михайлович – канд. мед. наук, доц. каф. хирургии и инновационных технологий 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: lymarenkovm@mail.ru;

Шкарупа Александр Викторович – канд. мед. наук, ст. преп. каф. военной травматологии и ортопедии, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Боткинская, д. 13);

Шахов Александр Сергеевич – лаборант Медицинского центра «Санавита» (Россия, 194354, Санкт-Петербург, пр. Науки, д. 8);

Яковлев Евгений Васильевич – канд. мед. наук, зав. неврол. отделением мед. центра «Адмиралтейские верфи» (Россия, 190121, Санкт-Петербург, ул. Садовая, д. 126), e-mail: vmeda-ev@mail.ru.

на больничную. По шкале оценки активности повседневной жизнедеятельности Бартела (Dorothea Barthel, 1955) были обследованы 96 пациентов с переломами проксимального отдела бедренной кости и высоким риском развития дезадаптационного синдрома. Пациенты были разделены на две группы. В основную группу (n = 44) вошли пациенты, которым при поступлении назначали кортексин (по стандартной схеме), вторую (контрольную, n = 52) составили пациенты пожилого возраста с аналогичными переломами проксимального отдела бедра, не получавшие кортексин. Общая сумма баллов в группе больных, получавших кортексин, была достоверно выше (41 ± 5 баллов), чем в контрольной группе. Установлено, что кортексин в составе комплексного терапевтического и хирургического лечения достоверно снижает риск развития дезадаптационного синдрома, а соответственно и частоту других пред- и послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: пациенты пожилого возраста, перелом проксимального отдела бедра, эндопротезирование, дезадаптационный синдром.

Введение

В течение года отделение травматологии Городской больницы № 26 оказывает помощь 180 ± 19 пострадавшим с переломами проксимального отдела бедра. Как правило, это пациенты пожилого возраста. Развитие на вторые сутки дезадаптационного психоза с бредовыми идеями, психомоторным возбуждением, дезориентацией во времени и пространстве значительно увеличивает риск развития тяжелых осложнений и летального исхода [3, 5, 6, 7]. В состоянии психоза пациент отказывается от пищи, физически и эмоционально истощается, резко снижаются защитные силы организма. В основе дезадаптационного синдрома лежит резкая смена окружающей обстановки, наличие постельного режима, гипоксия мозга на фоне кровопотери и болевой фактор. Применение седативных препаратов ведет к еще большему угнетению двигательной активности и декомпенсации состояния пострадавшего. Для профилактики и лечения дезадаптационного психоза у пожилых пациентов на отделении применяется кортексин в общепринятой курсовой дозировке [1, 4, 8, 9, 10].

Материалы и методы исследования

Работа проводилась на базе травматологического отделения Городской больницы № 26. В исследование были включены 96 пациентов пожилого возраста с переломами шейки бедра. Из них 44 пациента (группа 1) получали кортексин для профилактики дезадаптационного синдрома и 52 пациента (группа 2) не получали кортексин. В обеих группах преобладали женщины – до 77 % (табл. 1).

Таблица 1

Распределение пациентов в исследуемой и контрольной группах

Исследуемые группы	Мужчины		Женщины	
	абс	%	абс	%
Группа 1 (n = 44 пациента)	10	22,7	34	77,3
Группа 2 (n = 52 пациента)	14	26,9	38	73,1
Всего:	24	23	72	77

Основными сопутствующими заболеваниями в обеих группах были: сердечно-сосудистая патология, заболевания нервной системы, варикозная болезнь нижних конечностей (табл. 2).

Таблица 2

Особенности сопутствующей патологии у пациентов 1-й и 2-й групп

Сопутствующая патология	Группа 1		Группа 2	
	абс	%	абс	%
Заболевания сердечно-сосудистой системы	44	100	52	100
Заболевания нервной системы	36	81,8	30	57,7
Заболевания эндокринной системы	23	52,2	21	40,4
Заболевания дыхательной системы	15	4,1	16	30,8
Заболевания пищеварительной системы	8	18,2	6	11,5
Варикозная болезнь нижних конечностей	27	61,4	24	46,1

Среди осложнений общего характера (1-я и 2-я группы) преобладали пролежни и пневмония. Установлено, что во 2-й группе осложнений было на 14,1 % больше, чем в 1-й группе (табл. 3).

Таблица 3

Частота и структура осложнений общего характера у пациентов пожилого возраста с переломами шейки бедра

Осложнения	Пациенты 1-й группы		Пациенты 2-й группы	
	абс	%	абс	%
Пролежни	8	18,2	10	19,2
Пневмония	3	6,8	5	9,6
Флебиты, тромбозы периферических вен	1	2,27	3	5,8
Тромбэмболия легочной артерии	0	0	1	1,9
Острая сердечно-сосудистая недостаточность	1	2,27	2	3,8

Осложнения	Пациенты 1-й группы		Пациенты 2-й группы	
	абс	%	абс	%
Инфаркт миокарда	0	0	1	1,9
Жировая эмболия	0	0	0	0
Острая задержка мочи	2	4,5	1	1,9
Прочие осложнения	6	13,6	8	15,4
Всего:	21	45,37	52	59,5

Эффективность применения кортексина определяли по показателям психометрических методик SF-36 (оценка качества жизни пациентов), теста Спилберга–Ханина (оценка тревожности), а также по шкале оценки активности повседневной жизнедеятельности Бартела (Dorothea Barthel, 1955).

Результаты исследования, профилактики и лечения

Несмотря на то что оперативное лечение этой категории больных выполняется по жизненным показаниям, в 10–15 % случаев хирургическое вмешательство пациентам противопоказано и проводится консервативное лечение. Кроме того, у трети пациентов в первые трое суток развивается дезадаптационный синдром с эпизодами измененного сознания по типу острой спутанности. В этих случаях состояние пожилого пациента резко меняется. В вечерние и ночные часы пациент становится тревожен, суетлив, растерян, дезориентирован во времени и пространстве, появляются двигательное возбуждение, попытки встать и уйти. В таком измененном психическом состоянии пациент представляет опасность для себя и окружающих, что зачастую не укладывается в режим травматологического отделения.

В 20 % случаев встречаются варианты психических нарушений в рамках расстройства адаптации пожилого травмированного пациента в виде прогрессирования когнитивного и мнестического дефицита, реакций невротического спектра (тревожных, депрессивных, фобических, ипохондрических, с нарушениями сна и пищевого поведения). При нарастании дефицитарных явлений в интеллектуально-мнестической сфере имеют место поведенческие нарушения, бредоподобные и сверхценные идеи в адрес родственников, медперсонала отделения, значительное снижение критических способностей с нарушениями двигательного режима, отказом от продолжения лечения.

В 74 % случаев для активизации пациентов пожилого возраста с переломами шейки бедра выполняется эндопротезирование тазобедренного сустава (тотальное или биполярное).

Вторым по частоте развития дезадапционного состояния является ранний послеоперационный период.

У каждого 10-го пациента пожилого возраста в раннем послеоперационном периоде развивается дезадапционный синдром, приводящий к значительной потере сил, прогрессированию когнитивного дефицита, несоблюдению лечебных рекомендаций, увеличению частоты инфекционных осложнений со стороны послеоперационной раны.

Таким образом, дезадапционный синдром является тяжелым осложнением, развивающимся у пожилых пациентов с переломом проксимального отдела бедра в раннем посттравматическом и послеоперационном периоде, в 2 % случаев приводящих к летальному исходу, в 1 % – к нагноению ран и в 3 % – к отмене операции (что равносильно неудовлетворительному результату лечения).

В профилактике дезадапционных психических реакций эффективна своевременная коррекция анемии, лечение сопутствующей соматической патологии (сердечно-сосудистого, неврологического, эндокринного профиля), в психологическом плане положительным моментом является присутствие родственников больного, сохранение привычных бытовых аспектов (средства личной гигиены, мобильный телефон, телевизор, газеты).

Ранняя ходьба с нагрузкой на оперированную конечность, улучшение качества жизни пациента в раннем послеоперационном периоде является способом стабилизации когнитивных и мнестических процессов.

Для снижения пред- и послеоперационных осложнений на отделении травматологии Городской больницы № 26 пациенты пожилого возраста получают сопровождающее гериатрическое лечение. Для этого применяются нейропротективные, сосудистые препараты, небензодиазепиновые транквилизаторы, атипичные нейролептические средства. Положительно зарекомендовал себя у данной категории пациентов препарат кортексин.

Статистическая обработка данных исследования проводилась с помощью прикладных программ для Windows (Excel, Access) и программы по расчету показателей опросника SF-36. Средние величины представлены со стандартным отклонением ($M \pm \sigma$). Различия между средними величинами считались достоверными при значениях $p < 0,05$.

Полученные данные показывают, что у пациентов, получавших кортексин для профилактики дезадапционного синдрома, показатели психо-

логического компонента выше, чем у пациентов, не получавших кортексин (табл. 4).

Таблица 4
 Качество жизни пациентов 1-й и 2-й групп (по данным опросника SF-36)

Параметры SF-36	Группы	
	1	2
Физическое функционирование	72,4 ± 12,1*	66,6 ± 10,3*
Роль физического функционирование	52,9 ± 22,8*	41,7 ± 18,3*
Боль	59,2 ± 25,3*	53,5 ± 23,3*
Общее здоровье	56,3 ± 14,5*	51,6 ± 11,2*
Жизнедеятельность	70,8 ± 22,3*	66,4 ± 16,1*
Социальное функционирование	83,3 ± 12,7*	81,5 ± 10,8*
Роль эмоционального функционирование	66,7 ± 44,3*	63,3 ± 33,1*
Психологическое здоровье	76,3 ± 12,1*	73,7 ± 8,6*

Примечание: * $p < 0,05$ – различия достоверны.

По результатам анализа данных исследования личностной и реактивной тревожности опросником Спилбергера–Ханина выявлено, что в группах 1 и 2 до лечения препаратом кортексин достоверных различий не было. В группе 1 после лечения пациентов выявлено достоверное снижение реактивной тревожности (рис. 1).

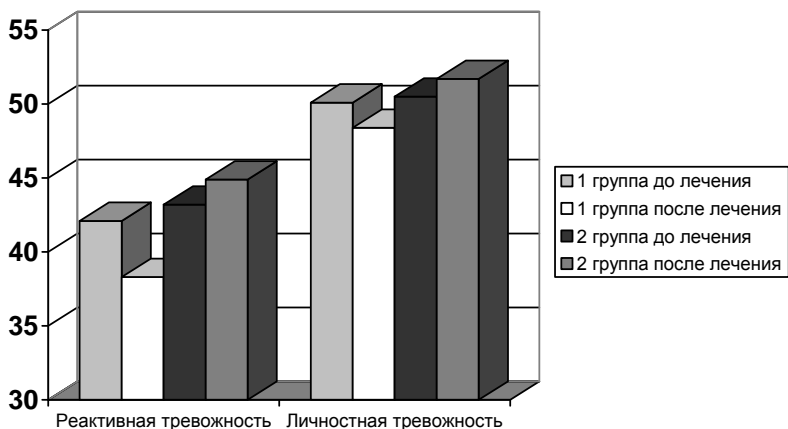


Рис. 1. Распределение средних значений в опроснике Спилбергера–Ханина в 1-й и 2-й группах

Выявлено, что у обследованных пациентов пожилого возраста с переломами шейки бедра по шкале оценки активности повседневной жизнедеятельности Бартела (Dorothea Barthel, 1955) [2] общая сумма баллов в группе получавших кортексин (44 пациента) была достоверно выше, чем в контрольной группе (52 пациента) ($p < 0,05$) (табл. 5).

Таблица 5
Оценки активности повседневной жизнедеятельности

Показатель	Группа 1	Группа 2
Оценка активности повседневной жизнедеятельности (по Бартелу)	41,8 ± 0,3*	33,2 ± 0,4*

Примечание: * $p < 0,05$ – различия достоверны.

Таким образом, курсовое лечение кортексином (по 10 мг на 2 мл 0,5 % р-ра новокаина, 1 раз в сутки № 10) на фоне используемой терапии вызывает более эффективную активизацию двигательной активности в раннем послеоперационном периоде, улучшение памяти, эмоционально-мотивационной сферы и реабилитационно-восстановительного потенциала, а также является эффективным средством профилактики расстройств адаптации в предоперационном и послеоперационном периодах у пожилых пациентов с переломами проксимального отдела бедра.

Литература

1. Данченко И.Ю. Динамика когнитивных нарушений при сосудистых поражениях головного мозга на фоне лечения кортексином // Материалы 1-го Междунар. конкурса молодых ученых и специалистов «Молодой Гиппократ». – СПб. : ИИЦ ВМА, 2006. – С. 17–18.
2. Королев А.А., Сулова Г.А. Применение индекса Бартела для оценки постинсультных больных с двигательными расстройствами // Успехи современного естествознания. – 2010. – № 12. – С. 58–59.
3. Колпащиков И.Н., Гаврилова С.И. Состояния спутанности сознания у пожилых больных многопрофильного стационара // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2014. – Т. 114, № 6–2. – С. 13–19.
4. Пугачева В.А., Шумилина М.В., Коренко А.Н. Кортексин в комплексной терапии больных с легкой степенью дисциркуляторной энцефалопатии // Материалы 1-го Международного конкурса молодых ученых и специалистов «Молодой Гиппократ». – СПб. : ИИЦ ВМА, 2006. – С. 31–32.
5. Руководство по гериатрической психиатрии / под ред. С.И. Гавриловой. – М. : Пульс, 2011. – С. 145–164.

6. Bowler J.V., Hachinski V., Erkinjuntti J.T., Gauthier S. The Concept of Vascular Cognitive Impairment // AMJ. – 2002. – P. 9–26.

7. Garcia-Ptacek S., Farahmand B., Kareholt I. [et al.] Mortality risk after dementia diagnosis by dementia type and major factors: cohort of 15,209 patients based on the Swedish dementia registry // J. of Alzheimer's disease: JAD. – 2014. – Vol. 41. – № 2. – P. 467–477.

8. Tons P.D. A proper understanding of the replacement joints for extra-articular fracture of the proximal femur // Clin. J. Trauma. – 2015. – № 31. – P. 3–6.

9. Wang L., Chen H.F., Zhen X.Z. Treatment of unstable non-articular fracture of proximal femur in elderly patients // Clin. J. Orthop. – 2012. – № 32. – P. 642–647.

10. Zhang S, Chen, Jun, K. L. cement-Based bipolar bone arthroplasty in the treatment of extra-articular fracture of the proximal femur in elderly patients with cardiopulmonary diseases // Chin. J. Trauma. – 2015. – № 31. – P. 531–535.

Поступила 21.03.2019

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

Для цитирования. Овденко А.Г., Воробьев А.С., Богданов А.Н., Лаврова В.А., Лымаренко В.М., Шкарупа А.В., Шахов А.С., Яковлев Е.В. Коррекция дезадаптивного синдрома у лиц пожилого возраста при переломах проксимального отдела бедренной кости // Вестн. психотерапии. 2019. № 70 (75). С. 108–117.

CORRECTION OF MALADAPTIVE SYNDROME IN ELDERLY PATIENTS WITH FRACTURES OF THE PROXIMAL FEMUR

**Ovdienko G.A.¹, Vorobyev A.S.², Bogdanov A.N.^{1,2}, Lavrov V.A.²,
Lymarenko V.M.³, Shkarupa A.V.¹, Shakhov A.S.⁴, Yakovlev E.V.⁵**

¹Kirov Military Medical Academy (Lebedeva str., 6, Saint-Petersburg, Russia);

²City hospital N 26 (Kosciuszko str., 2, Saint-Petersburg, Russia);

³Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine,
EMERCOM of Russia (Lebedeva St., 2, Saint-Petersburg, Russia);

⁴Medical center of "Sanavita" (Nauki Ave., 8, Saint-Petersburg, Russia);

⁵Medical center Admiralty Shipyards (Sadovaya St., 126, Saint-Petersburg, Russia).

Andrew Grigorevich Ovdienko – Dr. Med. Sci., Professor of the Department of military traumatology and orthopedics of Kirov Military Medical Academy (Lebedeva str., 6, Saint-Petersburg, 194044, Russia), e-mail: ovdandrej@yandex.ru;

Andrey Nikolaevich Bogdanov – PhD Med. Sci., Assistant of the Department of military traumatology and orthopedics of Kirov Military Medical Academy; head of

the Department of traumatology City hospital N 26 (Lebedeva str., 6, Saint-Petersburg, 194044, Russia);

Alexey Sergeevich Vorobyov – the doctor the traumatologist-orthopedist of traumatology Department City hospital N 26 (Kostyushko str. 2, Saint-Petersburg, 190121, Russia);

Victoria Anatolevna Lavrova – Psychiatrist City hospital N 26. (Kostyushko str. 2, Saint-Petersburg, 190121, Russia);

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

Alexandr Viktorovich Shkarupa – PhD Med. Sci., lecturer of the Department of military traumatology and orthopedics of Kirov Military Medical Academy (Lebedeva str., 6, Saint-Petersburg, 194044, Russia);

Alexander Sergeyeovich Shakhov – laboratory assistant of Medical center Sanavita (Nauki Ave., 8, Saint-Petersburg, 194354, Russia);

Evgeny Vasilyevich Yakovlev – PhD Med. Sci., head of neurological Department medical center Admiralty Shipyards (Sadovaya St., 126, Saint-Petersburg, 190121, Russia), e-mail: vmeda-ev@mail.ru.

Abstract. In this study, the analysis of the drug Cortexin in patients of elderly and senile age with fractures of the femoral neck and a high risk of developing maladaptive syndrome on the background of pain impulses from the field of trauma, blood loss and abrupt change of the familiar home environment to the hospital. On a scale of activity of daily life Bartel (Dorothea Barthel, 1955) were examined 96 patients with fractures of the proximal femur and a high risk of developing maladaptive symptoms. The patients were divided into two groups. The main group (n = 44) included patients who were administered Cortexin (according to the standard scheme), the second (control, n = 52) were patients, also elderly and senile age, with similar fractures of the proximal femur, not receiving Cortexin. The total score in the group of patients receiving Cortexin was significantly higher (41 ± 5 points) than in the control group. It was found that Cortexin in the complex therapeutic and surgical treatment significantly reduces the risk of maladaptation syndrome, and accordingly the frequency of other pre- and postoperative complications.

Key words: elderly patients, proximal femoral fracture, endoprosthesis, deadaptation syndrome.

References

1. Danchenko I.Yu. Dinamika kognitivnyx narushenij pri sosudistyx porazheniyax golovnogo mozga na fone lecheniya korteksinom [Dynamics of cognitive violations at vascular damages of a brain against the background of treatment korteksiny]. Sankt-Peterburg. 2006. Pp. 17–18. (In Russ)
2. Korolev A.A., Suslova G.A. Primenenie indeksa Bartela dlya ocenki postinsul'tny'x bol'ny'x s dvigatel'ny'mi rasstrojstvami [Application of the Bartela index for assessment the postinsul'tnykh of patients with motive frustration] *Uspexi*

sovremennogo estestvoznaniya [Achievements of modern natural sciences]. 2010. N 12. Pp. 58–59. (In Russ)

3. Kolpashhikov I.N., Gavrilova S.I. Sostoyaniya sputannosti soznaniya u pozhily'x bol'ny'x mnogoprofil'nogo stacionara [Conditions of confusion of consciousness at elderly patients of a versatile hospital]. *Zhurnal neurologii i psixiatrii im. S.S. Korsakova* [Magazine of neurology and psychiatry of S.S. Korsakov]. 2014. Vol. 114, N 6–2. Pp. 13–19. (In Russ)

4. Pugacheva V.A., Shumilina M.V., Korenko A.N. Korteksin v kompleksnoj terapii bol'ny'x s legkoj stepen'yu discirkulyatornoj e'ncefalopatii [Korteksin in complex therapy of patients with easy degree of distsirkulyatorny encephalopathy]. Sankt-Peterburg. 2006. Pp. 31–32. (In Russ)

5. Rukovodstvo po geriartricheskoj psixiatrii [The guide to geriartrichesky psychiatry]. Moskva. 2011. Pp. 145–164. (In Russ)

6. Bowler J.V., Hachinski V., Erkinjuntti J.T., Gauthier S. The Concept of Vascular Cognitive Impairment. *AMJ*. 2002. Pp. 9–26.

7. Garcia-Ptacek S., Farahmand B., Kareholt I. [et al.] Mortality risk after dementia diagnosis by dementia type and major factors: cohort of 15,209 patients based on the Swedish dementia registry. *J. of Alzheimer's disease: JAD*. 2014. Vol. 41. N 2. Pp. 467–77.

8. Tons P.D. A proper understanding of the replacement joints for extra-articular fracture of the proximal femur. *Clin. J. Trauma*. 2015. N 31. Pp. 3–6.

9. Wang L., Chen H.F., Zhen X.Z. Treatment of unstable non-articular fracture of proximal femur in elderly patients. *Clin. J. Orthop*. 2012. N 32. Pp. 642–647.

10. Zhang S, Chen, Jun, K. L. cement-Based bipolar bone arthroplasty in the treatment of extra-articular fracture of the proximal femur in elderly patients with cardiopulmonary diseases. *Chin. J. Trauma*. 2015. N 31. Pp. 531–535.

Received 21.03.2019

For citing. Ovdenko A.G., Vorobev A.S., Bogdanov A.N., Lavrova V.A., Lymarenko V.M., Shkarupa A.V., Shakhov A.S., Yakovlev E.V. Korrekciya dezadaptacionnogo sindroma u licz pozhilogo vozrasta pri perelomax proksimal'nogo otdela bedrennoj kosti *Vestnik psixoterapii*. 2019. N 70. P. 108–117. **(In Russ.)**

Ovdenko A.G., Vorobyov A. S., Bogdanov A.N., Lavrova V.A., Lymarenko V.M., Shkarupa A.V., Shakhov A.S., Yakovlev E.V. Correction of maladaptive syndrome in elderly patients with fractures of the proximal femur. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2019. N 70. Pp. 108–117.

ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНАЯ И КОММУНИКАТИВНАЯ СФЕРА, РОДИТЕЛЬСКОЕ ОТНОШЕНИЕ И СТИЛИ ВОСПИТАНИЯ МАТЕРЕЙ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ РАЗВИТИЯ

¹ Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии
(Россия, Москва, ул. Петровка, д. 25, стр. 2)

² Городская клиническая больница им. Н.И. Пирогова
(Россия, Москва, Ленинский пр., д. 8)

Авария на Чернобыльской атомной электростанции (ЧАЭС) 26 апреля 1986 года стала крупнейшей мировой катастрофой в атомной энергетике по количеству погибших и пострадавших в результате отдаленных последствий радиационного излучения.

Дети, которые были рождены уже после аварии на ЧАЭС, сами не подвергались непосредственному воздействию облучения. Но радиационная нагрузка, которая была получена их родителями, в большинстве случаев превышает прогнозируемую пожизненную дозу радиационного воздействия для населения, проживающего на загрязненных радионуклеидами территориях. В результате перенесенного облучения родители получали системное поражение организма, что зачастую вызывало нежелательные мутации у их детей [6].

Однако дальнейшее развитие ребенка с аномалиями развития определяется в большей степени семейной ситуацией, отношением к заболеванию близкого окружения, условиями воспитания и рядом других социально-психологических факторов. Поскольку ребенок находится в тесной связи с матерью, ее отношение к болезни ребенка оказывает очень сильное влияние на его дальнейшее развитие.

Представленная в работе оценка эмоционально-личной сферы матерей, подвергшихся радиационному воздействию, дети которых проходят лечение с периодичностью раз в год, показала, что изучаемые группы нуждаются в комплексной семейной реабилитации и коррекции с учетом возраста матери и наличием в семье здорового ребенка.

✉ Родионова Александра Дмитриевна – нач. науч.-образ. отдела, Федеральный науч.-клинич. центр реаниматологии и реабилитологии (Россия, 107031, Москва, ул. Петровка, д. 25, стр. 2); e-mail: aviss17@mail.ru;

Лагутин Борис Владимирович – мед. психолог, Городская клинич. бол-ца им. Н.И. Пирогова (Россия, 119049, Москва, Ленинский пр., д. 8); e-mail: borislagutin@gmail.ru;

Троицкая Любовь Анатольевна – д-р. психол. наук, проф. каф. психологии и реабилитационных технологий, Федеральный науч.-клинич. центр реаниматологии и реабилитологии (Россия, 107031, Москва, ул. Петровка, д. 25, стр. 2); e-mail: t-luba@mail.ru.

Целью данного исследования является изучение эмоционально-личностных характеристик матерей, подвергшихся радиационному воздействию (проживающих в зоне радиоактивного загрязнения почвы цезием-137), особенностей социально-психологического отношения к больному ребенку с учетом возраста матерей и наличия в семье здорового ребенка.

Было выявлено, что возраст матери и наличие в семье здорового ребенка оказывают влияние на эмоционально-личностные, коммуникативные особенности матерей, отношение матери к больному ребенку.

Представленная в работе оценка эмоционально-личностной сферы матерей из экологически неблагоприятного района показала, что изучаемые группы нуждаются в комплексной семейной реабилитации и коррекции, помощи в выстраивании здорового взаимодействия в семье, обеспечении социальной адаптации и интеграции в обществе.

Ключевые слова: дети с ограниченными возможностями здоровья, наследственные заболевания, эмоционально-личностные особенности, коммуникативная сфера, особое отношение к ребенку, уровень принятия ребенка, симбиоз.

Ситуация болезни резко изменяет характер взаимоотношений человека с окружающим миром. Поэтому комплексное рассмотрение взаимосвязи болезни и личности позволяет говорить об изменении не физического и/или психического статуса больного, а всей системы его отношений с миром и к миру. Теоретической основой этого направления в отечественной клинической психологии является концепция личности В.Н. Мясищева (1960, 1974), в которой человек понимается как единая био-психосоциальная система, а личность – как система эмоционально насыщенных отношений с социальным окружением и самим собой [1]. В этой системе болезнь как ситуация неопределенности и непрогнозируемого исхода может выступать в качестве самостоятельного психотравмирующего фактора, дестабилизируя «картину мира», разрушая самооценку индивида, привычный порядок происходящих вокруг него событий, характер межличностного взаимодействия и в целом социальное функционирование личности.

Сообщение об отклонениях или болезни у ребенка не может пройти бесследно, напротив, оно оставляет неизгладимый след и влечет за собой личностные изменения женщины. Первыми чаще всего проявляются острые эмоциональные реакции. В дальнейшем они часто подавляются или сглаживаются и уступают место возникновению непомерного чувства вины из-за рождения больного ребенка. Ведь именно она родила больного ребенка не такого, как у других. Как следствие часты возникновения депрессивных состояний, внутриличностных и межличностных конфликтов, невротических и психопатических расстройств и, соответственно,

общее искажение родительских установок и детско-родительских отношений [3].

Рождение ребенка с аномалиями развития оказывает сильнейшее воздействие на семью. Важность этой проблемы заключается в сложностях адаптации у семей, воспитывающих такого ребенка [10].

Рождение ребенка-инвалида сразу же воспринимается родителями как исключительное, неожиданное и бессмысленное событие, требующее времени на адаптацию для всех членов семьи, как и в случае с любым болезненным процессом [9].

В докладе Чернобыльского форума 2005 г. отмечалось, что наиболее серьезной медико-социальной проблемой, вызванной аварией на ЧАЭС, являются ее последствия для психического здоровья населения. Характер социально-психологических последствий достаточно сложен и связан не только с самой аварией и непосредственной угрозой для здоровья людей, но и с принимавшимися решениями по защите населения и последующей реабилитации территорий. Одной из основных причин эмоционального стресса явились ошибки государственной информационной политики – неполное информирование на начальных стадиях аварии (1986 г.) и последующее избыточное неадекватное информирование (1989–1991 гг.) населения об условиях безопасного проживания на территориях, подвергшихся радиационному воздействию. Это во многом предопределило долговременный характер работ по социально-психологической реабилитации [5].

Целью данного исследования является изучение эмоционально-личностных характеристик матерей, подвергшихся радиационному воздействию, особенностей их отношения к детям, социально-психологического отношения к больному ребенку с учетом возраста матерей и наличия в семье здорового ребенка.

Материалы и методы

1. «Личностный опросник» Г.Ю. Айзенка ЕРІ. В исследовании использовался третий опросник Айзенка ЕРІ, который был опубликован в 1963 г. Опросник содержит 57 вопросов, 24 из которых направлены на выявление экстраверсии–интроверсии, 24 других – на оценку эмоциональной стабильности–нестабильности (нейротизма), остальные 9 составляют контрольную группу вопросов, предназначенную для оценки искренности испытуемого, его отношения к обследованию и достоверности результатов. В России опросник ЕРІ адаптирован А.Г. Шмелёвым [4].

2. Определение ролевых позиций в межличностных отношениях (по Э. Берну). Эрик Берн выделил три составляющие позиции личности человека, которые чередуются. Они определяют характер общения между людьми: детское, взрослое и родительское. Каждая роль, согласно автору, проявляется у каждого человека в межличностном общении. Данная методика позволяет определить преобладающее состояние личности и оценить сочетание ролевых позиций человека [7, 8].

3. Определение стиля межличностного взаимодействия (С.В. Максимов, Ю.А. Лобейко). Данная методика позволяет оценить не только предпочтительность общеизвестного стиля межличностного взаимодействия, но и общий уровень социальной активности и устремленности к общению индивида [7, 8].

4. Определение уровня перцептивно-невербальной компетентности (Розен Г.Я.). Данная методика позволяет определить уровень невербальной компетентности человека и выявить степень выраженности умения налаживать отношения с другими людьми, прочитывать невербальный компонент межличностного общения [7, 8].

5. Методика диагностики родительского отношения (Варга А.Я., Столин В.В.). Предложенная методика позволяет провести количественный анализ родительского отношения. Родительское отношение – это система разнообразных чувств и поступков родителя по отношению к ребенку. С точки зрения психологии, родительским отношением является педагогическая социальная установка по отношению к детям, которая включает в себя эмоциональный, рациональный и поведенческий компоненты. В той или иной степени все три компонента родительского отношения можно оценить с помощью опросника [2, 4].

Методы статистической обработки: U-критерий Манна–Уитни.

Характеристика экспериментальных групп

В экспериментальном исследовании приняло участие 40 женщин, проживающих в одном из наиболее загрязненных радионуклидами районов Брянской области (Новозыбковский район, средняя плотность радиоактивного загрязнения почвы цезием-137 составляет 17,72 Ки/км²), дети которых проходят лечение с периодичностью раз в год в отделении Реабилитации радиационных рисков, т. е. имеют эндокринную патологию. По возрастному признаку женщины были разделены на две подгруппы: моложе 32 лет (15 человек) и старше 32 лет (25 человек). По признаку количе-

ства в семье детей также были образованы две подгруппы: единственный ребенок (30 человек) и более одного ребенка (10 человек).

Исследование проводилось на базе отделений генетики и реабилитации радиационных рисков (ОРРР) в НИИ педиатрии и детской хирургии Министерства здравоохранения и социального развития РФ.

Результаты

При анализе возрастных категорий матерей, подвергшихся радиационному воздействию, была обнаружена связь между возрастом женщины и направленностью ее личности. Матери моложе 32 лет, т. е. те, которые еще не родились на момент взрыва АЭС или были подвержены прямой радиации в раннем детстве, склонны к экстравертной направленности в большей степени (60 %), в то время как матери старше 32 лет предпочтительно интроверты (84 %).

При сравнении распределения по темпераменту внутри группы матерей, подвергшихся радиационному воздействию, по возрастному признаку были выявлены статистически значимые различия. Матери моложе 32 лет в большей степени относятся к холерикам, матери старше 32 лет – к меланхоликам. Деление по количеству детей в семье показало предпочтение меланхолического темперамента в обеих подгруппах (матери единственного ребенка – 60 %, матери более одного ребенка – 50 %).

Результаты исследования, полученные по методике «Определение уровня перцептивно-невербальной компетентности» (Г.Я. Розен), представлены в таблице 1.

Таблица 1

Оценка уровня перцептивно-невербальной компетентности у родителей, подвергшихся радиационному воздействию, в зависимости от возрастных особенностей и количества детей в семье

Группа испытуемых	Уровень невербальной компетентности (%)		
	Низкий	Умеренный	Высокий
Моложе 32 лет	0	53	47
Старше 32 лет	4	68	28
Единственный ребенок	14	79	7
Более одного ребенка	0	80	20

При анализе возрастных категорий матерей, подвергшихся радиационному воздействию, было обнаружено следующее: женщины моложе 32 лет показали результаты выше, чем женщины старше 32 лет. Матери в возрастном диапазоне до 32 лет продемонстрировали 53 % – умеренный уровень, 47 % – высокий. Матери старше 32 лет оказались менее невербально компетентны: 4 % – низкий уровень, 68 % – умеренный и 28 % – высокий соответственно. При делении группы по признаку количества в семье детей было обнаружено, что все матери с низким уровнем невербальной компетентности воспитывают единственного ребенка. Матери, имеющие более одного ребенка, показали следующее распределение: 80 % – умеренный уровень невербальной компетентности, 20 % – высокий.

Определение межличностного взаимодействия у матерей, подвергшихся радиационному воздействию, проводилось по методике «Определение стиля межличностного взаимодействия» (табл. 2).

Таблица 2

Стиль приверженности межличностного взаимодействия у родителей, подвергшихся радиационному воздействию, в зависимости от возраста и количества детей в семье

СТИЛЬ (%)		Моложе 32 лет	Старше 32 лет	Единственный ребенок	Более одного ребенка
Директивный	Используют	27 %	8 %	7 %	10 %
	Не используют	73 %	92 %	93 %	90 %
Коллегиальный	Используют	100 %	92 %	90 %	100 %
	Не используют	0	8 %	10 %	0
Невмешательство в дела других	Используют	67 %	56 %	63 %	50 %
	Не используют	33 %	44 %	37 %	50 %
Деловой	Используют	67 %	52 %	60 %	50 %
	Не используют	33 %	48 %	40 %	50 %
Устремленность ко взаимодействию	Устремлен	40 %	12 %	23 %	20 %
	Пассивен	60 %	88 %	77 %	80 %

При сравнительном анализе группы матерей, подвергшихся радиационному воздействию, по возрастному признаку было также отмечено, что все женщины моложе 32 стремятся к взаимодействию. Наиболее предпочтительным стилем в этих подгруппах оказался «коллегиальный стиль» (100 % и 92 %). Показатели по параметру «Директивный» стиль в обеих подгруппах сравнительно низкий. При рассмотрении групп, распределенных по признаку наличия в семье более одного ребенка, картина

аналогичная: предпочтительнее «коллегиальный стиль», и «директивный» используется в меньшей степени. Показатели по шкале «устремленность к взаимодействию» низкие в обеих подгруппах.

Родительское отношение в зависимости от возраста и количества детей в семье оценивалось по результатам методики «Диагностика родительского отношения» (табл. 3).

Таблица 3

Аспекты родительского отношения у родителей, подвергшихся радиационному воздействию, в зависимости от возраста и количества детей в семье

ШКАЛЫ (%)		Моложе 32 лет	Старше 32 лет	Единственный ребенок	Более одного ребенка
Принятие	Высокие	60	60	57	30
	Низкие	40	40	43	70
Кооперация	Высокие	100	100	100	100
	Низкие	0	0	0	0
Симбиоз	Высокие	80	72	73	80
	Низкие	20	28	28	20
Контроль	Высокие	73	64	73	40
	Низкие	27	36	28	60
«Маленький неудачник»	Высокие	40	36	53	10
	Низкие	60	64	47	90

Группа матерей, подвергшихся радиационному воздействию, продемонстрировала невысокие баллы по шкале «Принятие» (средний балл 12, максимально 33 балла), что говорит о невысоком эмоциональном положительном отношении к ребенку. Симбиотические отношения в этой группе женщин развиты в меньшей степени, чем в группе матерей детей с наследственными заболеваниями. Это, вероятно, связано с большей выраженностью дефекта у детей матерей первой группы. По шкале «Контроль» матери, подвергшиеся радиационному воздействию, показали результаты выше, чем женщины первой группы, что говорит о более авторитарной позиции этой категории лиц и также может определяться выраженностью дефекта детей, болеющих генетическими заболеваниями.

Обсуждение

Исследование показало, что возраст матери и наличие в семье здорового ребенка оказывают влияние на эмоционально-личностные, коммуникативные особенности матерей, отношение матери к больному ребенку.

Анализ эмоционально-личностной и коммуникативной сфер матерей, подвергшихся радиационному воздействию, по возрастному признаку показал различия по экстраверсии: матери моложе 32 лет (первая группа) склонны к экстраверсии в большей степени. Это может быть связано с периодом, на который пришлось воздействие радиации. Женщины второй подгруппы были облучены в большинстве своем в подростковом возрасте, когда изменяется нейрогуморальная система организма, что повлекло за собой личностные изменения на уровне мозговой организации. Темперамент у матерей моложе 32 лет преобладает холерический, они эмоционально неустойчивы, навыки невербальной компетентности у них развиты сильнее, что говорит о том, что женщины хорошо чувствуют, как и с кем можно вести себя. Коллегиальный стиль межличностного взаимодействия преобладает в обеих подгруппах, что говорит о важности коллективного принятия решения.

Различия эмоционально-личностных особенностей матерей, подвергшихся радиационному воздействию, по признаку наличия в семье более одного ребенка в меньшей степени были выявлены, что говорит о незначительности влияния наличия количества детей на личность матери. Женщины, воспитывающие единственного ребенка, по показателям уровня невербальной компетентности показали результаты ниже, нежели матери, воспитывающие более одного ребенка, поскольку ни одна из женщин этой подгруппы не обладала низким уровнем, что говорит о включенности в жизнь и дела других людей в большей степени, чем в свои.

При рассмотрении детско-родительских отношений матери единственного ребенка показали большее принятие ребенка и эмоциональную близость и повышенный уровень контроля, но в то же время они склонны инфантилизировать ребенка в своем восприятии в большей степени, чем матери, воспитывающие более одного ребенка. Стремление к взаимодействию с ребенком и совместному времяпрепровождению было отмечено у всех матерей обеих подгрупп. Симбиотическая связь в большей степени развита у матерей, воспитывающих более одного ребенка, хотя она также в достаточно высоких пределах отмечена у первой группы. Матери, воспитывающие единственного ребенка, склонны использовать авторитарный стиль воспитания в меньшей степени, нежели женщины второй

группы, однако преобладающим стилем в обеих группах является демократический.

Эти особенности важно учитывать для определения направленности комплексной семейной реабилитации и коррекции, выстраивания здорового взаимодействия в семье, обеспечения социальной адаптации и интеграции в обществе.

Литература

1. Аверин В.А. Психология личности : уч. пособие. – СПб. : Изд-во Михайлова В.А., 1999. – 89 с.
2. Егорова П.А., Сорокоумова С.Н., Суворова О.В. [и др.] Психологические особенности и коррекция эмоционально-личностного развития обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и их сверстников в условиях образовательной инклюзии : коллективная монография. – Н. Новгород, 2018. – 270 с.
3. Майрамян Р.Ф. Семья и умственно отсталый ребенок : дис. ... канд. мед. наук. – М., 1976. – 215 с.
4. Практическая психодиагностика: методики и тесты / под ред. Прибрам К. – М. : Языки мозга, 1975. – С. 89–95.
5. Симонов А.В., Белых Т.В., Мельницкая Т.Б. Социально-психологические последствия переживания радиационного риска у населения России и Беларуси // Уч. зап. ун-та им. П.В. Лесгафта. – 2010. – № 4 (62). – С. 66–71.
6. Троицкая Л.А., Лагутин Б.В., Родионова А.М. Оценка умственного развития детей с отдаленными последствиями радиационного излучения // Вопросы современной педагогики и психологии; свежий взгляд и новые решения: сб. науч. трудов междунар. науч.-практич. конф. – Н. Новгород, 2019. – С. 21–35.
7. Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. – М. : Изд-во Института психотерапии, 2002. – 490 с.
8. Шапарь В.Б. Психодиагностика отношений между родителями и детьми. – Ростов н/Д : Феникс, 2006. – 432 с.
9. Guevara Y., González E. Las familias ante la discapacidad. Universidad Nacional Autónoma de México / Facultad de Estudios Superiores Iztacala. – 2012. – Available at: <http://revistas.unam.mx/index.php/rep/article/viewFile/33643/30711>.
10. Vargas-Muñoz M.E., López-Liria R.B., Rocamora-Pérez P.B. [et al.] Maladjustment in families with disabled children / Procedia. – Social and Behavioral Sciences. – 2017. – Vol. 237. – P. 863–868.

Поступила 21.02.2019

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

Для цитирования. Родионова А.Д., Лагутин Б.В., Троицкая Л.А. Эмоционально-личностная и коммуникативная сфера, родительское отношение и стили воспитания матерей детей с нарушенного развития // Вестн. психотерапии. 2019. № 70 (75). С. 118–129.

**PERSONAL, EMOTIONAL AND COMMUNICATIVE SPHERES,
PARENTAL RELATION AND MATERNAL STYLES OF BRINGING UP
CHILDREN WITH DEVELOPMENTAL DISORDERS**

Rodionova A.D.¹, Lagutin B.V.², Troitskaya L.A.¹

¹ Federal Research and Clinical Center of Intensive Care Medicine and Rehabilitology (Petrovka st. 25, b. 2, Moscow, Russia);

² The First City Clinical Hospital named after Pirogov (Leninsky Ave., 8, Moscow, Russia).

✉ Alexandra Dmitrievna Rodionova – Chief of research and educational department at Federal Research and Clinical Center of Intensive Care Medicine and Rehabilitology (Petrovka st., 25 building 2, Moscow, 2107031, Russia); e-mail: av-iss17@mail.ru

Boris Vladimirovich Lagutin – Medical psychologist, The First City Clinical Hospital named after Pirogov (Leninsky Ave., 8, Moscow, 119049, Russia); e-mail: borislagutin@gmail.ru;

Lubov Anatolevna Troitskaya – Dr. Psychol. Sc, Professor, Department of psychology and rehabilitation technologies at Federal Research and Clinical Center of Intensive Care Medicine and Rehabilitology (Petrovka st. 25 building 2, Moscow, 2107031, Russia); e-mail: t-luba@mail.ru.

Abstract. Chernobyl nuclear power plant (Chernobyl NPP) accident on 26 April 1986 turned out the biggest nuclear power world disaster. It resulted in losses of human lives and emergence of people who suffered from delayed effects of radiation exposure.

Children born after the Chernobyl NPP accident were not exposed to radiation. But in most cases radiation burden of their parents exceeded predicted life-long radiation for residents in the radionuclide contaminated territories. The exposure resulted in systemic lesion in parents and brought about undesirable mutations in their children.

However, further development of children with deficiencies is determined by a familial situation, inner circle's relation to a disease, upbringing conditions and other social and psychological factors. Although there is a close relationship between a child and his mother, the relation to a child's disease by the latter may either impose boundaries on or present opportunities to a child's development.

The assessment of emotional and personal features of mothers exposed to radiation and having children taking regular yearly treatment showed that groups under in-

investigation needed comprehensive family rehabilitation and treatment with account of mother's age and a presence of a healthy child in a family.

The goal of this study was set to examine personal and emotional characteristics of mothers exposed to radiation (who lived in areas with soil contaminated by radioactive caesium-137), peculiarities in social and psychological relations to a sick child with regard to mother's age and a presence of a healthy child in a family.

It was discovered that mother's age and a healthy child may affect emotional, personal and communicative characteristics as well as relation to a sick child of the former.

This work focused on the evaluation of personal and emotional spheres of mothers who came from environmentally harsh areas. It showed that the groups under investigation need comprehensive family rehabilitation and treatment, assistance in building a healthy familial communication, and security in social adaptation and integration.

Key words: children with special health needs, inherited diseases, personal and emotional features, communication, special relation to a child, child acceptance level, symbiosis.

References

1. Averin V.A. *Psixologiya lichnosti* [Psychology of the personality]. Sankt-Peterburg. 1999. 89 p. (In Russ.)
2. Egorova P.A., Sorokoumova S.N., Suvorova O.V. [et al.] *Psixologicheskie osobennosti i korekciya emocionalno-lichnostnogo razvitiya obuchayushhixsya s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorovya i ix sverstnikov v usloviyax obrazovatel'noj inklyuzii* [Psychological features and correction of emotional and personal development of students with limited opportunities of health and their peers in the conditions of an educational inklyuziya]. N. Novgorod. 2018. 270 p. (In Russ.)
3. Majramyan R.F. *Semya i umstvenno otstal'nyj rebenok* [Family and mentally retarded child] : Dissertation PhD Med. Sci. Moskva. 1976. 215 p. (In Russ.)
4. *Prakticheskaya psixodiagnostika. Metodiki i testy* [Practical psychodiagnostics. Techniques and tests], Moskva. 1975. Pp. 89–95. (In Russ.)
5. Simonov A.V., Belyx T.V., Melniczkaya T.B. *Socialno-psixologicheskie posledstviya perezhivaniya radiacionnogo riska u naseleniya Rossii i Belarusi* [Social and psychological consequences of experience of radiation risk at the population of Russia and Belarus]. *Uchenye zapiski universiteta im. P.V. Lesgafta* [Scientific notes of the university of P.V. Lesgaft]. 2010. N 4 (62). Pp. 66–71. (In Russ.)
6. Troiczskaya L.A., Lagutin B.V., Rodionova A.M. *Ocenka umstvennogo razvitiya detej s otdalennymi posledstviyami radiacionnogo izlucheniya*. [An intelligence quotient of children with the remote consequences of radiation] : materials scientific conf. N. Novgorod. 2019. Pp. 21–35. (In Russ.)
7. Fetiskin N.P., Kozlov V.V., Manujlov G.M. *Socialno-psixologicheskaya diagnostika razvitiya lichnosti i mal'nykh grupp* [Social and psychological diagnostics of personal development and small groups]. Moskva. 2002. 490 p. (In Russ.)
8. Shapar V.B. *Psixodiagnostika otnoshenij mezhd'yu roditel'nyimi i det'mi* [Psychodiagnostics of the relations between parents and children]. Rostov n/D. 2006. 432 p. (In Russ.)

9. Guevara Y., González E. Las familias ante la discapacidad. Universidad Nacional Autónoma de México / Facultad de Estudios Superiores Iztacala. 2012. Available at: <http://revistas.unam.mx/index.php/repi/article/viewFile/33643/30711>.

10. Vargas-Muñoz M.E., López-Liria R.B, Rocamora-Pérez P.B. [et al.] Maladjustment in families with disabled children / Procedia. *Social and Behavioral Sciences*. 2017. Vol. 237. Pp. 863–868.

Received 21.02.2019

For citing. Rodionova A.D., Lagutin B.V., Troiczkaya L.A. Emocionalno-lichnostnaya i kommunikativnaya sfera, roditelskoe otnoshenie i stili vospitaniya materej detej s narushennogo razvitiya. *Vestnik psikhoterapii*. 2019. N 70. Pp. 118–129. **(In Russ.)**

Rodionova A.D., Lagutin B.V., Troiczkaya L.A. The emotional and personal and communicative sphere, the parental relation and styles of education of mothers of children from the broken development. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2019. N 70. Pp. 118–129.

**ДИНАМИКА ЗНАЧИМОСТИ УЧЕБНЫХ СТРЕССОВЫХ
ФАКТОРОВ И ПРОЯВЛЕНИЙ СТРЕССА
У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ ПОСЛЕ РЕАЛИЗАЦИИ
ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ
«СТРЕСС-МЕНЕДЖМЕНТ»**

Белгородский государственный национальный исследовательский университет
(Россия, Белгород, ул. Победы, д. 85)

Учеба в медицинском вузе сопровождается учебным стрессом с высокой частотой тревоги и депрессии, риском формирования аддиктивного и суицидального поведения, а также психосоматических расстройств. Целью исследования была разработка и апробация программы «Стресс–менеджмент» для студентов медиков, направленной на повышение их стрессоустойчивости и адаптационных способностей. Обследовано 107 студентов 2-го курса: 83 (77,6 %) – женского и 24 (22,4 %) – мужского пола в возрасте 18–24 ($19,5 \pm 0,1$) лет, разделенных на 2 группы: в экспериментальную вошли 55 и в контрольную – 52 человека. В экспериментальной группе в рамках реализации дисциплины «Психологическая коррекция кризисных состояний» (ПККС) проводился тренинг «Стресс–менеджмент» (12 двухчасовых занятий), в контрольной – только учебная дисциплина. Занятия проводились одним преподавателем. Применялись медико-социологический, психометрический и статистический методы исследования.

В результате реализации дисциплины «ПККС» и программы «Стресс-менеджмент» в экспериментальной группе достоверно снизилась значимость большой учебной нагрузки и трудностей организации режима дня, а также выраженность психических и психосоматических симптомов учебного стресса. Уменьшилась актуальность употребления алкоголя и приема лекарственных препаратов для преодоления учебного стресса. У них же снизилась выраженность психологических и психосоматических симптомов предэкзаменационного стресса. Значимо увеличилось число студентов с отсутствием «генерализованной тревоги» – с 32,7 % до 63,6 % и число студентов с умеренной и высокой степенью ее выраженности снизилось с 27,2 % до 9,1 %. Уменьшилось число студентов со стрессом с 41,8 % до 21,8 %. У студентов контрольной группы снизился страх перед будущим, улучшилась концентрации внимания, повысилась уверенность в себе.

Ключевые слова: студенты медики; учебный стресс; тревога; депрессия; стрессоустойчивость; психосоматические симптомы; аддиктивное поведение; стресс-менеджмент.

✉ Руженкова Виктория Викторовна – канд. мед. наук, доц. каф. психиатрии, наркологии и клинич. психологии, Белгородский гос. национальный исследовательский ун-т (Россия, 308015, Белгород, ул. Победы, 85), e-mail: ruzhenkova@bsu.edu.ru.

Введение

Учебная деятельность студентов-медиков относится к числу напряженных в эмоциональном плане видов труда, что отражается на уровне их психического и соматического здоровья [18], при этом медицинская подготовка направлена на утверждение мысли о невосприимчивости врачей к психическим расстройствам [9]. В результате они отрицают наличие систем поддержки, или испытывают затруднения в доступе к ним [12].

У студентов медиков регистрируется высокий уровень учебного стресса [8, 15], причем подверженность развитию тревоги и депрессии более характерна для лиц женского пола [17]. Наибольший стресс у студентов вызывали давление со стороны преподавателей, большие объемы изучаемой информации, недостаток времени для повторения материала, неполучение ожидаемых оценок, жесткий распорядок дня, а также недостаточность навыков планирования времени и самодисциплины, неспособность устанавливать приоритеты [4, 14].

Студенты, испытывающие стресс, чаще употребляют психоактивные вещества: наркотики, алкоголь, курят табак [5, 13]. Частым проявлением дезадаптации студентов медиков являются пограничные психические расстройства [1] и суицидальное поведение [15].

Наши исследования [2, 16] показали, что наибольший стресс у студентов медиков вызывали: затруднения в планировании времени, спешка, проживание вдали от родителей, проблемы в личной жизни, большая учебная нагрузка, а также строгость преподавателей и проблемы в общечитии. В 40,4 % случаев отмечалась устойчивая тенденция к фрустрации и более чем в 65 % случаев низкая стрессоустойчивость. Более чем в 25 % случаев использовались неконструктивные способы преодоления стресса: употребление алкоголя, табакокурение, переедание, прием седативных лекарственных препаратов, что создавало риск формирования зависимого поведения. У большинства (64,5%) студентов обнаруживалась тревога (у 35 % – клинического уровня). Более чем в 20 % случаев выявлялись симптомы депрессии, уровень которой в 7,2 % квалифицировался как клинический. В 48,8 % случаев в анамнезе было суицидальное поведение (3,8 % – суицидальные попытки).

В то же время, получение консультативной медико-психологической помощи повышает уровень общего функционирования студентов медиков [4], а способность понимать собственные проблемы со здоровьем повышает авторитет врача у пациентов [6]. В этом аспекте традиционный подход к поддержке студентов заключается в реализации краткосрочных программ

коррекции, которые улучшают подходы к обучению и ориентированы на предотвращение неудач [10]. Сказанное диктует необходимость разработки специализированных программ по преодолению учебного стресса студентами медиками.

Цель исследования – разработка и апробация программы «Стресс-менеджмент» для студентов медиков, направленной на повышение стрессоустойчивости и адаптационных способностей.

Материал и методы исследования

Программа «Стресс–менеджмент» для студентов медиков реализовывалась нами на 2-м курсе в рамках реализации дисциплины «Психологическая коррекция кризисных состояний» («ПККС») в три этапа. Дизайн исследования одобрен этическим комитетом Медицинского института Белгородского государственного национального исследовательского университета, протокол № 6 от 21.01.2016 г.

На первом этапе во втором семестре 2-го курса, спустя 3 месяца после сдачи зимней сессии, было обследовано 124 студента медицинского института.

Второй этап – разработка и реализация программы. При этом студенты были разделены на 2 группы: 1-я – экспериментальная, в которой, помимо предусмотренных учебным планом лекций и практических занятий, реализовывалась программа «Стресс–менеджмент», и 2-я – контрольная, в которой занятия проходили в соответствии с учебным планом. Все студенты, участвовавшие в тренинге, были в нем заинтересованы и давали письменное добровольное информированное согласие.

Третий этап – контрольное анкетирование и психометрическое обследование, что проводилось через 1 год после завершения тренинга. Часть – 17 (13,7 %) – студентов не участвовала в повторном тестировании. В итоге в исследовании приняли участие 107 студентов: 83 (77,6 %) – женского и 24 (22,4 %) – мужского пола в возрасте 18–24 ($19,5 \pm 0,1$) лет. В 1-ю, экспериментальную группу вошло 55 студентов: 41 (74,5 %) женского и 14 (25,5 %) мужского пола; 2-ю группу, контрольную, составили 52 человека: 42 (80,7 %) женского и 10 (19,3 %) мужского пола. Группы сопоставимы по возрасту и полу.

Основными методами исследования были:

1. Медико-социологический (социально-демографические сведения, точка зрения на изменения в результате изучения дисциплины и прохождения тренинга);

2. Психометрический:

– тест на учебный стресс Ю.В. Щербатых [3];

– Опросник общего здоровья – General Health Questionnaire – GHQ-12 [7];

– тест GAD-7 для выявления генерализованной тревоги;

– шкала DASS-21 [11] – для верификации уровня депрессии, тревоги и стресса;

3. Статистический (методы описательной непараметрической статистики, критерий Манна–Уитни для сравнения двух независимых и критерий Вилкоксона для сравнения двух зависимых переменных, критерий χ^2 с поправкой Йетса для таблиц сопряженности 2x2).

Дисциплина «ПККС» включала в себя 2 ЗЕТ (72 часа): 60 часов аудиторной (14 часов лекции и 48 – практические занятия) и 12 – самостоятельной работы. Цель дисциплины – информирование студентов о кризисных ситуациях и обучение приемам их преодоления.

Цикл лекций и практических занятий включал следующие темы: понятие кризиса и кризисной ситуации, типология кризисов; стресс: виды стресса, способы адаптации и преодоления; конфликты: общие характеристики и способы разрешения; фрустрация и ее роль в формировании конфликтных и кризисных ситуаций; психологические защитные механизмы и копинг-поведение; психическая травма, посттравматическое стрессовое расстройство; ауто- и гетероагрессивное поведение; аддиктивное поведение; суицидальное поведение; социальная стигматизация как психотравмирующий фактор; оказание экстренной психологической помощи при кризисных ситуациях. Лекции и практические занятия в контрольной группе проводились в соответствии с учебным планом.

В экспериментальной группе, практические занятия были разделены на 2 части: первая – теоретическая (2 часа) – была аналогичной проводившейся в контрольной группе, а вторая – тренинговая (12 2-часовых занятий) – проводилась в форме групповой психотерапии. В группу (до 12 человек) отбирались студенты по желанию и готовности раскрывать свои проблемы и переживания. Основное внимание было направлено на повышение уровня адаптивных способностей, моделирование конфликтов и обучение способам их разрешения, преодоления ауто- и гетероагрессивных тенденций, методам релаксации. Важное внимание уделялось ознакомлению с видами кризисных состояний и формированию базовых навыков психологической помощи лицам, оказавшимся в кризисной ситуации. В ряде случаев применялись методики (чаще метод эпистемологической ме-

тафоры) для устранения последствий перенесенных ранее психических травм. Использовались приемы бихевиоральной психотерапии, которые реализовывались в виде игры, в значительной части применялись бихевиоральные техники нейролингвистического программирования как простые в использовании, занимающие мало времени и позволяющие вовлечь в тренинг большее число студентов. Для отреагирования негативных эмоций и конфликтов применялись техники гештальттерапии и методика эпистемологической метафоры.

Лекционный курс, практические занятия и тренинг проводились одним преподавателем, имеющим опыт работы врачом психотерапевтом и соответствующий сертификат специалиста.

Результаты исследования и обсуждение

На начало проведения курса «ПККС» и тренинга «Стресс-менеджмент» значимость учебных стрессовых факторов, физиологические проявления стресса и симптомы предэкзамениационного стресса для экспериментальной и контрольной групп были одинаковыми (статистически значимых различий не выявлено). Субъективная оценка студентами изменений после изучения дисциплины «ПККС» (контрольная группа) и тренинга представлена в таблице 1 (здесь и далее приводятся только данные, по которым выявлены статистически значимые различия).

Таблица 1
Субъективная оценка студентами экспериментальной и контрольной групп изменений после прохождения дисциплины «ПККС» (критерий χ^2)

Показатель	1-я группа		2-я группа		p =	OR	95 % CI
	n	%	n	%			
Понимание причин возникновения проблем	51	92,7	40	76,9	0,043	3,8	1,0–15,3
Легче справляться с проблемами	49	89,1	37	71,2	0,037	3,3	1,1–10,7
Более устойчивые к конфликтным ситуациям	44	80,0	31	59,6	0,037	2,7	1,1–7,0
Разобрались с личными проблемами	46	83,6	33	63,5	0,031	2,9	1,1–8,1
Находят выход из конфликтных ситуаций	43	78,2	30	57,7	0,039	2,6	1,0–6,7
Осознали свои способности и проблемы	45	81,8	32	61,6	0,034	2,8	1,1–7,5

В общей сложности, большая часть студентов отметила субъективное улучшение своего психологического статуса после изучения дисциплины. При этом большее число студентов 1-й группы статистически достоверно утверждали, что они стали лучше понимать причины возникновения проблемных ситуаций, осознали свои способности и возможности справляться с ними, научились решать проблемы повседневной жизни и находить выходы из конфликтных ситуаций и стали более устойчивыми к ним. Отношение шансов свидетельствует, что вероятность формирования таких изменений более чем в 2-3 раза выше у тех, кто проходил тренинг «Стресс-менеджмент».

Изучение изменений в восприятии учебных стрессовых факторов у студентов экспериментальной группы представлено в таблице 2.

Таблица 2

Динамика значимости учебных стрессовых факторов у студентов экспериментальной группы после реализации программы

Стрессовый фактор	До тренинга					После тренинга					p
	M	m	Me	Q ₂₅	Q ₇₅	M	m	Me	Q ₂₅	Q ₇₅	
Большая учебная нагрузка	7,6	0,3	8,0	7,0	9,0	6,9	0,3	7,0	5,0	9,0	0,034
Трудности организации режима дня	5,3	0,4	5,0	3,0	7,0	4,4	0,3	4,0	3,0	6,0	0,033
Нерегулярное питание	5,1	0,4	5,0	2,0	7,0	4,3	0,4	4,0	2,0	7,0	0,034
Конфликты в группе	1,5	0,3	0,0	0,0	2,0	2,3	0,4	1,0	0,0	4,0	0,009
Много времени требует подготовка к занятиям	6,1	0,4	6,0	5,0	8,0	5,2	0,3	5,0	4,0	7,0	0,019
Нежелание учиться	2,8	0,4	2,0	1,0	5,0	3,3	0,4	3,0	1,0	5,0	0,045
Страх перед будущим	4,6	0,5	4,0	1,0	8,0	3,8	0,4	3,0	1,0	6,0	0,046
Нерациональное расписание занятий	5,0	0,4	5,0	3,0	8,0	4,0	0,4	4,0	1,0	6,0	0,009
Много занятий в день	4,2	0,4	4,0	1,0	6,0	3,2	0,4	2,0	1,0	6,0	0,014

Как видно из таблицы 2, после реализации программы «Стресс-менеджмент» достоверно снизилась значимость большой учебной нагрузки, трудности организации режима дня, необходимости тратить много времени на подготовку к занятиям, нерациональное расписание, большое

количество занятий в день, нерегулярное питание, конфликты в группе, нежелание учиться, страх перед будущим. Кроме того, выявлена тенденция к повышению значимости необходимости отработки пропущенных занятий как избегание дополнительного стрессогенного фактора.

Изучение изменений в восприятии учебных стрессовых факторов у студентов контрольной группы показало снижение актуальности затрат большого количества времени на подготовку в занятиям ($p = 0,049$), страха перед будущим ($p = 0,045$) и высокой учебной нагрузки в течение дня ($p = 0,03$).

Верификация изменений в характеристиках проявлений учебного стресса у студентов экспериментальной группы представлено в таблице 3.

Таблица 3

Динамика проявлений учебного стресса у студентов экспериментальной группы после реализации программы

Стрессовый фактор	До тренинга					После тренинга					P
	M	m	Me	Q ₂₅	Q ₇₅	M	m	Me	Q ₂₅	Q ₇₅	
Ощущение беспомощности	3,9	0,4	4,0	1,0	7,0	2,7	0,3	2,0	0,0	5,0	0,004
Наплывы посторонних мыслей	4,1	0,4	4,0	1,0	7,0	2,7	0,3	2,0	0,0	4,0	0,002
Повышенная отвлекаемость	4,4	0,4	4,0	2,0	7,0	3,4	0,3	3,0	1,0	5,0	0,002
Плохое настроение	3,8	0,4	3,0	1,0	7,0	3,0	0,3	2,0	1,0	5,0	0,044
Тревога, страх	3,8	0,4	3,0	1,0	6,0	2,5	0,3	2,0	0,0	4,0	0,001
Потеря уверенности, низкая самооценка	4,1	0,4	4,0	1,0	7,0	2,6	0,4	2,0	0,0	4,0	0,0001
Спешка, нехватка времени	5,3	0,4	6,0	3,0	8,0	4,1	0,4	4,0	2,0	6,0	0,001
Плохой сон	4,7	0,4	4,0	2,0	8,0	3,4	0,4	3,0	1,0	6,0	0,006
Тахикардия, боли в сердце	1,8	0,3	1,0	0,0	4,0	1,2	0,2	0,0	0,0	2,0	0,032
Напряжение мышц	2,1	0,4	1,0	0,0	4,0	1,4	0,3	0,0	0,0	2,0	0,047
Головные боли	4,0	0,4	4,0	2,0	6,0	3,3	0,4	3,0	0,0	5,0	0,039

Из таблицы 3 видно, что реализация тренинга статистически значимо снизила интенсивность выраженности психических (чувство беспомощности, расстройство внимания, подавленное настроение, тревога, страх, неуверенность, низкая самооценка, расстройства сна) и психосоматических (учащенное сердцебиение, боли в области сердца, мышечное напряжение,

головные боли) симптомов учебного стресса. В то же время только реализация дисциплины «ПККС» (контрольная группа) позволила студентам избавиться от рассеянного внимания ($p = 0,033$), повысить уверенность в себе и самооценку ($p = 0,047$) и в определенной степени нормализовать сон ($p = 0,001$).

Верификация изменений в приемах преодоления учебного стресса студентами экспериментальной группы показала, что в результате реализации программы «Стресс-менеджмент» значительно снизилась актуальность употребления алкоголя ($p = 0,021$) и приема лекарственных препаратов (0,04) для преодоления учебного стресса и повысилась значимость прогулок на свежем воздухе (0,0003). Этот факт является положительным в аспекте предупреждения формирования аддиктивного поведения и зависимостей.

Студенты контрольной группы статистически значимо ($p = 0,0005$) чаще стали читать художественную литературу для преодоления учебного стресса. В то же время, употребление алкоголя и лекарств у них осталось на прежнем уровне, что создает угрозу формирования аддиктивного поведения и химических зависимостей.

После реализации программы «Стресс-менеджмент» у студентов экспериментальной группы (табл. 4) статистически значимо снизилась выраженность психологических (волнение перед экзаменами, подавленное настроение, тревога, страх, затрудненное засыпание) и психосоматических (учащенное мочеиспускание, напряжение, дрожание мышц, трудность глубокого вдоха) симптомов предэкзаменационного стресса.

В контрольной группе статистически значимо ($p = 0,033$) снизилась только частота психосоматического симптома «учащенное мочеиспускание» как реакции на экзаменационный стресс.

Сравнение показателей теста GHQ-12 по критерию Вилкоксона у студентов экспериментальной группы до тренинга ($Me / Q25-Q75 = 9,0 / 6,0 - 12,0$) и после ($Me / Q25-Q75 = 7,0 / 5,0 - 11,0$) показало статистически значимое снижение ($p = 0,009$), что свидетельствует об улучшении общего самочувствия. У студентов контрольной группы (соответственно до изучения дисциплины): $Me / Q25-Q75 = 8,5 / 6,0 - 14,0$ и после: $Me / Q25-Q75 = 7,5 / 6,0 - 13,0$) статистически значимых различий не выявлено ($p = 0,532$).

Таблица 4

Изменения в проявлениях предэкзаменационного стресса в экспериментальной группе после реализации программы «Стресс-менеджмент»

Проявления стресса	До тренинга					После тренинга					p
	M	m	Me	Q ₂₅	Q ₇₅	M	m	Me	Q ₂₅	Q ₇₅	
Выраженность волнения	7,9	0,3	8,0	6,0	10,0	7,2	0,4	8,0	6,0	9,0	0,038
Трудно глубоко вдохнуть	1,5	0,3	0,0	0,0	2,0	2,1	0,4	1,0	0,0	3,0	0,028
Напряжение в мышцах	2,9	0,4	2,0	0,0	5,0	1,9	0,3	1,0	0,0	4,0	0,026
Дрожание мышц	3,2	0,4	2,0	0,0	6,0	2,4	0,4	1,0	0,0	4,0	0,005
Учащенное мочеиспускание	1,5	0,3	0,0	0,0	2,0	1,0	0,2	0,0	0,0	1,0	0,047
Тревога, страх	5,8	0,4	6,0	3,0	9,0	4,9	0,4	5,0	2,0	8,0	0,009
Подавленное настроение	5,4	0,5	6,0	3,0	8,0	4,2	0,4	4,0	1,0	7,0	0,011
Затрудненное засыпание	4,8	0,5	5,0	0,0	9,0	3,7	0,4	4,0	1,0	6,0	0,021

Динамика показателей теста GAD-7 у студентов экспериментальной группы представлена на рисунке 1.

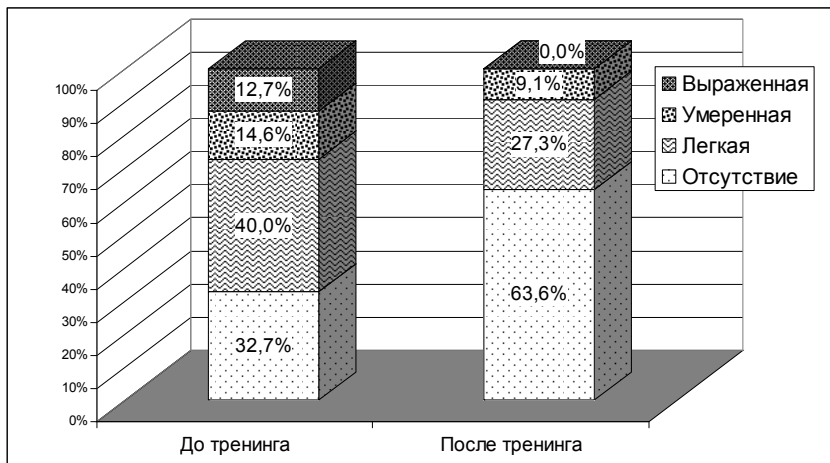


Рис. 1. Динамика показателей теста GAD-7 у студентов экспериментальной группы (до и после тренинга)

Установлено, что статистически достоверно увеличилось число студентов с отсутствием «генерализованной тревоги» – с 32,7 % до 63,6 % ($\chi^2 = 4,950$ $p = 0,026$ $OR = 3,75$ 95 % $CI = 1,1-13,0$). Кроме того, статистически значимо снизилось число студентов с умеренной и высокой степенью выраженности тревоги с 27,2 % до 9,1 % ($\chi^2 = 9,322$ $p = 0,003$ $OR = 3,6$ 95 % $CI = 1,5-8,6$). Отношение шансов (OR) свидетельствует, что проведение тренинга «Стресс-менеджмент» более чем в 3 раза уменьшает число лиц с тревогой. В то же время, в контрольной группе незначительно увеличилось число студентов без генерализованной тревоги с 22 (42,3 %) до 27 (51,9 %) (различия статистически не значимые).

По тесту DASS-21 у студентов экспериментальной группы наличие депрессии до тренинга было у 15 (27,3 %) студентов, после у 14 (25,5 %) – различия статистически не значимые. Тревога регистрировалась у 22 (40 %) до тренинга и у 18 (32,7 %) после тренинга (различия статистически не значимые). Снизилось количество студентов со стрессом ($\chi^2 = 4,190$ $p = 0,040$ $OR = 2,6$ 95 % $CI = 1,0-6,5$) с 23 (41,8 %) до 12 (21,8 %). Таким образом, установлено, что в результате проведения тренинга в 2,6 раза повышается вероятность снижения числа студентов со стрессом.

В контрольной группе отмечалось увеличение числа студентов с депрессией – с 7 (13,5 %) до 14 (26,1 %), уменьшение с тревогой с 36 (69,2 %) до 39 (75 %) и стрессом с 15 (28,8 %) до 13 (25 %) – различия статистически не значимые.

Заключение

В результате исследования установлено, что в обеих группах большая часть студентов отметили субъективное улучшение своего психологического статуса. При этом большинство число студентов экспериментальной группы стали лучше понимать причины возникновения проблемных ситуаций, осознали свои способности и возможности справляться с ними, научились решать проблемы повседневной жизни и находить выходы из конфликтных ситуаций. При этом вероятность формирования таких изменений более чем в 2 раза выше у тех, кто проходил тренинг.

У студентов экспериментальной группы достоверно снизилась значимость большой учебной нагрузки, трудностей организации режима дня, необходимости тратить много времени на подготовку к занятиям, нерационального расписания, большого количества занятий в день, нерегулярного питания, конфликтов в группе, нежелания учиться, страха перед будущим. Значимо снизилась выраженность психических (чувство беспо-

мощности, расстройство внимания, подавленное настроение, тревога, страх, неуверенность, низкая самооценка, расстройства сна) и психосоматических (учащенное сердцебиение, боли в области сердца, мышечное напряжение, головные боли) симптомов учебного стресса. Значимо снизилась актуальность употребления алкоголя и приема лекарственных препаратов для преодоления учебного стресса и повысилась значимость прогулок на свежем воздухе. У них же снизилась выраженность психологических (волнение перед экзаменами, подавленное настроение, тревога, страх, затрудненное засыпание) и психосоматических (учащенное мочеиспускание, напряжение, дрожание мышц, трудность глубокого вдоха) симптомов предэкзаменационного стресса. Улучшилось общее самочувствие.

Значимо увеличилось число студентов с отсутствием «генерализованной тревоги» – с 32,7 % до 63,6 % и снизилось число студентов с умеренной и высокой степенью ее выраженности – с 27,2 % до 9,1 %. Отношение шансов (OR) свидетельствует, что проведение тренинга «Стресс-менеджмент» более чем в 3 раза снижает как общее число лиц с тревогой, так и с умеренной и выраженной ее степенью.

Снизилось количество студентов со стрессом с 41,8 % до 21,8 %. Установлено, что в результате проведения тренинга в 2,6 раза повышается вероятность снижения числа студентов со стрессом.

В то же время у студентов контрольной группы, изучающих дисциплину ПККС в соответствии с учебным планом (не проходившим тренинг), изменилось отношение к восприятию времени подготовки к занятиям, снизился страх перед будущим, и легче стало переносить учебную нагрузку. Кроме того, у них улучшилась способность к концентрации внимания, повысилась уверенность в себе, и в определенной степени улучшился сон. Они чаще стали читать художественную литературу для преодоления учебного стресса. Кроме того, у них статистически значимо снизилась частота психосоматического симптома «учащенное мочеиспускание» как реакции на экзаменационный стресс. В то же время, употребление алкоголя и лекарств у них осталось на прежнем уровне, что создает угрозу формирования аддиктивного поведения и химических зависимостей.

Разработанную программу «Стресс-менеджмент» можно рекомендовать в практическое применение студенческими поликлиниками и в рамках здоровьесберегающих образовательных технологий.

Литература

1. Ильина М.А. Пограничные психические расстройства как проявление дезадаптации у студентов: автореф. дис. ... к. м. н. – М., 2004. – 26 с.

2. Руженкова В.В., Руженков В.А., Шкилева И.Ю. [и др.] Учебный стресс и соматоформная вегетативная дисфункция у студентов медиков 1 курса // Научные ведомости БелГУ. – 2017. – Вып. 40. – № 26 (275). – С. 75–86.
3. Щербатых Ю.В. Психология стресса. – М.: Эксмо, 2006. – 304 с.
4. Adams D.F. The embedded counseling model: an application to dental students // *J. Dent. Educ.* – 2017. – Vol. 81, № 1. – P. 29–35.
5. Al-Kaabba A.F., Saeed A.A., Abdalla A.M. [et al.]. Prevalence and associated factors of cigarette smoking among medical students at King Fahad Medical City in Riyadh of Saudi Arabia // *J. of Family and Community Medicine.* – 2011. – Vol. 18, № 1. – P. 8–12.
6. Cvejic E., Parker G., Harvey S.B. [et al.] The health and well-being of Australia's future medical doctors: protocol for a 5-year observational cohort study of medical trainees // *BMJ Open.* – 2017. – Vol. 7, № 9. e016837. Available at: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/7/9/e016837.full.pdf>. doi: 10.1136/bmjopen-2017-016837.
7. Goldberg D.P., Williams P. A User's Guide to the General Health Questionnaire. Windsor: NFER-Nelson, 1988. – 129 p.
8. Heinen I., Bullinger M., Kocalevent R.-D. Perceived stress in first year medical students – associations with personal resources and emotional distress / *BMC Med Educ.* – 2017. – Vol. 17, № 4. doi: 10.1186/s12909-016-0841-8.
9. Henderson M., Brooks S.K., Del Busso L. [et al.] Shame! Self-stigmatisation as an obstacle to sick doctors returning to work: a qualitative study // *BMJ Open.* – 2012. – Vol. 2. e001776. doi:10.1136/bmjopen-2012-001776.
10. Holland C. Critical review: medical students' motivation after failure // *Adv. Health. Sci. Educ. Theory Pract.* – 2016. – Vol. 21, № 3. – P. 695–710. doi: 10.1007/s10459-015-9643-8.
11. Lovibond P.F., Lovibond S.H. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the beck depression and anxiety inventories // *Behav. Res. Ther.* 1995. – № 33, № 3. – P. 335–343. doi: 10.1016/0005-7967(94)00075-U.
12. Mayer B.F., Santos S.I., Silveira P.S. [et al.] Factors associated to depression and anxiety in medical students: a multicenter study // *BMC Med. Educ.* – 2016. – Vol. 6, № 1. – P. 282. doi: 10.1186/s12909-016-0791-1.
13. Melaku L., Mossie A., Negash A. Stress among Medical Students and Its Association with Substance Use and Academic Performance // *J. of Biomedical Education.* – 2015. Article ID 149509. <http://dx.doi.org/10.1155/2015/149509>
14. Qamar K., Khan N.S., Bashir Kiani M.R. Factors associated with stress among medical students // *J. Pak. Med. Assoc.* – 2015. – Vol. 65, № 7. – P. 753–755.
15. Rosiek A, Rosiek-Kryszewska A, Leksowski Ł, Leksowski K. Chronic Stress and Suicidal Thinking Among Medical Students // *Int. J. Environ Res. Public Health.* – 2016. – Vol. 13, № 2. – P. 212. doi: 10.3390/ijerph13020212.
16. Ruzhenkov V.A., Ruzhenkova V.V., Lukyantseva I.S., [et al.] Academical stress for the first and second year medical students and possible risks to mental health // *International J. of Advanced Biotechnology and Research.* – 2018. – Vol. 9, № 1. – P. 1066–1073.

17. Saeed A.A., Bahnassy A.A., Al-Hamdan N.A. [et al.] Perceived stress and associated factors among medical students // Family Community Med. – 2016. – Vol. 23, № 3. – P. 166–171.

18. Vaez M. Health and quality of life during years at university, studies on their development and determinants. PhD. Thesis. Stockholm, Karolinska Institutet. – 2004. – 62 p.

Поступила 14.04.2019

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

Для цитирования. Руженкова В.В. Динамика значимости учебных стрессовых факторов и проявлений стресса у студентов-медиков после реализации психокоррекционной программы «стресс-менеджмент» // Вестн. психотерапии. 2019. № 70 (75). С. 130–144.

**THE DYNAMICS OF THE IMPORTANCE OF TRAINING STRESS FACTORS
AND MANIFESTATIONS OF STRESS AMONG MEDICAL STUDENTS AFTER
THE IMPLEMENTATION OF THE "STRESS MANAGEMENT" PROGRAM**

Ruzhenkova V.V.

Belgorod National Research University,
(Pobedy St., 85, Belgorod, Russia)

✉ Victoria Victorovna Ruzhenkova– PhD Med. Sci., Associate Professor of the Department of Psychiatry, Narcology and Clinical Psychology, Belgorod National Research University (Pobedy St., 85 Belgorod, 308015, Russia); e-mail: ruzhenkova@bsu.edu.ru.

Abstract. Studying at a medical university is accompanied by academic stress with a high frequency of anxiety and depression, the risk of developing suicidal behavior, addictions and psychosomatic disorders. This study aimed to develop and test the Stress Management program for medical students, to increase their stress resistance and adaptive abilities. A continuous sample of 107 students was examined on the 2nd year of education in Medical Institute: 83 (77,6 %) – female and 24 (22,4 %) – male at the age of 18–24 ($19,5 \pm 0,1$) years. They were divided into 2 groups: experimental included 55 and in the control – 52 students. In the experimental group, within the framework of the implementation of the discipline “Psychological Correction of Crisis States” (PCCS), training Stress Management was provided (12 classes of 2 hours), in the control group was only an academic discipline. Classes were held by the same teacher in both groups. Medical sociological, psychometric and statistical research methods were used.

As a result of the implementation of the PCCS discipline and the Stress Management program in the experimental group, the significance of a high training load and the difficulties of organizing the daily routine were significantly reduced, as well as the severity of mental and psychosomatic symptoms of academic stress. The frequency of using alcohol and medication to overcome academic stress decreased. Also the severity of psychological and psychosomatic symptoms of pre-examination stress decreased. The number of students without the symptoms of “generalized anxiety” increased from 32,7 % to 63,6 % and the number of students with moderate and high degree of anxiety decreased from 27,2 % to 9,1 %. The number of students with stress decreased from 41,8 % to 21,8 %. In the control group self-confidence increased, concentration improved and fear of the future decreased.

Keywords: medical students; academic stress; anxiety; depression; stress resistance; psychosomatic symptoms; addictive behavior; stress management.

References

1. Il'ina M.A. Pogranichnye psichicheskie rasstrojstva kak proyavlenie dezadaptacii u studentov [Boundary mental disorders as manifestation of disadaptation at students] : Abstract Dissertation PhD Med. Sci. Moskva. 2004. 26 p. (In Russ.)
2. Ruzhenkova V.V., Ruzhenkov V.A., Shkileva I.Yu. [et al.] Uchebnyj stress i somatoformnaya vegetativnaya disfunkciya u studentov medikov 1 kursa. [Educational stress and somatoformny vegetative dysfunction at medical students of 1 course]. *Nauchnye vedomosti BelGU* [Scientific sheets of BELGU]. 2017. Vol. 40. N 26 (275). Pp. 75–86. (In Russ.)
3. Shcherbatyh Yu.V. Psihologiya stressa [Stress psychology]. Moskva. 2006. 304 p. (In Russ.)
4. Adams D.F. The embedded counseling model: an application to dental students. *J. Dent. Educ.* 2017. Vol. 81, N 1. Pp. 29–35.
5. Al-Kaabba A.F., Saeed A.A., Abdalla A.M. [et al.] Prevalence and associated factors of cigarette smoking among medical students at King Fahad Medical City in Riyadh of Saudi Arabia. *J. of Family and Community Medicine.* 2011. Vol. 18. N 1. Pp. 8–12.
6. Cvejic E., Parker G., Harvey S.B. [et al.] The health and well-being of Australia's future medical doctors: protocol for a 5-year observational cohort study of medical trainees. *BMJ Open.* 2017. Vol. 7. N 9. e016837. Available at: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/7/9/e016837.full.pdf>. doi: 10.1136/bmjopen-2017-016837.
7. Goldberg D.P., Williams P. A User's Guide to the General Health Questionnaire. Windsor: NFER-Nelson. 1988. 129 p.
8. Heinen I., Bullinger M., Kocalevent R.-D. Perceived stress in first year medical students – associations with personal resources and emotional distress. *BMC Med Educ.* 2017. Vol. 17, N 4. doi: 10.1186/s12909-016-0841-8.
9. Henderson M., Brooks S.K., Del Busso L. [et al.] Shame! Self-stigmatisation as an obstacle to sick doctors returning to work: a qualitative study. *BMJ Open.* 2012. Vol. 2. e001776. doi:10.1136/bmjopen-2012-001776.

10. Holland C. Critical review: medical students' motivation after failure. *Adv. Health. Sci. Educ. Theory Pract.* 2016. Vol. 21. N 3. Pp. 695–710. doi: 10.1007/s10459-015-9643-8.

11. Lovibond P.F, Lovibond S.H. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the beck depression and anxiety inventories. *Behav. Res. Ther.* 1995. N 33. N 3. Pp. 335–343. doi: 10.1016/0005-7967(94)00075-U.

12. Mayer B.F., Santos S.I., Silveira P.S. [et al.] Factors associated to depression and anxiety in medical students: a multicenter study. *BMC Med. Educ.* 2016. Vol. 6. N 1. Pp. 282. doi: 10.1186/s12909-016-0791-1.

13. Melaku L., Mossie A., Negash A. Stress among Medical Students and Its Association with Substance Use and Academic Performance. *J. of Biomedical Education.* 2015. Article ID 149509. <http://dx.doi.org/10.1155/2015/149509>

14. Qamar K., Khan N.S., Bashir Kiani M.R. Factors associated with stress among medical students. *J. Pak. Med. Assoc.* 2015. Vol. 65. N 7. Pp. 753–755.

15. Rosiek A, Rosiek-Kryszewska A, Leksowski Ł, Leksowski K. Chronic Stress and Suicidal Thinking Among Medical Students. *Int. J. Environ Res. Public Health.* 2016. Vol. 13. N 2. Pp. 212. doi: 10.3390/ijerph13020212.

16. Ruzhenkov V.A., Ruzhenkova V.V., Lukyantseva I.S. [et al.] Academical stress for the first and second year medical students and possible risks to mental health. *International J. of Advanced Biotechnology and Research.* 2018. Vol. 9, N 1. Pp. 1066–1073.

17. Saeed A.A., Bahnassy A.A., Al-Hamdan N.A. [et al.] Perceived stress and associated factors among medical students. *Family Community Med.* 2016. Vol. 23. N 3. P. 166–171.

18. Vaez M. Health and quality of life during years at university, studies on their development and determinants. PhD. Thesis. Stockholm, Karolinska Institutet. – 2004. 62 p.

Received 14.04.2019

For citing. Ruzhenkova V.V. Dinamika znachimosti uchebnyh stressovyh faktorov i proyavlenij stressa u studentov-medikov posle realizacii psihokorrekcionnoj programmy «Stress-menedzhment». *Vestnik psikhoterapii.* 2019. N 70. Pp. 130–144. (In Russ.)

Ruzhenkova V.V. The dynamics of the importance of training stress factors and manifestations of stress among medical students after the implementation of the "Stress Management" program. *The Bulletin of Psychotherapy.* 2019. N 70. Pp. 130–144.



ЖУРНАЛ «ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ»
Редакционная коллегия

194352 Россия, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11,
тел. (812) 592-35-79, 923-98-01
e-mail: vestnik-pst@yandex.ru

Уважаемые коллеги!

Учредителем журнала «Вестник психотерапии» является Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Санкт-Петербург). Международный институт резервных возможностей человека (МИРВЧ, Санкт-Петербург), ранее являвшийся учредителем журнала, оказывает содействие в развитии, издании и обеспечении функционирования журнала.

Журнал издается с 1991 г. и является научным рецензируемым изданием, имеет **свидетельство о перерегистрации средства массовой информации** ПИ № ФС77-34066 от 07 ноября 2008 г., выданное Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций РФ. С 2002 г. **журнал включен в каталог Роспечати РФ (индекс–15399)** и на всей территории РФ и СНГ проводится его подписка через почтовые отделения. Журнал выпускается 4 раза в год.

Решением Президиума ВАК Минобрнауки России «Вестник психотерапии» с 1 декабря 2015 г. включен в новый Перечень научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы результаты диссертаций на соискание ученых степеней кандидата и доктора наук (www.vak.ed.gov.ru/87) по группам специальностей: 14.01.00- клиническая медицина, 14.02.00- профилактическая медицина и 19.00.00- психологические науки. Ранее с 2003 г. по 2006 г. и с 2010 г. по 2015 г. журнал «Вестник психотерапии» также входил в данный Перечень научных журналов и изданий.

Желающие опубликовать свои научные материалы (статьи, обзоры, краткие информационные сообщения) **должны** представить их в редакцию журнала в текстовом редакторе WORD (не старше 2003 г.), шрифт Times New Roman, 14-й шрифт, межстрочный интервал полуторный, поля по 2,5 см с каждой стороны. Должны быть указаны фамилия, имя, отчество (полностью), ученая степень, ученое звание, должность и место работы автора (авторов), адрес (почтовый и e-mail) и телефон (телефоны). Статья должна быть подписана автором (авторами).

Материал статьи представляется по ГОСТу 7.89-2005 «Оригиналы текстовые авторские и издательские». Рекомендуемый объем статьи 10–20 стр. (28–30 строк на стр., до 70 знаков в строке). К статье должно быть приложено резюме (реферат), отражающее основное содержание работы, размером не менее ½ стр. Название статьи, реферат, ключевые слова, сведения об авторах, переводятся английский язык. Англоязычное название места работы приводится в точном соответствии с Уставом учреждения. Диагнозы заболеваний и формы расстройств поведения следует соотносить с МКБ-10. Единицы измерений приводятся по ГОСТу 8.471-2002 «Государственная система обеспечения единства измерений. Единицы величин». Список литературы оформляется по ГОСТу 7.05.2008 «Библиографическая ссылка ...». Независимо от количества авторов все они выносятся в заголовок библиографической записи.

Рукописи рецензируются членами редакционного совета или редакционной коллегии и ведущими специалистами данных областей медицины и психологии. При положительной рецензии поступившие материалы будут опубликованы. Представленные материалы должны быть актуальными, соответствовать профилю журнала, отличаться новизной и научно-практической или теоретической значимостью. Фактический материал должен быть тщательно проверен и подтвержден статистическими данными или ссылками на источники, которые приводятся в конце статьи. При несоответствии статьи указанным требованиям тексты рукописей не возвращаются.

Направление статьи в журнал является согласием автора (авторов) на размещение статьи или ее материалов (реферата, цитатных баз и др.) в отечественных и зарубежных реферативно-библиографических базах данных.

Телефон (812) 592-35-79, 923-98-01 – заместитель главного редактора – кандидат психологических наук доцент Мильчакова Валентина Александровна (e-mail: vestnik-pst@yandex.ru).

Полнотекстовые версии журнала размещены на официальных сайтах ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России <http://www.arcerm.spb.ru> и МИРВЧ <http://www.mirvch.com>, а также на сайте научной электронной библиотеки <http://www.elibrary.ru>.

Главный редактор журнала – доктор медицинских наук, доктор психологических наук профессор Рыбников Виктор Юрьевич (e-mail: gvikirina@mail.ru)

Научный редактор журнала – доктор медицинских наук Черный Валерий Станиславович (e-mail: 9297911@list.ru)

Журнал «Вестник психотерапии» зарегистрирован Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.

Журнал «Вестник психотерапии» издается с 1991 г.

Свидетельство о перерегистрации – ПИ № ФС77-34066 от 7 ноября 2008 г. выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций.

Учредитель:

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий (ФГБУ «ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова» МЧС России).

Главный редактор – Рыбников Виктор Юрьевич.

Научный редактор – Черный Валерий Станиславович.

Корректор – Устинов Михаил Евграфович.

Индекс в каталоге Роспечать РФ «Газеты. Журналы» – 15399.

Адрес редакции: 194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д.11.

Адрес издательства и типографии: ООО «Политехника-сервис».

190005, г. Санкт-Петербург, Измайловский пр., д. 18-д.

тираж 1000 экз. цена – свободная

Отпечатано в типографии «Политехника-сервис»
с оригинала-макета заказчика.

190005, Санкт-Петербург, Измайловский пр., 18-д.

Подписано в печать 24.06.2019. Печать – цифровая.

Бумага офсетная. Формат 60/84¹/₁₆. Тираж 1000 экз.

Объем 9,25 п. л. Заказ 21716.