

- Психотерапия
- Психиатрия и наркология
- Медицинская психология
- Психофизиология
- Юридическая психология и психология безопасности личности

ISSN 0132-182X (print)
ISSN 2782-652X (online)

Вестник ПСИХОТЕРАПИИ

№94



Bulletin of Psychotherapy

2025



ИНСТИТУТ ПСИХОТЕРАПИИ И
МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ
им. Б.Д. Карвасарского

Институт психотерапии и медицинской психологии им. Б.Д. Карвасарского

Институт психотерапии и медицинской психологии им. Б.Д. Карвасарского — образовательный и научно-практический центр Петербургской (Ленинградской) школы психотерапии, осуществляющий образовательные, научно-практические, научно-организационные и внедренческие проекты на переднем крае науки в области клинической психотерапии и клинической (медицинской) психологии.

ПРИГЛАШАЕТ

специалистов в области психотерапии и смежных дисциплин принять участие в **5-м Осеннем фестивале психотерапевтических практик**

5-Й ОСЕННИЙ ФЕСТИВАЛЬ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПРАКТИК

«Техника и практика завершения психотерапевтических интервенций: 12 техник завершения хорошо начатой психотерапии».

Осенний фестиваль (5-й Осенний Санкт-Петербургский фестиваль психотерапевтических практик) — это наш ответ на требования времени и практическое продолжение Апрельского семинара (XXI Апрельский Санкт-Петербургский семинар по психотерапии и практической психологии). Апрельский Семинар позволяет углубиться в тему, а Осенний Фестиваль — освоить психотерапевтические техники и практики в рамках темы!

Осенний фестиваль — это многообразие востребованных практик, инструментов, методик и техник, это радость общения, профессиональные знакомства, нетворкинг, обмен опытом, прогулки, экскурсии.

Цель Осеннего Фестиваля 2025 года: сокращение числа внепланового завершения психотерапевтических случаев за счет дооснащения практики специалистов техническими приемами качественного начала и завершения психотерапевтической интервенции.

На Осеннем Фестивале и на других мероприятиях Института Карвасарского создаются условия для теплого профессионального общения и развития профессиональной психотерапевтической среды.

- Участников и гостей Осеннего фестиваля 2025 года ждут большое количество практических мероприятий — 12 мастерских и мастер-классов, тренинг социального опыта, Семинар по обмену опытом, линейка психотерапевтических групп с акцентом на «завершение» интервенции, а также День Светских Мероприятий — это **Вариант 1** «все включено».
- Те, кто выбрал **Вариант 2** программы, сможет принять участие в линейке психотерапевтических групп.
- Вариант 3** — это личностная работа в динамической группе в течение всей недели с посещением части основных мероприятий Осеннего Фестиваля

ВСЕ участники ежедневно будут собираться, чтобы обменяться впечатлениями, потренировать социальные навыки, укрепить профессиональные связи, лучше разобраться с собственным местом в профессиональном психотерапевтическом мире, с целями и способами их реализации.

При участии членов Ассоциации развития клинической психотерапии (АРКП) будет проходить тренинг, в ходе которого будут сформулированы задачи Ассоциации на ближайшие годы. Можно будет подать заявку на членство.

Участие в 5-м Осеннем Фестивале — это возможность сформировать необходимый для своего профессионального развития образовательный трек. Для этого мы объединяем «под одной крышей» все многообразие подходов. Они не спорят между собой, а наоборот, оснащают актуальным инструментарием, чтобы вы могли справляться со страданием клиента, ситуативно выбирать эффективный подход.

Все интересующие Вас вопросы можно уточнить, зайдя на сайт, позвонив нам по номеру +7 812 467-47-90, написав по адресу client@ipmp-spb.ru или зайдя на Сайт 5-го Осеннего Фестиваля:



Вебсайт Института: <https://ipmp-spb.ru/>

На 1 странице обложки журнала «Вестник психотерапии» N94 использована работа Коростелевой Лилии Ивановны: «Любовь», живопись дополненной реальности, холст, темпера 40×60, Подсолнухи.

ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ

№ 94
2025

Научный рецензируемый журнал

Издается ежеквартально с 1991 г.

Учредитель

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никитина» МЧС России

Журнал зарегистрирован

Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций России
Свидетельство о перерегистрации –
ПИ № ФС77-34066 от 7 ноября 2008 г.

Индекс для подписки

в электронных каталогах
«Пресса России» (www.pressa-rf.ru)
и агентства «Книга-сервис» (www.aks.ru)

Импакт-фактор (2020) 0,608

Журнал «Вестник психотерапии» (по состоянию на 27.06.2023 г., пункт 630) включен ВАК Минобрнауки России в перечень рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук по научным специальностям (с 31.05.2023 г.):

- 3.1.17. Психиатрия и наркология (медицинские науки),
- 5.3.2. Психофизиология (психологические науки),
- 5.3.6. Медицинская психология (медицинские науки),
- 5.3.6. Медицинская психология (психологические науки)
- 5.3.9. Юридическая психология и психология безопасности личности (психологические науки)

Полные тексты статей представлены на сайте Научной электронной библиотеки <http://www.elibrary.ru> и ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никитина МЧС России <http://www.nrcerm.ru>

Компьютерная верстка С.И. Рожковой
Корректор Е.С. Степченко
Перевод Е.О. Клейман

Подписано в печать: 25.06.2025
Формат 60×84/8. Усл.-печ. л. 14,25
Тираж 500 экз. Заказ № 7610-1
Отпечатано в типографии
«Скифия-Принт», Санкт-Петербург, 197198,
ул. Б. Пушкарская, д. 10
Дата выпуска в свет: 02.07.2025
Свободная цена

Адрес редакции:

Россия, 194352, Санкт-Петербург,
Придорожная аллея, д. 11, лит. А
Тел. (812) 592-14-19, 8-911-923-98-01
e-mail: vestnik-pst@yandex.ru

ISSN 0132-182X (print)
ISSN 2782-652X (online)

СОДЕРЖАНИЕ

Колонка главного редактора 5

Психотерапия

Бортникова Е.Г., Вагайцева М.В., Губарева И.Д.
Психокоррекция фантомно-болевого синдрома
после травматической ампутации у пациентов –
военнослужащих (участников СВО) 6

Психиатрия и наркология

Евдокимов В.И., Лобачев С.А., Плужник М.С.
Сравнительный анализ показателей невротических,
связанных со стрессом и соматоформных расстройств
у военнослужащих, проходящих военную службу
по призыву, в Военно-морском флоте и Сухопутных
войсках Минобороны России 15

Медицинская психология

Еремян З.А., Оганян М.Р., Шелкова О.Ю. Качество
жизни больных с контролируемой и неконтролируемой
бронхиальной астмой 27
Ветрова Т.В., Леонтьев О.В., Лукьянова Е.Г., Дорогавцева
О.А., Ионцев В.И. Психологические особенности
больных с метаболическим синдромом 38
Демидов П.М., Яковлева М.В., Софронова М.Г.,
Демченко Е.А. Динамика показателей памяти пациентов
на 2-м этапе медицинской реабилитации после острого
периода COVID-19 49
Демченко Т.В., Исаева Е.Р., Демченко Е.А., Великанов А.А.
Геротрансцендентность и приверженность лечению
у пожилых пациентов с первичным и повторным
инфарктом миокарда в реабилитационном периоде. 59

Психофизиология

Короткова И.С., Исурина Г.Л., Грандильевская И.В.,
Горбунов И.А., Клейман Е.О. Психофизиологические
аспекты адаптации и стресс-реакции студентов-медиков
в процессе работы на симуляторах 71

Юридическая психология и психология безопасности личности

Суворова-Григорович А.А. Патопсихологические
характеристики адаптивности студентов Луганского
государственного педагогического университета
в условиях затяжного стресса 83

Дискуссионный клуб Медицинская психология

Светличная Т.Г., Смирнова Е.А. Отношение городского
социума к психическим расстройствам
и врачам-психиатрам 93
Сидняев В.А., Федоренко П.А., Кузнецова М.А.
Патопсихологические методы в системе профессиональной
подготовки клинических психологов 102
Власов Н.А. Социокультурные контексты формирования
российской дореволюционной медицинской
(клинической) психологии 116

Главный редактор

Назыров Равиль Каисович, д-р мед. наук (Санкт-Петербург, Россия)

Редакционная коллегия

Григорьев Степан Григорьевич, д-р мед. наук проф. (Санкт-Петербург, Россия)

Евдокимов Владимир Иванович, д-р мед. наук проф. (Санкт-Петербург, Россия)

Коровицин Виталий Викторович, помощник главного редактора
(Москва, Россия)

Леонтьев Олег Валентинович, д-р мед. наук проф., научный редактор
(Санкт-Петербург, Россия)

Мизерене Рута, д-р мед. наук (г. Паланга, Литовская Республика)

Мильчакова Валентина Александровна, канд. психол. наук доцент
(Санкт-Петербург, Россия)

Председатель редакционного совета

Рыбников Виктор Юрьевич, д-р мед. наук, д-р психол. наук проф.
(Санкт-Петербург, Россия)

Редакционный совет

Александров Артур Александрович, д-р мед. наук проф.
(Санкт-Петербург, России)

Алексанин Сергей Сергеевич, д-р мед. наук проф., член-корреспондент РАН
(Санкт-Петербург, Россия)

Алтынбеков Сагат Абылкаирович, д-р мед. наук проф.
(г. Алматы, Республика Казахстан)

Ашуров Зарифжон Шарифович, д-р мед. наук проф.
(г. Ташкент, Республика Узбекистан)

Бохан Татьяна Геннадьевна, д-р психол. наук проф. (г. Томск, Россия)

Булыгина Вера Геннадьевна, д-р психол. наук проф. (Москва, Россия)

Григорьев Григорий Игоревич, д-р мед. наук, д-р богословия проф.
(Санкт-Петербург, Россия)

Караваяева Татьяна Артуровна, д-р мед. наук проф. (Санкт-Петербург, Россия)

Кремлева Ольга Владимировна, д-р мед. наук проф. (г. Екатеринбург, Россия)

Макаров Виктор Викторович, д-р мед. наук проф. (Москва, Россия)

Незнанов Николай Григорьевич, д-р мед. наук проф. (Санкт-Петербург, Россия)

Николаев Евгений Львович, д-р мед. наук проф. (г. Чебоксары, Россия)

Решетников Михаил Михайлович, д-р психол. наук проф.
(Санкт-Петербург, Россия)

Шамрей Владислав Казимирович, д-р мед. наук проф.
(Санкт-Петербург, Россия)

BULLETIN OF PSYCHOTHERAPY

N 94
2025

Reviewed Research Journal

Quarterly published

Founder

The Federal State Budgetary Institute
«The Nikiforov Russian Center
of Emergency and Radiation Medicine»,
The Ministry of Russian Federation
for Civil Defence, Emergencies and
Elimination of Consequences
of Natural Disasters (NRCERM,
EMERCOM of Russia)

Journal Registration

Russian Federal Surveillance Service
For Compliance with the Law in Mass
Communications and Cultural Heritage
Protection. Registration certificate
ПН № ФС77-27744 of 30.03.2007.

Impact factor (2020) 0,608

Abstracts of the articles are presented
on the website of the Online Research
Library: <http://www.elibrary.ru>,
and the fulltext electronic version
of the journal – on the official website
of the NRCERM, EMERCOM of Russia:
<http://www.nrcerm.ru>

Computer makeup

S.I. Rozhkova

Proofreading E.S. Stepchenko

Translation E.O. Klejman

Approved for press 25.06.2025

Format 60×84/8

Conventional sheets 14,25

No. of printed copies 500

Publication date 02.07.2025

For correspondence:

11, A, Pridorozhnaya alley
194352, St. Petersburg, Russia
Phone: (812) 592-14-19,
8-911-923-98-01
e-mail: vestnik-pst@yandex.ru

ISSN 0132-182X (print)

ISSN 2782-652X (online)

CONTENTS

Editor-in-chief's column 5

Psychotherapy

Bortnikova E.G., Vagaytseva M.V., Gubareva I.D.
Psychological correction of phantom limb pain after
traumatic amputation in patients – soldiers (participating
in a special military operation) 6

Psychiatry and narcology

Evdokimov V.I., Lobachev S.A., Pluzhnik M.S. Comparative
analysis of indicators of neurotic, stress-related, and
somatoform disorders in conscripted military personnel
in the Navy and Ground Forces of the Ministry of Defense
of Russia 15

Medical psychology

Yeremyan Z.A., Ohanyan M.R., Shchelkova O.Yu.
Quality of life in patients with controlled and uncontrolled
bronchial asthma. 27

*Vetrova T.V., Leontev O.V., Lukyanova E.G.,
Dorogavtseva O.A., Iontsev V.I.* Psychological characteristics
of patients with metabolic syndrome 38

*Demidov P.M., Yakovleva M.V., Sofronova M.G.,
Demchenko E.A.* Dynamics of patients' memory performance
at the 2nd stage of medical rehabilitation after the acute
COVID-19 49

Demchenko T.V., Isaeva E.R., Demchenko E.A., Velikanov A.A.
Gerotranscendence and treatment adherence in elderly
patients with primary and recurrent myocardial infarction
during the rehabilitation period 59

Psychophysiology

*Korotkova I.S., Isurina G.L., Grandilevskaja I.V.,
Gorbunov I.A., Kleiman E.O.* Psychophysiological aspects
of medical students' adaptation in the process of working
on simulators 71

Legal psychology and psychology of personal security

Suvorova-Grigorovich A.A. Pathopsychological
characteristics of adaptability of students of Lugansk State
Pedagogical University in conditions of prolonged stress. 83

Discussion club

Medical psychology

Svetlichnaya T.G., Smirnova E.A. Attitude of urban society
to mental disorders and psychiatrists. 93

Sidnyaev V.A., Fedorenko P.A., Kuznetsova M.A.
Pathopsychological methods in the system of professional
training of clinical psychologists. 102

Vlasov N.A. Socio-cultural contexts of the formation
of Russian pre-revolutionary medical (clinical) psychology ... 116

Editor-in-Chief

Ravil' K. Nazyrov, Dr. Med. Sci. (St. Petersburg, Russia)

Editorial Board

Stepan G. Grigorev, Dr. Med. Sci. Prof. (St. Petersburg, Russia)

Vladimir I. Evdokimov, Dr. Med. Sci. Prof. (St. Petersburg, Russia)

Vitaliy V. Korovitsin, Assistant Editor-in-Chief (Moscow, Russia)

Oleg V. Leontev, Dr. Med. Sci. Prof., Science Editor (St. Petersburg, Russia)

Valentina A. Milchakova, PhD Psychol. Sci. Associate Prof. (St. Petersburg, Russia)

Ruta Mizeriene, Dr. Med. Sci. (Palanga, Lithuania)

Editorial Board Chairman

Viktor Yu. Rybnikov, Dr. Med. Sci., Dr. Psychol. Sci. Prof. (St. Petersburg, Russia)

Members of Editorial Council

Artur A. Aleksandrov, Dr. Med. Sci. Prof. (St. Petersburg, Russia)

Sergei S. Aleksanin, Dr. Med. Sci. Prof., Corresponding Member Russian Academy of Sciences (St. Petersburg, Russia)

Sagat A. Altinbekov, Dr. Med. Sci. Prof. (Almaty, Republic of Kazakhstan)

Zarifzhon Sh. Ashurov, Dr. Med. Sci. Prof. (Tashkent, Republic of Uzbekistan)

Tat'yana G. Bohan, Dr. Psychol. Sci. Prof. (Tomsk, Russia)

Vera G. Bulygina, Dr. Psychol. Sci. Prof. (Moscow, Russia)

Grigorii I. Grigorev, Dr. Med. Sci., Dr. Divinity Prof. (St. Petersburg, Russia)

Tat'yana A. Karavaeva, Dr. Med. Sci. Prof. (St. Petersburg, Russia)

Ol'ga V. Kremleva, Dr. Med. Sci. Prof. (Ekaterinburg, Russia)

Viktor V. Makarov, Dr. Med. Sci. Prof. (Moscow, Russia)

Nikolai G. Neznanov, Dr. Med. Sci. Prof. (St. Petersburg, Russia)

Evgenii L. Nikolaev, Dr. Med. Sci. Prof. (Cheboksary, Russia)

Mikhail M. Reshetnikov, Dr. Psychol. Sci. Prof. (St. Petersburg, Russia)

Vladislav K. Shamrey, Dr. Med. Sci. Prof. (St. Petersburg, Russia)

КОЛОНКА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Дорогие друзья и коллеги!

Перед вами 94-й номер научного рецензируемого журнала «Вестник психотерапии», второй номер за 2025 год. В текущем номере публикуются результаты новых научных исследований, затрагивающих актуальные вопросы современной психотерапевтической теории и практики.

Наш журнал предоставляет широкое поле для профессионального научного творчества и позволяет психотерапевтам и представителям родственных научных специальностей, а также участникам полипрофессиональных бригад, осуществляющих психотерапевтическую помощь, публиковать результаты проведенных исследований по проблемам психотерапии и следующим научным специальностям ВАК: «Психиатрия и наркология», «Медицинская психология» (медицинские и психологические науки), «Психофизиология», «Юридическая психология и психология безопасности личности».

Во всех основных рубриках настоящего номера «Вестника психотерапии» вы найдете интересные научные материалы.

В рубрике «Психотерапия» представлена статья Бортниковой Е.Г., Вагайцевой М.В., Губаревой И.Д. по психокоррекции фантомно-болевого синдрома после травматической ампутации у пациентов-военнослужащих (участников СВО). В наше время, вероятно, каждый психотерапевт должен учитывать психосоциальные механизмы этого болевого феномена и быть готовым к психотерапевтической работе с такими пациентами.

В рубрике «Психиатрия и наркология» помещена статья группы наших известных авторов под руководством профессора Владимира Ивановича Евдокимова. Они публикуют итоги сравнительного анализа показателей невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств у военнослужащих, проходящих военную службу по призыву в Военно-морском флоте и Сухопутных войсках Минобороны России. Этот материал имеет чрезвычайно важное значение для планирования психотерапевтической помощи военнослужащим, демобилизованным после прохождения военной службы по призыву, и участникам СВО.

Статьи в рубрике «Медицинская психология» посвящены изучению психологических особенностей пациентов, страдающих различными «соматическими расстройствами». Еремян З.А., Оганян М.Р., Щелкова О.Ю. изучали показатель качества жизни у больных бронхиальной астмой. Ветрова Т.В., Леонтьев О.В., Лукьянова Е.Г., Дорогавцева О.А., Ионцев В.И. раскрыли психологические особенности пациентов, страдающих метаболическим синдромом. Демидов П.М., Яковлева М.В., Софронова М.Г., Демченко Е.А. рассмотрели показатели памяти у пациентов с COVID-19. Демченко Т.В., Исаева Е.Р., Демченко Е.А., Великанов А.А. исследовали геротрансцендентность и приверженность лечению у пожилых пациентов с первичным и повторным инфарктом миокарда в реабилитационном периоде.

Рубрику «Психофизиология» в текущем номере представляет статья Коротковой И.С., Исуриной Г.Л., Грандильевской И.В., Горбунова И.А., Клейман Е.О., в которой рассмотрены психофизиологические аспекты адаптации и стресс-реакции студентов-медиков в процессе работы на симуляторах.

В рубрике «Юридическая психология и психология безопасности личности» представлена статья Суворовой-Григорович А.А. «Патопсихологические характеристики адаптивности студентов Луганского государственного педагогического университета в условиях затяжного стресса». Редакция журнала чрезвычайно заинтересована в научном анализе личностно-психологических последствий проживания непосредственно вблизи зоны боевого соприкосновения.

В «Дискуссионном клубе» номера можно познакомиться с авторскими взглядами на важные вопросы медицинской психологии. Коллеги Светличная Т.Г. и Смирнова Е.А. предлагают социологический анализ отношения городского социума к психическим расстройствам и врачам-психиатрам. Сидняев В.А., Федоренко П.А. и Кузнецова М.А. определяют значение патопсихологических методов для профессиональной подготовки клинических психологов. Власов Н.А. анализирует социокультурные контексты формирования российской дореволюционной медицинской (клинической) психологии.

Вот таким получился очередной 94-й номер «Вестника психотерапии». Приглашаем к сотрудничеству ученых и практиков психотерапии и других специальностей области охраны психического здоровья.

Присоединяйтесь, господа!



*Равиль Назиров,
главный редактор, ректор Института психотерапии и медицинской психологии
им. Б.Д. Карвасарского, президент Ассоциации развития клинической психотерапии,
руководитель Школы клинической психотерапии, доктор медицинских наук*

Е.Г. Бортникова¹, М.В. Вагайцева², И.Д. Губарева¹

ПСИХОКОРРЕКЦИЯ ФАНТОМНО-БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПОСЛЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ АМПУТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ-ВОЕННОСЛУЖАЩИХ (УЧАСТНИКОВ СВО)

¹ Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена
(Россия, Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, д. 48);

² Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова
(Россия, Санкт-Петербург, пос. Песочный, ул. Ленинградская, д. 68)

Актуальность. Травматические ампутации значительно снижают качество жизни пациентов, инвалидизируют их и могут приводить к различным депрессивным состояниям [12]. В 40–85 % случаев ампутация конечности сопровождается фантомно-болевым синдромом в этой области [1]. Обзор литературы по данному вопросу показывает, что на сегодняшний день психологические методы недостаточно изучены и представлены в комплексе коррекции фантомно-болевого синдрома. При этом различные источники свидетельствуют о том, что именно психологический аспект играет важную роль в формировании данного состояния у пациентов.

Цель исследования: оценка эффективности различных методов психокоррекции фантомно-болевого синдрома.

Задачами исследования являются:

- 1) оценка выраженности фантомно-болевого синдрома после травматической ампутации у бойцов специальной военной операции;
- 2) определение наиболее эффективного метода психокоррекции фантомно-болевого синдрома;
- 3) изучение психоэмоционального состояния бойцов специальной военной операции после травматической ампутации в условиях боевых действий;
- 4) выявление взаимосвязи между психоэмоциональным состоянием бойцов специальной военной операции, перенесших травматическую ампутацию в условиях боевых действий, и эффективностью одного из методов психокоррекции фантомно-болевого синдрома.

Объект исследования: фантомно-болевой синдром.

Предмет исследования: опосредованность фантомно-болевого синдрома психоэмоциональным состоянием больных – бойцов СВО, перенесших травматическую ампутацию.

Результаты. Полученные данные показывают, что все виды предложенных в рамках данного исследования психокоррекционных мероприятий (зеркальная терапия, нервно-мышечная релаксация и ароматерапия) достоверно эффективно снижают уровень выра-

✉ Бортникова Елена Геннадьевна – канд. психол. наук, доц. каф. клинич. психологии и психол. помощи, Росс. гос. пед. ун-т им. А.И. Герцена (Россия, 191186, Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, д. 48), e-mail: bortnik_78@mail.ru;

Вагайцева Маргарита Валерьевна – канд. психол. наук, мед. психолог, Нац. мед. исслед. центр онкологии им. Н.Н. Петрова (Россия, 197758, Санкт-Петербург, пос. Песочный, ул. Ленинградская, д. 68), e-mail: margoruma27@gmail.com;

Губарева Ирина Дмитриевна – студент 6-го курса, каф. клинич. психологии и психол. помощи, Росс. гос. пед. ун-т им. А.И. Герцена (Россия, 191186, Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, д. 48), e-mail: gubarevairina04@yandex.ru

женности фантомно-болевого синдрома. В случае стабильности психоэмоционального состояния наиболее эффективным оказывается метод зеркальной терапии, а при наблюдении неврастенических и истерических черт у пациентов наибольшую эффективность приобретают методы по стабилизации психоэмоционального состояния – ароматерапия и нервно-мышечная релаксация.

Ключевые слова: фантомно-болевым синдром, психоэмоциональное состояние, травматическая ампутация, психологическая коррекция, ароматерапия, зеркальная терапия, нервно-мышечная релаксация.

Введение

«Фантомная боль – это интенсивное, разнообразное по характеру болевое ощущение, по сути своей являющееся патологической болью, утратившей свою сигнальную функцию и приобретшей форму длительной или постоянной болезни» [10]. Проявления фантомно-болевого синдрома (далее – ФБС) не ограничиваются болью – среди жалоб пациентов могут встречаться ощущения судорожных сокращений, зуда, прикосновений и пр. [2, 5, 11, 17].

В соответствии с одной из концепций, патогенетическим механизмом ФБС является снижение тормозящего влияния коры головного мозга на нейроны задних корешков в результате дезорганизации и разрушения нервной ткани, произошедшей во время ампутации, с последующим сращением сосудов и нервов с костями и появлением невром. В результате происходит постоянное стимулирование нервной ткани в культе и появляются стойкие очаги возбуждения в центральной нервной системе [10]. В связи с этим лечение ФБС включает фармакотерапию противосудорожными препаратами и хирургическое вмешательство. Но долгосрочный эффект от препаратов наблюдался лишь в 11–15 % случаев [16].

В основе второй концепции ФБС лежит предположение о сенсорной депривации, т.к. ампутация конечности приводит к значительному сокращению афферентных потоков информации в тактильной и кинестетической модальности. С целью минимизации апоптоза нервные клетки должны постоянно стимулироваться афферентным сенсорным потоком. В связи с этим в нервной системе осуществляется самостимуляция двумя путями.

Во-первых, смещение в теменной коре прилежащей чувствительной области лица

на «освободившуюся» область верхней конечности, что в клинической картине отражается как ощущение прикосновения к фантомной конечности при прикосновении к лицу пациента [9].

Во-вторых, формирование самого ФБС. О. Петцль [см. 7], изучая нарушение схемы тела, наблюдал следующую закономерность: если афферентная информация не поступает, то мозг обращается к воспоминаниям, актуализируя их. Таким образом, фантомная боль может считаться типом соматосенсорной памяти [14, 15]. В соответствии с этой концепцией Рамачандраном В.С. предложен метод зеркальной зрительной обратной связи. Зеркальная терапия направлена на причину ФБС, которая вызывается несоответствием сенсорной памяти и зрительной обратной связи. Не получая никакой обратной связи от конечности, пациент начинает получать обратную связь от зрительного анализатора, что создает «сбой». Вследствие этого мозг отрицает увиденное, что приводит к уменьшению фантомных ощущений.

Любое болевое ощущение сопровождается эмоциональной реакцией, которая сохраняется в долговременной памяти и актуализируется в дальнейшем при болевом синдроме, появившемся по любой другой причине, – этот мнемический след при своей актуализации приобретает характеристики патологической доминанты, являющейся основой воскрешения фантомно-болевого синдрома [4, 6, 13]. Травматическая ампутация является сильным болевым переживанием, поэтому эмоциональная реакция, его сопровождающая, также выражена и приобретает черты патологической доминанты.

Наряду с этим функциональное снижение коры приводит к усилению нарушения схемы тела [7], поэтому следует отметить, что конту-

зия является одним из факторов этого нарушения. Кроме того, примерно в 50% случаев у мобилизованных военнослужащих наблюдаются признаки посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), что также является причиной функционального снижения коры, которое сопровождается нестабильностью психоэмоционального состояния [8]. Следует учитывать, что и преморбидные черты личности являются одним из факторов способности быстро адаптироваться к внезапным сильным стрессогенным воздействиям.

В связи с вышесказанным в качестве одного из методов психокоррекции предлагается ароматерапия, которая оказывает влияние на психологическое состояние пациента, что обусловлено особенностью строения обонятельного анализатора, а именно его связью со структурами лимбической системы, которая формирует эмоциональный отклик на тот или иной запах, нормализуя психоэмоциональное состояние пациента [3]. Другим методом стабилизации психоэмоционального состояния является нервно-мышечная релаксация – неинвазивный метод, действующий за счет уравнивания симпатической и парасимпатической систем.

Таким образом, на данном этапе изучения феномена ФБС сформулированы три основные концепции: 1) периферическая концепция, связанная с формированием невром; 2) концепция, основанная на активации соматосенсорной памяти; 3) концепция, связанная с возникновением патологической доминанты, имеющей в основе эмоциональную реакцию, которая может быть усилена в результате функционального снижения коры, преморбидных черт личности, нестабильности психоэмоционального состояния.

Гипотеза исследования: эффективность различных методов психокоррекции ФБС будет зависеть от особенностей психоэмоционального состояния пациента.

Научная новизна:

1. Впервые экспериментальным путем выявлена сравнительная эффективность различных методов психокоррекции ФБС: зеркальной терапии, ароматерапии, нервно-мышечной релаксации.

2. На основании выводов об эффективности представленных методов психокоррекции ФБС сделано предположение о правомерности одной из рассматриваемых концепций ФБС – действия патологической доминанты, появления стойких очагов возбуждения в ЦНС в результате возникновения невром и актуализации соматосенсорной памяти.

3. Проведена оценка психоэмоционального состояния и выраженности ФБС у бойцов СВО, перенесших травматическую ампутацию в условиях современных боевых действий.

Особенности и характеристика выборки

Выборку составили 47 пациентов ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» – участники СВО с ампутацией верхних или нижних конечностей и фантомно-болевым синдромом. Пациенты хирургических отделений госпиталя – мужчины, от 22 до 59 лет, с множественными травмами, в т.ч. с ампутациями вследствие полученных травм при участии в боевых действиях. Также у всех пациентов госпиталя, попавших в выборку, диагностирована контузия. Лечение на отделениях включало назначение трамадола для обезболивания соматических травм. В качестве средства для борьбы с ФБС применялись габапентин или препарат «Лирика», для нормализации сна использовался мелатонин.

Организация исследования

Пациенты были разделены на четыре группы: в контрольной (1) группе было проведено информирование о причинах, механизмах ФБС и существующих способах коррекции, во второй (2) группе проводилась зеркальная терапия, в третьей (3) группе использовалась нервно-мышечная релаксация, в четвертой (4) группе была проведена ароматерапия. Пациенты делились на группы следующим образом: в каждом случае на первой встрече применялись все перечисленные методы воздействия на пациента, который за-

тем сообщал о наиболее эффективном методе коррекции ФБС в его случае, и в дальнейшем с ним проводились занятия, включающие только выбранный способ коррекции. С каждым пациентом было проведено три встречи.

Методы исследования

1. Для решения первой научно-исследовательской задачи применялась визуально-аналоговая шкала (ВАШ). Оригинальное название: Visual Analogue Scale (VAS). Тип: шкала оценки. Назначение: предназначена для измерения интенсивности боли. Содержание: ВАШ представляет собой непрерывную шкалу в виде горизонтальной или вертикальной линии длиной 10 см и расположенными на ней через 1 см делениями от 0 до 10, где 0 баллов – «отсутствие боли», а 10 баллов – «сильнейшая боль, какую можно только представить». Однако также по данной шкале оценивались безболевого ощущения, показывающие на сколько выражен, по ощущениям пациента, фантом.

2. Для решения второй научно-исследовательской задачи применялся опросник невротических расстройств – симптоматический (ОНР-Си). Автор: Е. Александрович (адаптация НИПНИ им. Бехтерева). Цель: количественное определение степени выраженности невротических синдромов у пациента. Методика состоит из 138 жалоб невротического порядка, наличие и выраженность которых у себя оценивает испытуемый. Все утверждения опросника сгруппированы в 13 форм невротических расстройств: страх (фобии), депрессивные расстройства, беспокойство (напряжение), нарушение сна, истерические расстройства, неврастенические расстройства, сексуальные расстройства, дереализация, навязчивости, трудности в социальных контактах, ипохондрические расстройства, психастенические нарушения, соматические нарушения.

Для решения третьей научно-исследовательской задачи применялись различные методы психокоррекции ФБС:

1. Ароматерапия. Нанесение ароматических масел на кусочки ткани и предоставле-

ние их пациенту на 3–5 минут для вдыхания. В литературе описаны различные эффекты эфирных масел, в зависимости от их происхождения, однако в рамках данного исследования подбирались субъективно приятные для каждого пациента запахи (лаванда, ваниль, апельсин, можжевельник, сосна и др.).

2. Зеркальная терапия (ЗТ). Напротив здоровой конечности ставится зеркало таким образом, чтобы была визуальная иллюзия присутствия отсутствующей конечности. Пациенту предлагается совершать движения конечностью, что создает эффект того, что отсутствующая конечность свободно двигается, не причиняя боли или других неприятных ощущений.

3. Нервно-мышечная релаксация (НМР): 1) пациенту предлагается лечь на спину, положить под голову подушку, либо приподнимается головной конец кровати; 2) далее произносятся формулы расслабления: «дышится легко и свободно», «дыхание спокойное, ровное, глубокое», «мышцы постепенно расслабляются, наливаются приятным теплом, мышцы становятся теплыми и мягкими», «воздух легко проникает в грудную клетку и легко выходит»; затем последовательно перечисляются мышцы с ног до головы, на которые пациенту нужно направить внимание и которые необходимо расслабить.

Методы математико-статистической обработки данных

В ходе математико-статистической обработки данных были использованы Т-критерий Вилкоксона, U-критерий Манна – Уитни, ϕ -критерий углового преобразования Фишера.

Результаты

В таблице представлены результаты оценки выраженности ФБС в исследуемых группах пациентов, а также эффективность применяемых методов. Следует отметить, что в контрольной группе пациентов не наблюдается статистически значимых различий. Пациенты контрольной группы получали

**Сравнение результатов по визуально аналоговой шкале боли
до и после психокоррекции в группах (баллы)**

Группа по виду воздействия	N	Me до	Me после	Критерий Вилкоксона	p-value
Информирование	11	3	2	$T_{Эмп} = 45$	> 0,05
ЗТ	11	5	3	$T_{Эмп} = 0$	< 0,01
НМР	12	4	2	$T_{Эмп} = 1$	< 0,01
Ароматерапия	13	3	2	$T_{Эмп} = 1$	< 0,01

Примечание: жирным шрифтом выделены статистически значимые результаты.

только медикаментозную терапию и подвергались хирургическому вмешательству после травматической ампутации конечности.

Во всех экспериментальных группах отмечаются значимые отличия, чем доказывалась та или иная степень эффективности всех предложенных методов психокоррекции ФБС.

В группе коррекции при помощи ЗТ более половины испытуемых отмечали уменьшение или полное исчезновение фантомных ощущений, как болевых, так и безболевых. Уменьшение безболевых ощущений также измерялось по ВАШ (насколько ярко и «реально» ощущается фантом). В группах коррекции методами НМР и ароматерапии положительный эффект наблюдался более чем в 90 % случаев. Ароматерапия показала наиболее высокий результат среди всех видов экспериментальных воздействий.

Можно предположить, что, несмотря на важность вклада зрительной обратной связи в коррекцию схемы тела и в устранение фантома, психологические факторы имеют большее значение. Это может быть объяснено тем, что бойцы СВО, с одной стороны, переживают сильные стрессогенные воздействия на психику (такие как участие в боевых действиях, ранение, калечащая операция, изменение привычного уклада жизни, длительное пребывание в стационаре и т.д.), а с другой – традиции мужского коллектива не позволяют поделиться своими чувствами, что оставляет неотреагированными эмоциональные переживания. Вследствие чего возникает сильное эмоциональное напряжение, которое запускает механизм фантомной боли. Данный механизм, как было описано в литературе,

может аффективно фиксироваться, образуя замкнутый круг нарастания аффекта. Тем важнее в данном случае становятся указанные методы психокоррекционной работы, позволяющие эффективно и в короткий срок стабилизировать психоэмоциональное состояние пациента, что и приводит к уменьшению фантомных ощущений.

В группе применения ЗТ больные демонстрируют сравнительно стабильное эмоциональное состояние, но можно говорить о депрессивных чертах и беспокойстве в рамках умеренных значений. Необходимо учитывать недавно перенесенную травму и участие в боевых действиях. Кроме того, выражены нарушения сна, что является частой жалобой пациентов с фантомно-болевым синдромом. Психастенические нарушения, страхи и сексуальные расстройства выражены минимально. Значения по шкалам дереализации и ипохондрии находятся на среднем уровне, что показывает склонность к диссоциации от происходящего и озабоченности состоянием своего здоровья. Эмоциональная сфера пациентов данной группы относительно устойчива и контролируема.

Психологическое состояние пациентов, для которых наиболее эффективным методом оказалась НМР, характеризуется относительно выраженными неврастеническими расстройствами. Данные черты могут проявляться в виде повышенной утомляемости и истощаемости как умственной, так и эмоциональной, что приводит к раздражительной слабости. Дерееализация выражена менее значительно, что говорит об относительной сохранности восприятия реальности. Истерические черты, как и в группе ЗТ, не

выражены, что говорит об отсутствии тенденции к чрезмерному выражению эмоций. Ипохондрические расстройства выражены несколько сильнее: пациенты ориентированы на пристальное внимание к своему здоровью и самочувствию. Однако недавняя ампутация конечности может объяснить повышение значений по данной шкале. Также в рамках средних значений находится шкала беспокойства и напряжения, что указывает на наличие сложностей в поддержании стабильного эмоционального фона. По сравнению с предыдущей группой уже более отчетливо видны психоэмоциональные сложности, с которыми пациентам, вероятно, не удастся справиться в полной мере. Вследствие длительного эмоционального напряжения у них усиливаются, а затем и закрепляются фантомные ощущения. НМР помогает ситуативно снизить уровень напряжения. Следовательно, при чрезмерном напряжении и раздражительности необходимо использовать НМР в качестве основного способа психокоррекции.

Больные, с которыми проводилась ароматерапия, демонстрируют наибольший уровень выраженности невротических симптомов по сравнению с другими группами. Повышены показатели по шкалам истерических, неврастенических и психастенических расстройств, что указывает на нестабильность эмоциональной сферы, склонность к преувеличенному выражению чувств и трудности в принятии решений. Также эта группа пациентов демонстрирует повышенный уровень беспокойства и нарушений сна, что свидетельствует о высокой степени внутреннего напряжения. Пациенты склонны к манипулятивному поведению и эмоциональной нестабильности. Можно также отметить повышенную раздражительность и истощаемость, которая, в совокупности со сниженным уровнем психической энергии, затрудняет их способность к психосоциальной адаптации. Таким образом, при ярко выраженных невротических чертах именно ароматерапию следует применять в качестве основного метода психокоррекции фантомно-болевого синдрома.

Пациенты контрольной группы, с которыми не проводились специальные психокоррекционные мероприятия, демонстрируют выраженные значения по шкалам депрессивных расстройств и психастении, что указывает на наличие сложностей в эмоциональной сфере. Ипохондрические черты и соматические жалобы также выражены, что говорит о повышенном внимании к своему состоянию и его изменениям. Так как в данную группу входили пациенты, перенесшие ампутацию и не отбавившиеся никаким особым образом, кроме как по наличию ФБС, можно говорить о том, что черты, присущие данной группе, а именно: чувство бессмысленности, подавленности, сниженному аффективному фону, в целом присущи пациентам с фантомными болями, что, однако, может быть временным явлением и реакцией на значительные изменения в состоянии своего здоровья. Данные, описанные в литературе, свидетельствуют о том, что спустя полгода после ампутации выраженность депрессивных симптомов, как правило, уменьшается [12]. Тем не менее важно работать над стабилизацией эмоционального состояния пациента вне зависимости от причин депрессивных реакций во избежание укрепления взаимосвязи фантомных ощущений с негативными эмоциями и формированием патологической доминанты.

Заключение

Проведено исследование 47 пациентов ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» – бойцов СВО, у которых после травматической ампутации наблюдается фантомно-болевым синдром. С пациентами была проведена психокоррекция ФБС посредством ароматерапии, нервно-мышечной релаксации, терапии зеркальной обратной связью. Результативность была отмечена при проведении всех методов психокоррекции, но у пациентов с нестабильностью психоэмоционального состояния больший эффект достигался с помощью методов ароматерапии и нервно-мышечной релаксации.

Выводы

1. Выраженность ФБС после травматической ампутации у бойцов СВО, проходящих лечение в «Госпитале ветеранов войн», составляет в среднем от 3 до 5 баллов.

2. Для бойцов СВО, перенесших травматическую ампутацию конечности во время участия в боевых действиях, характерны депрессивные, психастенические и ипохондрические расстройства.

3. Сравнительный анализ эффективности психокоррекционных методов показал, что все три вида психокоррекции ФБС: зеркальная терапия, ароматерапия и нервно-мышечная релаксация – достоверно снижают уровень болевых (или безболевых) фантомных ощущений.

4. При умеренных значениях нарушения психоэмоционального состояния пациентов наиболее эффективным оказывается метод зеркальной терапии, что подтверждает правомерность концепции ФБС об активации соматосенсорной памяти как механизме появления фантомного ощущения. В ситуациях неврастения, утомляемости, истощаемости наиболее эффективным оказался метод нервно-мышечной релаксации. Ароматерапия является наиболее эффективным методом при выраженности у пациентов истерических черт и нестабильности психоэмоционального состояния. Эффективность двух последних методов позволяет констатировать, что психоэмоциональное состояние является значимым фактором при ФБС.

Литература

1. Аскеров Э.М., Соболев Е.А., Беляк М.А. Истории изучения фантомно-болевого синдрома // Тверской медицинский журнал. 2022. № 5. С. 4–11.
2. Бортникова Е.Г., Крутов А.А., Семиглазова Т.Ю. [и др.]. Фантомно-болевой синдром в онкологии: учебное пособие для обучающихся в системе высшего и дополнительного профессионального образования. СПб.: ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, 2022. 68 с.
3. Гудкова А.В., Ильина Н.Л. Влияние ароматерапии на психоэмоциональное состояние человека // Вестник науки. 2023. № 12. С. 1202–1205.
4. Давыдов А.Т., Тюкавин А.И., Резванцев М.В. [и др.]. Фантомная боль, роль и место различных методов лечения фантомно-болевого синдрома // Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии. 2014. Т. 12(1). С. 35–58.
5. Ершова И.Б., Иванов А.С., Шалимов С.А. [и др.]. Фантомно-болевой синдром – реальная проблема, стоящая перед человеком с ампутированной конечностью // Таврический медико-биологический вестник. 2012. Т. 15(3). С. 97–99.
6. Крыжановский Г.Н. Общая патофизиология нервной системы: руководство. М.: Медицина, 1997. 351 с.
7. Меерович Р.И. Расстройства «схемы тела» при психических заболеваниях. Л.: Ленинградский санитарно-гигиенический медицинский институт, 1948. 308 с.
8. Мельниченко В.В. Ресурсы адаптации к травматическим стрессорам у комбатантов – участников СВО // Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2023. № 2 (62). С. 20–26.
9. Рамачандран В.С. Мозг рассказывает. Что делает нас людьми. М.: Карьера Пресс, 2014. 422 с.
10. Решетняк В.К., Кукушкин М.Л., Гурко Н.С. Патогенетические механизмы фантомно-болевого синдрома // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. 2015. Т. 59(4). С. 101–107.
11. Сайко А.В. Современное состояние проблемы фантомной боли // Международный неврологический журнал. 2018. № 4. С. 84–95. DOI: 10.22141/2224-0713.4.98.2018.139430
12. Castillo R.C., Wegener S.T., Heins S.E. [et al.]. LEAP Study Group Longitudinal Relationships between Anxiety, Depression, and Pain: Results from a Two-Year Cohort Study Of Lower Extremity Trauma Patients // Pain. 2013. Vol. 154(12). Pp. 2860–2866. DOI: 10.1016/j.pain.2013.08.025.
13. Collins K.L., Russell H.G., Schumacher P.J. [et al.]. A Review of Current Theories and Treatments for Phantom Limb Pain // The Journal of Clinical Investigation. 2018. Vol. 128(6). Pp. 2168–2176. DOI: 10.1172/JCI94003.
14. Flor H. Phantom Limb Pain: Characteristics, Causes and Treatment // Lancet Neurol. 2002. Vol. 1. Pp. 182–189. DOI: 10.1016/s1474-4422(02)00074-1.
15. Fuchs X., Flor H., Bekrater-Bodmann R. [et al.]. Psychological Factors Associated with Phantom Limb Pain: A Review of Recent Findings // Pain Research & Management. 2018. Jun 21. Pp. 1–12. DOI: 10.1155/2018/5080123.
16. Moura V.L., Faurot K.R., Gaylord S.A. [et al.]. Mind-body Interventions for Treatment of Phantom Limb Pain in Persons with Amputation // American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation. 2012. Vol. 91(8). Pp. 701–714. DOI: 10.1097/PHM.0b013e3182466034.
17. Rasulic L., Ivanovic S., Bascarevic V., Simic V. Phantom Pain and Posttraumatic Pain Conditions // Acta Chir. Jugosl. 2004. Vol. 51(4). Pp. 71–80. DOI: 10.2298/aci0404069r.

Поступила 15.11.2024

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

Участие авторов: Е.Г. Бортникова – разработка программы, дизайна исследования, анализ результатов, написание текста статьи; М.В. Вагайцева – редактирование и оформление текста статьи; И.Д. Губарева – сбор первичных данных, перевод аннотации.

Для цитирования. Бортникова Е.Г., Вагайцева М.В., Губарева И.Д. Психокоррекция фантомно-болевого синдрома после травматической ампутации у пациентов–военнослужащих (участников СВО) // Вестник психотерапии. 2025. № 94. С. 6–14. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-94-06-14

E.G. Bortnikova¹, M.V. Vagaytseva², I.D. Gubareva¹

Psychological Correction of Phantom Limb Pain after Traumatic Amputation in Patients – Soldiers (Participating in a Special Military Operation)

¹ The Herzen State Pedagogical University of Russia (48, Moika River Emb., St. Petersburg, Russia);

² Petrov Research Institute of Oncology (68, Leningradskaya Str., Pesochny village, St. Petersburg, Russia)

✉ Elena Gennadievna Bortnikova – PhD Psychol. Sci., Associate Prof., The Herzen State Pedagogical University of Russia (48, Moika River Emb., St. Petersburg, 191186, Russia), e-mail: bortnik_78@mail.ru;

Margarita Valerievna Vagaytseva – PhD Psychol. Sci., clinical psychologist, Petrov Research Institute of Oncology (68, Leningradskaya Str., Pesochny village, St. Petersburg, 197758, Russia), e-mail: 7707170m@gmail.com;

Irina Dmitrievna Gubareva – The Herzen State Pedagogical University of Russia (48, Moika River Emb., St. Petersburg, 191186, Russia), e-mail: gubarevairina04@yandex.ru

Abstract

Relevance. Traumatic amputations significantly reduce patients' quality of life, lead to disability and can cause depression [12]. In 40 % - 85 % of cases, amputation is accompanied by phantom pain syndrome [1]. A review of the literature shows that psychological methods are currently insufficiently studied and underrepresented in the comprehensive treatment of phantom pain syndrome. However, various sources indicate that psychological factors play a crucial role in the development of this condition in patients.

Intention. To develop a recommendation for psychological prevention of phantom pain syndrome.

Research objectives: 1. To evaluate the level of phantom limb pain severity in patients after limb amputation; 2. To study the peculiarities of psycho-emotional state of patients with phantom pain syndrome after limb amputation; 3. To carry out psychocorrection activities, dividing the sample of patients into three groups depending on the method: mirror therapy, neuromuscular relaxation, aromatherapy; 4. To carry out a comparative analysis of the effectiveness of psychological correction methods in three groups of patients.

Object of the study. Soldiers participants of special military operation with phantom pain syndrome after traumatic amputation.

Results. The obtained data indicate that all types of proposed psychocorrective measures (mirror therapy, neuromuscular relaxation and aromatherapy) significantly reduce the level of phantom pain syndrome severity. Also in the group of patients positively responding to aromatherapy were found significantly more pronounced features of hysterical and neurasthenic disorders, as well as a higher level of internal tension and anxiety. Based on the results obtained, recommendations for psychocorrective measures were described.

Keywords: phantom limb pain, amputation, psychological correction, aromatherapy

References

1. Askerov Je.M., Sobol' E.A., Beljak M.A. Istoriia izucheniia fantomno-bolevogo sindroma [History of phantom pain syndrome]. *Tverskoj medicinskij zhurnal* [Tver Medical Journal англ. перевод]. 2022; (5): 4–11. (In Russ.)
2. Bortnikova E.G., Krutov A.A., Semiglazova T.Ju. [et al.]. Fantomno-bolevoj sindrom v onkologii: uchebnoe posobie dlja obuchajushhihsja v sisteme vysshego i dopolnitel'nogo professional'nogo obrazovaniia [Phantom pain syndrome in oncology: a teaching aid for students in the system of higher and additional professional education]. Sankt-Peterburg, 2021. 68 p. (In Russ.)
3. Gudkova A.V., Il'ina N.L. Vliianie aromaterapii na psihojemotional'noe sostojanie cheloveka [Influence of aromatherapy on psychoemotional state of a person]. *Vestnik nauki* [Herald of Science англ. перевод]. 2023; (12): 1202–1205. (In Russ.)
4. Davydov A.T., Tjukavin A.I., Rezvancev M.V. [et al.]. Fantomnaja bol', rol' i mesto razlichnykh metodov lecheniia fantomno-bolevogo sindroma [Phantom pain, the role and place of various methods of treating phantom pain syndrome]. *Obzory po klinicheskoi farmakologii i lekarstvennoi terapii*. [Reviews on clinical pharmacology and drug therapy]. 2014; (12(1)): 35–58. (In Russ.)
5. Ershova I.B., Ivanov A.S., Shalimov S.A. [et al.]. Fantomno-bolevoj sindrom — real'naja problema, stojashhaja pered chelovekom s amputirovannoi konechnost'ju [A phantom pain syndrome – a real problem facing the person with the amputated extremity]. *Tavrisheskij mediko-biologicheskij vestnik* [Tauride Medical and Biological Herald]. 2012; (15(3)): 97–99. (In Russ.)
6. Kryzhanovskij G.N. Obshhaja patofiziologija nervnoj sistemy: rukovodstvo [General pathophysiology of the nervous system: a guide]. Moscow, 1997. 351 p. (In Russ.)
7. Meerovich R. I. Rasstrojstva «Shemy tela» pri psichicheskikh zabolevaniiah [Body schema disorders in mental illnesses]. Leningrad, 1948. 308 p. (In Russ.)
8. Mel'nichenko V.V. Resursy adaptatsii k travmaticheskim stressoram u kombatantov – uchastnikov SVO [Resources for adaptation to traumatic stressors in combatants – participants of the SMO (special military operation)]. *Zhurnal psikiatrii i medicinskoj psihologii* [Journal of Psychiatry and Medical Psychology]. 2023; (2(62)): 20–26. (In Russ.)
9. Ramachandran V. S. Mozg rasskazyvaet. Chto delaet nas ljud'mi. Kar'era Press, 2014. 422 p. (In Russ.)
10. Reshetnjak V.K., Kukushkin M.L., Gurko N.S. Patogeneticheskie mehanizmy fantomno-bolevogo sindroma [Pathogenetic mechanisms of phantom-pain syndrome]. *Patologicheskaja fiziologija i jeksperimental'naja terapija* [Pathological physiology and experimental therapy]. 2015; (59(4)): 101–107. (In Russ.)
11. Sajko A.V. Sovremennoe sostojanie problemy fantomnoj boli [Current situation with the problem of phantom pain]. *Mezhdunarodnyj nevrologicheskij zhurnal* [International Neurological Journal]. 2018; (4): 84–95. (In Russ.)
12. Castillo R.C., Wegener S.T., Heins S.E. [et al.]. LEAP Study Group Longitudinal relationships between anxiety, depression, and pain: Results from a two-year cohort study of lower extremity trauma patients. *Pain*. 2013; (154(12)): 2860–2866.
13. Collins K.L., Russell H.G., Schumacher P.J. [et al.]. A review of current theories and treatments for phantom limb pain. *The Journal of clinical investigation*. 2018; (128(6)): 2168–2176.
14. Flor H. Phantom limb pain: characteristics, causes and treatment. *Lancet Neurol*. 2002; 1: 182–189.
15. Fuchs X., Flor H., Bekrater-Bodmann R. Psychological factors associated with phantom limb pain: a review of recent findings. *Pain research & management*. 2018. (2018): 1–12.
16. Moura V.L., Faurot K.R., Gaylord S.A. [et al.]. Mind-body interventions for treatment of phantom limb pain in persons with amputation. *American journal of physical medicine & rehabilitation*. 2012; (91(8)): 701–714.
17. Rasulic L., Ivanovic S., Bascarevic V., Simic V. Phantom pain and posttraumatic pain conditions. *Acta Chir. Iugosl*. 2004; 51(4): 71–80.

Received 15.11.2024

For citing: Bortnikova E.G., Vagaytseva M.V., Gubareva I.D. Psikhokorreksiya fantomno-bolevogo sindroma posle travmaticheskoi amputatsii u patsientov–voennosluzhashchikh (uchastnikov SVO). *Vestnik psihoterapii*. 2025; (94): 6–14. (In Russ.)

Bortnikova E.G., Vagaytseva M.V., Gubareva I.D. Psychological correction of phantom limb pain after traumatic amputation in patients – soldiers (participating in a special military operation). *Bulletin of Psychotherapy*. 2025; (94): 6–14. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-94-06-14

В.И. Евдокимов¹, С.А. Лобачев², М.С. Плужник³

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НЕВРОТИЧЕСКИХ, СВЯЗАННЫХ СО СТРЕССОМ И СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, ПРОХОДЯЩИХ ВОЕННУЮ СЛУЖБУ ПО ПРИЗЫВУ, В ВОЕННО-МОРСКОМ ФЛОТЕ И СУХОПУТНЫХ ВОЙСКАХ МИНОБОРОНЫ РОССИИ

¹ Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А. М. Никифорова
МЧС России (Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2);

² Войсковая часть 88386 (Россия, Мурманская обл., Мончегорский р-н, п. 27 км);

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

Цель – оценить динамику медико-статистических показателей заболеваемости невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами у военнослужащих, проходящих военную службу по призыву, в Военно-морском флоте и Сухопутных войсках Минобороны России для оптимизации психопрофилактических мероприятий.

Материал и методы. В связи с изменением учетных форм 3/МЕД с 2017 г. изучили медико-статистические показатели заболеваемости невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами по V классу болезней «Психические расстройства и расстройства поведения» по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (МКБ-10) у военнослужащих, проходящих военную службу по призыву в Военно-морском флоте и Сухопутных войсках Минобороны России за 5 лет (2017–2021 гг.). Уровни заболеваемости рассчитывались на 10 тыс. военнослужащих (10^{-4}), определены среднеголетние и среднегодовые показатели ($M \pm m$), развитие которых оценивалось с помощью анализа динамических рядов и расчета полиномиального тренда второго порядка.

Результаты и их анализ. Среднеголетний уровень заболеваемости невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами у военнослужащих по призыву в Военно-морском флоте был статистически достоверно больше, чем в Сухопутных войсках Минобороны России по показателям первичной заболеваемости, госпитализации, дней трудопотерь и увольняемости. Динамика сведений по проанализированным видам заболеваемости в Военно-морском флоте демонстрировала U-кривую, в Сухопутных войсках – уменьшение показателей. В комплексе факторов, влияющих на эпидемиологические показатели психических расстройств у военнослужащих по призыву, среди прочих значимыми могут

✉ Евдокимов Владимир Иванович – д-р мед. наук проф., гл. науч. сотр., Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2), ORCID: 0000-0002-0771-2102, e-mail: 9334616@mail.ru;

Лобачев Святослав Александрович – нач. мед. службы, войсковая часть 88386 (Россия, 184512, Мурманская обл., Мончегорский р-н, п. 27 км), ORCID: 0009-0007-5508-4896, e-mail: lobachev.jr@mail.ru;

Плужник Михаил Сергеевич – курсант, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), ORCID: 0009-0002-0535-533X, e-mail: pluzhnikms@yandex.ru

быть здоровье призывного контингента и доступность психиатрической помощи военнослужащим. Полагаем, что выявляемость психических расстройств у военнослужащих по призыву в Военно-морском флоте была лучше, чем в Сухопутных войсках Минобороны России.

Заключение. В профилактике психогенных расстройств у военнослужащих по призыву Минобороны России важное место занимает повышение «барьерных» функций военно-призывных комиссий военкоматов, а также распределение призывного контингента на военно-учетные специальности, исходя из индивидуально-психологических качеств и стрессоустойчивости в начальный период обучения в войсках.

Ключевые слова: психические расстройства, стресс, военнослужащие, призывники, первичная заболеваемость, госпитализация, трудопотери, увольняемость, Военно-морской флот, Сухопутные войска, Минобороны России.

Введение

В предыдущем исследовании изучена динамика показателей психических болезней в V классе «Психические расстройства и расстройства поведения» по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (МКБ-10), у военнослужащих, проходящих военную службу по призыву в Военно-морском флоте (ВМФ) и Сухопутных войсках (СВ) Минобороны России (2003–2021 гг.). Результаты показали, что в ВМФ, по сравнению с СВ выявлены статистически достоверно большие уровни общей и первичной заболеваемости психическими расстройствами, госпитализации, дней трудопотери и увольняемости, притом что доля учетных видов заболеваемости составила только 2–3 % от структуры всей заболеваемости по I–XIX классам по МКБ-10, а увольняемости – 55 %. В военно-эпидемиологической оценке психических расстройств 1–2-й ранги составили показатели невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств (F40–F48 по МКБ-10), расстройств личности и поведения в зрелом возрасте (F60–F69), 3-й ранг в ВМФ образовали данные эмоциональных расстройств, расстройств поведения, обычно начинающихся в детском и подростковом возрасте (F90–F98), в СВ – органических, включая симптоматические, психических расстройств (F01–F09) [2].

Оказалось также, что в структуре категорий личного состава Минобороны России показатели психических расстройств у военнослужащих, проходящих военную службу по призыву, составляли более 70 % по всем

учетным видам заболеваемости, в том числе, в связи с численным превосходством [4, 12]. Аналогичные тенденции наблюдались в Вооруженных силах Республики Беларусь [3].

С 2017 г. расширилась номенклатура нозологий в форме 3/МЕД, в том числе, выделены отдельными строками сведения о реакциях на тяжелый стресс и нарушениях адаптации и другие показатели.

Цель – сравнительный анализ сведений о невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройствах (5-я группа V класса по МКБ-10) с 2017 по 2021 г. (мирное время) у военнослужащих по призыву в ВМФ и СВ Минобороны России для проведения целенаправленных профилактических мероприятий.

Материал и методы

Изучили показатели заболеваемости военнослужащих, проходящих военную службу по призыву, представленные в медицинских отчетах по форме 3/МЕД и статистических сборниках, подготовленных сотрудниками Главного военно-медицинского управления Минобороны России [10]. Анализ показателей проводили по учетным видам заболеваемости в Вооруженных силах России на основании указаний на мирное время [11].

Медико-статистические показатели соотнесли с 5-й группой «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (табл. 1) по V классу болезней по МКБ-10 [<http://mkb-10.com/>].

Обычно заболеваемость военнослужащих оценивается на 1 тыс. человек или в промил-

Таблица 1

**Подгруппы (блоки) невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств
V класса «Психические расстройства и расстройства поведения» по МКБ-10**

Группа психических расстройств и расстройств поведения			Таксон по МКБ-10
5-я	Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства		F40–F48
	5.1	Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации, из них:	F43
	5.2	посттравматическое стрессовое расстройство	F43.1
	5.3	расстройство приспособительных реакций	F43.2
	5.4	Соматоформные расстройства, из них:	F45
	5.5	соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы	F45.3
	5.6	Другие болезни [невротические расстройства], входящие в 5-ю группу	F40–F42, F44, F46–F48

ле. В связи с невыраженными данными психическую заболеваемость у военнослужащих по призыву рассчитали на 10 тыс. человек ($\times 10^{-4}$). Некоторые специалисты по организации здравоохранения не рекомендуют представлять частотные характеристики с доверительными градациями. В ряде случаев без них невозможно провести сравнение показателей в когортах, абсолютные данные о которых нежелательно представлять в открытой печати. В связи с этим в тексте представлены среднескользящий уровень, рассчитанный по сумме абсолютных показателей за 5 лет, и среднегодовой, который определяли по годовым уровням заболеваемости.

Статистическую обработку провели по методическим приемам, представленным в Microsoft Excel 2007 и Statistica 10.0. Результаты заболеваемости проверили на нормальность распределения признаков по критерию Колмогорова–Смирнова. В связи с непараметрическим распределением показателей психической заболеваемости в статье указаны медианы с верхним и нижним квартилем ($Me [Q_1; Q_3]$).

Анализ сходства (различий) данных о заболеваемости в ВМФ и СВ Минобороны России провели с использованием U-критерия Манна–Уитни. Динамику показателей оценивали с помощью анализа динамических рядов и расчета полиномиального тренда второго порядка [1]. Коэффициент детерминации (R^2) показывал связь построенного тренда с данными, чем больше был R^2 (максимальный 1,0), тем больше приближался он к реально наблюдавшимся показателям,

при R^2 менее 0,5 выявлялась только тенденция динамики. Конгруэнтность (согласованность) трендов определяли при помощи коэффициента корреляции (r) Пирсона.

Результаты и их анализ

Первичная заболеваемость. Среднескользящий уровень первичной заболеваемости невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами (5-я группа) у военнослужащих по призыву в ВМФ составил $206,1 \cdot 10^{-4}$, среднегодовой – $198,7 [194,0; 230,3] \cdot 10^{-4}$, в СВ – статистически значимо меньше – $71,5 \cdot 10^{-4}$ и $82,5 [54,1; 94,4] \cdot 10^{-4}$ ($p = 0,012$). В среднем ежегодно в каждой 1 тыс. военнослужащих по призыву впервые в жизни выявлялись нозологии по 5-й группе болезней в ВМФ у 21 человека, в СВ – у 7.

Уровень первичной заболеваемости у военнослужащих по призыву в ВМФ оказался также больше, чем в СВ по показателям заболеваемости по всему V классу по МКБ-10 и практически по всем подгруппам невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств (5-я группа) за исключением показателей соматоформных расстройств (подгруппа 5.4), этих случаев в ВМФ было меньше (табл. 2). Конгруэнтность трендов невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств в ВМФ и СВ Минобороны России – сильная, отрицательная и статистически незначимая, так как изучались показатели только за 5 лет ($r = -0,702$; $p > 0,05$), что может указы-

Таблица 2

Обобщенные показатели первичной заболеваемости военнослужащих по призыву ВМФ и СВ Минобороны России с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами

Группа в V классе	ВМФ			СВ			$P_{1-2} =$
	средне-многолетний уровень, 10^{-4}	% в классе	(1) среднегодовой уровень, $Me [Q_1; Q_3] \cdot 10^{-4}$	средне-многолетний уровень, 10^{-4}	% в классе	(2) среднегодовой уровень, $Me [Q_1; Q_3] \cdot 10^{-4}$	
5.1	117,5	53,4	115,2 [105,4; 125,2]	33,4	35,8	40,2 [23,5; 46,7]	0,012
5.2	0,4	0,2	0	1,6	1,6	0,1 [0,0; 3,8]	
5.3	33,6	15,2	26,3 [25,2; 39,5]	9,1	9,7	8,1 [6,9; 14,4]	0,012
5.4	6,2	2,8	6,6 [4,5; 8,1]	18,9	20,3	19,9 [11,9; 25,3]	0,012
5.5	3,1	1,4	2,6 [1,7; 3,4]	13,3	14,3	13,3 [11,9; 17,7]	0,012
5.6	82,4	79,0	77,6 [98,6; 80,6]	19,2	20,6	19,0 [12,8; 22,4]	0,012
5-я	206,1	93,6	198,7 [194,0; 230,3]	71,5	76,7	82,5 [54,1; 94,4]	0,012
Весь класс	220,1	100,0	207,9 [204,8; 262,6]	93,2	100,0	101,7 [69,4; 120,3]	0,022

вать о влиянии разных (разнонаправленных) факторов в их развитии, например, военно-профессиональных при одинаковых генетических и социальных.

Доля первичной заболеваемости невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами (5-я группа) в ВМФ оказалась 93,6 % от структуры всех заболеваний в V классе по МКБ-10, в СВ – 76,7 %, в том числе, доля реакций на тяжелый стресс и нарушений адаптации (подгруп-

па 5.1) была значительной – 53,4 и 35,8 % соответственно (см. табл. 2).

При очень высоких коэффициентах детерминации полиномиальные тренды уровней первичной заболеваемости невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами (5-я группа), реакциями на тяжелый стресс и нарушениями адаптации (подгруппа 5.1) у военнослужащих по призыву в ВМФ напоминают U-кривые, в СВ – демонстрируют уменьшение данных (рис. 1).

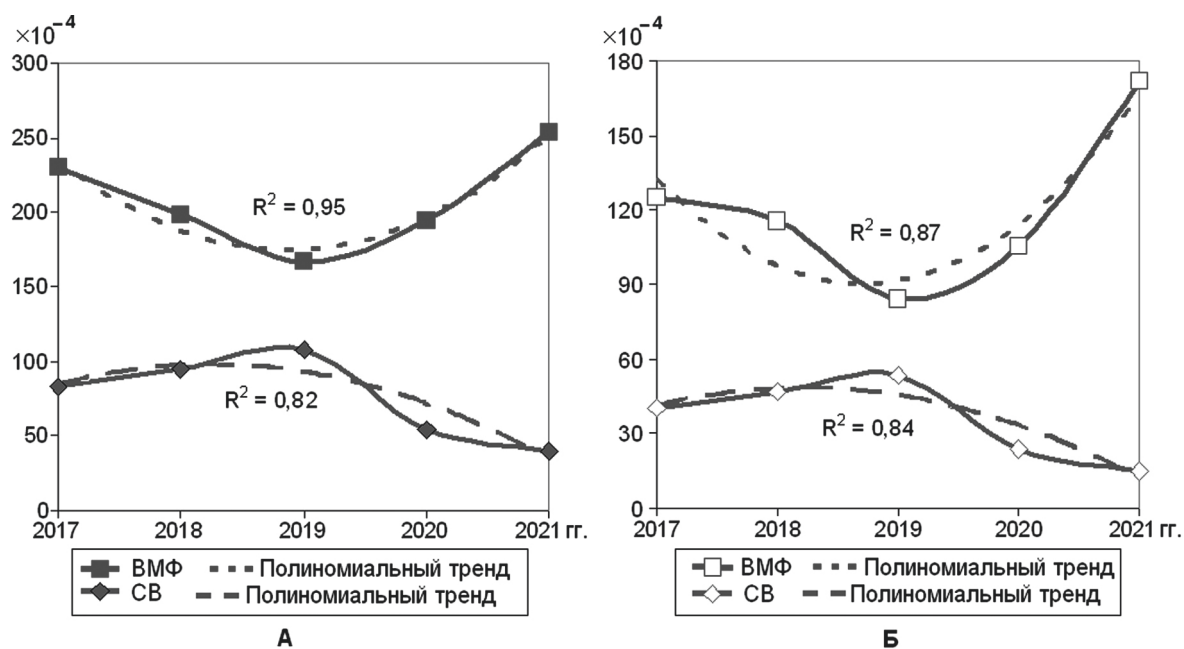


Рис. 1. Уровень первичной заболеваемости военнослужащих по призыву невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами (А), с реакциями на тяжелый стресс и нарушениями адаптации (Б)

Госпитализация. Среднеголетний уровень госпитализации с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами (5-я группа) военнослужащих по призыву в ВМФ составил $213,0 \cdot 10^{-4}$, среднегодовой – $201,9 [194,0; 241,6] \cdot 10^{-4}$, в СВ – статистически значимо меньше – $82,4 \cdot 10^{-4}$ и $85,9 [71,3; 98,7] \cdot 10^{-4}$ ($p = 0,012$). В среднем ежегодно в каждой 1 тыс. военнослужащих по призыву находились на госпитальном лечении и обследовании по 5-й группе болезней в ВМФ 21 человек, в СВ – 8.

Выявлены близкие медико-статистические показатели первичной заболеваемости, так как при неадекватном поведении вследствие нарушений психической адаптации военнослужащих по призыву обязательно направляют на стационарное обследование. Конгруэнтность трендов первичной заболеваемости и госпитализации по 5-й группе расстройств в ВМФ – очень сильная, положительная и статистически значимая – ($r = 0,992$; $p < 0,05$), в СВ – также сильная, положительная, но в связи с малочисленным периодом наблюдения приближается к статистически значимой – ($r = 0,861$; $p < 0,1$).

Уровень госпитализации военнослужащих по призыву в ВМФ был также больше, чем в СВ практически по всем подгруппам невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств (5-я группа), за

исключением показателей соматоформных расстройств (подгруппа 5.4), этих случаев в ВМФ было меньше (табл. 3).

Доля госпитализации военнослужащих по 5-й группе психических расстройств в ВМФ оказалась 92,3 % от структуры всех заболеваний по V классу по МКБ-10, в СВ – 78,5 %, в том числе, по данным реакций на тяжелый стресс и нарушений адаптации (подгруппа 5.1) – 52,0 и 38,5 % соответственно (см. табл. 3).

Трудопотери. Среднеголетний уровень дней трудопотерь у военнослужащих по призыву ВМФ по причине невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств (5-я группа) составил $6628 \cdot 10^{-4}$, среднегодовой – $6872 [6150; 7039] \cdot 10^{-4}$, у военнослужащих по призыву СВ – статистически значимо меньше – $1842 \cdot 10^{-4}$ и $1593 [1420; 2024] \cdot 10^{-4}$ ($p = 0,012$). В среднем ежегодно каждый военнослужащий по призыву в ВМФ по 5-й группе болезней имел около 7 дней трудопотерь, в СВ – 2 дня. Уровень дней трудопотерь у военнослужащих по призыву в ВМФ был также больше, чем в СВ по V классу по МКБ-10 и по трем подгруппам невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств (5-я группа) (табл. 4).

Доля дней трудопотерь по 5-й группе в структуре психических расстройств V класса болезней по МКБ-10 в ВМФ оказа-

Таблица 3

**Обобщенные показатели госпитализации военнослужащих по призыву ВМФ и СВ
Минобороны России с невротическими, связанными со стрессом
и соматоформными расстройствами**

Группа в V классе	ВМФ			СВ			$P_{1-2} =$
	средне- многолетний уровень, 10^{-4}	% в классе	(1) среднегодовой уровень, Me $[Q_1; Q_3] \cdot 10^{-4}$	средне- многолетний уровень, 10^{-4}	% в классе	(2) среднегодовой уровень, Me $[Q_1; Q_3] \cdot 10^{-4}$	
5.1	120,0	52,0	115,2 [102,7; 135,8]	40,4	38,5	44,0 [34,9; 47,1]	0,012
5.2	0,4	0,2	0	2,1	2,0	1,9 [0,3; 3,8]	
5.3	35,3	15,3	36,6 [25,2; 39,5]	11,5	11,0	10,0 [9,4; 16,1]	0,022
5.4	8,7	3,7	7,8 [4,5; 9,1]	21,8	20,7	20,8 [17,5; 21,5]	0,037
5.5	5,3	2,3	2,6 [1,5; 3,1]	16,5	15,7	14,3 [13,9; 17,3]	
5.6	84,4	36,6	82,2 [80,3; 82,7]	20,3	19,3	18,8 [17,5; 21,1]	0,012
5-я	213,0	92,3	201,9 [194,0; 241,6]	82,4	78,5	85,9 [71,3; 98,7]	0,012
Весь класс	230,7	100,0	248,5 [204,4; 267,8]	105,0	100,0	104,0 [90,8; 121,8]	0,012

Таблица 4

Обобщенные показатели дней трудопотерь по причине невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств у военнослужащих по призыву ВМФ и СВ Минобороны России

Группа в V классе	ВМФ			СВ			P ₁₋₂ =
	средне-многолетний уровень, 10 ⁻⁴	% в классе	(1) среднегодовой уровень, Me [Q ₁ ; Q ₃] · 10 ⁻⁴	средне-многолетний уровень, 10 ⁻⁴	% в классе	(2) среднегодовой уровень, Me [Q ₁ ; Q ₃] · 10 ⁻⁴	
5.1	3532	45,5	3839 [3242; 3912]	973	38,4	841 [692; 1085]	0,012
5.2	176	2,3	0 [0; 48]	52	2,1	45 [7; 81]	
5.3	678	8,7	541 [398; 1082]	234	9,2	208 [202; 332]	0,037
5.4	219	2,8	232 [80; 271]	272	10,7	250 [235; 391]	
5.5	122	1,6	59 [42; 74]	207	8,2	184 [179; 234]	
5.6	2877	37,0	2801 [2729; 2827]	597	23,5	537 [517; 689]	0,012
5-я	6628	85,3	6872 [6150; 7039]	1842	72,6	1593 [1420; 2024]	0,012
Весь класс	7770	100,0	8525 [7249; 8529]	2537	100,0	2194 [2166; 2555]	0,012

лась 92,3 %, в СВ – 78,5 %, в том числе, по показателям реакций на тяжелый стресс и нарушений адаптации (подгруппа 5.1) – 52,0 и 38,5 % соответственно (см. табл. 4).

Увольняемость. Среднемноголетний уровень увольняемости военнослужащих по призыву в ВМФ по причине невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств (5-я группа) составил $171,5 \cdot 10^{-4}$, среднегодовой – $165,1 [164,5; 195,9] \cdot 10^{-4}$, в СВ – статистически значимо меньше – $76,4 \cdot 10^{-4}$ и $36,6 [33,2; 55,0] \cdot 10^{-4}$ ($p = 0,012$). В среднем ежегодно из каждой 1 тыс. воен-

нослужащих по призыву по причине нозологий 5-й группы V класса по МКБ-10 увольнялись в ВМФ 17 человек, в СВ – 8.

Уровень увольняемости в ВМФ оказался также больше, чем в СВ, в результате всех психических заболеваний в V классе по МКБ-10, в том числе, по причине выраженных реакций на тяжелый стресс и нарушений адаптации (подгруппа 5.1), невротических расстройств (подгруппа 5.6) (см. табл. 5). Наглядно уровни увольняемости по причине психических расстройств изображены на рис. 2.

Таблица 5

Обобщенные показатели увольняемости по причине невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств у военнослужащих по призыву ВМФ и СВ Минобороны России

Группа в V классе	ВМФ			СВ			P ₁₋₂ =
	средне-многолетний уровень, 10 ⁻⁴	% в классе	(1) среднегодовой уровень, Me [Q ₁ ; Q ₃] · 10 ⁻⁴	средне-многолетний уровень, 10 ⁻⁴	% в классе	(2) среднегодовой уровень, Me [Q ₁ ; Q ₃] · 10 ⁻⁴	
5.1	89,5	48,6	85,7 [76,5; 104,8]	39,9	37,2	19,1 [18,5; 29,5]	0,012
5.2	0	0	0	1,3	1,2	0,6 [0,0; 0,7]	
5.3	12,2	6,6	10,7 [7,9; 16,0]	10,7	10,0	5,1 [5,0; 7,6]	
5.4	2,8	1,5	1,9 [1,8; 3,0]	13,2	12,4	6,4 [3,7; 9,6]	
5.5	1,0	0,5	0,3 [0,0; 1,6]	6,5	6,1	4,0 [3,1; 4,1]	0,037
5.6	79,2	43,1	77,6 [76,4; 81,2]	23,3	21,8	12,7 [11,2; 15,0]	0,012
5-я	171,5	93,2	165,1 [164,5; 195,9]	76,4	71,4	36,6 [33,2; 55,0]	0,012
Весь класс	184,0	100,0	172,9 [168,8; 221,2]	107,0	100,0	61,4 [51,3; 69,7]	0,012

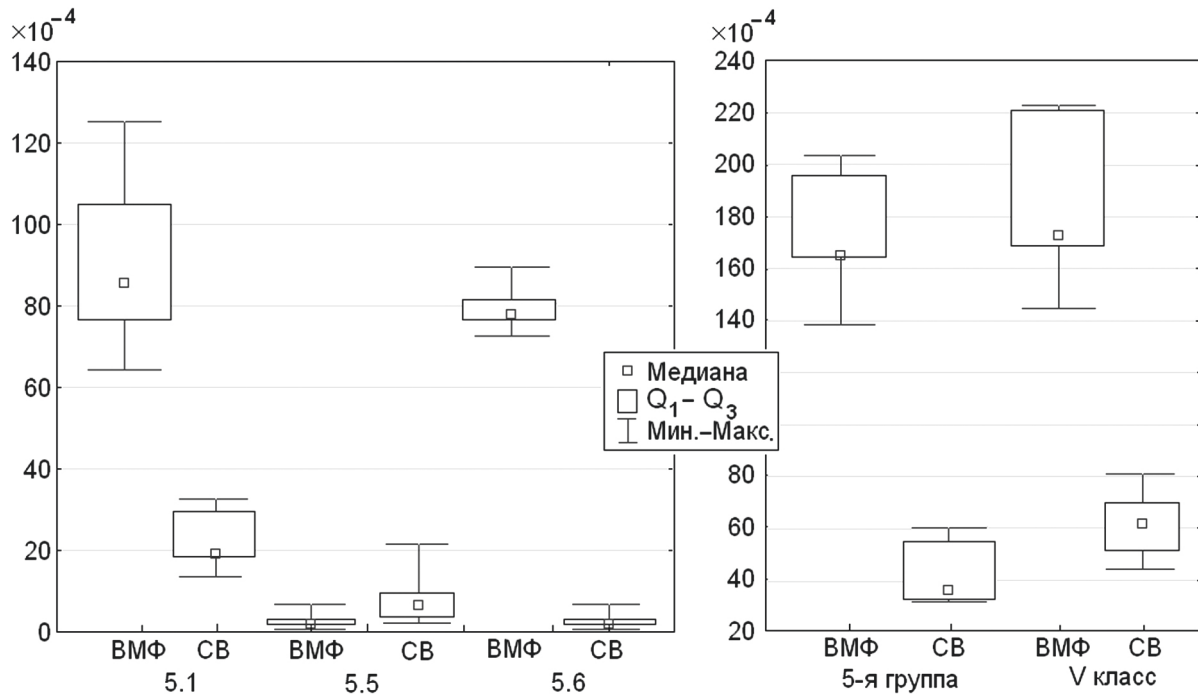


Рис. 2. Среднегодовые уровни увольняемости военнослужащих по призыву в ВМФ и СВ Минобороны России по причине психических расстройств (2017–2021 гг.)

При высоких коэффициентах детерминации полиномиальные тренды уровней увольняемости по причине невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств (5-я группа), реакций на тяжелый стресс и нарушений адаптации (подгруппа 5.1) у военнослужащих по призыву в ВМФ напоминают U-кривые, в СВ – демонстрируют уменьшение данных (см. рис. 3).

Обсуждение. Факторами, влияющими на показатели заболеваемости психическими расстройствами военнослужащих, традиционно считают качество отбора призывников, и различные условия профессиональной деятельности, среди которых традиционно значимые – воздействия неблагоприятных физических (шум, вибрация, гипоксия, недостаток инсоляции и др.), психосоциальные (изоляция

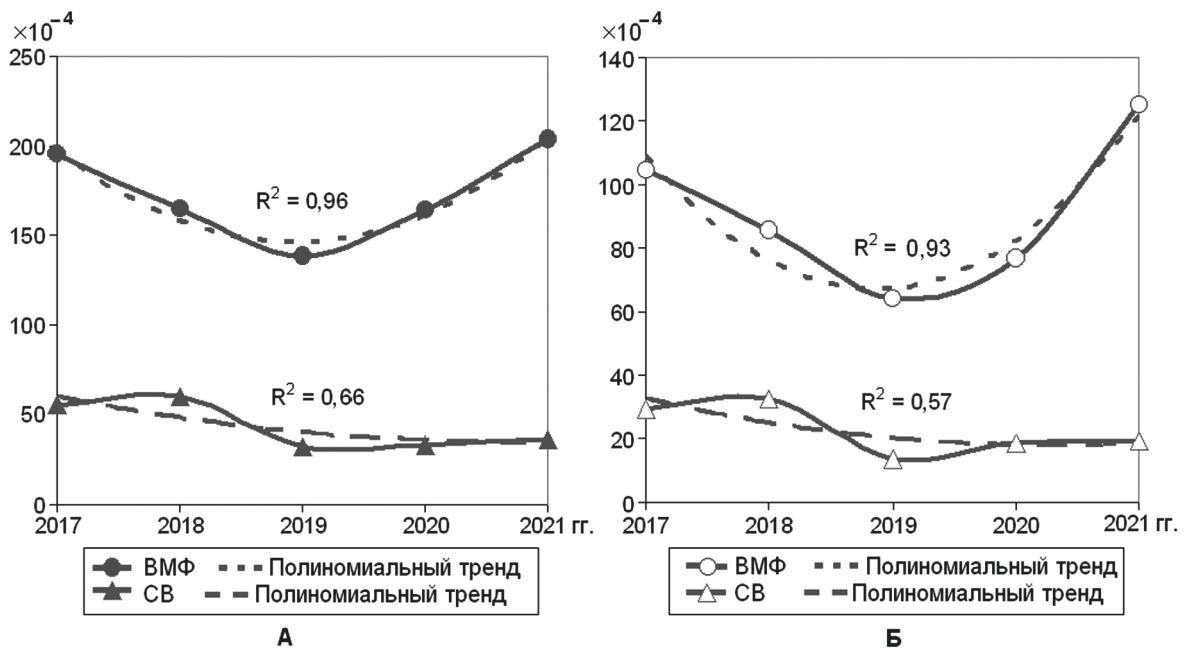


Рис. 3. Уровень увольняемости военнослужащих по призыву по причине невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств (А), реакций на тяжелый стресс и нарушений адаптации (Б)

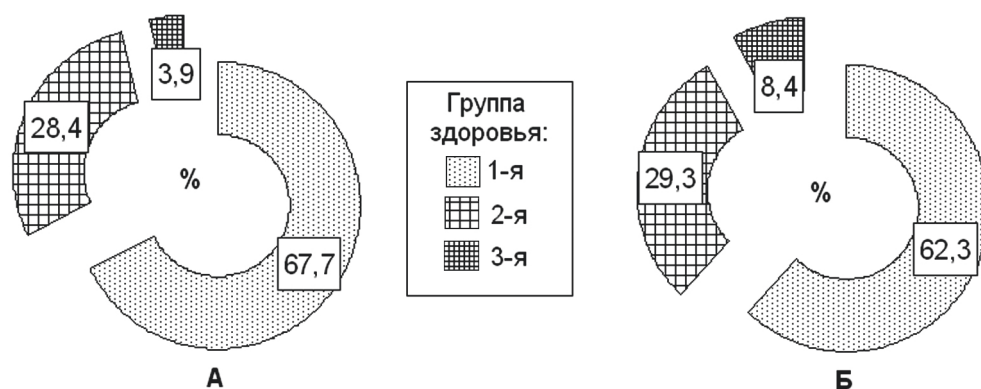


Рис. 4. Распределение по группам здоровья военнослужащих по призыву в ВМФ (А) и СВ (Б) Минобороны России в 2017–2021 гг. (%)

ция в малых воинских коллективах, замкнутые пространства) и другие факторы [6].

Установлено, что около 80 % психических расстройств в структуре психической заболеваемости всех категорий военнослужащих Минобороны России по учетным видам заболеваемости (увольняемости более 90 %) в 2003–2021 гг. отмечалось у военнослужащих, проходящих военную службу по призыву. В значительной степени это было обусловлено недооценкой состояния психического здоровья призывного контингента военно-врачебными комиссиями военкоматов [4, 12].

Следует отметить, что в Постановлении Правительства России от 4 июля 2013 г. № 565 «Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе» представлены жесткие требования к здоровью граждан при первоначальной постановке на воинский учет и призыве на военную службу в подразделения ВМФ России, что предполагает качественное формирование там воинских коллективов и должно приводить к снижению заболеваемости. На рис. 4 показана структура показателей состояния здоровья военнослужащих по призыву в ВМФ и СВ в 2017–2021 гг. (по данным формы 3/МЕД). Оказалось, что у военнослужащих по призыву в ВМФ было статистически достоверно больше лиц с I группой здоровья и меньше – с III группой, чем в СВ ($p < 0,001$ для обеих групп). Эти данные могли способствовать более высокой вероятности развития психических расстройств у военнослужащих по призыву в СВ. На практике оказалось совсем иначе.

Для оценки влияния климатогеографических факторов на эпидемиологические показатели сравнили среднееголетнюю заболеваемость военнослужащих разных флотов с аналогичными показателями среди у военнослужащих, проходящих службу в военных округах СВ Минобороны России с аналогичными условиями. Оказалось, что самая выраженная заболеваемость психическими расстройствами у военнослужащих по призыву Минобороны России на протяжении длительного периода наблюдалась в воинских подразделениях Западного военного округа России, что объясняется, в том числе, большей численностью военнослужащих в данном округе. При этом у военнослужащих по призыву в подразделениях Балтийского флота психические расстройства регистрировались чаще, более чем в 2 раза. Похожая картина наблюдается в Южном военном округе, у военнослужащих Черноморского флота психические расстройства выявляли в 1,2 раза чаще, чем в подразделениях СВ округа. В Восточном военном округе наблюдается обратная картина, среди матросов Тихоокеанского флота заболеваемость психическими расстройствами была в 3 раза меньше, чем у военнослужащих СВ округа. В целом, если оценивать влияние климатогеографических условий на формирование психических расстройств у военнослужащих по призыву, следует отметить, что в ходе анализа выявились парадоксальные различия в уровнях первичной заболеваемости на разных флотах. Так, первичная заболеваемость военнослужащих по

призыву в Западном военном округе кратно превышала аналогичные показатели на Северном, Тихоокеанском и Черноморских флотах, а на Черноморском флоте заболеваемость была незначительно меньше, чем на Северном флоте. Схожие тенденции наблюдались и в ранних эпидемиологических исследованиях [7]. Таким образом, можно сделать вывод, что нельзя изолированно рассматривать климатогеографический фактор как ведущий в формировании психогенных расстройств у военнослужащих по призыву.

Следующие факторы, которые, по мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения, влияют на эпидемиологические показатели, является доступность и качество медицинской помощи. Так, для государства с высокими внутренними валовыми продуктами считается нормой соотношение 1 психиатр и 8,3 койки на 10 тыс. человек населения [8]. По количеству врачей-психиатров в Минобороны России показатель кратно превышает рекомендованную норму в расчете на число военнослужащих (без учета прикрепленных к военномедицинским организациям некоторых контингентов). При этом в военно-медицинских организациях ВМФ и СВ число психиатров составило 5,3 и 2,9, а обеспеченность койками – 14,9 и 9,7 на 10 тыс. военнослужащих соответственно, что свидетельствует о большей доступности психиатрической помощи в ВМФ России. Косвенно этот факт подтверждает то обстоятельство, что ни один военнослужащий по призыву ВМФ России с психическим расстройством не был направлен на консультацию или лечение в лечебные организации Минздрава России, в то время как в СВ доля военнослужащих, проходивших лечение в гражданских психиатрических больницах, достигала 4 %, особенно высоким этот показатель был в Южном и Западном военных округах.

Основной акцент психопрофилактических мероприятий должен быть направлен на повышение качества отбора призывников на военную службу («барьерные функции») военкоматов [13, 14] и психопрофилактические мероприятия в период обучения воен-

нослужащих по призыву в военно-учебных центрах, например, распределение призывного контингента на военно-учетные специальности, исходя из индивидуально-психологических качеств, интегральной стрессоустойчивости [5] и медико-психологического сопровождения [15], что позволит существенно снизить развитие нарушений психической адаптации и, тем самым, повысить качество психического здоровья данной категории военнослужащих.

Заключение

1. Среднемноголетний уровень заболеваемости невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами (5-я группа V класса «Психические расстройства и расстройства поведения» по МКБ-10) в 2017–2021 гг. у военнослужащих по призыву в Военно-морском флоте был статистически достоверно больше, чем в Сухопутных войсках Минобороны России по показателям первичной заболеваемости, госпитализации, дней нетрудоспособности и увольняемости. Динамика сведений по проанализированным видам заболеваемости в Военно-морском флоте демонстрировала U-кривую, в Сухопутных войсках – уменьшение показателей.

2. В профилактике психогенных расстройств у военнослужащих по призыву Минобороны России важное место занимает повышение «барьерных» функций военно-призывных комиссий военкоматов, а также распределение призывного контингента на военно-учетные специальности исходя из индивидуально-психологических качеств и стрессоустойчивости в начальный период обучения в войсках.

3. В комплексе факторов, влияющих на эпидемиологические показатели психических расстройств у военнослужащих по призыву, среди прочих значимыми могут быть здоровье призывного контингента и доступность психиатрической помощи военнослужащим. Полагаем, что выявляемость психических расстройств у военнослужащих по призыву в Военно-морском флоте была лучше, чем в Сухопутных войсках Минобороны России.

Литература

1. Афанасьев В.Н., Юзбашев М.М. Анализ временных рядов и прогнозирование. М. : Финансы и статистика, 2001. 228 с.
2. Евдокимов В.И., Мосягин И.Г., Шамрей В.К. [и др.]. Динамика показателей психического здоровья военнослужащих, проходящих военную службу по призыву в Военно-морском флоте и Сухопутных войсках Минобороны России (2003–2021 гг.): ретроспективное исследование // Морская медицина. 2024. Т. 10, № 4. С. 33–53. DOI: 10.22328/2413-5747-2024-10-4-33-53.
3. Евдокимов В.И., Чернов Д.А. Динамика психических расстройств у военнослужащих по призыву Вооруженных сил Республики Беларусь (2003–2016 гг.) // Вестн. психотерапии. 2018. № 66 (71). С. 48–68.
4. Евдокимов В.И., Шамрей В.К., Сивашенко П.П., Плужник М.С. Многолетняя динамика и структура психической заболеваемости у различных категорий военнослужащих Минобороны России // Вестн. психотерапии. 2024. № 93. С. 6–15. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-93-06-15.
5. Крюков Е.В., Ивченко Е.В., Шамрей В.К. [и др.]. Современные подходы к оценке стрессоустойчивости у военнослужащих // Воен.-мед. журн. 2023. Т. 344, № 7. С. 4–15. DOI: 10.52424/00269050_2023_344_7_4.
6. Крюков Е.В., Шамрей В.К., Марченко А.А. [и др.]. Военная психиатрия в XXI веке : современные проблемы и перспективы развития / под ред. Е.В. Крюкова, В.К. Шамрея. СПб.: СпецЛит, 2022. 367 с.
7. Лобачев А.В. Расстройства адаптации у военнослужащих (клинико-организационные проблемы): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 2021. 45 с.
8. Мировая статистика здравоохранения. 2013 : статистический материал. М., 2014 167 с. (Всемирная организация здравоохранения).
9. Сушильников С.И., Азаров И.И., Яковлев С.В. [и др.]. Показатели состояния здоровья военнослужащих Вооруженных сил Российской Федерации, а также деятельности военно-медицинских подразделений, частей и организаций в 2018 г. / под ред. Д.В. Тришкина ; Гл. воен.-мед. упр. Минобороны России. М., 2019. 195 с.
10. Указания по ведению медицинского учета и отчетности в Вооруженных силах Российской Федерации на мирное время : утв. нач. Гл. воен. мед. упр. Минобороны России. М. : ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, 2001. 40 с.
11. Шамрей В.К., Евдокимов В.И., Григорьев С.Г. [и др.]. Обобщенные показатели психических расстройств у личного состава Вооруженных сил России (2003–2016 гг.) // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. 2017. № 2. С. 50–65. DOI: 10.25016/2541-7487-2017-0-2-50-65.
12. Шамрей В.К., Костюк Т.П., Гончаренко А.Ю. [и др.]. Мониторинг психического здоровья военнослужащих на различных этапах прохождения военной службы // Воен.-мед. журн. 2011. Т. 332, № 6. С. 53–58.
13. Юсупов В.В., Корзунин А.В., Костин Д.В. Сравнительный анализ нервно-психической устойчивости у призывного контингента и военнослужащих на начальном этапе военно-профессиональной адаптации // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. 2014. № 4. С. 95–101.
14. Юсупов В.В., Овчинников Б.В., Корзунин В.А. [и др.]. Современное состояние и перспективы развития медико-психологического сопровождения военнослужащих Вооруженных сил // Воен.-мед. журн. 2016. Т. 337. № 1. С. 22–28.

Поступила 17.04.2025

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

Участие авторов: В.И. Евдокимов – статистический анализ полученных результатов, подготовка иллюстраций, написание первого варианта статьи; С.А. Лобачев – интерпретация результатов, редактирование окончательного варианта статьи; М.С. Плужник – сбор первичных данных, обобщение результатов, перевод реферата, транслитерация списка литературы.

Для цитирования. Евдокимов В.И., Лобачев С.А., Плужник М.С. Сравнительный анализ показателей невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств у военнослужащих, проходящих военную службу по призыву, в Военно-морском флоте и Сухопутных войсках Минобороны России // Вестник психотерапии. 2025. № 94. С. 15–26. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-94-15-26.

V.I. Evdokimov¹, S.A. Lobachev², M.S. Pluzhnik³

Comparative Analysis of Indicators of Neurotic, Stress-Related, and Somatoform Disorders in Conscripted Military Personnel in the Navy and Ground Forces of the Ministry of Defense of Russia

¹ Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (4/2, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia);

² Military unit 88386 (locality 27 km, Monchegorsky district, Murmansk region, 184512, Russia);

³ Kirov Military Medical Academy (6, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia)

✉ Vladimir Ivanovich Evdokimov – Dr. Med. Sci Prof., Principal Research Associate, Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (4/2, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia), ORCID: 0000-0002-0771-2102, e-mail: 9334616@mail.ru;

Svyatoslav Aleksandrovich Lobachev – Head of the medical service of military unit 88386 (locality 27 km., Monchegorsky district, Murmansk region, 184512, Russia), ORCID: 0009-0007-5508-4896, e-mail: lobachev.jr@mail.ru;

Mihail Sergeevich Pluzhnik – cadet, Kirov Military Medical Academy (6, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia), ORCID: 0009-0002-0535-533X, e-mail: pluzhnikms@yandex.ru

Abstract

The intention is to evaluate the dynamics of medical and statistical indicators of morbidity for neurotic, stress-related, and somatoform disorders in conscripted military personnel in the Navy and Ground Forces of the Ministry of Defense of Russia, in order to optimize psycho-prophylactic measures.

Methodology. Due to changes in accounting forms 3/MED since 2017, medical and statistical indicators of morbidity for neurotic, stress-related, and somatoform disorders in Chapter V of diseases, “Mental and behavioral disorders” according to the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), were studied in conscripted military personnel in the Navy and Ground Forces of the Ministry of Defense of Russia over a 5-year period (2017–2021). Morbidity rates were calculated per 10,000 military personnel (10^{-4}), and average long-term and average annual indicators ($M \pm m$) were determined, the development of which was assessed using the analysis of dynamic series and the calculation of a second-order polynomial trend.

Results and analysis. The average annual incidence of neurotic, stress-related, and somatoform disorders among conscripted military personnel in the Navy was statistically significantly higher than in the Ground Forces of the Russian Ministry of Defense in terms of primary morbidity, hospitalization, days of work loss, and discharge. The dynamics of information on the analyzed types of morbidity in the Navy showed a U-curve, in the Ground Forces – a decrease in indicators. Among other factors affecting the epidemiological indicators of mental disorders in conscripted military personnel, the health of the conscription contingent and the availability of psychiatric care for military personnel may be significant. We believe that the detection rate of mental disorders among conscripted military personnel in the Navy was better than in the Ground Forces of the Russian Ministry of Defense.

Conclusion. In the prevention of psychogenic disorders in conscripted military personnel of the Ministry of Defense of Russia, an important role is played by increasing the “barrier” functions of the military draft boards of military commissariats, as well as the distribution of the conscript pool to military occupational specialties based on individual psychological qualities and stress resistance in the initial period of training in the troops.

Keywords: mental disorders, stress, military personnel, conscripts, primary morbidity, hospitalization, lost workdays, discharge rate, Navy, Ground Forces, Ministry of Defense of Russia.

References

1. Afanas'ev V.N., Yuzbashev M.M. Analiz vremennykh ryadov i prognozirovanie [Time Series Analysis and Forecasting]. Moscow. 2015. 320 p. (In Russ.)
2. Evdokimov V.I., Mosyagin I.G., Shamrey V.K. [et al.]. Dinamika pokazatelei psikhicheskogo zdorov'ya voenno-sluzhashchikh, prokhodyashchikh voennuyu sluzhbu po prizyvu v Voennno-morskoy flote i Sukhoputnykh

- voiskakh Minoborony Rossii (2003–2021 gg.) [Dynamics of mental health indicators among conscript soldiers in the Navy and Ground Forces of the Ministry of Defense of Russia (2003–2021)]. *Morskaya meditsina* [Marine medicine]. 2024; 10(4): 33–53. DOI: 10.22328/2413-5747-2024-10-4-33-53. (In Russ.)
3. Evdokimov V.I., Chernov D.A. Dinamika psikhicheskikh rasstroistv u voennosluzhashchikh po prizyvu Vooruzhennykh sil Respubliki Belarus' (2003–2016 gg.) [Dynamics of mental disorders among conscript servicemen of the Armed forces of the Republic of Belarus (2003–2016)]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2018; (66): 48–68. (In Russ.)
 4. Evdokimov V.I., Shamrey V.K., Sivashchenko P.P., Pluzhnik M.S. Mnogoletnyaya dinamika i struktura psikhicheskoi zabolevaemosti u razlichnykh kategorii voennosluzhashchikh Minoborony Rossii [Long-term dynamics and structure of mental disorders in various categories of military personnel of the Russian Ministry of Defense]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2024; (93): 6–15. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-93-06-15. (In Russ.)
 5. Kryukov E.V., Ivchenko E.V., Shamrey V.K. [et al.]. Sovremennye podkhody k otsenke stressoustoichivosti u voennosluzhashchikh [Modern approaches to the assessment of stress resistance in military personnel]. *Voenno-meditsinskii zhurnal* [Military medical journal]. 2023; 344(7): 4–15. DOI: 10.52424/00269050_2023_344_7_4. (In Russ.)
 6. Kryukov E.V., Shamrey V.K., Marchenko A.A. [et al.]. Voennaya psikhiatriya v XXI veke : sovremennye problemy i perspektivy razvitiya [Military Psychiatry in the 21st Century: Contemporary Issues and Development Prospects: monograph]. Eds: E.V. Kryukov, V.K. Shamrey. St. Petersburg. 2022. 367 p. (In Russ.)
 7. Lobachev A.V. Rasstroistva adaptatsii u voennosluzhashchikh (kliniko-organizatsionnye problemy) [Adjustment disorders in military personnel (clinical and organizational problems): Abstract dissertation PhD Med. Sci.]. St. Petersburg. 2021. 45 p. (In Russ.)
 8. Mirovaya statistika zdravookhraneniya. 2013 [World health statistics 2013]. Moscow. 2014. 167 p. (Vsemirnaya organizatsiya zdravookhraneniya [World Health Organization]). (In Russ.)
 9. Sushil'nikov S.I., Azarov I.I., Yakovlev S.V. [et al.]. Pokazateli sostoyaniya zdorov'ya voennosluzhashchikh Vooruzhennykh sil Rossiiskoi Federatsii, a takzhe deyatelnosti voenno-meditsinskikh podrazdelenii, chastei i organizatsii v 2018 g. [Health indicators of military men in the Russian Federation Armed Forces, as well as the activities of military medical units, units and institutions in the 2018]. Ed. D.V. Trishkin. Moscow. 2019. 195 p. (In Russ.)
 10. Ukazaniya po vedeniyu meditsinskogo ucheta i otchetnosti v Vooruzhennykh silakh Rossiiskoi Federatsii na mirnoe vremya [Guidelines for medical record keeping and reporting in the Armed Forces of the Russian Federation during peacetime]. Moscow. 2001. 40 p. (In Russ.)
 11. Shamrey V.K., Evdokimov V.I., Grigor'ev S.G. [et al.]. Obobshchennye pokazateli psikhicheskikh rasstroistv u lichnogo sostava Vooruzhennykh sil Rossii (2003–2016 gg.) [Generic indicators for mental disorders in the military personnel of the Armed forces of Russia (2003–2016)]. *Mediko-biologicheskie i sotsial'no-psikhologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychaynykh situatsiyakh* [Medico-Biological and Socio-Psychological Problems of Safety in Emergency Situations]. 2017; (2): 50–65. DOI: 10.25016/2541-7487-2017-0-2-50-65. (In Russ.)
 12. Shamrey V.K., Kostyuk G.P., Goncharenko A.Yu. [et al.]. Monitoring psikhicheskogo zdorov'ya voennosluzhashchikh na razlichnykh etapakh prokhozhdeniya voennoi sluzhby [Servicemen mental health monitoring in different stages of military service]. *Voenno-meditsinskii zhurnal* [Military medical journal]. 2011; 332(6): 53–58. (In Russ.)
 13. Yusupov V.V., Korzunin A.V., Kostin D.V. Sravnitel'nyi analiz nervno-psikhicheskoi ustoichivosti u prizyvnoho kontingenta i voennosluzhashchikh na nachal'nom etape voenno-professional'noi adaptatsii [Comparative analysis of neuro-psychological resistance in draftees and soldiers at the initial stage of military professional adaptation]. *Mediko-biologicheskie i sotsial'no-psikhologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychaynykh situatsiyakh* [Medico-Biological and Socio-Psychological Problems of Safety in Emergency Situations]. 2014; (4): 95–101. (In Russ.)
 14. Yusupov V.V., Ovchinnikov B.V., Korzunin V.A. [et al.]. Sovremennoe sostoyanie i perspektivy razvitiya mediko-psikhologicheskogo soprovozhdeniya voennosluzhashchikh Vooruzhennykh sil [Modern state and prospects of development of medical-and-psychological support of military servicemen of the Armed forces of the Russian Federation]. *Voenno-meditsinskii zhurnal* [Military medical journal]. 2016; 337(1): 22–28. (In Russ.)

Received 17.04.2025

For citing: Evdokimov V.I., Lobachev S.A., Pluzhnik M.S. Sravnitel'nyi analiz pokazatelei nevroticheskikh, svyazannykh so stressom i somatoformnykh rasstroistv u voennosluzhashchikh, prokhodyashchikh voennuyu sluzhbu po prizyvu, v Voennno-morskom flote i Sukhoputnykh voiskakh Minoborony Rossii. *Vestnik psikhoterapii*. 2025; (94): 15–26. (In Russ.)

Evdokimov V.I., Lobachev S.A., Pluzhnik M.S. Comparative analysis of indicators of neurotic, stress-related, and somatoform disorders in conscripted military personnel in the Navy and Ground Forces of the Ministry of Defense of Russia. *Bulletin of Psychotherapy*. 2025; (94): 15–26. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-94-15-26.

З.А. Еремян¹, М.Р. Оганян², О.Ю. Щелкова¹

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С КОНТРОЛИРУЕМОЙ И НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

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

² Ереванский государственный медицинский университет им. М. Гераци
(Республика Армения, г. Ереван, ул. Корюна, д. 2)

Актуальность. Бронхиальная астма представляет собой одно из наиболее распространенных в мире хронических заболеваний дыхательных путей, и эта проблема имеет существенное значение для общественного здравоохранения. Наряду с клиническими проявлениями, влияющими на физическое состояние больного, астма оказывает значительное воздействие на качество жизни пациентов, что обосновывает необходимость комплексного подхода в оценке и лечении этого заболевания. Проблема контроля бронхиальной астмы, особенно в странах СНГ, остается малоизученной; исследование же взаимосвязи между контролем заболевания и качеством жизни больных необходимо для улучшения клинической практики и разработки индивидуализированных терапевтических подходов.

Цель. Проведение сравнительного анализа качества жизни пациентов с контролируемой и неконтролируемой бронхиальной астмой, а также выявление психодиагностических показателей, наиболее информативных для оценки риска неконтролируемой астмы.

Методология. В исследование были включены 60 пациентов, разделенных на две условные группы – с контролируемой и неконтролируемой астмой. Для оценки качества жизни использовались методики SF-36 и Mini AQLQ, что позволило всесторонне оценить влияние заболевания на физическое, социальное и эмоциональное состояние пациентов. Статистический анализ данных проводился с использованием критериев Манна – Уитни и бинарного логистического регрессионного анализа.

Объект и предмет исследования. Объектом исследования стали пациенты с бронхиальной астмой, предметом – качество их жизни в контексте контроля заболевания.

Результаты и их анализ. Исследование показало статистически значимые различия в качестве жизни пациентов с контролируемой и неконтролируемой астмой. Пациенты с контролируемой астмой продемонстрировали более высокие показатели по всем аспектам качества жизни, включая физическое функционирование, ролевое функционирование, эмоциональное благополучие и социальное взаимодействие. Результаты исследования согласуются с рядом работ, подтверждающих значимость контроля астмы для улучшения качества жизни пациента.

✉ Еремян Заруи Араевна – выпускница основной образоват. программы подготовки науч.-пед. кадров в аспирантуре по клинической психологии, С.-Петерб. гос. ун-т (Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7–9), e-mail: yeremyanz@gmail.com, ORCID: 0000-0002-0360-8877;

Оганян Марина Рудольфовна – канд. мед. наук, доц. каф. семейной медицины, Ереванский гос. мед. ун-т им. М. Гераци (Республика Армения, 0025, г. Ереван, ул. Корюна, д. 2), Президент Академического общества семейной медицины, e-mail: ohanmaga@mail.ru, ORCID: 0009-0007-4413-4990;

Щелкова Ольга Юрьевна – д-р психол. наук проф., проф. и зав. каф. мед. психологии и психофизиологии, С.-Петерб. гос. ун-т (Россия, 199034, г. Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7–9), e-mail: o.shhelkova@spbu.ru, ORCID: 0000-0001-9444-4742

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости комплексного подхода к оценке и лечению бронхиальной астмы, включающего не только медикаментозное вмешательство, но и учет эмоционального состояния и социального функционирования пациентов. Внедрение индивидуализированных терапевтических подходов, направленных на улучшение качества жизни, может существенно повысить эффективность лечения и предотвратить ухудшение состояния больных. Рекомендуется дальнейшее исследование взаимосвязи между контролируемостью заболевания и психологическими аспектами жизни пациентов с бронхиальной астмой для оптимизации клинической практики.

Ключевые слова: бронхиальная астма, качество жизни, контролируемая астма, неконтролируемая астма.

Введение

В современной медицинской науке бронхиальная астма (далее – БА) (код по МКБ-11: SA23, по МКБ-10: J45) рассматривается как одно из наиболее распространенных хронических заболеваний дыхательных путей, представляющее собой значительную проблему для общественного здравоохранения [23]. Согласно эпидемиологическим данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в 2019 году prevalence БА достигла отметки в 262 млн человек [12]; согласно прогнозам, ожидается ее увеличение до 362 млн. к 2025 году [9], что делает это заболевание важнейшим объектом медико-социального изучения. Согласно последним рекомендациям «Глобальной инициативы по бронхиальной астме», БА – это «гетерогенное заболевание, характеризующееся хроническим воспалением дыхательных путей. Она определяется наличием в анамнезе респираторных симптомов, таких как свистящие хрипы, одышка, заложенность в груди и кашель, которые варьируют по времени и интенсивности и проявляются вместе с вариабельной обструкцией дыхательных путей» [14].

Указанные клинические признаки и симптомы, а также изменчивость и нестабильность их проявлений оказывают существенное влияние на качество жизни пациентов, связанное со здоровьем (КЖЗ), ограничивая их повседневную активность и психосоциальное функционирование. Эксперты Национального института здравоохранения подчеркивают, что оценка восприятия пациентами влияния болезни на их КЖЗ остается важной проблемой [24], которая особенно актуальна и сегодня. Следует отметить, что КЖЗ представляет собой

многокомпонентное понятие, включающее физическое, психологическое и социальное влияние болезни на повседневное функционирование пациента, основанное на его субъективном восприятии [3–5, 7]. Учитывая влияние БА на КЖЗ пациентов, а также возрастающую prevalence БА, современная клиническая практика сосредоточивается на разработке и применении терапевтических стратегий, нацеленных на индивидуализированный контроль над заболеванием [9, 14]. В этом контексте контролируемая астма определяется как состояние, при котором симптомы заболевания минимальны или отсутствуют благодаря надлежащему лечению [13] и выполнению пациентом рекомендаций врача.

Несмотря на остроту проблемы и признание значимости контроля БА, в современном научном дискурсе недостаточно исследований, посвященных анализу связи между уровнем контроля БА и качеством жизни пациентов, особенно в странах СНГ. В связи с выявленной актуальностью проблематики настоящее исследование направлено на пополнение эмпирической базы данных с акцентированием связи между контролируемостью БА и КЖЗ и выявление наиболее диагностически информативных характеристик качества жизни (психодиагностических показателей методик данного исследования) в отношении риска неконтролируемой БА.

Исходя из вышеизложенного, целью настоящего исследования являлось проведение сравнительного анализа основных особенностей качества жизни больных контролируемой и неконтролируемой БА, включая объективные ограничения функциональных возможностей пациента, связанные с болезнью.

нью, и субъективную удовлетворенность психологическим и социальным функционированием. Данное исследование может способствовать углублению знаний в указанной области и созданию предпосылок для оптимизации терапевтических стратегий.

Материал и методы

Общее количество респондентов, принявших участие в исследовании, составило 60 человек: 30 – с контролируемой БА и 30 – с неконтролируемой БА. Исследование проводилось в поликлиниках и больницах г. Ереван, Армении при поддержке НПО «Академическое общество семейной медицины». Классификация пациентов по контролируемости/неконтролируемости БА проводилась на основе критериев GINA [13] с соответствующей оценкой лечащих врачей вышеназванных медицинских учреждений. Критерии включения: наличие диагноза «бронхиальная астма» (БА) не менее шести месяцев, свободное владение русским языком, возраст от 27 лет. Исключались респонденты с сопутствующими заболеваниями дыхательной системы (туберкулез, ХОБЛ и др.), с признаками тяжелой психической патологии, а также с хронической или острой соматической патологией. Процедура исследования соответствовала этическим стандартам. Среди обследованных больных было 23 мужчины и 37 женщин. Из них в группе с контролируемой БА – 13 муж-

чин и 17 женщин, в группе с неконтролируемой БА – 10 мужчин и 20 женщин. Средний возраст респондентов составил 44 года ($M = 44,06$; $\sigma = 7,12$).

В рамках психометрической оценки использовались психодиагностические инструменты, ориентированные на изучение психологического статуса пациентов, соответствующие цели исследования. В частности, была применена «Краткая шкала для оценки качества жизни» (Short Form 36 Health Survey, далее – SF-36; лицензионный номер 42 QM036312) [22], общепринятый метод оценки качества жизни в медицинских и психологических исследованиях [2]. Также использовался широко применяемый специализированный «Краткий опросник по качеству жизни больных бронхиальной астмой» (Mini Asthma Quality of Life Questionnaire, далее – Mini AQLQ), разработанный Элизабет Джунипер из QOL Technologies Limited, продемонстрировавший высокие психометрические показатели, включая надежность ($ICC = 0,83$), валидность и чувствительность ($p = 0,0007$) [15]. Русскоязычная версия опросника была получена от автора инструмента Э. Джунипер, которая предоставила ее по запросу исследовательской группы, отправив материалы из Великобритании.

Обработка данных осуществлялась с помощью программ IBM SPSS Statistics 26.0 и Microsoft Office Excel 2016; использовались критерий Манна–Уитни и бинарный логистический регрессионный анализ.

Таблица 1

Результаты сравнительного анализа показателей методики SF-36 у пациентов с контролируемой и неконтролируемой БА

Шкалы методики SF-36	Контролируемая БА			Неконтролируемая БА			p
	Me	M	Σ	Me	M	Σ	
Физическое функционирование	70	70,17	10,86	52,5	53,50	15,75	,000
Роль в функционировании	75	65,00	19,25	50	45,00	26,58	,002
Боль	64	63,80	12,96	61	54,97	20,68	,089
Общее здоровье	46	49,07	13,19	42	40,07	20,69	,075
Жизненная энергия	55	58,67	15,80	45	48,33	22,02	,056
Социальное функционирование	62,5	62,50	13,53	50	48,75	24,20	,048
Эмоциональные проблемы	66,6	55,50	20,21	33,3	43,29	24,98	,034
Ментальное здоровье	54	55,73	13,36	48	47,20	21,53	,044

Результаты исследования

Изучены характеристики качества жизни, связанного с общим состоянием здоровья исследуемых больных БА. Статистическое сравнение между группами проводилось с использованием непараметрического критерия Манна – Уитни. Значение U критерия Манна – Уитни и уровень значимости (p-value) приведены для каждой шкалы.

Полученные результаты демонстрируют статистически значимые различия между группами по нескольким параметрам.

Из таблицы видно, что шкала физического функционирования (PF) показала статистически значимое различие ($p < 0,001$) между группами пациентов с контролируемой и неконтролируемой астмой. Пациенты с контролируемой БА имеют более высокий показатель PF, чем пациенты с неконтролируемой БА. Это указывает на то, что пациенты с контролируемой астмой могут в большей степени сохранить свои физические способности и активность по сравнению с пациентами, у которых астма не контролируется.

Шкала ролевого функционирования, связанного с физическим здоровьем (RP), также продемонстрировала статистически значимое различие между двумя группами ($p = 0,002$). Данные говорят о более высоком уровне удовлетворенности пациентов с контролируемой БА своей способностью выполнять повседневные жизненные задачи, связанные с физической активностью.

Шкалы социального функционирования (SF) и эмоциональных проблем (RE), связанных с физическим здоровьем, также по-

казывают статистически значимые различия между двумя группами ($p = 0,048$ и $p = 0,034$ соответственно). В обоих случаях пациенты с контролируемой БА имели более высокие медианы и средние значения, что указывает на лучшее социальное взаимодействие и меньшую степень ограничений, вызванных эмоциональными проблемами, у пациентов с контролируемой БА.

Шкала ментального здоровья (MH) также показала статистически значимое различие между группами ($p = 0,044$), продемонстрировав лучшее общее психическое состояние пациентов с контролируемой БА по сравнению с пациентами с неконтролируемой БА.

В табл. 2 представлены статистические показатели разных параметров качества жизни по методике «Краткий опросник по качеству жизни больных бронхиальной астмой» (Mini AQLQ).

Как видно из таблицы, выявлены статистически значимые различия между группами по всем параметрам, кроме параметра «Окружающая среда». Рассмотрим каждый из показателей в отдельности.

Симптомы: обнаружено статистически значимое различие между группами, с более высокой медианой в группе с контролируемой астмой по сравнению с группой с неконтролируемой астмой. Это объясняется тем, что пациенты с контролируемой БА данной выборки испытывают меньше беспокойства или неудобств от симптомов астмы.

Ограничение активности: группа с контролируемой астмой показала более высокие показатели по сравнению с группой с некон-

Таблица 2

Результаты сравнительного анализа показателей методики Mini AQLQ у пациентов с контролируемой и неконтролируемой БА

Шкалы методики AQLQ	Контролируемая БА			Неконтролируемая БА			Критерий Манна–Уитни U	P
	Me	M	Σ	Me	M	Σ		
Симптомы	4,9	4,54	1,37	4	3,84	1,28	313	,042
Ограничение активности	5	4,89	1,35	4,13	4,23	1,29	303	,030
Эмоциональная сфера	5	4,93	1,07	4,33	4,31	1,17	309	,036
Окружающая среда	4,66	4,77	,81	4,5	4,23	1,27	349	,135
Общее КЖЗ	4,80	4,78	,76	4,11	4,15	,75	237	,002

Таблица 3

Модель регрессионной зависимости

Включенные переменные (психодиагностические показатели)	Коэффициент Бета	Уровень значимости	Эксп. (В)
SF-36 «Физическое функционирование» (PF)	-,228	,001	,796
SF-36 «Общее здоровье» (GH)	,120	,009	1,127
R^2 Нэйджелкерка = ,517			

тролируемой астмой. Это указывает на то, что пациенты с контролируемой БА испытывают меньше ограничений в своей ежедневной активности из-за астмы, т.к. симптомы меньше их беспокоят и обострение можно предупредить.

Эмоциональная сфера: также выявлено статистически значимое различие с более высокими показателями в группе с контролируемой астмой по сравнению с группой с неконтролируемой астмой, указывающее на меньшую выраженность тревожных и иных эмоциональных переживаний, связанных с астмой.

Общее КЖЗ: общий показатель AQLQ значимо выше в группе с контролируемой астмой по сравнению с группой с неконтролируемой астмой, что указывает на более высокое общее качество жизни у пациентов с контролируемой бронхиальной астмой.

Таким образом, результаты проведенного анализа указывают на статистически значимо более высокие показатели (по всем параметрам, кроме окружающей среды, а именно: симптомы, ограничения активности, эмоциональная сфера, общее КЖЗ) у пациентов с контролируемой БА по сравнению с пациентами с неконтролируемой БА.

В связи с тем, что результаты сравнительного анализа показали, что контролируемость БА связана с рядом психодиагностических показателей, проведен бинарный логистический регрессионный анализ (табл. 3) для выявления наиболее диагностически информативных характеристик качества жизни (психодиагностических показателей методик) в отношении риска неконтролируемой БА. В качестве наиболее информативной была выбрана модель, включающая два предиктора (переменных). Эти предикторы представлены в табл. 3.

Как видно из табл. 3, с улучшением физического состояния вероятность неконтролируемой астмы уменьшается, а с улучшением общего здоровья (при увеличении баллов SF-36) вероятность неконтролируемой астмы увеличивается. Модель объясняет около 51,7% вариации неконтролируемости астмы, а константа в этой модели равна 9,011.

Логистическая регрессионная модель прогнозирования уровня контроля БА по вышеописанным показателям может быть представлена следующей формулой:

$$P = 1 / (1 + \exp [-(9.011 - 0.228 * SF36 \text{ "PF"} + 0.120 * SF36 \text{ "GH"})])$$

где P – предсказанная вероятность неконтролируемой астмы, SF-36 PF, SF-36 GH – независимые переменные «физическое функционирование» и «общее здоровье» соответственно, значения которых влияют на вероятность P.

Таким образом, результаты проведенного логистического регрессионного анализа демонстрируют, что психодиагностические показатели, представленные в табл. 3, в наибольшей степени объясняют вариативность зависимой переменной (контроль БА).

Обсуждение результатов

По данным настоящего исследования, среди респондентов большинство – женщины, что соответствует данным других исследований [8]. Кроме того, так же, как и в других исследованиях, в настоящем исследовании выявлено, что неконтролируемая БА чаще встречается среди женщин, чем среди мужчин [19, 20].

Исследователями выявлено, что жизненное благополучие пациентов не может быть выведено из клинических результатов и должно измеряться и интерпретироваться

независимо [16]. В настоящем исследовании использовались шкалы методик SF-36 и Mini AQLQ для независимой оценки КЖЗ. В рамках данной научной работы выявлены статистически значимые различия между группами пациентов с контролируемой и неконтролируемой БА по большинству шкал указанных методик. В целом, пациенты с контролируемой астмой имели лучшее КЖ по сравнению с пациентами с неконтролируемой астмой. Сравнение полученных данных с другими исследованиями подтверждает и дополняет эти выводы. Полученные авторами результаты во многом согласуются с предыдущими исследованиями, в которых также выявлены более высокие показатели КЖ у пациентов с контролируемой астмой [1, 21]. Кроме того, настоящее исследование соотносится с результатами научной статьи, в которой подчеркивается многофакторное воздействие БА на качество жизни пациентов, включая социальные, эмоциональные, физические и профессиональные сферы деятельности, что предоставляет дополнительные доказательства важности контроля БА [18].

Анализ результатов применения методики SF-36 убедительно свидетельствует о том, что пациенты с контролируемой БА значительно лучше оценивают отдельные аспекты качества жизни, чем пациенты с неконтролируемой БА. Так, показатели физического функционирования у пациентов с контролируемой астмой значительно превышают те же показатели группы пациентов с неконтролируемой астмой, предположительно благодаря тому, что эффективный контроль астмы помогает поддерживать более высокую степень физической активности и предотвращает ограничения, которые могут быть вызваны астматическими приступами или хронической диспнэ. Ролевое функционирование (то есть выполнение своих обычных ролевых обязанностей в основных сферах жизни: семейной, профессиональной, дружеской и др.), связанное с физическим состоянием, у пациентов с контролируемой астмой также статистически значимо выше, чем у пациентов с неконтролируемой астмой. Это, возможно, обусловлено тем, что при неконтролируемой

астме физические ограничения могут воздействовать на способность пациента выполнять свои ролевые функции в повседневной жизни. Показатели социального функционирования также статистически значимо выше у пациентов с контролируемой БА, что может отражать меньшее влияние астмы на социальные аспекты жизни больных и межличностное взаимодействие. Обнаружены также статистически значимые различия, с более высокими значениями у пациентов с контролируемой астмой, по показателям эмоционального благополучия и в целом ментального здоровья. Это говорит о том, что у пациентов, у которых астма контролируется, социальное взаимодействие и эмоциональное здоровье в меньшей степени подвержены негативному влиянию болезни.

Анализ статистических данных также показал, что пациенты с контролируемой бронхиальной астмой имеют более высокие показатели по Mini AQLQ по сравнению с пациентами, у которых астма не контролируется. Так, эти результаты совпадают с результатами исследования Н.Г. Астафьевой, в котором выявлено, что бремя астмы более значимо при отсутствии контроля по шкалам симптомов, ограничения повседневной активности и эмоций [1]. Основываясь на полученных данных, можно предположить, что у пациентов с контролируемой астмой такие симптомы, как одышка, кашель и свистящее дыхание, скорее всего, лучше контролируются. Это может позволять им вести более активный образ жизни, что отражается в высоких баллах по шкалам физического функционирования и ролевого функционирования, связанного с физическим здоровьем. Выявлена также значительная разница в показателях «эмоционального функционирования». Возможное объяснение этого состоит в особенностях неконтролируемой астмы. Постоянная тревога о внезапных вспышках, социальное «смущение» из-за обострения симптомов астмы или даже беспокойство о долгосрочных последствиях своего состояния могут способствовать худшим оценкам эмоционального состояния у пациентов с неконтролируемой астмой. В многолетнем ди-

намическом исследовании больных БА легкой и средней степени тяжести было выявлено, что при низкой кооперативности возникало снижение показателей специфического КЖЗ (по AQLQ), что, в свою очередь, препятствуя контролю заболевания, формировало негативный эмоциональный фон и деструктивные формы поведения [6]. Общие показатели AQLQ значительно выше у пациентов с контролируемой астмой, что указывает на более высокое качество жизни у этих лиц. Это согласуется с другими исследованиями [10, 11, 17], выявившими, что КЖЗ больных с контролируемой БА статистически значимо выше, чем у больных с неконтролируемой БА.

Результаты проведенного регрессионного анализа говорят о том, что показатели «физическое функционирование» (SF-36 PF) и «общее здоровье» (SF-36 GH) методики SF-36 оказывают значительное влияние на контролируемость астмы. В данном случае улучшение физического состояния пациента (SF-36 PF) снижает вероятность неконтролируемой астмы, в то время как улучшение общего здоровья (SF-36 GH) увеличивает эту вероятность. Этот неожиданный результат может быть связан с тем, что при улучшении общего здоровья пациенты становятся менее предусмотрительными, что может привести к большему контакту с аллергенами, «неправильному поведению» относительно здорового образа жизни и, как следствие, повышению риска астматических приступов. Этот аспект требует дальнейшего исследования.

Таким образом, проведенный анализ подтверждает значимость комплексного подхода к контролю астмы, включающего не только медикаментозное лечение, но и учет психологического состояния пациентов, а также качества их жизни.

Заключение

В настоящем исследовании выявлены значимые различия качества жизни больных с контролируемой и неконтролируемой БА. Пациенты, страдающие неконтролируемой БА, демонстрировали более низкие показатели по всем изучаемым аспектам качества жизни. Особенно это отражалось на показателях, относящихся к физическому функционированию, ролевому функционированию, связанному с физическим здоровьем, и эмоциональному здоровью.

Выявлены также значимые различия в качестве жизни пациентов с контролируемой и неконтролируемой БА, относящиеся к субъективному восприятию выраженности симптомов астмы: больные с контролируемой БА имеют более высокие показатели по качеству жизни в различных аспектах, включая жизненную активность, эмоциональное благополучие и общее качество жизни, связанное со здоровьем. Наиболее информативными психологическими показателями в отношении риска неконтролируемой БА являются физическое функционирование и общее здоровье (методика SF-36).

Полученные в ходе исследования данные могут способствовать разработке индивидуализированных подходов к лечению и поддержке пациентов с БА, основанных не только на контроле симптомов болезни, но и на улучшении психоэмоционального состояния и качества жизни пациентов. Перспективы исследования связаны с изучением взаимосвязи индивидуально-психологических характеристик (особенностей личности, ее ценностно-смысловой сферы, механизмов адаптации личности к болезни и др.) с качеством жизни пациентов с контролируемой и неконтролируемой БА.

Литература

1. Астафьева Н.Г., Кобзев Д.Ю., Стрилец Г.Н. [и др.]. Психологические дисфункции у женщин с бронхиальной астмой // Бюллетень сибирской медицины. 2017. Т. 16, № 2. С. 71–86. DOI: 10.20538/1682-0363-2017-2-71-86.
2. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. Медицинская психодиагностика: Теория, практика, обучение. М.: Изд. центр «Академия», 2004. 736 с.
3. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике: научно-практическое руководство. СПб.: Речь, 2011. 271 с.
4. Еремян З.А., Щелкова О.Ю. История становления и развития концепции качества жизни в медицине // Психология. Психофизиология. 2022. Т. 15, № 1. С. 37–49. DOI: 10.14529/jpps220104.
5. Новик Т.И., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. М.: РАЕН, 2012. 528 с.

6. Перельман Н.Л., Колосов В.П. Многолетняя динамика качества жизни, связанного со здоровьем, у больных бронхиальной астмой // Пульмонология. 2018. Т. 28, № 6. С. 708–714. DOI: 10.18093/0869-0189-2018-28-6-708-714.
7. Bakas T., McLennon S.M., Carpenter J.S. [et al.]. Systematic review of health-related quality of life models // *Health Qual. Life Outcomes*. 2012. Vol. 10, N 134. Pp. 1–12. DOI: 10.1186/1477-7525-10-134.
8. Bisgaard H., Szeftel S. Prevalence of asthma-like symptoms in young children // *Pediatric Pulmonology*. 2007. Vol. 42. Pp. 723–728. DOI: 10.1002/ppul.20644/
9. Bousquet J., Clark T.J., Hurd S. [et al.]. GINA guidelines on asthma and beyond // *Allergy*. 2007. Vol. 62(2). Pp. 102–112. DOI: 10.1111/j.1398-9995.2006.01305.x.
10. Chen H., Gould M.K., Blanc P.D. [et al.]. Asthma control, severity, and quality of life: quantifying the effect of uncontrolled disease // *J. Allergy Clin. Immunol.* 2007. Vol. 120(2). Pp. 396–402. DOI: 10.1016/j.jaci.2007.04.040.
11. de Sousa J.C., Pina A., Cruz A.M. [et al.]. Asthma control, quality of life, and the role of patient enablement: a cross-sectional observational study // *Primary Care Respiratory Journal*. 2013. Vol. 22(2). Pp. 181–187. DOI: 10.4104/pcrj.2013.00037.
12. Global Burden of 369 Diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the global burden of disease study 2019 // *Lancet*. 2020. Vol. 396, N 10258. Pp. 1204–1222. URL: <https://www.thelancet.com/gbd/summaries> (дата обращения: 15.06.2023).
13. Global initiative for asthma. Global strategy for asthma management and prevention, 2020: [Электронный ресурс]. URL: https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2020/06/GINA-2020-report_20_06_04-1-wms.pdf (дата обращения: 15.06.2023).
14. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2023. Updated July 2023: [Электронный ресурс]. URL: www.ginasthma.org. (дата обращения: 15.06.2023).
15. Juniper E.F., Guyatt G.H., Cox F.M. [et al.]. Development and validation of the mini asthma quality of life questionnaire // *European Respiratory Journal*. 1999. Vol. 14. Pp. 32–38. DOI: 10.1034/j.1399-3003.1999.14a08.x.
16. Juniper E.F., Wisniewski M.E., Cox F.M. [et al.]. Relationship between quality of life and clinical status in asthma: a factor analysis // *European Respiratory Journal*. 2004. Vol. 23(2). Pp. 287–291. DOI: 10.1183/09031936.04.00064204.
17. Kampe M., Lisspers K., Stallberg B. [et al.]. Determinants of uncontrolled asthma in a swedish asthma population: cross-sectional observational study // *European Clinical Respiratory Journal*. 2014. Vol. 1(1). Pp. 1–9. DOI: 10.3402/ecrj.v1.24109.
18. Kharaba Z., Feghali E., El Hussein F. [et al.]. An Assessment of Quality of Life in Patients with Asthma Through Physical, Emotional, Social, and Occupational Aspects. A Cross-Sectional Study // *Frontiers in Public Health*. 2022. Vol. 10. Pp. 1–8. DOI: 10.3389/fpubh.2022.883784.
19. Kynk J.A., Mastronarde J.G., McCallister J.W. Asthma, the sex difference // *Current Opinion in Pulmonary Medicine*. 2011. Vol. 17. Pp. 6–11. DOI: 10.1097/MCP.0b013e3283410038.
20. Lisspers K., Stallberg B., Janson C. [et al.]. Sex-Differences in quality of life and asthma control in swedish asthma patients // *The Journal Of Asthma: Official Journal of the Association for the Care of Asthma*. 2013. Vol. 50(10). Pp. 1090–1095. DOI: 10.3109/02770903.2013.834502.
21. Lomper K., Chudiak A., Uchmanowicz I. [et al.]. Effects of depression and anxiety on asthma-related quality of life // *Pneumologia i Alergologia Polska*. 2016. Vol. 84. Pp. 212–221. DOI: 10.5603/PiAP.2016.0026.
22. User's Manual for the SF-36v2 Health Survey / Ed. by M.E. Maruish. Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated, 2011. 330 p.
23. Wang Z., Li Y., Gao Y. [et al.]. Global, regional, and national burden of asthma and its attributable risk factors from 1990 to 2019: a systematic analysis for the global burden of disease study 2019 // *Respir. Res*. 2023. Vol. 24, N 169. Pp. 1–13. DOI: 10.1186/s12931-023-02475-6.
24. Wilson S. R., Rand C. S., Cabana M. D. [et al.]. Asthma outcomes: quality of life // *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2012. Vol. 129(30). Pp. 88–123. DOI: 10.1016/j.jaci.2011.12.988.

Поступила 18.01.2025

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

Участие авторов: З.А. Еремян – анализ литературы по теме исследования, сбор и статистическая обработка эмпирического материала, анализ результатов, написание текста статьи; М.Р. Оганян – разработка методологии исследования, организация эмпирического исследования, анализ результатов, редактирование текста статьи; О.Ю. Щелкова – научное руководство проектом, разработка методологии и программы исследования, редактирование текста статьи.

Для цитирования. Еремян З.А., Оганян М.Р., Щелкова О.Ю. Качество жизни больных с контролируемой и неконтролируемой бронхиальной астмой // *Вестник психотерапии*. 2025. № 94. С. 27–37. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-94-27-37

Z.A. Yeremyan¹, M.R. Ohanyan², O.Yu. Shchelkova¹

Quality of Life in Patients with Controlled and Uncontrolled Bronchial Asthma

¹ Saint Petersburg State University (7–9, Universitetskaya Emb., St. Petersburg, Russia);² Yerevan State Medical University named after Mkhitar Heratsi
(2, Koryun Str., Yerevan, Armenia)

✉ Zaruhi Araevna Yeremyan – graduate student in the PhD programme, Saint Petersburg State University (7–9, Universitetskaya Emb., St. Petersburg, 199034, Russia), e-mail: yeremyanz@gmail.com, ORCID: 0000-0002-0360-8877;

Marina Rudolfovna Ohanyan – Dr. Med. Sci., Associate Prof. of the Department of Family Medicine, Yerevan State Medical University named after M. Heratsi (2, Koryun Str., Yerevan, Armenia), President of the Family Medicine Academic Society, e-mail: ohanmara@mail.ru, ORCID: 0009-0007-4413-4990;

Olga Yurievna Shchelkova – Dr. Psychol. Sci. Prof., Prof. and acting head of the Department of Medical psychology and psychophysiology, Saint Petersburg State University (7–9, Universitetskaya Emb., St. Petersburg, 199034, Russia), e-mail: o.shhelkova@spbu.ru, ORCID: 0000-0001-9444-4742

Abstract

Relevance. Bronchial asthma is one of the most prevalent chronic respiratory diseases worldwide, posing a significant public health concern. Along with the clinical manifestations that have an influence on physical well-being, asthma also has a substantial impact on patients' quality of life, thereby necessitating a comprehensive approach to its assessment and treatment. The issue of asthma control, particularly in the post-Soviet states, remains insufficiently studied. Investigating the relationship between disease control and the quality of life of patients is necessary to improve clinical practice and develop individualized therapeutic approaches.

Intention. To conduct a comparative analysis of the quality of life in patients with controlled and uncontrolled bronchial asthma, as well as to identify the most informative psychodiagnostic indicators for assessing the risk of uncontrolled asthma.

Methodology. The study was conducted in medical institutions in Yerevan from 2022 to 2024. Sixty patients were included in the study, divided into two groups: those with controlled asthma and those with uncontrolled asthma. Quality of life was assessed using the SF-36 and Mini AQLQ questionnaires, which enabled a comprehensive evaluation of the disease's impact on patients' physical, social, and emotional well-being. Statistical data analysis was performed using the Mann-Whitney test and binary logistic regression analysis.

Results and Analysis. The study revealed statistically significant differences in the quality of life of patients with controlled and uncontrolled asthma. Patients with controlled asthma demonstrated higher scores across all domains of quality of life, including physical functioning, role functioning, emotional well-being, and social interaction. These findings are consistent with prior research emphasizing the importance of asthma control in improving patient quality of life. The analysis showed that improvement in physical condition was associated with a lower likelihood of uncontrolled asthma, while improvement in general health was associated with an increased likelihood of uncontrolled asthma.

Conclusion. The obtained results emphasize the need for a comprehensive approach to the treatment of bronchial asthma, which includes not only pharmacological intervention but also consideration of patients' psycho-emotional state. The implementation of individualized therapeutic strategies aimed at improving quality of life can significantly enhance treatment effectiveness and prevent the deterioration of patients' condition. Further research into the relationship between disease control and the psychological aspects of life in patients with bronchial asthma is recommended to optimize clinical practice.

Keywords: bronchial asthma, quality of life, controlled asthma, uncontrolled asthma.

References

1. Astaf'eva N.G., Kobzev D.Yu., Strilets G.N. [et al.]. Psikhologicheskie disfunktsii u zhenshchin s bronkhial'noi astmoi [Psychological dysfunctions in women with bronchial asthma]. *Byulleten' sibirskoi meditsiny* [Bulletin of Siberian Medicine]. 2017; 16(2): 71–86. DOI: 10.20538/1682-0363-2017-2-71-86 (In Russ.)
2. Vasserman L.I., Shchelkova O.Yu. Meditsinskaya psikhodiagnostika: Teoriya, praktika, obuchenie [Medical psychodiagnostics: theory, practice, training]. Moscow, 2004. 736 p. (In Russ.)
3. Vasserman L.I., Trifonova E.A., Shchelkova O.Yu. Psikhologicheskaya diagnostika i korrektsiya v somaticheskoi klinike: nauchno-prakticheskoe rukovodstvo [Psychological diagnostics and correction in a somatic clinic: scientific and practical guide]. Sankt-Peterburg, 2011. 271 p. (In Russ.)
4. Eremyan Z.A., Shchelkova O.Yu. Istoriya stanovleniya i razvitiya kontseptsii kachestva zhizni v meditsine [The concept of quality of life in medicine]. *Psikhologiya. Psikhofiziologiya* [Psychology. Psychophysiology]. 2022; 15(1): 37–49. DOI: 10.14529/jpps220104 (In Russ.)
5. Novik T.I., Ionova T.I. Rukovodstvo po issledovaniyu kachestva zhizni v meditsine. Moscow, 2012. 528 p. (In Russ.)
6. Pereľman N.L., Kolosov V.P. Mnogoletnyaya dinamika kachestva zhizni, svyazannogo so zdorov'em, u bol'nykh bronkhial'noi astmoi [Long-term change in health-related quality of life in patients with asthma]. *Pul'monologiya* [Pulmonology]. 2018; 28(6): 708–714. DOI: 10.18093/0869-0189-2018-28-6-708-714 (In Russ.)
7. Bakas T., McLennon S. M., Carpenter J. S. [et al.]. Systematic review of health-related quality of life models. *Health Qual Life Outcomes*. 2012; 10(134): 1–12. DOI: 10.1186/1477-7525-10-134.
8. Bisgaard H., Szeffler S. Prevalence of asthma-like symptoms in young children. *Pediatric pulmonology*. 2007; 42: 723–728. DOI: 10.1002/ppul.20644
9. Bousquet J., Clark T.J., Hurd S. [et al.]. GINA guidelines on asthma and beyond. *Allergy*. 2007; 62(2): 102–112. DOI: 10.1111/j.1398-9995.2006.01305.x.
10. Chen H., Gould M.K., Blanc P.D. [et al.]. Asthma control, severity, and quality of life: quantifying the effect of uncontrolled disease. *J Allergy Clin Immunol*. 2007; 120(2): 396–402. DOI: 10.1016/j.jaci.2007.04.040.
11. de Sousa J.C., Pina A., Cruz A.M. [et al.]. Asthma control, quality of life, and the role of patient enablement: a cross-sectional observational study. *Primary Care Respiratory Journal*. 2013; 22(2): 181–187. DOI: 10.4104/pcrj.2013.00037.
12. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the global burden of disease study 2019. *Lancet*. 2020; 396(10258): 1204–1222. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.thelancet.com/gbd/summaries>.
13. Global initiative for asthma. Global strategy for asthma management and prevention. 2020. [Электронный ресурс]. URL: www.ginasthma.org https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2020/06/GINA-2020-report_20_06_04-1-wms.pdf
14. Global initiative for asthma. Global strategy for asthma management and prevention. 2023. Updated July 2023. Available from: www.ginasthma.org.
15. Juniper E.F., Guyatt G.H., Cox F.M. [et al.]. Development and validation of the mini asthma quality of life questionnaire. *European Respiratory Journal*. 1999; 14: 32–38. DOI: 10.1034/j.1399-3003.1999.14a08.x.
16. Juniper E.F., Wisniewski M.E., Cox F.M. [et al.]. Relationship between quality of life and clinical status in asthma: a factor analysis. *European Respiratory Journal*. 2004; 23(2): 287–291. DOI: 10.1183/09031936.04.00064204
17. Kämpfe M., Lisspers K., Ställberg B. [et al.]. Determinants of uncontrolled asthma in a Swedish asthma population: cross-sectional observational study. *European Clinical Respiratory Journal*. 2014; 1(1): 1–9. DOI: 10.3402/ecrj.v1.24109.
18. Kharaba Z., Feghali E., El Hussein F. [et al.]. An assessment of quality of life in patients with asthma through physical, emotional, social, and occupational aspects. A cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*. 2022; 10: 1–8. DOI: 10.3389/fpubh.2022.883784
19. Kynyk J.A., Mastronarde J.G., McCallister J.W. Asthma, the sex difference. *Current Opinion in Pulmonary Medicine*. 2011; 17: 6–11. DOI: 10.1097/MCP.0b013e3283410038
20. Lisspers K., Ställberg B., Janson C. [et al.]. Sex-differences in quality of life and asthma control in Swedish asthma patients. *The Journal of asthma: official journal of the Association for the Care of Asthma*. 2013; 50(10): 1090–1095. DOI: 10.3109/02770903.2013.834502
21. Lomper K., Chudiak A., Uchmanowicz I. [et al.]. Effects of depression and anxiety on asthma-related quality of life. *Pneumonologia i Alergologia Polska*. 2016; 84: 212–221. DOI: 10.5603/PiAP.2016.0026
22. User's Manual for the SF-36v2 Health Survey / Ed. by M.E. Maruish. Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated, 2011. 330 p.

-
23. Wang Z., Li Y., Gao Y. [et al.]. Global, regional, and national burden of asthma and its attributable risk factors from 1990 to 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Respir Res.* 2023; 24(169): 1–13. DOI: 10.1186/s12931-023-02475-6
24. Wilson S.R., Rand C.S., Cabana M.D. [et al.]. Asthma outcomes: quality of life. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2012; 129(30): 88–123. DOI: 10.1016/j.jaci.2011.12.988.
-

Received 18.01.2025

For citing: Yeremyan Z.A., Ohanyan M.R., Shchelkova O.Yu. Kachestvo zhizni bol'nykh s kontroliruemoi i nekontroliruemoi bronkhial'noi astmoi . *Vestnik psihoterapii*. 2025; (94): 27–37. **(In Russ.)**

Yeremyan Z.A., Ohanyan M.R., Shchelkova O.Yu. Quality of life in patients with controlled and uncontrolled bronchial asthma. *Bulletin of Psychotherapy*. 2025; (94): 27–37. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-94-27-37

Т.В. Ветрова¹, О.В. Леонтьев², Е.Г. Лукьянова¹,
О.А. Дорогавцева¹, В.И. Ионцев¹

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

¹ Институт прикладного психоанализа и психологии Университета при МПА ЕврАзЭС
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Смольячкова, д. 14, к. 1);

² Институт дополнительного профессионального образования «Экстремальная медицина»,
Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им А.М. Никифорова
МЧС России (Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2)

Актуальность. Метаболический синдром (МС), включающий в себя сочетание инсулиннезависимого сахарного диабета, гипертонии, гиперхолестеринемии и гиперлипидемии, является причиной возникновения у пациентов в т.ч. и психоэмоционального напряжения, обусловленного наличием витальных страхов, изменением качества жизни. Пациенты с метаболическим синдромом предъявляют жалобы не только соматического характера (одышка, головные боли, снижение толерантности к физической нагрузке, нестабильные показатели артериального давления и т.п.) но и психологического профиля: большинство из них находятся в состоянии хронического стресса, что порождает эмоционально-аффективные и психовегетативные расстройства.

Цель исследования – выявление психологических особенностей больных с метаболическим синдромом для повышения эффективности разрабатываемых программ и применяемых методов психологической коррекции их состояния.

Материалы и методы. В исследовании, проведенном на базе частной многопрофильной клиники «Медицинский центр «САНАВИТА», приняли участие 32 человека: 8 мужчин и 24 женщины в возрасте от 40 до 60 лет с подтвержденным диагнозом «метаболический синдром». Изучалось психологическое состояние лиц с данным диагнозом с целью определения целесообразности дополнительного применения в процессе лечения методов психологической коррекции и лечебной физкультуры.

Выборка исследования была разделена на две группы по 16 человек. С участниками исследования группы 1, в дополнение к терапевтическим мероприятиям, проводимым с участниками группы 2, осуществлялось психотерапевтическое воздействие с применением методов когнитивно-поведенческой психотерапии.

✉ Ветрова Татьяна Вячеславовна – канд. психол. наук, доц. каф. психофизиологии, Ин-т прикладного психоанализа и психологии Ун-та при МПА ЕврАзЭС (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Смольячкова, д. 14, к. 1), e-mail: doretat@rambler.ru, ORCID: 0000-0001-7446-5060;

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

Лукьянова Евгения Германовна – препод. каф. соц. психологии и конфликтологии, Ин-т прикладного психоанализа и психологии Ун-та при МПА ЕврАзЭС (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Смольячкова, д. 14, к. 1), e-mail: ginavet@rambler.ru, ORCID: 0000-0002-9530-4669;

Дорогавцева Ольга Анатольевна – препод. каф. соц. психологии и конфликтологии, Ин-т прикладного психоанализа и психологии Ун-та при МПА ЕврАзЭС (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Смольячкова, д. 14, к. 1), e-mail: olga_dorogavceva@bk.ru;

Ионцев Вячеслав Игоревич – канд. мед. наук, доц. каф. психофизиологии, Ин-т прикладного психоанализа и психологии Ун-та при МПА ЕврАзЭС (Россия, 194044, Санкт-Петербург, Смольячкова, д. 14, к. 1), e-mail: ion-vyacheslav@yandex.ru

Результаты. Усредненный профиль компонентов реагирования на болезнь участников исследования демонстрирует преобладание у респондентов отрицания заболевания, «ухода» в работу, а также гармоничного отношения к болезни, готовности к проведению лечения. Отмечается преобладание в выборке «адаптивного» блока реагирования на болезнь (50 % выборки исследования). При этом 21,88 % респондентов относятся к диффузному типу 2, включающему в себя апатию, тревогу, меланхолию, ипохондрию, сензитивность, эгоцентризм, паранойю и дисфорию. По 9,38 % выборки имеют диффузный тип 1 и интерпсихический тип реагирования на болезнь, включающие в себя тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический и апатический компоненты реагирования. Определены высокие показатели по шкалам тревоги и депрессии у пациентов до проведения психологической коррекции в обеих группах. После проведения групповой краткосрочной программы психокоррекции установлено, что среди пациентов группы, проходившей психокоррекционную программу, уровень депрессии и тревоги достоверно снизился. В контрольной группе изменения значений исследуемых показателей менее выражены.

Заключение. Дополнительное проведение краткосрочной психокоррекционной программы с применением метода когнитивно-поведенческой психотерапии способствует оптимизации лечебно-реабилитационных мероприятий у пациентов. Тактику внедрения в реабилитационный процесс данной программы следует считать обоснованной.

Ключевые слова: метаболический синдром, когнитивно-поведенческая психотерапия, тип реагирования на болезнь, тревога, депрессия.

Введение

Метаболический синдром (МС), включающий в себя сочетание инсулиннезависимого сахарного диабета, гипертонии, гиперхолестеринемии и гиперлипидемии, является фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, а также причиной возникновения у пациента психоэмоционального напряжения, обусловленного наличием витальных страхов и изменением качества жизни [14].

G. Reaven (1988) выдвинул гипотезу о том, что нарушения, включающие гиперинсулинемию, нарушение толерантности к глюкозе (НТГ), гипертриглицеридемию, низкий уровень липопротеидов высокой плотности и артериальную гипертензию (АГ), могут быть объединены под общим названием «синдром X» [24].

Симптомокомплекс метаболических, гормональных и клинических нарушений, в основе которых лежат инсулинорезистентность и компенсаторная гиперинсулинемия, в литературе известен под следующими названиями: метаболический трисиндром, полиметаболический синдром, синдром избытка, метаболический синдром, синдром X, смертельный квартет, гормональный метаболический синдром, синдром инсулино-

резистентности, смертельный секстет, метаболический сосудистый синдром [10, 13, 19].

J. Kaplan (2015) описал так называемый смертельный квартет, в котором определил, что, наряду с описанными ранее проявлениями НТГ, АГ и гипертриглицеридемией, абдоминальное ожирение также входит в определяющую характеристику этого синдрома [22].

Рабочая группа ВОЗ определила критерии, согласно которым к главным признакам МС относятся сахарный диабет 2-го типа и/или другие нарушения обмена глюкозы и/или инсулинорезистентность, а к «малым» признакам – артериальная гипертензия, абдоминально-висцеральное ожирение, снижение фибринолитической активности крови, атерогенная дислипидемия, микроальбуминурия [18].

Согласно Рабочим критериям Национального института здоровья США (The National Cholesterol Education Programs Adult Treatment Panel III, NCEP/ATP III, 2001), наличие МС у взрослых пациентов можно предположить при сочетании трех и более следующих симптомов: абдоминальный тип ожирения (объем талии > 82 см у женщин и > 102 см у мужчин), повышение уровня глюкозы натощак более 6 ммоль/л, повыше-

ние уровня триглицеридов более 1,7 ммоль/л, снижение уровня липопротеидов высокой плотности менее 1 ммоль/л у мужчин и 1,3 ммоль/л у женщин, повышение артериального давления более 130/85 мм рт. ст. [23].

При этом артериальная гипертензия часто является одним из первых клинических проявлений МС, в ее развитии при синдроме инсулинорезистентности ведущее значение имеет комплексное влияние гиперинсулинемии и сопутствующих метаболических нарушений [23].

Лица с МС отличаются эмоциогенным стилем питания, недостаточной продолжительностью ночного сна, малоподвижным образом жизни, выраженной алекситимией, низким уровнем субъективного контроля, преобладанием представлений о неподконтрольности событий собственной жизни, частым использованием стратегии избегания в стрессовых ситуациях [20].

Среди основных факторов, которые запускают механизмы МС, могут быть сахарный диабет, болезни сердца, гипоксия от внезапной остановки дыхания во сне, митохондриальная дисфункция, гипозергоз, хронические и острые болезни и травмы, а также депрессивные состояния и онкологические заболевания [9, 10].

Метаболический синдром вызывается или усиливается тем, что поступившие калории не служат конечной цели – получению выработки энергии для функционирования клетки [16].

Пациенты с МС при этом предъявляют жалобы не только соматического характера (одышка, головные боли, снижение толерантности к физической нагрузке, нестабильные показатели артериального давления и т.п.) но и психологического профиля. Большинство из них находятся в состоянии хронического стресса, что порождает эмоционально-аффективные и психовегетативные расстройства [2–4].

Скрытое тревожно-депрессивное расстройство может лежать в основе проявления повышенного аппетита и булимических эпизодов. При аффективных расстройствах у пациентов могут формироваться нару-

шения пищевого поведения: эмоциогенное, компульсивное пищевое поведение, синдром ночной еды [2, 4, 5].

Вследствие чего комплексная терапия, включающая в себя психологическую коррекцию, может предотвратить или замедлить развитие патологического процесса, продлив тем самым жизнь пациенту [1, 6–8, 11, 15].

Однако достижению данной цели в полной мере препятствует низкая приверженность к проводимому лечению и изменению образа жизни, характерная для большинства пациентов с метаболическим синдромом [17, 21].

Цель исследования – выявление психологических особенностей больных с метаболическим синдромом для повышения эффективности разрабатываемых программ и применяемых методов психологической коррекции их состояния.

В связи с актуальностью рассматриваемой темы, важной задачей является выявление психологических особенностей больного с метаболическим синдромом в целях повышения эффективности разрабатываемых программ и методов психологической коррекции.

Материалы и методы

В исследовании, проведенном на базе частной многопрофильной клиники «Медицинский центр «САНАВИТА» с участием 32 человек: 8 мужчин и 24 женщины в возрасте от 40 до 60 лет с подтвержденным диагнозом «метаболический синдром», изучались психологическое состояние лиц с данным диагнозом, а также целесообразность дополнительного применения в процессе терапии и реабилитации методов психологической коррекции.

Выборка исследования была разделена на 2 группы – группу 1 и группу 2, по 16 человек в каждой. С участниками группы 1, в дополнение к терапевтическим мероприятиям, проводимым с участниками контрольной группы, осуществлялось психотерапевтическое воздействие с применением методов когнитивно-поведенческой психо-

терапии и лечебной физкультуры (ЛФК) по программе, разработанной и утвержденной кафедрой теории и методики адаптивной физической культуры Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Национальный государственный Университет физической культуры, спорта и здоровья имени П.Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург» 29.08.2010.

На момент начала исследования участники исследования групп 1 и 2 были сопоставимы по возрасту, уровню образования, а также по психологическим характеристикам. У них не было ранее выявлено расстройств личности, никто из них не наблюдался у психиатра.

По клиническому диагнозу выборка исследования являлась гомогенной: всем участникам был установлен диагноз «метаболический синдром», ко всем применялось лечение по клиническим рекомендациям, оставшееся за рамками исследования. Также участники исследования были равномерно распределены по группам по возрастному критерию и длительности протекания заболевания.

При проведении исследования применялись: методика для психологической диагностики типов реагирования на болезнь «ТОБОЛ», госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), а также измерялось систолическое и диастолическое артериаль-

ное давление (АД) и рассчитывался индекс массы тела.

Предварительно изучалась медицинская документация участников исследования с целью уточнения клинического диагноза, особенностей и длительности течения болезни. В ходе проведенной беседы выяснялись биографические данные, эмоциональная адаптация пациента к заболеванию, а также проводилась верификация данных, полученных путем использования тестовых психодиагностических методик.

Результаты и их анализ

Результаты выраженности различных компонентов реагирования на болезнь и усредненный профиль компонентов реагирования на болезнь у респондентов представлены на рис. 1.

Усредненный профиль компонентов реагирования на болезнь демонстрирует преобладание у респондентов бессознательного отрицания заболевания, «ухода» в работу, а также гармоничного отношения к болезни, готовности к проведению лечения.

Из отдельных компонентов формируются типы реагирования на болезнь:

– «адаптивный» (блок 1) – тип без явно выраженной дезадаптации, состоящий из гармоничного, эргопатического и анозогнозического компонентов;

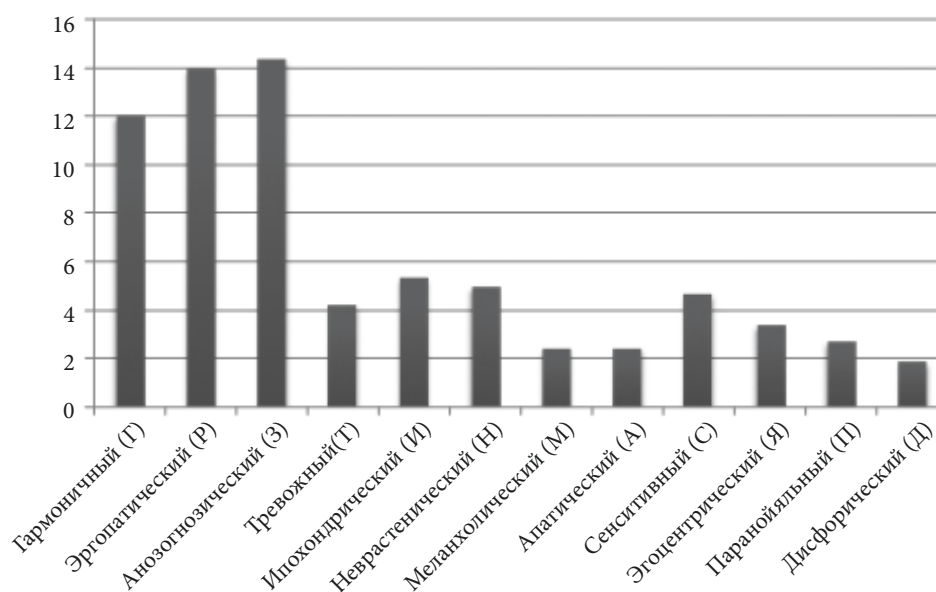


Рис. 1. Выраженность компонентов, формирующих тип реагирования на болезнь

- дезадаптивный интерпсихический тип (блок 2), состоящий из тревожного, ипохондрического, неврастенического, меланхолического и апатического компонентов;
- дезадаптивный интрапсихический тип (блок 3), состоящий из сензитивного, эгоцентрического, паранойяльного и дисфорического компонентов;
- смешанный тип, состоящий из более чем двух компонентов блока 1 и блоков 2 или 3;
- диффузный тип 1, состоящий из более чем трех компонентов блока 2;
- диффузный тип 2 состояний из более чем трех компонентов блоков 2 и 3 [12].

Результаты исследования с использованием методики «ТОБОЛ» демонстрируют преобладание в выборке «адаптивного» блока реагирования на болезнь (50 %). 21,88 % респондентов относятся к диффузному типу 2, по 9,38 % выборки имеют диффузный тип 1 и интерпсихический тип реагирования на болезнь, далее следуют смешанный (6,35 %) и интрапсихический (3,13 %) типы реагирования на болезнь.

Диффузный тип 2 включает в себя апатию, тревогу, меланхолию, ипохондрию, сензитивность, эгоцентризм, паранойю и дисфорию. Интерпсихический тип и диффузный тип 1 включают в себя тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический и апатический компоненты реагирования на болезнь. Пациенты со смешанным типом реагирования на болезнь демонстрируют наличие элементов социальной дезадаптации, которые компенсируются конструктивными составляющими отношения к болезни. У пациентов с интрапсихическим типом реагирования на болезнь преобладает тоскливо-злобное настроение.

Степень выраженности тревожно-депрессивных состояний участников исследования оценивалась посредством использования опросника госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). У пациентов обеих групп отмечаются высокие показатели по шкалам тревоги и депрессии до проведения психологической коррекции. Определено статистически достоверное превышение средних значений

по шкалам тревоги ($p \leq 0,005$) и депрессии ($p \leq 0,01$). При этом выявлено преобладание уровня тревоги над уровнем депрессии в обеих выборках ($p \leq 0,01$).

По уровню тревоги у 56,25 % испытуемых отмечено отсутствие достоверно выраженной симптоматики; у 31,25 % выявлена субклинически выраженная тревога; у 18,75 % – клинически выраженная тревога. По уровню депрессии у 62,5 % определяется отсутствие достоверно выраженных симптомов; у 25 % – субклинически выраженная депрессия; у 12,5 % – клинически выраженная депрессия.

Лишь у половины испытуемых наблюдается стабильное эмоциональное состояние, при этом у остальной части участников исследования определено ярко выраженное нестабильное эмоциональное состояние в виде повышенных уровней тревожности и депрессии. Таким образом, подтверждается изменение психологического состояния пациентов при метаболическом синдроме и выраженной артериальной гипертензии.

После проведения групповой краткосрочной программы психокоррекции с применением методов когнитивно-поведенческой психотерапии проводилось повторное обследование, включающее диагностику уровня тревоги и депрессии (шкала HADS) и диагностику типов отношения к болезни (ТОБОЛ), для оценки динамики психологических показателей.

По результатам повторного исследования установлено, что среди пациентов группы 1, к которым была применена программа психологической коррекции, после ее завершения клинических уровней выраженности тревоги и депрессии выявлено не было.

Графически динамика результатов исследуемых показателей представлена на рис. 2.

Уровни депрессии и тревоги у представителей группы 1 после прохождения психокоррекционной программы достоверно ($p \leq 0,01$) снижены. В группе 2 изменения значений исследуемых показателей менее выражены.

Таким образом, улучшение психологического состояния (снижение уровня депрес-

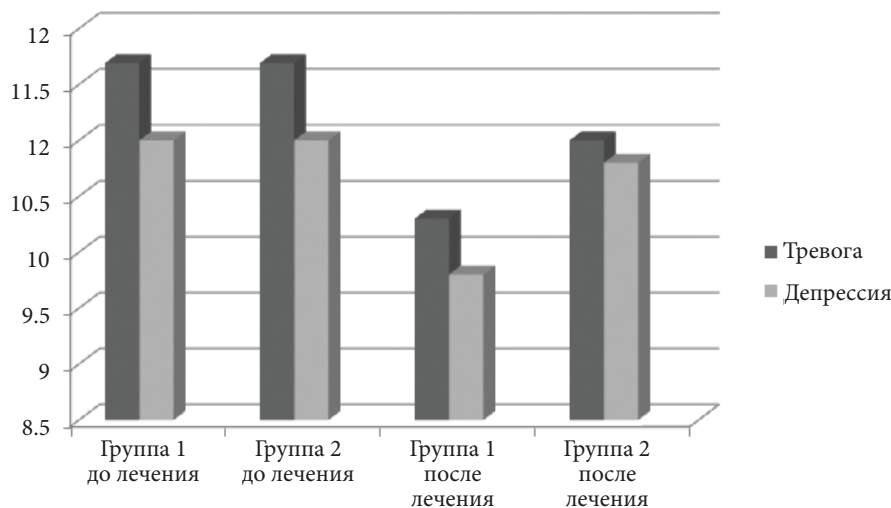


Рис. 2. Средние значения показателей тревоги и депрессии в группах 1 и 2 до и после лечения

сии и тревоги) пациентов группы, проходившей краткосрочную психокоррекционную программу на основе методов когнитивно-поведенческой терапии, определяется психотерапевтическим воздействием данной программы.

Кроме того, в группе 1 отмечается положительная динамика в виде увеличения количества пациентов, демонстрировавших после коррекции гармоничный тип отношения к болезни, – с 3 (3,13 %) до 8 (50 %) человек. При этом ни один из пациентов группы 1, до лечения демонстрировавший гармоничный тип отношения к болезни, после лечения не

изменил этот тип реагирования в сторону менее адаптивного. В группе 2 не наблюдается увеличения числа пациентов с гармоничным типом реагирования на болезнь.

После проведения программы психологической коррекции у пациентов наблюдаются также изменения по шкалам методики «ТОБОЛ» (рис. 3).

Различия по данным шкалам свидетельствует о снижении у пациентов тревоги, угнетенности настроения, беспокойства и мнительности в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности лечения.

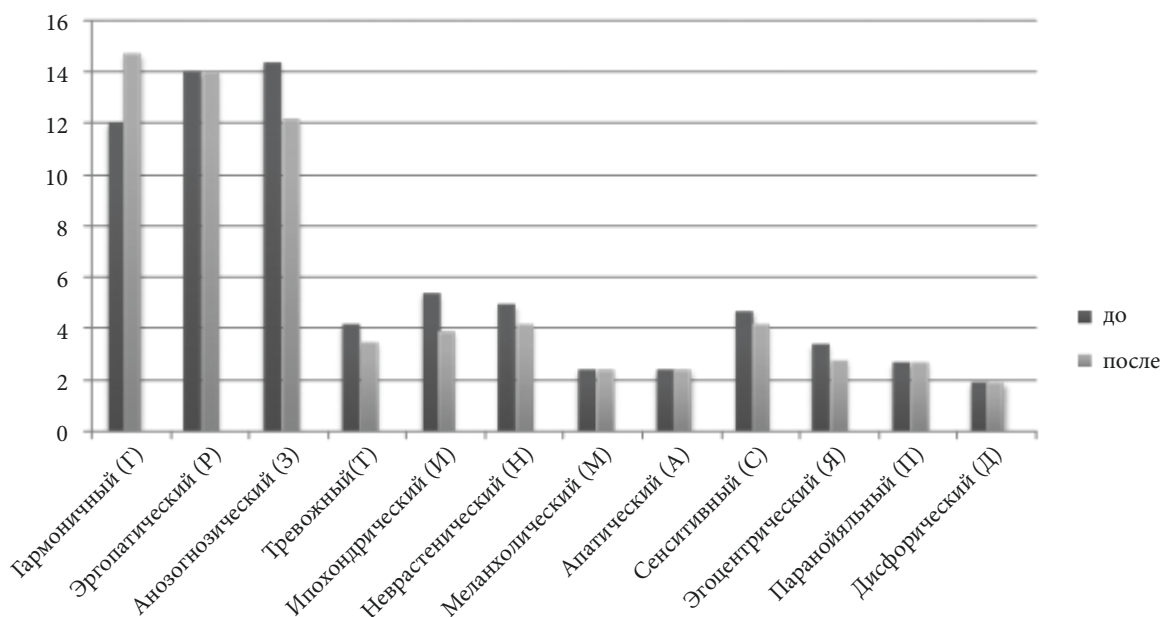


Рис. 3. Результаты повторного исследования отношения к болезни пациентов группы 1 до и после коррекции

Показатели артериального давления

Показатели	До лечения		После лечения	
	Группа 1	Группа 2	Группа 1	Группа 2
Систолическое артериальное давление	152,03 ± 1,4	149,03 ± 1,1	144,03 ± 1,2*	148,01 ± 1,2**
Диастолическое артериальное давление	74,03 ± 1,0	72,02 ± 1,0	74,01 ± 1,1	72,02 ± 0,8

Примечание: * – различия значимы ($p \leq 0,05$) до и после лечения в группе 1, ** – различия значимы ($p \leq 0,05$) между группами после лечения.

Кроме того, следует отметить динамику изменения показателей АД у участников исследования группы 1 до и после лечения (представлена в таблице).

После проведенного лечения у пациентов группы 1 наблюдается значимое ($p \leq 0,05$) снижение систолического АД, по сравнению с исходными данными в группе и по сравнению с данными группы 2.

Также наблюдается снижение индекса массы тела у пациентов группы 1 после лечения на основе психокоррекционной программы с применением методов когнитивно-поведенческой психотерапии на 7 %, по сравнению с исходными значениями.

Заключение

Дополнительное к традиционной реабилитационной программе использование программы психокоррекции с применением методов когнитивно-поведенческой пси-

хотерапии способствовало достоверному увеличению количества лиц с гармоничным типом отношения к болезни, наблюдаемому в группе, проходившей краткосрочную психокоррекционную программу.

У всех пациентов за период лечения и одновременного прохождения психокоррекционной программы была достигнута дезактуализация фобических расстройств и дезадаптивных ложных установок в отношении угрозы инвалидности. Качество жизни пациентов после применения методов когнитивно-поведенческой психотерапии и ЛФК повышается.

Дополнительное проведение краткосрочной психокоррекционной программы с применением метода когнитивно-поведенческой психотерапии способствует оптимизации лечебно-реабилитационных мероприятий у пациентов. Таким образом, можно считать обоснованной тактику внедрения данной психокоррекционной программы в реабилитационный процесс.

Литература

1. Беспалова И.Д. Воспалительный процесс в патогенезе метаболического синдрома: дисс. ... д-ра мед. наук. Томск, 2016. 333 с.
2. Вознесенская Т.Г. Расстройства пищевого поведения при ожирении и их коррекция // Ожирение и метаболизм. 2004. № 2. С. 2–6.
3. Гарганеева Н.П., Белокрылова М.Ф., Тюкалова Л.И., Лебедева В.Ф. Влияние невротических и аффективных расстройств на формирование предикторов ишемической болезни сердца и нарушений углеводного и жирового обменов // Бюллетень сибирской медицины. 2015. Т. 14, № 5. С. 22–28.
4. Гарганеева Н.П., Тюкалова Л.И., Белокрылова М.Ф. [и др.]. Вторичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний, ассоциированных с тревожными и депрессивными расстройствами: пути оптимизации // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. 2013. Т. 20, № 3. С. 26–28.
5. Джериева И.С., Волкова Н.И., Рапопорт С.И. Ассоциация между депрессией и метаболическим синдромом // Клиническая медицина. 2015. № 1. С. 62–65.
6. Друпкина О.М., Купрейшвили Л.В., Фомин В.В. Композиционный состав тела и его роль в развитии метаболических нарушений и сердечно-сосудистых заболеваний // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2017. Т. 16, № 5. С. 81–88.

7. Драпкина О.М., Шепель Р.Н., Кабурова А.Н. Оценка субъективной ситуационной и личностной тревожности у лиц с избыточной массой тела // Неотложная кардиология и кардиоваскулярные риски. 2017. Т. 1, № 1. С. 83–88.
8. Журавлев Ю.И., Тхорикова В.Н. Эволюция представлений о критериях диагностики и эпидемиологии метаболического синдрома (обзор литературы) // Профилактическая медицина. 2014. № 4. С. 52–56.
9. Калашникова М.Ф. Метаболический синдром: современный взгляд на концепцию, методы профилактики и лечения // Эффективная фармакотерапия. 2013. № 55. С. 52–63.
10. Маколкин В.И. Метаболический синдром. М.: Медицинское информационное агентство, 2010. 144 с.
11. Мамедов М.Н. Метаболический синдром в России: распространенность, клинические особенности и лечение. М.: Известия Управления делами Президента Российской Федерации, 2011. 160 с.
12. Мельник О.С. Специфика индивидуального реагирования пациента на болезнь: введение в проблему // Научные стремления: молодежный сборник научных статей. 2016. № 20. С. 143–144.
13. Мисникова И.В., Ковалева Ю.А. Влияние физической нагрузки на обменные процессы у пациентов с метаболическим синдромом // Русский медицинский журнал. 2018. Т. 26, № 1. С. 8–11.
14. Пинхасов Б.Б., Селятицкая В.Г., Лутов Ю.В., Деев Д.А. Метаболический синдром и его компоненты как критерии оценки эффективности лечения гипертонической болезни // Бюллетень сибирской медицины. 2018. Т. 17, № 4. С. 122–130.
15. Ройтберг Г.И., Дорош Ж.В., Шархун О.О. Влияние инсулинорезистентности на формирование и прогрессирование компонентов метаболического синдрома (итоги пятилетнего исследования) // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2015. Т. 11, № 2. С. 132–138.
16. Ройтберг Г.Е., Сластикова И.Д., Дорош Ж.В., Дмитриева О.Ю. Влияние физической нагрузки на основные компоненты метаболического синдрома // Профилактическая медицина. 2016. Т. 19, № 3. С. 28–33.
17. Салмина-Хвостова О.И. Расстройства пищевого поведения при ожирении (эпидемиологический, клинико-динамический, превентивный, реабилитационный аспекты): дисс. ... д-ра. мед. наук. Томск, 2008. 304 с.
18. Успенский Ю.П., Петренко Ю.В., Гулунов З.Х. [и др.]. Метаболический синдром. Учебное пособие. СПб., 2017. 60 с.
19. Учамприна В.А., Романцова Т.И., Калашникова М.Ф. Комплексный подход в лечении метаболического синдрома // Ожирение и метаболизм. 2014. Т. 11, № 1. С. 32–37.
20. Чумакова Г.А., Веселовская Н.Г., Гриценко О.В., Отт А.В. Метаболический синдром: сложные и нерешенные проблемы // Российский кардиологический журнал. 2014. № 3(107). С. 63–71.
21. Шавловская О.А., Кузнецов С.Л. Коррекция тревожных нарушений: фокус на коморбидного пациента // Терапевтический архив. 2018. Т. 90, № 1. С. 67–71.
22. Kaplan J., Katon W.J. Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness // Dialogues Clin. Neurosci. 2015. Vol. 13, N 1. Pp. 7–23.
23. Lipy R.J. The national cholesterol education program adult treatment panel III guidelines // J. Manag. Care Pharm. 2003. Vol. 9 (1 Suppl.). Pp. 2–5.
24. Reaven G.M. Banting lecture 1988. Role of insulin resistance in human disease // Diabetes. 1988. Vol. 37(12). Pp. 1595–1607.

Поступила 04.04.2025

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

Участие авторов: Т.В. Ветрова – разработка программы, дизайна исследования, анализ результатов, написание текста статьи; О.В. Леонтьев – сбор данных, редактирование статьи, анализ результатов; Е.Г. Лукьянова – анализ литературы по теме исследования, сбор данных, оформление текста статьи; О.А. Дорогавцева – написание статьи, оформление текста статьи; В.И. Ионцев – сбор данных.

Для цитирования. Ветрова Т.В., Леонтьев О.В., Лукьянова Е.Г., Дорогавцева О.А., Ионцев В.И. Психологические особенности больных с метаболическим синдромом // Вестник психотерапии. 2025. № 94. С. 38–48. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-94-38-48

**T.V. Vetrova¹, O.V. Leontev², E.G. Lukyanova¹,
O.A. Dorogavtseva¹, V.I. Iontsev¹**

Psychological Characteristics of Patients with Metabolic Syndrome

¹ Institute of Applied Psychoanalysis and Psychology of the University under the IPA EurAsEC
(14, build. 1, Smolyachkova Str., St Petersburg, Russia);

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

✉ Tatiana Vyacheslavovna Vetrova – PhD Psychol. Sci., Associate Prof., Institute of Applied Psychoanalysis and Psychology of the University the IPA EurAsEC (14, build. 1, Smolyachkova Str., St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: doretat@rambler.ru, ORCID: 0000-0001-7446-5060;

Oleg Valentinovich Leontev – Dr. Med. Sci. Prof., Head of Department of Therapy and Integrative Medicine, Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine of EMERCOM of Russia (4/2, Akademika Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: lov63@inbox.ru;

Eugeniia Germanovna Lukyanova – lecturer, Institute of Applied Psychoanalysis and Psychology, University of the IPA EurAsEC (14, build. 1, Smolyachkova str., St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: ginavet@rambler.ru, ORCID: 0000-0002-9530-4669;

Olga Angatolyevna Dorogavtseva – lecturer, Institute of Applied Psychoanalysis and Psychology, University of the IPA EurAsEC (14, build. 1, Smolyachkova Str., St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: olga_dorogavceva@bk.ru;

Vyacheslav Igorevich Iontsev – PhD Med. Sci., Associate Prof., Department of Psychophysiology, Institute of Applied Psychoanalysis and Psychology of the University the IPA EurAsEC 14, build. 1, Smolyachkova Str., St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: ion-vyacheslav@yandex.ru

Abstract

Relevance. Metabolic syndrome (MS), which encompasses a combination of non-insulin-dependent diabetes mellitus, hypertension, hypercholesterolemia and hyperlipidemia, causes patients to experience, among other things, psychoemotional stress due to the presence of vital fears and changes in the quality of life. Patients with metabolic syndrome complain not only of a somatic nature (shortness of breath, headaches, decreased exercise tolerance, unstable blood pressure, etc.) but also of a psychological profile, most of them are in a state of chronic stress, which generates emotional-affective and psychovegetative disorders.

Intention. To identify the psychological characteristics of patients with metabolic syndrome in order to improve the effectiveness of the developed programs in the process of treatment of methods of psychological correction and physical therapy.

Materials and methods. The study conducted on the basis of the private multidisciplinary clinic “SANAVITA Medical Center” involved 32 people, 8 men and 24 women aged 40 to 60 years with a confirmed diagnosis of metabolic syndrome. The psychological state of people with this diagnosis was assessed to determine the expediency of additional use of psychological correction methods in the course of therapy and rehabilitation. The study sample was divided into 2 groups. With participants in the group 1 including 16 people in addition to the therapeutic effects performed on the participants in the group 2 (16 people), psychotherapeutic effects were performed using the method of Cognitive behavioral psychotherapy.

Results. The average profile of the components of the response to the disease of the study participants demonstrates the predominance among respondents of denial of the disease, “withdrawal” to work, as well as a harmonious attitude to the disease, readiness for treatment. There is a predominance of the “adaptive” disease response unit in the sample (50 % of the study sample). At the same time, 21.88 % of respondents belong to diffuse type 2, which includes apathy, anxiety, melancholia, hypochondria, sensitivity, egocentrism, paranoia and dysphoria. 9.38 % of the sample have diffuse type 1 and interpsychic types of response to the disease, including anxious, hypochondriac, neurasthenic, melancholic and apathetic response components. High scores on the scales of anxiety and depression were determined in patients before psychological correction in both groups. After conducting a group short-term psychocorrection program, it was found that

among the patients of the group undergoing the psychocorrection program, after its completion, the level of depression and anxiety significantly decreased. In the group 2, changes in the values of the studied indicators were less pronounced.

Conclusion. The additional implementation of a short-term psychocorrective program using the method of Cognitive behavioral psychotherapy helps to optimize treatment and rehabilitation measures for patients, and the tactics of introducing this program into the rehabilitation process should be considered justified.

Keywords: metabolic syndrome, cognitive behavioral psychotherapy, type of response to illness, anxiety, depression

References

1. Bepalova I.D. Vospalitel'nyi protsess v patogeneze metabolicheskogo sindroma [Inflammatory process in the pathogenesis of metabolic syndrome] : Dissertation Dr. Med. Sci. Tomsk, 2016. 333 p. (In Russ.)
2. Voznesenskaya T.G. Rasstroistva pishchevogo povedeniya pri ozhireнии i ikh korrektsiya [Eating disorders in obesity and their correction]. *Ozhirenie i metabolizm* [Obesity and metabolism]. 2004; (2): 2–6. (In Russ.)
3. Garganeeva N.P., Belokrylova M.F., Tyukalova L.I., Lebedeva V.F. Vliyanie nevroticheskikh i affektivnykh rasstroistv na formirovanie prediktorov ishemicheskoi bolezni serdtsa i narushenii uglevodnogo i zhirovogo obmenov [The influence of neurotic and affective disorders on the formation of predictors of coronary heart disease and disorders of carbohydrate and fat metabolism]. *Byulleten' sibirskoi meditsiny* [Bulletin of Siberian Medicine]. 2015; 14(5): 22–28. (In Russ.)
4. Garganeeva N.P., Tyukalova L.I., Belokrylova M.F., [et al.]. Vtorichnaya profilaktika serdechnosudistykh zabolevaniy, assotsirovannykh s trevozhnymi i depressivnymi rasstroistvami: puti optimizatsii [Secondary prevention of cardiovascular diseases associated with anxiety and depressive disorders: optimization paths]. *Uchenye zapiski Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta imeni akad. I.P. Pavlova* [Scientific Notes of St. Petersburg State Medical University]. 2013; 20(3): 26–28. (In Russ.)
5. Dzherieva I.S., Volkova N.I., Rapoport S.I. Assotsiatsiya mezhdu depressiei i metabolicheskim sindromom [Association between depression and metabolic syndrome]. *Klinicheskaya meditsina* [Clinical medicine]. 2015; (1): 62–65. (In Russ.)
6. Drapkina O.M., Kupreishvili L.V., Fomin V.V. Kompozitsionnyi sostav tela i ego rol' v razvitii metabolicheskikh narushenii i serdechno-sosudistykh zabolevaniy [Body composition and its role in the development of metabolic disorders and cardiovascular diseases]. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika* [Cardiovascular therapy and prevention]. 2017; 16(5): 81–88. (In Russ.)
7. Drapkina O.M., Shepel R.N., Kaburova A.N. Otsenka sub'ektivnoi situatsionnoi i lichnostnoi trevozhnosti u lits s izbytochnoi massoi tela [Assessment of subjective situational and personal anxiety in individuals with excess body weight]. *Neotlozhnaya kardiologiya i kardiovaskulyarnye riski*. [Emergency cardiology and cardiovascular risks]. 2017; 1(1): 83–88. (In Russ.)
8. Zhuravlev Yu.I., Tkhorikova V.N. Evolyutsiya predstavlenii o kriteriyakh diagnostiki i epidemiologii metabolicheskogo sindroma (obzor literatury) [Evolution of ideas about the criteria for diagnosis and epidemiology of metabolic syndrome (literature review)]. *Profilakticheskaya meditsina* [Preventive medicine]. 2014; (4): 52–56. (In Russ.)
9. Kalashnikova M.F. Metabolicheskii sindrom: sovremennyy vzglyad na kontseptsuyu, metody profilaktiki i lecheniya [Metabolic syndrome: a modern look at the concept, methods of prevention and treatment]. *Effektivnaya farmakoterapiya* [Effective pharmacotherapy]. 2013; (55): 52–63. (In Russ.)
10. Makolkin V.I. Metabolicheskii sindrom [Metabolic syndrome]. Moscow, 2010. 144 p. (In Russ.)
11. Mamedov M.N. Metabolicheskii sindrom v Rossii: rasprostranennost', klinicheskie osobennosti i lechenie [Metabolic syndrome in Russia: prevalence, clinical features and treatment]. Moscow, 2011. 160 p. (In Russ.)
12. Melnik O.S. Spetsifika individual'nogo reagirovaniya patsienta na bolezni: vvedenie v problemu [Specificity of the patient's individual response to the disease: an introduction to the problem]. *Molodezhnyi sbornik nauchnykh statei «Nauchnye stremleniya»* [Youth collection of scientific articles "Scientific Aspirations"]. 2016; (20): 143–144. (In Russ.)
13. Misnikova I.V., Kovaleva Yu.A. Vliyanie fizicheskoi nagruzki na obmennye protsessy u patsientov s metabolicheskim sindromom [The influence of physical activity on metabolic processes in patients with metabolic syndrome]. *Russkii meditsinskii zhurnal* [Russian Medical Journal]. 2018; 26(1): 8–11. (In Russ.)
14. Pinkhasov B.B., Selyatitskaya V.G., Lutov Yu.V., Deev D.A. Metabolicheskii sindrom i ego komponenty kak kriterii otsenki effektivnosti lecheniya gipertonicheskoi bolezni [Metabolic syndrome and its components as criteria for assessing the effectiveness of hypertension treatment]. *Byulleten' sibirskoi meditsiny* [Bulletin of Siberian Medicine]. 2018; 17(4): 122–130. (In Russ.)

15. Roitberg G.I., Dorosh Zh.V., Sharkhun O.O. Vliyanie insulinorezistentnosti na formirovanie i progressirovanie komponentov metabolicheskogo sindroma (itogi pyatiletnego issledovaniya) [The influence of insulin resistance on the formation and progression of metabolic syndrome components (results of a five-year study)]. *Ratsional'naya farmakoterapiya v kardiologii* [Rational pharmacotherapy in cardiology]. 2015; 11(2): 132–138. (In Russ.)
16. Roitberg G.E., Slastnikova I.D., Dorosh Zh.V., Dmitrieva O.Yu. Vliyanie fizicheskoi nagruzki na osnovnye komponenty metabolicheskogo sindroma [The influence of physical activity on the main components of metabolic syndrome]. *Profilakticheskaya meditsina* [Preventive Medicine]. 2016; 19(3): 28–33. (In Russ.)
17. Salmina-Khvestova O.I. Rasstroistva pishchevogo povedeniya pri ozhireнии (epidemiologicheskii, kliniko-dinamicheskii, preventivnyi, reabilitatsionnyi aspekty): [Eating disorders in obesity (epidemiological, clinical-dynamic, preventive, rehabilitation aspects)] : Dissertation Dr. Med. Sci. Tomsk, 2008. 304 p. (In Russ.)
18. Uspenskii Yu.P., Petrenko Yu.V., Gulunov Z.Kh. [et al.]. Metabolicheskii sindrom [Metabolic syndrome]. St. Petersburg, 2017. 60 p. (In Russ.)
19. Uchamprina V.A., Romantsova T.I., Kalashnikova M.F. Kompleksnyi podkhod v lechenii metabolicheskogo sindroma [An integrated approach to the treatment of metabolic syndrome]. *Ozhirenie i metabolizm* [Obesity and metabolism]. 2014; 11(1): 32–37. (In Russ.)
20. Chumakova G.A., Veselovskaya N.G., Gritsenko O.V., Ott A.V. Metabolicheskii sindrom: slozhnye i nereshennye problemy [Metabolic syndrome: complex and unresolved problems]. *Rossiiskii kardiologicheskii zhurnal* [Russian Journal of Cardiology]. 2014; (3(107)): 63–71. (In Russ.)
21. Shavlovskaya O.A., Kuznetsov S.L. Korrektsiya trevozhnykh narushenii: fokus na komorbidnogo patsienta [Correction of anxiety disorders: focus on the comorbid patient]. *Terapevticheskii arkhiv*. [Therapeutic archive]. 2018; 90(1): 67–71. (In Russ.)
22. Kaplan J., Katon W.J. Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015; 13(1): 7–23.
23. Lipy R.J. The national cholesterol education program adult treatment panel III guidelines. *J Manag Care Pharm*. 2003; 9 (1 Suppl): 2–5.
24. Reaven G.M. Banting lecture 1988. Role of insulin resistance in human disease. *Diabetes*. 1988; 37(12): 1595–1607.

Received 04.04.2025

For citing: Vetrova T.V., Leontev O.V., Lukyanova E.G., Dorogavtseva O.A., Iontsev V.I. Psikhologicheskie osobennosti bol'nykh s metabolicheskim sindromom. *Vestnik psikhoterapii*. 2025; (94): 38–48. (In Russ.)

Vetrova T.V., Leontev O.V., Lukyanova E.G., Dorogavtseva O.A., Iontsev V.I. Psychological characteristics of patients with metabolic syndrome. *Bulletin of Psychotherapy*. 2025; (94): 38–48. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-94-38-48

П.М. Демидов¹, М.В. Яковлева², М.Г. Софронова¹, Е.А. Демченко¹

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПАМЯТИ ПАЦИЕНТОВ НА 2-М ЭТАПЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ОСТРОГО ПЕРИОДА COVID-19

¹ Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2);

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

Актуальность. Пандемия COVID-19 оказала значительное влияние на множество сфер человеческой жизни. Несмотря на объявление ВОЗ в 2023 году о том, что COVID-19 более не является мировой угрозой в области здравоохранения, коронавирус продолжает представлять опасность для населения. По-прежнему на территории больниц вводятся карантинные меры, пациенты переводятся в инфекционные стационары. Одним из ключевых аспектов изучения COVID-19 является процесс реабилитации пациентов, в т.ч. восстановление когнитивных функций, существенно страдающих при постковидном синдроме.

Цель работы – изучение динамики показателей памяти у пациентов, проходящих программу стационарной медицинской реабилитации (2-й этап) после COVID-19. К таким показателям в представленном исследовании были отнесены кратковременная и долговременная механическая память, логическая память.

Материал и методы. Обследовано 104 пациента через 12–13 недель после дебюта COVID-19. Этапы исследования: 1) психодиагностическое обследование при поступлении в стационар; 2) психодиагностическое обследование при выписке из стационара. Методы исследования: структурированное интервью для сбора данных о социально-демографических и психосоциальных характеристиках пациентов, тест «Заучивание серии слов» («10 слов»), субтест «Логическая память (воспроизведение рассказов)» шкалы WMS-IV (Wechsler Memory Scale).

Результаты и их анализ. Было установлено, что после прохождения курса стационарной реабилитации отмечается улучшение по показателям кратковременной и долговременной механической и логической памяти. Разные возрастные группы значимо различаются по когнитивному функционированию на обоих этапах исследования.

Заключение. Полученные данные могут быть использованы для повышения эффективности программ реабилитации, а также указывают на необходимость сопровождения данного контингента пациентов клиническим психологом.

Ключевые слова: медицинская реабилитация, COVID-19, постковид, когнитивные нарушения, память, механическая память, логическая память.

✉ Демидов Петр Михайлович – мед. психолог, Нац. мед. исслед. центр им. В.А. Алмазова (Россия, 197341, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2), e-mail: Demidov_PM@almazovcentre.ru;

Яковлева Мария Викторовна – канд. психол. наук, доц. каф. мед. психологии и психофизиологии, С.-Петербург. гос. ун-т (Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7–9), e-mail: m.v.yakovleva@spbu.ru;

Софронова Мария Генриховна – зав. психотер. отделением, врач-психотерапевт, врач-психиатр, Нац. мед. исслед. центр им. В.А. Алмазова (Россия, 197341, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2), e-mail: sofronova_mg@almazovcentre.ru;

Демченко Елена Алексеевна – д-р мед. наук, гл. науч. сотрудник науч.-исслед. лаборатории реабилитации, руководитель науч.-клинич. объединения реабилитации, Нац. мед. исслед. центр им. В.А. Алмазова (Россия, 197341, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2), e-mail: demchenko_ea@almazovcentre.ru

Введение

Несмотря на тот факт, что глава Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) 5 мая 2023 года объявил о том, что COVID-19 более не является мировой чрезвычайной угрозой в области здравоохранения, а частота заболеваемости новой коронавирусной инфекцией существенно снизилась, пандемия COVID-19 оказала существенное влияние как на мир и общество в целом, так и на отдельные его институты. В особенности это влияние коснулось мировой системы здравоохранения: по состоянию на март 2024 года в мире было зарегистрировано 775 миллионов случаев заболевания, десятки миллионов людей наблюдались в стационарах, палатах интенсивной терапии; за апрель 2024 года в России было госпитализировано 9960 человек в связи с COVID-19.

В годы пандемии и сейчас отмечается влияние на психологическое состояние пациентов широкого спектра факторов, относящихся к особенностям как ситуации пандемии, так и самого заболевания. К ним относятся: социальная и другие виды депривации, вынужденная изоляция, невозможность посещения родственниками в стационарах, утрата близкого при совместной госпитализации, вынужденное наблюдение за уходом из жизни соседей по палате [16]. Многие из этих факторов оказывают на пациента значимое влияние, вызывая эмоциональный дискомфорт и напряжение, которые могут сопровождаться различными нарушениями эмоциональной сферы, снижением эмоционального фона, депрессией, повышенным уровнем тревоги, страхом смерти, высоким уровнем эмоционального стресса, психической и физической астенией, нарушением когнитивных функций и пр. [1, 8].

В более долгосрочной перспективе последствия перенесенного заболевания, вызванного вирусом SARS-CoV-2, могут проявляться в виде т.н. «постковидного синдрома» (“long COVID”, “long-haul COVID”). Постковидный синдром представляет собой состояние, которое по определению ВОЗ включает в себя 33 симптома, которые проявляются

до 12 недель после перенесенной инфекции у значительного числа переболевших (до 20 %). В 2,3 % случаев это состояние и его симптомы могут длиться на протяжении более чем 12 недель после перенесенного заболевания [10]. Постковидный синдром внесен в МКБ-10 – код рубрики U09.9 «Состояние после COVID-19 неуточненное».

Постковидному синдрому свойственна определенная специфика психических расстройств и психологических особенностей пациентов. К наиболее распространенным из них можно отнести расстройства, связанные с тревогой, расстройства сна, снижение эмоционального фона (депрессия) различной степени выраженности; некоторые пациенты могут демонстрировать признаки посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) [14].

Накоплен значительный объем данных о распространенности когнитивных нарушений среди переболевших новой коронавирусной инфекцией [11]. Одним из симптомов постковидного синдрома является т.н. «туман в голове» (“brain fog”). Среди нейрокогнитивных расстройств можно выделить как общее нарушение когнитивных функций, так и нарушения (снижение) различных высших психических функций: снижение функции концентрации внимания (объема распределения, переключения), дефицит запоминания (памяти), исполнительных, зрительно-пространственных функций, инертность нервных процессов, нарушение психомоторной координации [6]. По прошествии 12 месяцев после выписки из стационаров в связи с пережитым COVID-19 у пациентов могут отмечаться расстройства ретроградной и антероградной памяти [9]. Происхождение когнитивного дефицита, часто сопутствующего пережитому острому респираторному дистресс-синдрому, некоторые исследователи связывают с воспалительными процессами, которые обусловлены воздействием вируса, а также иммунными процессами. В качестве причин долгосрочных неврологических расстройств другие исследователи выделяют гипоксически-ишемическое по-

ражение мозга, церебральные сосудистые поражения, поражение клеток нервной системы вирусом SARS-CoV-2 [7].

При наличии симптомов постковидного синдрома либо осложнений после пережитого COVID-19 многие пациенты нуждаются в комплексной медицинской реабилитации. Пациенты могут нуждаться в ней и через довольно длительные сроки после острой стадии заболевания. Прохождение курсов реабилитации показало значительную положительную динамику показателей когнитивных функций и снижение выраженности психических нарушений [12]. Реабилитация пациентов после новой коронавирусной инфекции, согласно временным методическим рекомендациям, должна проходить в мультидисциплинарном формате, именно такой подход позволяет наиболее успешно реабилитировать пациентов, подбирая к каждому из них индивидуальный подход (см., напр.: [3, 4]). Среди специалистов реабилитационной команды выделяется в т.ч. медицинский психолог, задачами которого являются психодиагностика состояния, а также психокоррекция возможных нарушений у пациентов, проходящих реабилитацию и нуждающихся в психологической помощи психолога.

Целью настоящего исследования являлось изучение динамики показателей памяти у пациентов, проходящих программу стационарной медицинской реабилитации (2-й этап) после COVID-19. К таким показателям в представленном исследовании были отнесены: кратковременная и долговременная механическая память, а также логическая память.

Материал и методы

Выборку исследования составили 104 пациента, перенесших коронавирусную инфекцию (COVID-19), вызванную коронавирусом тяжелого острого респираторного синдрома-2 (SARS-CoV-2), и находящихся в отделении реабилитации ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Минздрава России. Средний возраст выборки составил

63,19 ± 12,57 года; 74 пациента (71,2 %) – женщины, 30 пациентов (28,8 %) – мужчины.

Было установлено, что 62,5 % пациентов имеют высшее образование, 27,9 % – среднее специальное; 41,3 % состоят в браке. Показатели трудовой деятельности пациентов при поступлении в стационар были следующие: 51,9 % имели постоянное место работы; 5,8 % – безработные; 25 % находились на пенсии; 9,6 % работали, находясь на пенсии. Что касается трудовой деятельности после выписки из стационара, то 42,3 % пациентов планировали вернуться на прежнее место работы, 12,3 % планировали сменить место работы, 8,1 % потеряли работу во время пандемии и ассоциировали утрату работы с причинами, связанными с пандемией.

На момент обследования срок от начала заболевания (получения положительного ПЦР-теста) составил от 12 до 13 недель. Основными показателями для прохождения курса стационарной медицинской реабилитации являлись жалобы на общую слабость, одышку, кашель, снижение толерантности к физической нагрузке, неприятные ощущения в грудной клетке и др. Всем участникам исследования был поставлен диагноз U09.9 «Состояние после COVID-19 неуточненное».

Согласно задачам исследования был разработан следующий дизайн. Психодиагностическое обследование состояло из двух этапов: 1) при поступлении в стационар проводилась комплексная оценка психологических особенностей пациентов (когнитивных функций, эмоционального статуса, социально-демографических характеристик, особенностей отношения к болезни и др.), 2) накануне выписки (спустя 21 день нахождения в стационаре) проводилась оценка динамики психологических особенностей пациентов. Комплексная медицинская стационарная реабилитация проводилась при участии мультидисциплинарной бригады и включала наблюдение лечащего врача, физическую реабилитацию, физиотерапию; участие медицинского психолога подразумевало психодиагностическое обследование без психокоррекционного вмешательства. В выборку настоящего исследования не бы-

ли включены пациенты, которым оказывалась специализированная психологическая помощь.

Согласно цели и задачам исследования был подобран комплекс стандартизированных психометрических и клинико-психологических методов, которые использовались для изучения особенностей нарушения функции памяти, клинико-психологических особенностей, а также социодемографических характеристик пациентов.

На этапе поступления в стационар пациенты дали информированное согласие на участие в исследовании. Для сбора информации о клинико-психологических и психосоциальных характеристиках пациентов проводился анализ медицинской документации, а также использовалось специально разработанное структурированное интервью, в процессе которого прояснялись: социальный статус пациентов, их отношение к проводимому курсу лечения и реабилитации, обстоятельства перенесенного заболевания, общая информированность о COVID-19.

В исследовании были использованы следующие психометрические методики:

1. Тест «Заучивание серии слов» («10 слов») [5], целью которого является исследование процессов памяти, таких как запоминание, сохранение и воспроизведение. Для оценки кратковременной и долговременной механической речеслуховой памяти учитывались следующие показатели: количество слов, верно воспроизведенных пациентом с первой попытки; количество попыток, потребовавшихся для верного воспроизведения всех слов; максимальное количество верно воспроизведенных слов; количество слов, верно воспроизведенных спустя час после предъявления.

2. Субтест «Логическая память (воспроизведение рассказов)» шкалы WMS-IV (Wechsler Memory Scale) [5] – методика для оценки функций памяти; в приведенном исследовании использовалась субшкала для оценки словесно-логической памяти. Учитывался показатель, соответствующий количеству правильно воспроизведенных смысловых единиц рассказа (максимальное количество – 23) по двум пробам.

Математико-статистическая обработка данных проводилась с помощью программ SPSS 25.0 и MS Excel XP. Различия количественных показателей психодиагностических методик определялись с помощью одновыборочного Т-критерия с целью попытки изучения динамики исследуемых параметров; изучение различий между возрастными подгруппами проводилось с применением однофакторного дисперсионного анализа (F-критерий Фишера).

Результаты и обсуждение

В результате проведения клинико-психологической беседы был установлен и проанализирован ряд психосоциальных характеристик пациентов, представленных далее.

Пациенты опрашивались на предмет характера и условий проживания. Было установлено, что доля проживавших в одиночестве составила 42,3 %. Этот показатель необходимо учитывать, поскольку в научной литературе довольно широко представлены данные о наличии связи между дефицитом и особенностями нарушения когнитивных функций и социальной изоляцией (одиночеством, проживанием в одиночку) в тех или иных формах и по тем или иным причинам [15].

Среди пациентов, принявших участие в исследовании, наличие постоянных увлечений было обнаружено у 65,4 %, что может в определенной степени служить протективным фактором для их эмоционального состояния в будущем, после выписки: наличие хобби может оказывать положительное влияние на когнитивное функционирование, в особенности в пожилом возрасте. В то же время потеря интереса к прежним увлечениям является одним из симптомов депрессии, согласно современным диагностическим критериям.

Подавляющее большинство пациентов относилось к реабилитационному процессу как значимому в ходе лечения, а также рассчитывало на улучшение состояния после пройденного курса реабилитации – 89,4 %. При этом большая часть пациентов – 45,6 % –

обозначала уровень стресса в связи с госпитализацией как тяжелый.

В исследовании был изучен ряд клинических характеристик пациентов, в т.ч. степень тяжести состояния, наличие осложнений после заболевания, ход лечения и др.

Подавляющее большинство пациентов (93,3 %) было инфицировано COVID-19 впервые. Почти то же количество пациентов (84,6 %) проходило стационарное лечение от новой коронавирусной инфекции до поступления на курс стационарной медицинской реабилитации. Средняя продолжительность госпитализации в стационаре во время лечения от COVID-19 составила $18,97 \pm 13,37$ суток. 20 пациентов (19,05 %) во время болезни находились в отделениях интенсивной терапии; 7 пациентов (6,67 %) нуждались в искусственной вентиляции легких в период госпитализации. По степени тяжести пневмонии пациенты распределились следующим образом: легкая форма – 4,8 %, средняя форма – 36,5 %, тяжелая форма – 49 %, крайне тяжелая форма – 9,6 %. Средние показатели степени поражения легких (по данным компьютерной томографии) составили $48,89 \pm 26,91$ %.

Среди исследуемых пациентов большинство отмечало наличие различных нарушений сна – 68,3 %. Пациенты жаловались на наличие трудностей с засыпанием в 46,2 % случаев, большинство из них составили мужчины (83,3 %). Прерывистость сна от-

метили 65,4 % пациентов. Стоит отметить, что недостаток сна, диссомния зачастую ассоциируются со снижением когнитивных функций пациентов.

В соответствии с целью исследования были изучены показатели памяти и ее особенности на этапе поступления пациентов в реабилитационный стационар и далее на этапе их выписки из стационара. Исследование показателей кратковременной механической памяти продемонстрировало, что для воспроизведения всех 10 слов пациентам в среднем требуется $3,89 \pm 1,33$ попытки, что в целом укладывается в нормативные значения [5]; после прохождения курса реабилитации данный показатель существенно не меняется ($3,72 \pm 1,28$ попытки). Не было выявлено значимой динамики и по показателю максимального количества воспроизведенных слов. В то же время после реабилитации у пациентов значимо увеличился показатель количества слов, воспроизведенных с первой попытки ($p < 0,001$). Исследование динамики кратковременной логической памяти выявило значимые улучшения показателей пациентов в процессе реабилитации только по одной из двух проб ($p < 0,001$).

Долговременная механическая память оценивалась по показателю отсроченного (спустя час) воспроизведения пациентами 10 слов, по которому были получены значимые различия до и после реабилитации ($p < 0,05$) (табл. 1).

Таблица 1

Сравнение показателей памяти пациентов до и после прохождения курса стационарной медицинской реабилитации после COVID-19

Показатели памяти по психодиагностическим методикам	До прохождения курса реабилитации М (σ)	После прохождения курса реабилитации М (σ)	T	p
<i>Методика «10 слов»</i>				
1-я попытка	5,96 (1,372)	6,38 (1,233)	-3,657	0,000
Всего попыток	3,89 (1,325)	3,72 (1,278)	1,129	0,262
Максимальное количество слов	9,62 (0,969)	9,72 (0,886)	-1,257	0,212
Количество слов спустя час	7,66 (1,693)	7,99 (1,872)	-2,087	0,039
<i>Методика «Запоминание рассказов» (WMS)</i>				
Первый рассказ	14,33 (3,337)	15,48 (3,100)	-4,122	0,000
Второй рассказ	14,95 (3,130)	14,73 (3,110)	0,812	0,418

Когнитивное функционирование пациентов (в частности после болезни), бесспорно, существенно зависит от их возраста. С целью более дифференцированного исследования функций памяти обследованных пациентов выборка была разделена на подгруппы по критерию возраста, согласно классификации возрастов, принятой Всемирной организацией здравоохранения: подгруппа 1 – молодой возраст, 18–44 лет; подгруппа 2 – средний возраст, 45–59 лет; подгруппа 3 – пожилой возраст, 60–74 лет; подгруппа 4 – старческий возраст, 75–89 лет. В дальнейшем изученные показатели памяти анализировались отдельно в указанных подгруппах (табл. 2).

Отмечается, что по всем психометрическим показателям были получены статистически значимые различия между подгруппами; данные различия были выявлены на первом этапе исследования, но сохранялись

и после прохождения программы реабилитации. Лучшие результаты по всем методикам были выявлены в подгруппе молодого возраста, хуже с заданиями справлялись лица из подгруппы старческого возраста.

Обращает на себя внимание то, что по ряду показателей пациенты 2-й возрастной группы демонстрировали более низкие значения, чем пациенты 3-й подгруппы (средний и пожилой возраст соответственно). Полученные данные не противоречат результатам, полученным рядом других авторов (см., напр., [2]) и свидетельствующим о большей подверженности снижению памяти более молодых лиц, перенесших COVID-19. Отмеченное обстоятельство должно быть рассмотрено в первую очередь в контексте клинических характеристик пациентов, степени тяжести перенесенного заболевания; так, отечественными и зарубежными авторами неоднократно

Таблица 2

Сравнение показателей памяти в разных возрастных подгруппах пациентов до и после прохождения курса стационарной медицинской реабилитации после COVID-19

Показатели памяти по психодиагностическим методикам	1-я группа (N = 12) M (σ)	2-я группа (N = 18) M (σ)	3-я группа (N = 56) M (σ)	4-я группа (N = 18) M (σ)	F	p
<i>Методика «10 слов»</i>						
1-я попытка (до)	7,17 (1,403)	5,94 (1,056)	6,09 (1,180)	4,78 (1,396)	9,665	0,000
1-я попытка (после)	7,17 (1,267)	6,50 (1,150)	6,50 (1,160)	5,39 (,979)	6,688	0,000
Всего попыток (до)	3,00 (1,279)	3,61 (1,145)	3,82 (1,234)	5,20 (1,014)	8,635	0,000
Всего попыток (после)	3,00 (0,603)	3,83 (1,249)	3,45 (1,234)	5,00 (,966)	9,336	0,000
Максимальное количество слов (до)	10,00 (0,000)	9,83 (,707)	9,71 (,847)	8,83 (1,425)	5,737	0,001
Максимальное количество слов (после)	10,00 (0,000)	10,00 (0,000)	9,73 (,751)	9,22 (1,592)	3,068	0,031
Количество слов спустя час (до)	8,75 (1,357)	7,50 (1,581)	8,05 (1,470)	5,89 (1,410)	12,359	0,000
Количество слов спустя час (после)	8,92 (1,379)	8,11 (1,875)	8,07 (1,990)	7,00 (1,414)	2,866	0,040
<i>Методика «Запоминание рассказов» (WMS)</i>						
Первый рассказ (до)	16,67 (2,535)	14,00 (2,765)	14,73 (3,524)	11,83 (2,093)	6,566	0,000
Первый рассказ (после)	18,08 (2,811)	16,17 (2,479)	15,32 (2,905)	13,56 (3,222)	6,325	0,001
Второй рассказ (до)	17,42 (2,906)	14,78 (2,602)	15,23 (3,139)	12,61 (2,200)	7,068	0,000
Второй рассказ (после)	17,42 (1,782)	14,83 (2,728)	15,07 (2,966)	11,78 (2,439)	11,177	0,000

Примечание: данные представлены в подгруппах, разделенных по возрасту. Показатели «до» – до прохождения курса реабилитации, показатели «после» – после прохождения курса реабилитации. Жирным шрифтом отмечены выявленные статистически значимые различия.

но отмечалось, что на определенных этапах пандемии лица молодого и среднего возраста тяжелее переносили болезнь и имели более выраженные признаки постковидного синдрома (см., напр., [13]). Дальнейшее изучение особенностей психического и физического статуса после перенесения заболевания данной категории пациентов (в т.ч. в отдаленной перспективе) позволит определять степень риска более тяжелого протекания коронавируса и большей вероятности появления его осложнений. Вместе с тем нельзя не указать на небольшой объем выборки в некоторых возрастных подгруппах, а также на отсутствие группы сравнения, не участвовавшей в реабилитационных мероприятиях, что накладывает ряд ограничений на возможности интерпретации полученных данных, в т.ч. о динамике показателей памяти пациентов разных возрастных категорий в процессе прохождения курса реабилитации.

Заключение

Полученные в настоящем исследовании результаты позволяют сделать ряд выводов. Так, ситуация болезни и связанной с ней госпитализации являлась высоко стрессогенной для пациентов. У обследованных в процессе реабилитации пациентов отмечается положительная динамика кратковременной и долговременной механической и логической памяти даже при отсутствии

целенаправленных психокоррекционных и тренинговых мероприятий, что, однако, не должно исключать возможности их внедрения в программы реабилитации для достижения большей эффективности последних. Пациенты разного возраста с постковидным синдромом значительно различаются по своему когнитивному функционированию, что в целом соотносится с возрастными нормами. Специалистам рекомендуется обращать особое внимание на пациентов среднего и старческого возраста, поскольку их показатели памяти после перенесения COVID-19 снижены больше, чем в других возрастных группах.

До настоящего времени остается открытым вопрос о долгосрочных последствиях COVID-19, его отсроченном влиянии на когнитивные функции переболевших. Вместе с тем опыт реализации программ стационарной медицинской реабилитации, основанный на клинических и методических рекомендациях не только периода пандемии COVID-19, но и прошлых эпидемий острых респираторных вирусных инфекций, позволяет говорить о наличии достаточно эффективных мер по третичной профилактике при подобных заболеваниях. Роль психолога в указанных программах невозможно переоценить, поскольку именно комплексный подход позволяет предоставить пациенту оптимальные возможности реабилитации, в т.ч. в отдаленной перспективе.

Литература

1. Алёхин А.Н., Дубинина Е.А. Пандемия: клинико-психологический аспект // Артериальная гипертензия. 2020. Т. 26, № 3. С. 312–316. DOI: 10.18705/1607-419X-2020-26-3-312-316.
2. Борсуков С.А., Долгая М.И., Перевозчикова Е.Д., Айрапетов К.В. Снижение памяти как осложнение перенесённой COVID-19 у пациентов поликлинического звена // Смоленский медицинский альманах. 2023. № 2. С. 40–43. DOI: 10.37903/SMA.2023.2.12.
3. Временные методические рекомендации. Медицинская реабилитация при новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Версия 3 (01.11.2022): [Электронный ресурс]. URL: https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/061/202/original/%D0%92%D0%9A%D0%A0_%D0%9C%D0%A0_COVID_19__%D0%B2%D0%B5%D1%80%D1%81%D0%B8%D1%8F_07112022_%D0%B1%D0%B5%D0%B7_%D0%BF%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BE%D0%BA.pdf?1669800267 (дата обращения: 18.09.2024).
4. Елифанов В.А., Петрова М.С., Елифанов А.В. Санаторно-курортное лечение и медицинская реабилитация пациентов, перенесших COVID-19. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. 440 с.
5. Еремина Д.А., Щелкова О.Ю. Изучение когнитивных процессов в психосоматической клинике (в связи с задачами психологической и социальной реабилитации больных) : уч.-метод. пособие. СПб: Скифия-принт, 2020. 112 с.

6. Захаров Д.В., Буряк Ю.В. Постковидные когнитивные расстройства. Современный взгляд на проблему, патогенез и терапию // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2021. Т. 55, № 4. С. 97–105. DOI: 10.31363/2313-7053-2021-55-4-97-105.
7. Кабыш С.С., Карпенкова А.Д., Прокопенко С.В. Когнитивные нарушения и COVID-19 // *Сибирское медицинское обозрение*. 2022. № 2(134). С. 40–48. DOI: 10.20333/25000136-2022-2-40-48.
8. Короткова И.С., Яковлева М.В., Щелкова О.Ю., Еремина Д.А. Особенности психологического реагирования и механизмы адаптации к стрессу, вызванному пандемией COVID-19 // *Консультативная психология и психотерапия*. 2021. Т. 29, № 1(111). С. 9–27. DOI: 10.17759/cpp.2021290102.
9. Михайлов А.О., Сокогутун С.А., Мачтарева Е.С. [и др.]. Когнитивные дисфункции у пациентов, перенесших коронавирусную пневмонию с дыхательной недостаточностью // *Лечащий врач*. 2023. Т. 26, № 4. С. 17–22. DOI: 10.51793/OS.2023.26.4.002.
10. Мухаметова Д.Д., Белоусова Е.Н., Фасхиева З.И. [и др.]. Оценка гипераммониемии и когнитивных нарушений у пациентов в постковидном периоде // *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2023. № 8(216). С. 66–72. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-216-8-66-72.
11. Пашковский В.Э., Петрова Н.Н., Сивашова М.С., Прокопович Г.А. Особенности когнитивного функционирования у пожилых людей с COVID-19 // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2023. Т. 57, № 1. С. 61–70. DOI: 10.31363/2313-7053-2023-698.
12. Солодухин А.В., Серый А.В., Варич Л.А. [и др.]. Применение техник когнитивно-поведенческой психотерапии для восстановления когнитивной сферы у лиц, перенесших коронавирусную инфекцию (COVID-19): возможности и перспективы // *Вестник Кемеровского государственного университета*. 2022. Т. 24, № 4(92). С. 420–429. DOI: 10.21603/2078-8975-2022-24-4-420-429.
13. Щербак С.Г., Голота А.С., Камилова Т.А. [и др.]. Неврологические проявления у пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 // *Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация*. 2022. Т. 4, № 3. С. 154–180. DOI: 10.36425/rehab109952.
14. Groff D., Sun A., Ssentongo A.E. [et al.]. Short-term and long-term rates of postacute sequelae of SARS-CoV-2 infection: a systematic review // *JAMA Netw. Open*. 2021. Vol. 4(10). Pp. e2128568. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2021.28568.
15. Lara E., Caballero F.F., Rico-Urbe L.A. [et al.]. Are loneliness and social isolation associated with cognitive decline? // *Int. J. Geriatr. Psychiatry*. 2019. Vol. 34(11). Pp. 1613–1622. DOI: 10.1002/gps.5174.
16. Liu W., Liu J. Living with COVID-19: A phenomenological study of hospitalised patients involved in family cluster transmission // *BMJ Open*. 2021. Vol. 11(2). Pp. e046128. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-046128.

Поступила 22.11.2024

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

Участие авторов: П.М. Демидов – поиск и обзор литературы, сбор и первичная обработка эмпирического материала, интерпретация данных, написание текста статьи; М.В. Яковлева – постановка исследовательской задачи, анализ и интерпретация данных, написание текста статьи; М.Г. Софронова – разработка концепции статьи, формулировка выводов; Е.А. Демченко – постановка исследовательской задачи, разработка концепции статьи.

Для цитирования. Демидов П.М., Яковлева М.В., Софронова М.Г., Демченко Е.А. Динамика показателей памяти пациентов на 2-м этапе медицинской реабилитации после острого периода COVID-19 // *Вестник психотерапии*. 2025. № 94. С. 49–58. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-94-49-58

P.M. Demidov¹, M.V. Iakovleva², M.G. Sofronova¹, E.A. Demchenko¹

Dynamics of Patients' Memory Performance at the 2nd Stage of Medical Rehabilitation after the Acute COVID-19

¹ Almazov National Medical Research Centre (2, Akkuratova Str., St. Petersburg, Russia);

² Saint Petersburg State University (7–9, Universitetskaya Emb., St. Petersburg, Russia)

✉ Petr Mikhailovich Demidov – medical psychologist, Almazov National Medical Research Centre (2, Akkuratova Str., St. Petersburg, 197341, Russia), e-mail: Demidov_PM@almazovcentre.ru;

Maria Viktorovna Iakovleva – PhD Psychol. Sci., Associate Prof., Department of Medical Psychology and Psychophysiology, Saint Petersburg State University (7–9, Universitetskaya Emb., St. Petersburg 199034, Russia), e-mail: m.v.yakovleva@spbu.ru;

Maria Genrikhovna Sofronova – head of the Psychotherapy Department, psychotherapist, psychiatrist (2, Akkuratova Str., St. Petersburg 197341, Russia), e-mail: sofronova_mg@almazovcentre.ru;

Elena Alekseevna Demchenko – Dr. Med. Sci., chief researcher of the Research Laboratory of Rehabilitation, head of the Scientific and Clinical Association of Rehabilitation, Almazov National Medical Research Centre (2, Akkuratova Str., St. Petersburg 197341, Russia), e-mail: demchenko_ea@almazovcentre.ru

Abstract

Relevance. The COVID-19 pandemic has had a significant impact on numerous aspects of human life. Despite the WHO's announcement in 2023 that COVID-19 is no longer a global health threat, the coronavirus continues to be an important part of the health care system. Quarantine measures are still being implemented in hospitals, and patients are being transferred to infectious disease wards. One of the key areas of ongoing research on COVID-19 is patient rehabilitation, including the restoration of cognitive functions, which are often impaired in post-COVID syndrome.

Intention. The aim of the work is to study the dynamics of memory performance in patients undergoing an inpatient medical rehabilitation program (stage 2) after acute COVID-19. In the presented paper, the studied indicators included short-term and long-term verbal memory, logical (semantic) memory.

Methodology. The study involved 104 patients examined 12–13 weeks after the onset of COVID-19. The study stages were: 1) psychodiagnostic examination upon admission to the hospital (before rehabilitation); 2) psychodiagnostic examination upon discharge from the hospital (after rehabilitation). The research methods included a structured interview to collect data on the demographic and psychosocial characteristics of patients, the verbal learning test “Learning a series of words” (“10 words”), the subtest “Logical memory (“Remembering stories”)” of the WMS-IV (Wechsler Memory Scale).

Results. Following the inpatient rehabilitation program, improvements were observed in short-term and long-term mechanical memory, as well as logical memory. Statistically significant differences in cognitive functioning were identified between different age groups at both stages of the study.

Conclusion. The results can be used to enhance the effectiveness of rehabilitation programs and highlight the need for clinical psychologist involvement in the care of post-COVID patients.

Keywords: medical rehabilitation, COVID-19, post-COVID, cognitive impairment, memory, verbal memory, logical memory.

References

1. Alekhin A.N., Dubinina E.A. Pandemiya: kliniko-psikhologicheskii aspekt [Pandemic: the view of a clinical psychologist]. *Arterial'naya gipertenziya* [Arterial Hypertension]. 2020; 26(3): 312–316. DOI: 10.18705/1607-419X-2020-26-3-312-316. (In Russ.)
2. Borsukov S.A., Dolgaya M.I., Perevozchikova E.D., Airapetov K.V. Snizhenie pamyati kak oslozhnenie perenesennoi COVID-19 u patsientov poliklinicheskogo zvena [Memory reduction as a complication of post-COVID-19 in polyclinic patients]. *Smolenskii meditsinskii al'manakh* [Smolensk medical almanac]. 2023; (2): 40–43. DOI: 10.37903/SMA.2023.2.12. (In Russ.)
3. Vremennye metodicheskie rekomendatsii. Meditsinskaya reabilitatsiya pri novoi koronavirusnoi infektsii (COVID-19). Versiya 3 (01.11.2022) [Interim guidelines. Medical rehabilitation in new coronavirus infection (COVID-19). Version 3 (01.11.2022)]. URL: https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attachs/000/061/202/original/%D0%92%D0%9A%D0%A0_%D0%9C%D0%A0_COVID_19_%D0%B2%D0%B5%D1%80%D1%81%D0%B8%D1%8F_07112022_%D0%B1%D0%B5%D0%B7_%D0%BF%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BE%D0%BA.pdf?1669800267 (In Russ.)
4. Epifanov V.A., Petrova M.S., Epifanov A.V. Sanatorno-kurortnoe lechenie i meditsinskaya reabilitatsiya patsientov, perenessikh COVID-19 [Sanatorium-resort treatment and medical rehabilitation of patients who underwent COVID-19]. Moscow, 2021. 440 p. (In Russ.)

5. Eremina D.A., Shchelkova O.Yu. Izucheniye kognitivnykh protsessov v psikhosomaticheskoy klinike (v svyazi s zadachami psikhologicheskoy i sotsial'noy reabilitatsii bol'nykh): Uchebno-metodicheskoe posobie [Study of cognitive processes in a psychosomatic clinic (in connection with the tasks of psychological and social rehabilitation of patients): Study guide]. Sankt-Petersburg, 2020. 112 p. (In Russ.)
6. Zakharov D.V., Buryak Yu.V. Postkovidnye kognitivnye rasstroistva. Sovremennyy vzglyad na problemu, patogenezu i terapiyu [The Post-COVID-19 cognitive impairment. A modern view of the problem, pathogenesis and treatment]. *Obozreniye psikiatrii i meditsinskoy psikhologii imeni V.M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology]. 2021; 55(4): 97–105. DOI: 10.31363/2313-7053-2021-55-4-97-105. (In Russ.)
7. Kabysh S.S., Karpenkova A.D., Prokopenko S.V. Kognitivnye narusheniya i COVID-19 [Cognitive impairments and COVID-19]. *Sibirskoye meditsinskoye obozreniye* [Siberian Medical Review]. 2022; (2(134)): 40–48. DOI: 10.20333/25000136-2022-2-40-48. (In Russ.)
8. Korotkova I.S., Yakovleva M.V., Shchelkova O.Yu., Eremina D.A. Osobennosti psikhologicheskogo reagirovaniya i mekhanizmy adaptatsii k stressu, vyzvannomu pandemiei COVID-19 [Psychological response and mechanisms of adaptation to stress caused by Covid-19 Pandemic]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy]. 2021; 29(1(111)): 9–27. DOI: 10.17759/cpp.2021290102. (In Russ.)
9. Mikhailov A.O., Sokotun S.A., Machtareva E.S. [et al.]. Kognitivnye disfunktsii u patsientov, perenessikh koronavirusnuyu pnevmoniyu s dykhatel'noy nedostatochnost'yu [Cognitive dysfunctions in patients after coronavirus pneumonia with respiratory insufficiency]. *Lechashchii vrach* [The Lechaschi Vrach Journal]. 2023; 26(4): 17–22. DOI: 10.51793/OS.2023.26.4.002. (In Russ.)
10. Mukhametova D.D., Belousova E.N., Fashkova Z.I. [et al.]. Otsenka giperammoniemii i kognitivnykh narushenii u patsientov v postkovidnom periode [Evaluation of Hyperammonemia and Cognitive Impairment in post-COVID patients]. *Ekspirimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya* [Experimental and Clinical Gastroenterology]. 2023; (8(216)): 66–72. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-216-8-66-72. (In Russ.)
11. Pashkovskiy V.E., Petrova N.N., Sivashova M.S., Prokopovich G.A. Osobennosti kognitivnogo funktsionirovaniya u pozhilykh lyudei s COVID-19 [Features of cognitive functioning in older people with COVID-19]. *Obozreniye psikiatrii i meditsinskoy psikhologii imeni V.M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology]. 2023; 57(1): 61–70. DOI: 10.31363/2313-7053-2023-698. (In Russ.)
12. Solodukhin A.V., Seryi A.V., Varich L.A. [et al.]. Primeneniye tekhnik kognitivno-povedencheskoy psikhoterapii dlya vosstanovleniya kognitivnoy sfery u lits, perenessikh koronavirusnuyu infektsiyu (COVID-19): vozmozhnosti i perspektivy [Cognitive Behavioral Psychotherapy after COVID-19: Opportunities and Prospects]. *Vestnik Kemerovskogo gosudarstvennogo universiteta* [Kemerovo state university bulletin]. 2022; 24(4(92)): 420–429. DOI: 10.21603/2078-8975-2022-24-4-420-429. (In Russ.)
13. Shcherbak S.G., Golota A.S., Kamilova T.A. [et al.]. Nevrologicheskie proyavleniya u patsientov s novoy koronavirusnoy infektsiei COVID-19 [Neurological manifestations in patients with new coronavirus infection COVID-19]. *Fizicheskaya i reabilitatsionnaya meditsina, meditsinskaya reabilitatsiya* [Physical and rehabilitation medicine, medical rehabilitation]. 2022; 4(3): 154–180. DOI: 10.36425/rehab109952. (In Russ.)
14. Groff D., Sun A., Ssentongo A.E. [et al.]. Short-term and long-term rates of postacute sequelae of SARS-CoV-2 infection: a systematic review. *JAMA Netw Open*. 2021; 4(10): e2128568. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2021.28568.
15. Lara E., Caballero F.F., Rico-Urbe L.A. [et al.]. Are loneliness and social isolation associated with cognitive decline? *Int J Geriatr Psychiatry*. 2019; 34(11): 1613–1622. DOI: 10.1002/gps.5174.
16. Liu W., Liu J. Living with COVID-19: a phenomenological study of hospitalised patients involved in family cluster transmission. *BMJ Open*. 2021; 11(2): e046128. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-046128.

Received 22.11.2024

For citing: Demidov P.M., Yakovleva M.V., Sofronova M.G., Demchenko E.A. Dinamika pokazatelei pamyati patsientov na 2-m etape meditsinskoy reabilitatsii posle ostrogo perioda COVID-19. *Vestnik psikhoterapii*. 2025; (94): 49–58. (In Russ.)

Demidov P.M., Iakovleva M.V., Sofronova M.G., Demchenko E.A. Dynamics of patients' memory performance at the 2nd stage of medical rehabilitation after the acute COVID-19. *Bulletin of Psychotherapy*. 2025; (94): 49–58. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-94-49-58

Т.В. Демченко¹, Е.Р. Исаева¹, Е.А. Демченко², А.А. Великанов²

ГЕРОТРАНСЦЕНДЕНТНОСТЬ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМ И ПОВТОРНЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

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

² Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова (Россия, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2)

Актуальность исследования определяется распространенностью сердечно-сосудистой патологии и высокой смертностью от нее во всем мире, что делает данную нозологическую группу одной из важнейших проблем мирового здравоохранения. Из всех сердечно-сосудистых заболеваний наиболее высокая летальность наблюдается в результате ишемической болезни сердца (ИБС). ИБС ассоциирована с пожилым возрастом, что также объясняет актуальность изучения именно этой возрастной группы.

Цель. Изучение факторов оптимального старения у пожилых пациентов с ИБС, осложненной инфарктом миокарда (ИМ), в сравнении с условно здоровой выборкой пожилых пациентов.

Методология. Применялись следующие методики: гериатрическая шкала депрессии (GDS-30); опросник геротрансцендентных изменений О.Ю. Стрижицкой (ОГИ); методика «Семантический дифференциал времени» Л.И. Вассермана (СДВ); российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25).

Объект. Пациенты пожилого возраста с установленным диагнозом «ИБС, осложненная ИМ» (I21 и I22).

Предмет. Оптимальное старение в условиях тяжелого соматического заболевания.

Результаты и их анализ. Были выделены следующие факторы оптимального старения пожилых пациентов с ИБС, осложненной ИМ: первичность/повторность события (–10,716), восприятие будущего (–3,485), давность первого (предшествующего) события (ИМ) (+1,335), уровень депрессии (–0,994), восприятие прошлого времени (–0,038) и психологическое благополучие (+0,088).

✉ Демченко Татьяна Владимировна – ассистент каф. общей и клинич. психологии, Первый С.-Петерб. гос. мед. ун-т им. акад. И.П. Павлова (Россия, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8), e-mail: dtvperm@yandex.ru, SPIN: 8335-7418;

Исаева Елена Рудольфовна – д-р психол. наук проф., зав. каф. общей и клинич. психологии, Первый С.-Петерб. гос. мед. ун-т им. акад. И.П. Павлова (Россия, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8), e-mail: isajeva@yandex.ru, ORCID: 0000-0002-7731-7693, SPIN: 8335-7418;

Великанов Арсений Апетович – канд. психол. наук, доц., каф. гуманитар. наук, отд.-ние психологии, Нац. мед. исслед. центр им. В.А. Алмазова (Россия, 197341, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2), e-mail: arsen.velikanov@gmail.com;

Демченко Елена Алексеевна – д-р мед. наук проф., руководитель науч.-клинич. объединения реабилитации, проф. каф. внутр. болезней ин-та мед. образования, Нац. мед. исслед. центр им. В.А. Алмазова (Россия, 197341, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2), e-mail: demchenko@almazovcentre.ru, SPIN: 7554-6851

Заключение. Основные психотерапевтические мишени в работе с пожилыми пациентами с ИБС, осложненной ИМ: гармонизация восприятия будущего времени и нормализация социального функционирования пациентов.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, геротрансцендентность, факторы оптимального старения, приверженность лечению.

Введение

Старение – специфический и необратимый процесс, который является универсальным и генетически запрограммированным, а его скорость и качество в большей степени зависят от образа жизни человека. Возрастные границы периода старости (по ВОЗ): 60–75 лет – пожилой возраст; 75–90 лет – старческий возраст; от 90 лет – долголетие [1]. Согласно ВОЗ, число пожилых людей (старше 60 лет) в мире в 2019 году составляло 1 млрд. человек, к 2030 году эта цифра вырастет до 1,4 млрд., а к 2050 – до 2,1 млрд. человек. Таким образом, количество людей пожилого возраста с каждым годом будет увеличиваться, что ставит перед государством задачу адаптировать структуру общества под нужды данной группы [1].

С древних времен старение было периодом жизни человека, с которым он отчаянно боролся и который всячески старался предотвратить. На сегодняшний день старение по-прежнему сопровождается большим количеством негативных стереотипов, которые нередко вызывают страх и отторжение. Несмотря на подобное отношение к этому возрастному периоду, представления о старении претерпели немало изменений за последнее столетие.

В начале XX века в научной литературе доминировала *дефицитарная* парадигма старения, согласно которой все негативные проявления старости – естественный процесс, а основная задача старости – смирение со всеми негативными изменениями.

В конце XX века на смену дефицитарной парадигме приходит *компенсаторная*, согласно которой сохраненные ресурсы человека (когнитивные, соматические, социальные, личностные) способны компенсировать негативные изменения, вызванные старением. Основной задачей в рамках данной парадигмы становится компенса-

ция снижения и затухания функций, с которыми неизбежно сталкивается человек в процессе старения. Недостатком данной парадигмы является то, что основной упор делается на компенсацию потерь, а вопросы качества жизни и дальнейшего развития не раскрываются.

На современном этапе развития геронтология стоит на пороге *дивидендной* парадигмы старения, в рамках которой не просто признаются компенсаторные возможности организма, но подчеркивается потенциал развития человека. Старение не сводится лишь к компенсации нарушений, а обладает потенциалом развития [9–11].

Центральным звеном дивидендной парадигмы является теория *геротрансцендентности*, которая рассматривает период старения как «своеобразный и уникальный период, принципиально отличающийся от периода взрослости». Согласно данной теории, происходит ряд внутренних индивидуально-личностных трансформаций, связанных с переходом от периода взрослости к периоду старения, в результате чего у человека формируется новое мироощущение. Это заключительная стадия возможного естественного продвижения к созреванию и мудрости [14, 15]. По словам Торнстама, геротрансцендентность есть трансцендентность (расширение, углубление) границ и барьеров, которые ограничивали человека на предыдущих этапах жизни. Данная трансформация происходит на трех уровнях:

1. Личностное измерение. Изменение отношения к своему телу (здоровье и внешний вид), гармоничная оценка имеющихся физических возможностей.

2. Социальное измерение. Естественное снижение количества социальных контактов, предпочтительное общение с эмоционально близкими людьми, уход от дихотомической оценки окружающих людей.

3. Генерализованное мировосприятие (философское измерение). Ретроспективный анализ жизни, принятие своего жизненного пути и смерти как закономерной части жизни.

По мнению Стрижицкой О.Ю., геротрансцендентность напрямую связана с такими феноменами, как эмоциональная стабильность, психологическое благополучие и положительное восприятие времени своей жизни (рис. 1). Она также полагает, что данные феномены определяют оптимальное старение пожилых людей (факторы оптимального старения), т.е. при нормальном старении у большинства эти факторы должны оставаться на высоком уровне. Оптимальное старение – один из терминов, применяющихся для описания позитивных тенденций периода старения, который учитывает собственные индивидуальные ресурсы пожилого человека и его собственные уникальные задачи, интересы и приоритеты в данный возрастной период.

Исследования геротрансцендентности, выполненные Стрижицкой О.Ю., проводились на выборке условно здоровых пожилых людей [10]. Однако для пожилого возраста характерно многообразие хронических соматических заболеваний. Гармоничное (оптимальное) старение в условиях длительного недомогания или болезни, на наш взгляд, будет определяться не только факторами, описанными в работах Стрижицкой О.Ю.,

Торнстама Л. и др., но и характеристиками состояния здоровья, уровнем функционирования, наличием социальной поддержки, а также отношением человека к своему здоровью и лечению.

В России, как и во всем мире, сердечно-сосудистая патология занимает первое место в структуре заболеваемости пожилых людей. На сегодняшний день сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются главной причиной смерти россиян (47 % всех случаев смерти). Лидирующую позицию в структуре причин смерти от ССЗ занимает ишемическая болезнь сердца (ИБС), ежегодная смертность от которой составляет 27 % всего населения России. Согласно исследованиям Драпкиной О.М. и Самородской И.В., средний возраст смерти от ИБС у мужчин составил 67 лет, а у женщин – 76 лет. Вместе с тем известно, что пациенты с ИБС составляют одну из наиболее сложных категорий больных в силу их низкой приверженности лечению [5–7]. Основной причиной ИБС является атеросклероз коронарных артерий, который обычно развивается длительное время бессимптомно, поэтому представляет опасность с точки зрения возникновения внезапных острых состояний и высокой вероятности смерти. Иногда, даже после случившегося инфаркта миокарда (ИМ), пациенты недостаточно осознают опасность своего заболевания, продолжая придерживаться привычного образа



Рис. 1. Модель оптимального старения (по Стрижицкой О.Ю.)

жизни, пренебрегая назначениями врача [12, 13]. В связи с этим в медицинской практике в течение многих лет актуальной остается проблема высокой летальности от сердечно-сосудистых заболеваний (в т.ч. ИМ).

Одним из аспектов решения данной проблемы является поиск психологических факторов, которые могли бы способствовать приверженному поведению пациентов с хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями, поскольку приверженность лечению – одно из важнейших условий его эффективности и увеличения продолжительности жизни [5, 8, 12, 13]. Известно влияние личностных особенностей, отношения к болезни, копинг-стратегий на формирование приверженности лечению у пациентов кардиологического профиля [2, 3], но геротрансцендентность в этом аспекте изучена мало. На наш взгляд, факторы оптимального старения, в т.ч. геротрансцендентность, могут оказывать влияние на уровень приверженности лечению, на мотивацию к выполнению рекомендаций врача. Таким образом, оптимальное старение и его компоненты могут стать значимой мишенью в коррекционной работе с пациентами с ИБС, осложненной ИМ.

Цель исследования заключалась в изучении факторов оптимального старения у пожилых пациентов с ИБС, осложненной ИМ (I21 и I22), в сравнении с условно здоровой выборкой пожилых пациентов.

Выборка участников исследования. В исследовании приняли участие 60 пациентов пожилого возраста; средний возраст – $70,9 \pm 9,5$ года, 57 % (34 чел.) – мужчины с установленным диагнозом «ишемическая болезнь сердца», первичный/повторный инфаркт миокарда (I21 и I22) в подостром периоде. Все обследованные проходили второй этап реабилитации после перенесенного ИМ в ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова».

Критерии включения в исследование: пожилой и старческий возраст (по критериям ВОЗ) – от 61 до 90 лет; когнитивная сохранность (не менее 24 баллов по тесту МоСА); установленный диагноз «ишемическая болезнь сердца», острый/повторный инфаркт миокарда (I21 и I22).

Критерии не включения в исследование: возраст моложе 61 года; признаки когнитивного снижения (менее 24 баллов по тесту МОСА); наличие коморбидных психических расстройств.

Материал и методы

Психодиагностические методики: гериатрическая шкала депрессии (GDS-30), опросник геротрансцендентных изменений О.Ю. Стрижицкой (ОГИ); методика «Семантический дифференциал времени» Л.И. Вассермана (СДВ); российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25).

Методы статистической обработки данных: t-критерий Стьюдента для сравнения с нормативными показателями; коэффициент корреляции Спирмена для выявления статистически значимых взаимосвязей; множественный линейный регрессионный анализ для выявления факторов геротрансцендентности. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы IBM SPSS Statistics 20.

Результаты и их анализ

Для определения компонентов оптимального старения в условиях тяжелого соматического заболевания были изучены показатели указанных параметров у пациентов с ИБС после перенесенного ИМ в сравнении с нормативными данными с помощью t-критерия Стьюдента. Результаты анализа представлены в табл. 1.

Из табл. 1 видно, что у пожилых пациентов, принимавших участие в исследовании на втором этапе реабилитации после перенесенного ИМ, субъективная оценка своего психологического благополучия сохраняется на высоком уровне, несмотря на вызванные болезнью ограничения здоровья. По-прежнему высоко оцениваются пациентами: уровень своей автономии и независимости, возможность управления средой (бытовая деятельность, передвижение, управление транспортом и пр.), уровень общения и со-

Таблица 1

**Средние показатели психологических характеристик пожилых с ИБС,
осложненной ИМ, с нормативными показателями**

Психологические характеристики	Пациенты N = 60 чел	Норма	Уровень значимости, <i>p</i>
	M ± SD		
Опросник геротрансцендентных изменений (ОГИ)			
Личностное измерение	33,2 ± 5,6	36–41	0,000
Социальное измерение	29,1 ± 6,6	32–36	0,000
Генерализованное мировосприятие	25,4 ± 5,4	28–33	0,000
Геротрансцендентность (интегративный показатель)	87,6 ± 14,4	97–109	0,000
Гериатрическая шкала депрессии (GDS-30)			
Депрессия	9,7 ± 6,1	≤ 9	–
Шкала психологического благополучия (К. Рифф)			
Позитивные отношения с другими	59,5 ± 8,5	≥ 57	–
Автономия	57,1 ± 7,2	≥ 52	0,000
Управление средой	58,8 ± 7,8	≥ 55	0,003
Личностный рост	55,4 ± 7,1	≥ 56	–
Цели в жизни	54,9 ± 9,8	≥ 58	0,050
Самопринятие	56,3 ± 8,9	≥ 53	0,024
Психологическое благополучие (интегративный показатель)	342,1 ± 39,6	≥ 335	0,000
Семантический дифференциал времени (СДВ)			
Восприятие прошлого времени	21,6 ± 4,3	≥ 16	0,000
Восприятие настоящего времени	18,9 ± 4,4	≥ 16	0,000
Восприятие будущего времени	23,5 ± 2,9	≥ 16	0,000
КОП-25			
Приверженность к лечению	39,0 ± 11,9	≥ 51	0,000

циальной активности. Ниже нормативных показателей оказался только параметр «Наличие цели в жизни», что закономерно связано с ограничениями, вызванными состоянием здоровья и, вероятно, с осознанием риска возможных рецидивов болезни в будущем. Как ни парадоксально, но *временная перспектива* достаточно высоко оценивалась пациентами исследуемой выборки, где наиболее высокие значения относились к параметру «Восприятие своего будущего времени» ($p < 0,0001$). То есть у пациентов нереалистично высокие представления о своем будущем (см. табл. 2). Эмоциональное состояние пациентов характеризовалось отсутствием признаков клинически выраженной депрессии и не отличалось от нормативных показателей. Обращает на себя внимание

низкий уровень геротрансцендентности в данной группе пациентов. Он статистически значимо ($p < 0,0001$) отличается от уровня геротрансцендентности большинства условно здоровых людей пожилого и старческого возраста (по данным исследования Стрижицкой О.Ю.).

По мнению таких авторов, как Торнстам и Паттон, геротрансцендентность характеризует уровень зрелости личности, сформированность личностной позиции в отношении своего возраста, принятие своих возрастных изменений и ограничений, новую систему взглядов (мировоззрение) и отношение к окружающим. Снижение показателей геротрансцендентности и ее компонентов у пациентов исследуемой группы может говорить о непринятии ими возрастных изме-

нений, происходящих на телесном, социальном и мировоззренческом уровнях.

Пациенты после перенесенного ИМ имеют низкую мотивацию к лечению и соблюдению врачебных рекомендаций, что увеличивает риск рецидива болезни: установлены низкие показатели приверженности лечению (39 баллов при норме < 51 балла). Мы предполагаем, что низкая приверженность лечению может быть связана с чрезмерно оптимистичным восприятием будущего времени пациентов, что формирует нереалистичную картину будущего.

Для изучения внутренних взаимосвязей компонентов оптимального старения у пациентов с ИБС, осложненной ИМ, был проведен корреляционный анализ. Результаты анализа представлены на рис. 2.

Установлены взаимосвязи геротрансцендентности и ее компонентов с приверженностью лечению, возрастом и восприятием будущего времени. Высокие показатели *геротрансцендентности* связаны с более молодым *возрастом* ($r = -0,341$, $p \leq 0,05$) и снижаются с его увеличением. Данный результат является важным дополнением к концепции геротрансцендентности в исследованиях Стрижицкой О.Ю., согласно которым все критерии оптимального старения (в т.ч. и геротрансцендентность) остаются неизменными на разных возрастных этапах (зрелый, пожилой и старческий воз-

раст). Важно отметить, что показатели возраста связаны только с одним компонентом геротрансцендентности – «*социальным измерением*» ($r = -0,342$, $p \leq 0,05$). При высоких показателях социального измерения в пожилом возрасте происходит пересмотр социального взаимодействия, переоценка имеющихся социальных контактов и сохранение тех, которые будут способствовать эмоциональному благополучию, что может приводить к сужению социального круга. Низкие показатели данного компонента в группе пациентов могут быть связаны с нежеланием снижать количество коммуникаций либо с нехваткой эмоциональной близости во взаимодействии. Поскольку в условиях ИБС с возрастом увеличивается количество ИМ в анамнезе ($r = 0,322$, $p \leq 0,001$), возрастает и количество госпитализаций пациентов. Мы предполагаем, что в данных условиях пациенты вынуждены снижать свою социальную и трудовую активность, у них сужается круг контактов, снижается удовлетворенность от взаимодействия и, соответственно, снижается социальное измерение геротрансцендентности. Снижение данного компонента и приводит, по нашему мнению, к уменьшению интегративного показателя геротрансцендентности (см. табл. 1).

Выявлена прямая взаимосвязь *геротрансцендентности* с *приверженностью лечению* ($r = 0,469$; $p \leq 0,001$). Высокая мо-

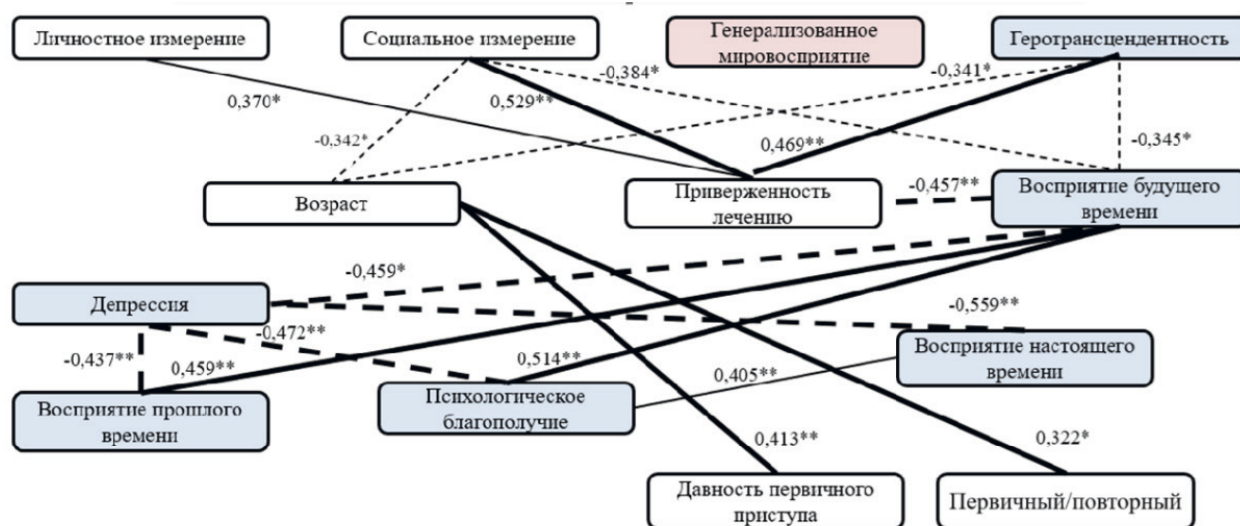


Рис. 2. Результаты корреляционного анализа (корреляционная плеяда) факторов оптимального старения, клинических и социально-демографических характеристик

тивация к лечению и соблюдению врачебных рекомендаций связана с более зрелым и адаптивным восприятием своего возрастного периода. Поскольку приверженность лечению – это стремление к восстановлению своего состояния здоровья и соблюдению рекомендаций врача, то подтверждаются результаты исследований Стрижицкой О.Ю., согласно которым адекватная оценка своего возрастного периода и забота о здоровье являются одним из эффектов геротрансцендентности пожилого человека. Все это делает формирование геротрансцендентности значимой и важной задачей зрелого возраста, успешное решение которой на следующем этапе (в пожилом возрасте) будет повышать мотивацию к сохранению здоровья и соблюдению медицинских рекомендаций.

Важным результатом исследования является установление обратной связи *геротрансцендентности* с показателями *восприятия будущего времени* ($r = -0,345$; $p \leq 0,05$) у пациентов после перенесенного ИМ. Чем выше показатели геротрансцендентности, тем ниже показатели восприятия будущего времени во временной перспективе личности у пациентов. Формирование слишком позитивных и нереалистичных представлений о своем будущем без учета влияния актуального соматического состояния, отказ от коррекции своей активности в условиях заболевания были связаны с незрелым представлением о своем возрастном периоде. Следует отметить, что в группе пациентов с ИБС *геротрансцендентность* напрямую связана только с показателями *восприятия будущего времени* своей жизни, и опосредованно, через этот параметр, осуществляется взаимосвязь геротрансцендентности с остальными факторами оптимального старения (восприятие настоящего и прошлого времени, психологическое благополучие и уровень депрессии). Мы предполагаем, что в условиях ИБС восприятие будущего времени является наиболее значимым и чувствительным к негативному воздействию заболевания компонентом оптимального старения, что подтверждается регрессионным анализом (см. табл. 2).

Как видно на рис. 2, чем ниже уровень депрессии и выше субъективный уровень психологического благополучия, тем позитивнее воспринимается временная перспектива в целом и оценка будущего времени и тем ниже интегративный показатель геротрансцендентности. Усиление депрессии после перенесенного ИМ в пожилом возрасте связано с ухудшением психологического благополучия, снижением оценки перспектив будущего и, как следствие, высокими показателями геротрансцендентности. Следовательно, более зрелое восприятие себя и своего возрастного периода жизни у пациентов после ИМ сопровождается более реалистичной оценкой своего здоровья и негативным восприятием временной перспективы жизни. Важно подчеркнуть, что с временной перспективой связана выраженность депрессивной симптоматики, а не клинические характеристики заболевания.

Особый интерес представляет связь геротрансцендентности, восприятия будущего времени и приверженности лечению. Как обсуждалось ранее, в исследуемой выборке пациентов интегральный показатель геротрансцендентности тесно связан с приверженностью лечению ($r = 0,469$, $p \leq 0,05$). При этом приверженность лечению ($r = -0,457$, $p \leq 0,001$) и геротрансцендентность ($r = -0,346$, $p \leq 0,05$) отрицательно связаны с восприятием будущего. То есть отсутствие зрелого понимания своего возрастного этапа жизни, недостаточное осознание опасности последствий имеющегося заболевания, радужные представления о своих возможностях и планах на будущее – эти личностные особенности могут являться причинами низкой приверженности лечению и низкой мотивации к соблюдению врачебных рекомендаций.

Важно отметить, что именно социальное измерение геротрансцендентности связано с оценкой будущего времени и приверженности лечению (рис. 2), что подтверждает значимость социальных контактов, сохранение социальной активности и наличие эмоционально близких отношений для пациентов данного профиля.

Таким образом, гармонизация геротрансцендентности (в особенности ее социаль-

Таблица 2

Результаты регрессионного анализа

Показатель	Нестандартизованные коэффициенты		Стандартизованные коэффициенты	Т	Значимость
	В	Статистическая ошибка	Бета		
Константа	212,437	40,885		5,196	0,000
Первичный/повторный инфаркт	-10,716	7,944	-0,364	-1,349	0,018
Восприятие будущего времени	-3,485	0,835	-0,708	-4,175	0,000
Давность первого приступа	1,335	1,179	0,427	1,132	0,026
Депрессия	-0,994	0,428	-0,424	-2,320	0,027
Возраст	-0,690	0,358	-0,458	-1,928	0,063
Восприятие настоящего времени	-0,275	0,580	-0,085	-0,473	0,639
Восприятие прошлого времени	-0,038	0,518	-0,011	-0,073	0,942
Психологическое благополучие	0,088	0,062	0,243	1,434	0,162
R = 0,724; R-квадрат = 0,525; скорректированный R-квадрат = 0,402 Стандартная ошибка оценки = 11,2 F = 4,274; $p \leq 0,002$					

ного компонента) и коррекция временной перспективы личности с учетом актуального соматического состояния (в особенности восприятия будущего времени) должны являться мишенями психокоррекционных воздействий на 2-м этапе реабилитации больных с ИБС после перенесенного ИМ, цель которых – повышение приверженности лечению и соблюдению врачебных рекомендаций.

Для определения факторов, влияющих на геротрансцендентность личности в пожилом возрасте в условиях ИБС с осложнением в виде ИМ, была использована множественная линейная регрессия. Для анализа и выявления степени влияния изучаемых характеристик на геротрансцендентность в процедуру множественного регрессионного анализа были добавлены не только психологические факторы оптимального старения, но и клинические характеристики пациентов. Результаты представлены в табл. 2.

Установлено, что наибольшую значимость (факторную нагрузку) имеют такие факторы, как первичность/повторность приступа (-10,716), восприятие будущего (-3,485), давность первичного приступа (+1,335) и уровень депрессии (-0,994). Наименьший вес имеют такие факторы, как восприятие прошлого времени (-0,038) и психологическое благополучие (+0,088). Исходя

из полученного уравнения, геротрансцендентность будет выше у больных, впервые переживших инфаркт в более молодом возрасте, у которых отсутствует депрессия, но наблюдается обеспокоенность перспективами своего будущего. Соответственно, если геротрансцендентность будет высокой, то и показатель приверженности лечению будет выше (см. рис. 2).

Таким образом, полученные нами результаты отличаются от факторов оптимального старения условно здоровых пожилых пациентов. Важными условиями оптимального старения пациентов пожилого возраста с ИБС после перенесенного ИМ, наряду с геротрансцендентностью, являются: клинические характеристики (длительность заболевания и количество инфарктов в анамнезе), а также реалистичное восприятие будущего времени и отсутствие депрессии, в то время как ранее выявленные факторы (психологическое благополучие, восприятие прошлого и настоящего времени) имеют меньшую степень влияния.

Заключение

По результатам проведенного исследования были обнаружены отличия в факторах оптимального старения у пациентов с ИБС, осложненной ИМ, по сравнению с условно

здоровыми пожилыми лицами. При оценке уровня сформированности геротрансцендентности было установлено, что у пациентов с ИБС после перенесенного ИМ показатели геротрансцендентности и всех ее компонентов сформированы на низком уровне, что отличает их от условно здоровых пожилых людей. При этом остальные компоненты оптимального старения (психологическое благополучие и временная перспектива личности) остаются на нормативном уровне. Восприятие будущего времени в группе пациентов с ИБС достоверно выше, чем у большинства условно здоровых людей пожилого возраста. Подобный дисбаланс в модели оптимального старения отличает данную нозологическую группу больных от условно здоровых пожилых людей.

Выявлено, что геротрансцендентность, как центральное звено в модели оптимального старения, в выборке пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями лишь опосредованно связана с ранее выделенными факторами оптимального старения (отсутствие депрессии, психологическое благополучие, положительное восприятие прошлого и настоящего времени) – через показатели восприятия будущего времени. Важно отметить, что высокие показатели геротрансцендентности связаны с более негативными показателями отношения к своему будущему. Завышенные, нереалистичные представления о своем будущем могут препятствовать гибкой адаптации к условиям возникшего соматического заболевания и к изменившимся условиям жизни.

Прямая связь геротрансцендентности с приверженностью лечению является важным результатом нашего исследования. Понимание своих возрастных изменений, жизненных целей, интересов и жизненной роли в текущий возрастной период, адекватное восприятие актуальной соматической ситуации связаны с высокой мотивацией к лечению и восстановлению, выполнению реабилитационных мероприятий. Таким образом, важной задачей зрелого возраста (возраста формирования геротрансцендентности) является адаптация к приближающимся изменениям в физической, социальной и миро-

воззренческой сферах. При этом неприятие изменений в социальном функционировании после перенесенного ИМ, неудовлетворенность своим социальным статусом (социальный компонент геротрансцендентности) может являться предиктором низкой приверженности лечению и неприятия себя в условиях хронического заболевания.

Обратная связь геротрансцендентности и возраста пациентов является неожиданным и новым результатом, обнаруженным в данной нозологической группе. В норме геротрансцендентность формируется в зрелом возрасте и дальше остается неизменно высокой (по данным Стрижицкой О.Ю.). Однако в группе пациентов с ИБС, осложненной ИМ, было установлено, что с возрастом показатели геротрансцендентности снижаются. Наиболее чувствительным к возрасту компонентом геротрансцендентности является социальное измерение. С возрастом увеличивается количество приступов и частота госпитализаций, что приводит к вынужденному сокращению социальной активности. Таким образом, именно адаптация к новым жизненным реалиям после случившегося ИМ, включение пациента в социальное взаимодействие и гармонизация социальной активности являются важными мишенями психокоррекционной работы с данной нозологической группой пациентов.

Выявлена обратная взаимосвязь приверженности лечению и восприятия будущего времени. Следовательно, восприятие будущего времени своей жизни, а точнее завышенные и нереалистичные ожидания от себя и своих возможностей в будущем, является важной мишенью психологической работы с пациентами с ИБС, осложненной ИМ, с точки зрения повышения мотивации к лечению, соблюдению врачебных рекомендаций, адаптации к новым условиям жизни с учетом соматического заболевания. Результаты исследования подтверждены и регрессионным анализом, согласно которому адекватное и гармоничное восприятие будущего времени является наиболее важным фактором оптимального старения в условиях соматического заболевания.

Литература

1. WHO: Health topics: Ageing: https://www.who.int/ru/health-topics/ageing#tab=tab_1 (дата обращения: 01.04.25).
2. Кужелева Е.А., Федюнина В.А., Гарганеева А.А. Приверженность лечению и качество жизни больных ССЗ на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи // Евразийский кардиологический журнал. 2020. № 2. С. 34–40.
3. Петрова Т.И., Лубинская Е.И., Зеленская И.А., Демченко Е.А. Приверженность больных ИБС пожилого и старческого возраста к медикаментозной терапии на догоспитальном этапе перед реваскуляризацией миокарда // VII международный образовательный форум «Российские дни сердца», 18–19 апреля 2019 года, Санкт-Петербург: Сборник тезисов. СПб., 2019. С. 231.
4. Погосова Г.В., Белова Ю.С., Рославцева А.Н. Приверженность к лечению артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца – ключевой элемент снижения сердечно-сосудистой смертности // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2007. Т. 6, № 1. С. 99–104.
5. Протасов Е.А., Великанов А.А., Трегубенко И.А. [и др.]. Особенности мотивации пациентов с ишемической болезнью сердца к участию в программе амбулаторной кардиологической реабилитации // Кардиология: новости, мнения, обучение. 2018. № 1. С. 74–81.
6. Пышкина Л.И., Тяжелников А.А., Кабанов А.А. [и др.]. Факторы риска и приверженность лечению пациентов с цереброваскулярными заболеваниями // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2023. Т. 123, № 8(2). С. 84–89.
7. Смородская И.В., Чернявская Т.К. Ишемическая болезнь сердца: анализ медицинских свидетельств о смерти // Российский кардиологический журнал, 2022. Т. 27, № 1. DOI: 10.15829/1560-4071-2022-4637.
8. Соколова Н.Ю. Приверженность к терапии у пациентов со стабильной ИБС после различных реваскуляризирующих операций // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. 2019. Т. 12, № 1. С. 25–30.
9. Стрижицкая О.Ю. Геротрансцендентность: психологическое содержание и теоретические модели // Вестник Санкт-Петербургского университета: Психология и педагогика. 2017. Т. 7(3). С. 268–279.
10. Стрижицкая О.Ю. Самоотношение и временная перспектива личности в период поздней зрелости: дисс. канд. психол. наук. СПб., 2006. 221 с.
11. Стрижицкая О.Ю. Современные и классические исследования старения. СПб.: СПбГУ, 2014. 78 с.
12. Яковлева М. В., Лубинская Е. И. Изучение приверженности лечению после операции коронарного шунтирования в аспекте внутренней картины болезни // Психология – наука будущего: материалы VI межд. конф. молодых ученых, 19–20 ноября 2015 г., Москва. С. 560–563.
13. Яковлева М.В., Лубинская Е.И., Демченко Е.А. Внутренняя картина болезни как фактор приверженности лечению после операции коронарного шунтирования // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». 2015. Т. 8, № 2. С. 59–70.
14. Tornstam L. Gerotranscendence: the contemplative dimension of aging // Journal of Aging Studies. 2017. Vol. 11(2). Pp. 143–154.
15. Tornstam L. Maturing into gerotranscendence // Journal of Transpersonal Psychology. 2011. Vol. 43, N 2. Pp. 166–180.

Поступила 10.04.2025

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

Участие авторов: Т.В. Демченко – планирование исследования, сбор эмпирического материала, обобщение полученных результатов, написание первого варианта статьи; Е.Р. Исаева – редактирование первого варианта статьи; Е.А. Демченко – редактирование окончательного варианта статьи; А.А. Великанов – сбор эмпирического материала, редактирование первого варианта статьи.

Для цитирования. Демченко Т.В., Исаева Е.Р., Демченко Е.А., Великанов А.А. Геротрансцендентность и приверженность лечению у пожилых пациентов с первичным и повторным инфарктом миокарда в реабилитационном периоде // Вестник психотерапии. 2025. № 94. С. 59–70. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-94-59-70

T.V. Demchenko¹, E.R. Isaeva¹, E.A. Demchenko², A.A. Velikanov²

Gerotranscendence and Treatment Adherence in Elderly Patients with Primary and Recurrent Myocardial Infarction During the Rehabilitation Period

¹ Pavlov First State Medical University of Saint-Petersburg (6–8, Leo Tolstoy Str., St. Petersburg, Russia);² Almazov National Medical Research Centre (2, Akkuratova Str., St. Petersburg, 197341, Russia)

✉ Tatyana Vladimirovna Demchenko – assistant of the department of general and clinical psychology Pavlov First State Medical University of Saint-Petersburg (6–8, Leo Tolstoy Str., St. Petersburg, 197022, Russia), e-mail: dtvperm@yandex.ru, SPIN-код: 8335-7418;

Elena Rudolfovna Isaeva – Dr. Psychol. Sci. Associate Prof., Head of the Department of General and Clinical Psychology, Pavlov First State Medical University of Saint-Petersburg (6–8, Leo Tolstoy Str., St. Petersburg, 197022, Russia), e-mail: isajeva@yandex.ru, ORCID 0000-0002-7731-7693, SPIN-код: 3322-6935;

Arseniy Apetovich Velikanov – PhD Psychol. Sci., Associate Prof., Human Sciences Department, Clinical Psychologist of the Psychotherapy Department, Almazov National Medical Research Centre (2, Akkuratova Str., St. Petersburg, 197341, Russia), e-mail: arsen.velikanov@gmail.com;

Elena Alekseevna Demchenko – Dr. Med. Sci., Head of the Scientific and Clinical Association of Rehabilitation, Prof. of the Department of Internal Medicine of the Institute of Medical Education, Almazov National Medical Research Centre (2, Akkuratova Str., St. Petersburg, 197341, Russia), e-mail: demchenko@almazovcentre.ru, SPIN-код: 7554-6851

Abstract

Relevance. The relevance of the present study is determined by the global prevalence and high mortality rates associated with cardiovascular diseases (CVD), making this group of disorders one of the most pressing issues in global healthcare. Among all CVDs, ischemic heart disease (IHD) has the highest mortality rate. IHD is closely associated with older age, which further highlights the importance of studying this specific age group.

Objective. To investigate the factors of optimal aging in elderly patients with IHD complicated by myocardial infarction (ICD-10 codes I21 and I22), compared to a conditionally healthy sample of older adults.

Methodology. The following assessment tools were used: The Geriatric Depression Scale (GDS-30), O.Yu. Strizhitskaya's Questionnaire of Gerotranscendence Indicators (OGI), Wasserman's "Semantic Differential of Time" technique (SDT), and the Russian Universal Questionnaire for Quantitative Assessment of Treatment Adherence (KOP-25).

Subjects. Elderly patients diagnosed with IHD complicated by myocardial infarction (I21 and I22).

Results and Analysis. The following factors of successful aging were identified among elderly patients with IHD and myocardial infarction: primary vs. recurrent cardiac event (–10.716), perception of the future (–3.485), time since the initial (preceding) myocardial infarction (+1.335), level of depression (–0.994), perception of past time (–0.038), and psychological well-being (+0.088).

Conclusion. The main psychotherapeutic targets in working with elderly patients with IHD and myocardial infarction are the harmonization of future time perception and normalization of patients' social functioning.

Keywords: ischemic heart disease, myocardial infarction, gerotranscendence, factors of optimal aging, treatment adherence.

References

1. WHO: https://www.who.int/ru/health-topics/ageing#tab=tab_1
2. Kuzheleva E.A., Fedyunina V.A., Garganeeva A.A. Priverzhennost' lecheniju i kachestvo zhizni bol'nyh SSZ na ambulatornom jetape okazaniya medicinskoj pomoshhi [Treatment adherence and quality of life in patients with CVD at the outpatient stage of medical care]. *Evrazijskij kardiologicheskij zhurnal* [Eurasian Cardiological Journal]. 2020; (2): 34–40. (In Russ.)

3. Petrova T.I., Lubinskaya E.I., Zelenskaya I.A., Demchenko E.A. Priverzhennost' bol'nyh IBS pozhilogo i starcheskogo vozrasta k medikamentoznoj terapii na dogospital'nom jetape pered revaskuljarizaciej miokarda [Treatment adherence in elderly patients with IHD to medication therapy at the pre-hospital stage before myocardial revascularization]. *Obrazovatel'nyj forum «Rossijskie dni serdca»* [Educational Forum "Russian Heart Days"]. 2019; Collection of Abstracts: 231. (In Russ.)
4. Pogosova G.V., Belova Yu.S., Roslavl'tseva A.N. Priverzhennost' k lecheniju arterial'noj gipertonii i ishemicheskoy bolezni serdca – kljuchevoj jelement snizhenija serdechno-sosudistoj smertnosti [Treatment adherence in patients with arterial hypertension and ischemic heart disease – a key element in reducing cardiovascular mortality]. *Kardiovaskuljarnaja terapija i profilaktika* [Cardiovascular Therapy and Prevention]. 2007; (6): 99–104. (In Russ.)
5. Protasov E.A., Velikanov A.A., Tregubenko I.A. [et al.]. Osobennosti motivacii pacientov s ishemicheskoy boleznu serdca k uchastiju v programme ambulatornoj kardiologicheskoy reabilitacii [Features of patient motivation with ischemic heart disease to participate in an outpatient cardiac rehabilitation program]. *Kardiologija: novosti, mnenija, obuchenie* [Cardiology: News, Opinions, Training]. 2018; (1): 74–81. (In Russ.)
6. Pyshkina L.I., Tyazhelnikov A.A., Kabanov A.A. [et al.]. Faktory riska i priverzhennost' lecheniju pacientov s cerebrovaskuljarnymi zabolevanijami [Risk factors and treatment adherence in patients with cerebrovascular diseases]. *Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova. Specvypuski* [Journal of Neurology and Psychiatry named after S.S. Korsakov, Special Issue]. 2023; (123): 84–89. (In Russ.)
7. Smorodskaya I.V., Chernyavskaya T.K. Ischemicheskaja boleznu serdca: analiz medicinskih svidetel'stv o smerti [Ischemic heart disease: analysis of medical evidence of death]. *Rossijskij kardiologicheskij zhurnal* [Russian Cardiological Journal]. 2022; (1): 4637. (In Russ.)
8. Sokolova N.Yu. Priverzhennost' k terapii u pacientov so stabil'noj IBS posle razlichnyh revaskuljarizirujushhih operacij [Treatment adherence in patients with stable IHD after various revascularization procedures]. *Kardiologija i serdechno-sosudistaja hirurgija* [Cardiology and Cardiovascular Surgery]. 2019; (1): 25–30 (In Russ.).
9. Strizhitskaya O.Yu. Gerotranscendentnost': psihologicheskoe sodержanie i teoreticheskie modeli [Gerotranscendence: psychological content and theoretical models]. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta: Psihologija i pedagogika* [Bulletin of Saint Petersburg University: Psychology and Education]. 2017; (3): 268–279 (In Russ.).
10. Strizhitskaya O.Yu. Sovremennye i klassicheskie issledovaniya starenija [Modern and classical studies on aging]. St. Petersburg, 2014: 78. (In Russ.).
11. Strizhitskaya O.Yu. Samootnoshenie i vremennaja perspektiva lichnosti v period pozdnej vzroslosti [Self-relation and temporal perspective of personality in late adulthood]: dissertation PhD. Psychol. Sci. St. Petersburg, 2006: 221. (In Russ.).
12. Yakovleva M.V., Lubinskaya E.I. Izuchenie priverzhennosti lecheniju posle operacii koronarnogo shuntirovaniya v aspekte vnutrennej kartiny bolezni [Study of treatment adherence after coronary bypass surgery in the context of the internal picture of illness]. *Psihologija – nauka budushhego: Materialy VI Mezhdunarodnoj konferencii molodyh uchenyh 19–20 nojabrja* [Psychology – The Science of the Future: Materials of the VI International Conference for Young Scientists, November 19–20]. Moscow. 2015: 560–563 (In Russ.).
13. Yakovleva M.V., Lubinskaya E.I., Demchenko E.A. Vnutrennjaja kartina bolezni kak faktor priverzhennosti lecheniju posle operacii koronarnogo shuntirovaniya [The internal picture of illness as a factor in treatment adherence after coronary bypass surgery]. *Vestnik Juzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta, Serija «Psihologija»* [Bulletin of South Ural State University. Series "Psychology"]. 2015; (2): 59–70. (In Russ.)
14. Tornstam L. Gerotranscendence: the contemplative dimension of aging. *Journal of Aging Studies*. 2017; 11(2): 143–154.
15. Tornstam L. Maturing into gerotranscendence. *Journal of Transpersonal Psychology*. 2011; 43(2): 166–180.

Received 10.04.2025

For citing: Demchenko T.V., Isaeva E.R., Demchenko E.A., Velikanov A.A. Gerotranscendentnost' i priverzhennost' lecheniyu u pozhilykh patsientov s pervichnym i povtornym infarktomyokarda v reabilitatsionnom periode. *Vestnik psihoterapii*. 2025; (94): 59–70. (In Russ.)

Demchenko T.V., Isaeva E.R., Demchenko E.A., Velikanov A.A. Gerotranscendence and treatment adherence in elderly patients with primary and recurrent myocardial infarction during the rehabilitation period. *Bulletin of Psychotherapy*. 2025; (94): 59–70. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-94-59-70

И.С. Короткова, Г.Л. Исурина, И.В. Грандильевская,
И.А. Горбунов, Е.О. Клейман

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АДАПТАЦИИ И СТРЕСС-РЕАКЦИИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ В ПРОЦЕССЕ РАБОТЫ НА СИМУЛЯТОРАХ

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

Актуальность. Симуляционные технологии широко используются в медицинском образовании и практическом здравоохранении. Условия выполнения заданий на симуляторах приближено к реальным условиям работы специалистов медицинского профиля и сопровождается высокой рабочей нагрузкой и личными переживаниями, что может приводить адаптационным трудностям, отражающимся на психологических, физиологических и гуморальных показателях.

Цель исследования заключалась в оценке объективных физиологических показателей стресса у студентов медицинских специальностей в процессе оказания неотложной помощи на симуляторе, определении личностных невротических черт участников, используемых ими стратегий совладания и выявлении зависимости между этими показателями.

Методология. Выборку исследования составили 32 студента медицинских специальностей. Измерение уровня стресса в процессе адаптации к деятельности производилось [с помощью регистрации электрокардиограммы (с использованием нагрудного пульсометра Polar H10)] в ситуации проведения сердечно-легочной реанимации на симуляторе; проводилась [оценка личностных невротических черт (опросник невротической личности KON-2006)].

Результаты и их анализ. Методом эксплораторного факторного анализа из ЭКГ были выделены 5 факторов, объясняющих 67 % дисперсии. Было выявлено значимое влияние ряда личностных черт и предпочитаемой стратегии совладания на процесс физиологической адаптации к стрессу, связанному с работой на симуляторе.

Заключение. Научно обоснованное психологическое сопровождение учебного процесса в условиях симуляционного центра должно учитывать предпочитаемые стратегии, используемые студентами для совладания со стрессом, и возможность их модификации с опорой на личностные качества обучающихся.

Ключевые слова: симуляционное обучение, стресс, адаптация, индекс напряжения регуляторных систем, стратегии совладания.

✉ Короткова Инга Сергеевна – канд. психол. наук, доц. каф. мед. психологии и психофизиологии, С.-Петерб. гос. ун-т (Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7–9), e-mail: i.s.korotkova@spbu.ru;

Исурина Галина Львовна – канд. психол. наук доц., проф. каф. мед. психологии и психофизиологии, С.-Петербург. гос. ун-т (Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7–9), e-mail: g.isurina@spbu.ru;

Грандильевская Ирина Владимировна – канд. психол. наук, доц. каф. мед. психологии и психофизиологии, С.-Петерб. гос. ун-т (Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7–9), e-mail: i.grandilevskaja@spbu.ru;

Горбунов Иван Анатольевич – канд. психол. наук, ст. науч. сотр. каф. мед. психологии и психофизиологии, С.-Петерб. гос. ун-т (Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7–9), e-mail: i.a.gorbunov@spbu.ru;

Клейман Елена Олеговна – ассистент, каф. мед. психологии и психофизиологии, С.-Петерб. гос. ун-т (Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7–9), e-mail: elena.o.kleyman@spbu.ru

Введение

Моделирование клинических ситуаций на симуляторах получило широкое распространение в качестве инструмента обучения и оценки в ряде направлений медицинской помощи, включая неотложную. Симуляция способна вызывать стресс и беспокойство («дистресс»), что может негативно сказаться на работе обучающихся, если требования, предъявляемые симуляцией, превышают имеющиеся ресурсы.

Недавнее исследование J. Peabody с коллегами продемонстрировало отсутствие статистически значимых различий между симуляцией и реальными медицинскими чрезвычайными ситуациями по физиологическим показателям [8]. Иными словами, симуляция может вызывать такие же психофизиологические реакции, как и реальные медицинские случаи.

Имеющийся золотой стандарт оценки уровня стресса – шкала тревоги Спилбергера – Ханина (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) – представляет субъективную интерпретацию состояния, но не отражает физиологических изменений, связанных со стрессом. Между тем адаптация к стрессу является сложным процессом, в котором взаимосвязь и взаимовлияние психофизиологических, индивидуально-психологических и социально-психологических компонентов играют ключевую роль. Этот процесс требует исследования с использованием системного подхода [1].

В то же время, как отмечает С.Н. Костромина, «реализованные дизайны психофизиологических исследований часто предполагают фиксацию функциональных показателей в сравнительном аспекте вне контекста естественной деятельности» [3]. Таким образом, они не позволяют отделить реальные вегетативные реакции на ситуацию стресса от тех, которые характеризуют состояние тревоги.

В нашем исследовании осуществлялась комплексная оценка физиологических и психологических показателей, при этом фиксация физиологических показателей производилась непосредственно в процессе выполнения сердечно-легочной реанимации на симуляторе.

Известно, что при совладании со сложными ситуациями, или стрессорами, активируются биологические механизмы, в первую очередь симпатико-адреналовая и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая оси, которые посредством секреции гормонов – адреналина и кортизола соответственно – способствуют высвобождению и мобилизации энергетических ресурсов. Отмеченные биологические реакции – попытки поддержать аллостаз, поэтому острая активация этих реакций наблюдается непосредственно перед проблемными событиями и во время них, о чем свидетельствует усиление психобиологических реакций на стрессоры [7].

Цель исследования заключалась в оценке объективных физиологических показателей стресса у студентов медицинских специальностей в процессе оказания неотложной помощи на симуляторе, определении личностных невротических черт участников, используемых ими стратегий совладания и выявлении зависимости между этими показателями.

В отличие от традиционных исследований, фиксирующих стресс-реакции вне контекста профессиональной деятельности, в данной работе использован динамический мониторинг показателей непосредственно в процессе выполнения клинической задачи, что повышает валидность полученных результатов. Настоящее исследование вносит вклад в теорию стресс-адаптации в медицинском образовании, предлагая комплексную модель влияния личностных невротических черт и стратегий совладания на динамику психофизиологических реакций в условиях симуляции. Полученные данные имеют прикладное значение и служат для совершенствования симуляционного обучения с учетом индивидуальных различий обучающихся.

Материалы и методы

В исследовании, проводимом на базе Симуляционного центра (СЦ) Санкт-Петербургского государственного университета (СПбГУ) приняло участие 32 студента медицинских специальностей.

С целью оценки влияния личностных черт невротического регистра на процесс физиологической адаптации к стрессу был использован опросник невротической личности KON-2006 [2].

Измерение уровня стресса в процессе адаптации к деятельности производилось в ситуации проведения сердечно-легочной реанимации (СЛР) на симуляторе (тренажер-манекен для отработки СЛР) в соответствии с рекомендациями по проведению реанимационных мероприятий, предложенными Европейским советом по реанимации (пересмотр 2015 г.) [4].

Использовался следующий сценарий, продолжительностью 8 мин.: полное нару-

шение проходимости верхних дыхательных путей у пострадавшего, вызванное инородным телом с последующей остановкой дыхания и кровообращения (в оснащении имеется автоматический наружный дефибриллятор; ритм, подлежащий дефибрилляции).

Эксперт Симуляционного центра осуществлял брифинг, озвучивая следующую информацию для участника: *«Вы увидели, что человеку стало плохо. Необходимо оказать ему первую помощь в рамках своих умений. На станции есть автоматический наружный дефибриллятор (АНД), однако воспользоваться им Вы сможете только после соответствующей голосовой команды. Сразу после входа АНД Вам недоступен».*

Таблица 1

Примерные тексты вводной информации в рамках диалога эксперта и участника

Действие участника	Текст вводной информации
При входе аккредитуемого на станцию	«Манекен/тренажер для отработки приема удаления инородного тела находится...» (указать место нахождения манекена на станции)
При оценке обстановки, демонстрации жеста безопасности	«Опасности нет!»
При вопросе «Вы подавились?»	«Пострадавший не может говорить»
После нанесения пяти ударов основанием ладони между лопатками условного пострадавшего / тренажера-манекена	«Удалить инородное тело из дыхательных путей пострадавшего не удалось!»
После пяти надавливаний на верхнюю часть живота пострадавшего / тренажера-манекена	«Инородное тело удалено. Пациент находится на полу. Окажите ему помощь»
При оценке обстановки, демонстрации жеста безопасности	«Опасности нет!»
При оценке сознания	«Пациент не реагирует»
При оценке дыхания	«Дыхания нет!»
При оценке пульса	«Пульса нет!»
При обращении в скорую медицинскую помощь по мобильному телефону	Имитировать диспетчера службы скорой медицинской помощи: «Скорая помощь слушает, что случилось?»
В случае если аккредитуемый называет правильную и полную информацию для скорой медицинской помощи: адрес, один пострадавший, мужчина или женщина средних лет / подросток 14 лет, без сознания, не дышит; готовность начать сердечно-легочную реанимацию	Кратко ответить: «Вызов принят!»
При попытке использовать АНД незамедлительно	«АНД в данный момент Вам недоступен»
По истечении 2 мин. с момента начала надавливаний на грудину	«АНД доступен. Вы можете его использовать»
По истечении 2 мин. после применения АНД и повторного начала цикла надавливаний на грудину	«Появились произвольные движения, кожные покровы розовеют. Испытание завершено. Ожидайте голосовой команды, чтобы покинуть станцию»

Далее эксперт фиксировал алгоритм выполнения участником действий по СЛР на симуляторе, давая голосовые команды, позволявшие участнику переходить к следующим этапам СЛР. (Пример взаимодействия эксперта и участника представлен в таблице 1)

После завершения сценария участники проходили дебрифинг. Им предлагалось оценить субъективный уровень стресса по шкале Лайкерта от 0 (совсем не испытывал стресс) до 10 (сильно выраженный стресс), а также определить доминирующую стратегию по совладению со стрессовой ситуацией.

На основе ответов участников были выделены две основные стратегии:

— волевая стратегия (стратегия 1) предполагала преодоление стрессовой ситуации путем дополнительной мобилизации усилий и актуализации информации об алгоритме действий в оперативной памяти (примеры ответов: «вспоминал алгоритм, что и за чем идет», «много раз до этого повторяли это, вспоминала как»);

— рефлексивная стратегия (стратегия 2) была основана на гармонизации мотивационной сферы, например изменении отношения к внешней ситуации (примеры ответов: «надо доказать, что знаю, что делать», «думала о том, что передо мной манекен, а не живой человек», «пыталась успокоить себя»).

С использованием нагрудного беспроводного пульсометра Polar H10 (Polar H10 sensors, Polar Electro Inc., Finland) производилась регистрация электрокардиограммы (ЭКГ) каждого участника исследования в покое (5 мин.) и в процессе выполнения СЛР (8 мин.), с последующей передачей полученных через Bluetooth на персональное мобильное устройство связи. Записанные ЭКГ были заархивированы для последующего анализа. С помощью функции R-R reading осуществлялся учет временных интервалов между последовательными ударами сердца. Достаточная точность записи позволила провести анализ вариабельности сердечного ритма (ВСР), включая временные показатели, по которым количественно оценивалась вариабельность интервалов между ударами, наблюдаемая в течение определенного

периода мониторинга (среднеквадратичное значение последовательных различий между нормальными сердечными сокращениями (RMSSD), стандартное отклонение нормальных межпульсовых интервалов (StdRR), индекс напряжения регуляторных систем (индекс Баевского, TensionIdx)), и спектральные показатели, по которым количественно оценивали абсолютные или относительные спектральные характеристики вариабельности между R-R интервалами в определенных частотных диапазонах (высокочастотный (HF 0,15–0,40 Гц) и низкочастотный (LF 0,04–0,15 Гц) компоненты и их соотношение LF/HF).

С целью определения количества и продолжительности периодов стресса по спектральным показателям вариабельности сердечного ритма использовался алгоритм, разработанный исследовательской командой из ФГБОУ ВО «Нижегородский государственный университет им Н.И. Лобачевского»: Некрасовой М.М., Полевой С.А., Париным С.Б., Шишальовым И.С., Бахчиной А.В. [5]. Учитывалось, что стресс состоит из двух фаз – адреналиновой фазы, длящейся не менее 30 сек., и норадреналиновой фазы, длящейся не менее 60 сек.

Поскольку сердечно-сосудистая система представляет собой сложную динамическую систему, оценка степени ее упорядоченности может осуществляться с помощью методов фрактальной размерности сигналов. В настоящем исследовании фрактальная размерность ЭКГ оценивалась с помощью метода Хигучи [6].

Математическая обработка материала проводилась с помощью программ Microsoft Excel и SPSS Statistics 23.

Результаты и обсуждение

Весь период записи ЭКГ был разделен на 4 участка. С целью редуцирования количества переменных, а также для получения более надежных результатов и снижения влияния эффекта множественной проверки гипотез производилась факторизация данных ЭКГ. Методом эксплораторного факторного

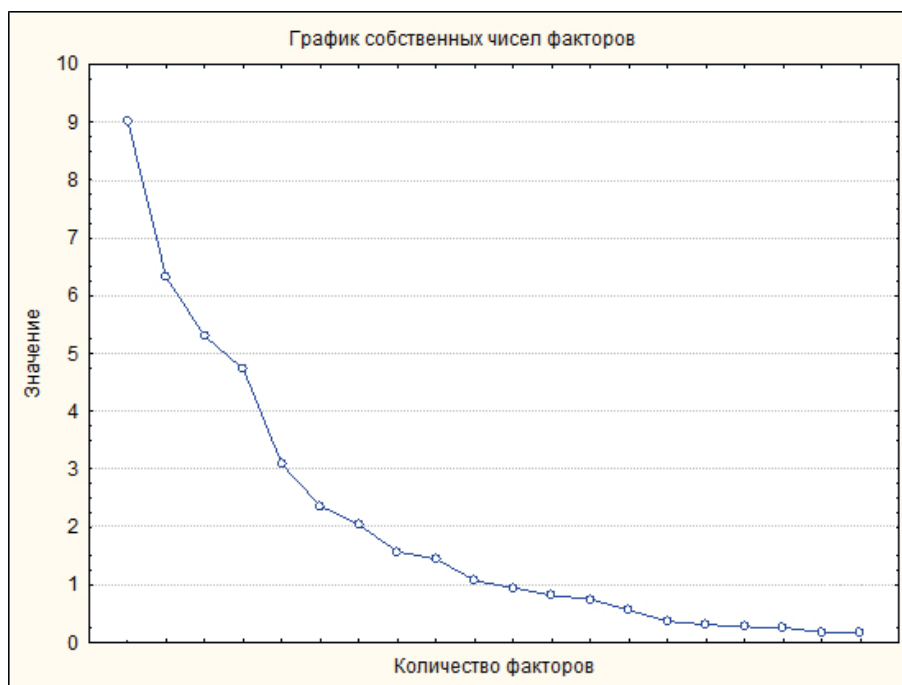


Рис. 1. График убывания собственных значений факторов (по ЭКГ)

анализа с использованием ортогонального вращения (Varimax) были выделены 5 факторов, объясняющих 67 % дисперсии (рис. 1).

Фактор 1 – психическое напряжение, формирующееся в начале работы. В него вошли следующие показатели: средний индекс напряжения по Баевскому и связанные с ним показатели (TensionIdx, StdTi_1, Mti_1, StdTi, dTi); средний R-R интервал (MeanRR_1, MeanRR_2, MeanRR_3, MeanRR_4); стандартное отклонение R-R интервалов (StdRR_1) преимущественно на начальном этапе работы на симуляторе (см. табл. 2).

Таблица 2

Фактор 1 «Психическое напряжение, формирующееся в начале работы»

Переменные	Факторные нагрузки
StdTi_1	0,898743
Mti_1	0,89497
StdTi	0,868386
dTi	0,868158
TensionIdx	0,684709
MeanRR_1	-0,80942
MeanRR_2	-0,84431
MeanRR_3	-0,65377
MeanRR_4	-0,67619
StdRR_1	-0,46926

Фактор 2 – длительность стресса и количество периодов возникновения стресса. В него вошли показатели, рассчитанные по алгоритму Некрасовой М.М., Полевой С.А., Парина С.Б. и коллег: количество участков стресса за все время эксперимента (StressCount); время начала возникновения стресса (StressBegin); длительность стресса на 1-м и 2-м этапе (Stress1Dur и Stress2Dur); отношение суммарных мощностей низко- и высокочастотных диапазонов (SumLH); количество стресс-эпох за все время (CountFS); а также минимальный за все время индекс

Таблица 3

Фактор 2 «Длительность стресса и количество периодов возникновения стресса»

Переменные	Факторные нагрузки
Stress2Dur	0,872063
StressCount	0,848846
StressBegin	0,763271
Stress1Dur	0,735472
MinTi	-0,63075
SumLH	-0,62644
StdRR_3	0,592883
FDim	-0,59024
CountFS	0,46913
StdRR_4	-0,478

Таблица 4

Фактор 3 «Плавное увеличение психического напряжения по мере работы на симуляторе»

Переменные	Факторные нагрузки
Mti_3	0,820139
Mti_4	0,812263
Mti_2	0,766269
StdTi_3	0,759789
SumTP	-0,70326
TensionIdx	0,699908
StdRR_2	-0,6274
StdTi_4	0,578265
StdTi_2	0,501776
StdRR_4	-0,478

напряжения регуляторных систем по Баевскому (MinTi); стандартное отклонение RR-интервалов за 3-ю четверть времени (StdRR_3); сниженная фрактальная размерность ЭКГ (FDim), отражающая плавное изменение уровня ЧСС, что определяет некоторую упорядоченность работы сердечно-сосудистой системы во времени (см. табл. 3).

Фактор 3 – плавное увеличение психического напряжения по мере работы на симуляторе. В него вошли следующие показатели: средний индекс напряжения по Баевскому и связанные с ним показатели (TensionIdx, StdTi_2, StdTi_3, StdTi_4, Mti_2, Mti_3, Mti_4); стандартное отклонение R-R интервалов (StdRR_2, StdRR_4), преимущественно на среднем и конечном этапах работы на симуляторе, а также суммарная спектральная мощность ЭКГ (SumTP) (см. табл. 4).

Фактор 4 – стресс на начальных этапах работах на симуляторе с последующей адаптацией. В него вошли следующие показатели: средний стресс-индекс (StandTP/StandLH) по всем эпохам (StressMean), сумма стресс-индексов (StressSum) и средний стресс-индекс на начальных этапах работы на симуляторе (StMean_1, StMean_2); стандартное отклонение стресс-индексов на первом этапе работы на симуляторе (StStd_1); стандартное отклонение RR-интервалов за весь период работы (StdRR); стандартное отклонение RR-интервалов на начальном этапе работы (StdRR_2); среднеарифметиче-

Таблица 5

Фактор 4 «Стресс на начальных этапах работах на симуляторе с последующей адаптацией»

Переменные	Факторные нагрузки
StressMean	0,768355
StressSum	0,768355
StMean_1	0,698753
StStd_1	0,695538
StdRR	0,566153
MeanRR_3	0,553037
MeanRR_4	0,520552
FDim	-0,48149
StdRR_2	0,432055
StMean_2	0,427561

ское значение RR-интервалов на конечных этапах работы на симуляторе (MeanRR_3, MeanRR_4); фрактальная размерность кардиоинтервалограммы (FDim). Учитывалась корреляция между всем стрессом и стрессом на начальном этапе работы на симуляторе (см. табл. 5).

Фактор 5 – стресс на конечном этапе работы на симуляторе. В него вошли следующие показатели: средний стресс-индекс на конечных этапах работы на симуляторе (StMean_3, StMean_4); стандартное отклонение стресс-индексов на конечных этапах работы на симуляторе (StStd_3, StStd_4); стандартное отклонение стресс-индексов (StressStd) (см. табл. 6).

Был проведен линейный регрессионный анализ, в рамках которого рассматривалось влияние личностных черт невротического регистра на процесс физиологической адаптации к стрессу, связанному с работой на симуляторе (см. табл. 7).

Таблица 6

Фактор 5 «Стресс на конечном этапе работы на симуляторе, постепенная дезадаптация»

Переменные	Факторные нагрузки
StMean_3	-0,8678
StStd_3	0,816611
StMean_4	0,767971
StStd_4	0,736408
StressStd	0,6427

Таблица 7

Личностные предикторы адаптации к стрессу

Зависимая переменная	Предиктор	B	SE B	β	t	p	F
Фактор 1 (R = 0,63; adj. R ² = 0,27; p = 0,038)	Самоорганизованность	0,504999	0,227632	0,504999	2,21848	0,038902	3,16021 (4,19)
Фактор 2 (R = 0,69; adj. R ² = 0,33; p = 0,029)	Социальная уверенность	0,490373	0,218639	0,469778	2,24285	0,037733	3,2402 (5,18)
	Недоверие	-0,43689	-0,43689	-0,43341	-0,43341	0,03824	
	Эмоциональная неустойчивость	0,522874	0,191072	0,38903	2,73652	0,013556	
Фактор 3 (R = 0,78; adj. R ² = 0,5; p = 0,003)	Социальная отчужденность	0,715496	0,16023	0,817	4,46542	0,000299	5,6631 (5,18)
Фактор 4 (R = 0,80; adj. R ² = 0,48; p = 0,009)	Социальная уверенность	-0,52612	0,192657	-0,50402	-2,73087	0,014805	4,0866 (7,16)
	Недоверие	0,578825	0,17839	0,574213	3,24471	0,005077	
Фактор 5 (R = 0,7; adj. R ² = 0,38; p = 0,009)	Самоорганизованность	0,663823	0,185569	1,02074	3,57723	0,00201	4,5627 (4,19)
	Недоверие	-0,60667	0,197304	0,197304	-3,07481	0,006235	
	Социальная отчужденность	0,416194	0,179956	0,47522	2,31276	0,032101	

Примечание: B – нестандартизированный регрессионный коэффициент; SE B – стандартное отклонение нестандартизированного регрессионного коэффициента; β – стандартизированный регрессионный коэффициент; t – t-статистика; p – уровень значимости регрессионного коэффициента; F – F-тест оценки отклонения от нуля коэффициента регрессии. R – корреляция регрессии с наблюдаемыми данными, adj. R² – скорректированный на количество предикторов коэффициент детерминации.

Высокая самоорганизованность, характеризующая способность личности к целеполаганию, планированию действий, стрессоустойчивости и эффективному решению проблем в различных жизненных ситуациях, в настоящем исследовании выступила в качестве предиктора психического напряжения, формирующегося в начале работы (Фактор 1) (см. табл. 7).

Известно, что в норме сердечный ритм регулируется преимущественно собственным водителем ритма и локальными воздействиями симпатических и парасимпатических ганглиев, а также уровнем гормонов адреналина и норадреналина в крови. В ситуациях, когда требуется повышенная готовность, быстрая реакция, и при стрессе к регуляции сердечного ритма подключаются более высокоорганизованные структуры – ствол и кора головного мозга. В результате ритм становится более стабильным, времен-

ные промежутки между ударами выравниваются, образуя так называемый «жесткий ритм». При этом индекс напряжения значительно возрастает. Согласно включенным в Фактор 1 переменным, он может характеризовать мобилизационную готовность индивида к деятельности, выражающуюся в повышении индекса напряжения на начальных этапах работы.

Таким образом, *самоорганизованность*, как личностная характеристика, вносит вклад в планирование действий, способствуя достаточной активации необходимых психофизиологических ресурсов для реализации деятельности на начальных этапах работы на симуляторе.

Предикторами длительности стресса и количества периодов возникновения стресса (Фактор 2) выступили *эмоциональная неустойчивость*, *недоверие* и *социальная уверенность* (см. табл. 7). Иными словами,

высокая выраженность и продолжительность периодов стресса, свидетельствующие о вероятности срыва дальнейшей деятельности и снижении адаптации, опосредованы эмоциональной нестабильностью, повышенной чувствительностью, трудностями в саморегуляции, а также потребностью во внешней поддержке. При этом социальная уверенность, доверие к людям и склонность обращаться за социальной поддержкой (в случае адаптации к самостоятельной деятельности при работе на симуляторе, где обратная связь от тренажера отсутствует) может приводить к особой сфокусированности на отсутствии социальной поддержки, что выражается в увеличении продолжительности и количества периодов стресса.

Высокая *социальная отчужденность*, характеризующая выраженное чувство одиночества, беспомощности, эмоционального дискомфорта и отсутствия контроля над собственной жизнью, выступила предиктором увеличения психического напряжения по мере работы на симуляторе (Фактор 3) (см. табл. 7). Вероятно, наличие депрессивного аффекта может приводить к руминативным переживаниям, связанным с негативной оценкой собственных действий, и ощущению беспомощности в процессе работы на симуляторе, что отражалось в увеличении показателей психического напряжения.

Согласно полученным данным, низкая *социальная уверенность* и высокое *недоверие* могут рассматриваться как предикторы стресса на начальных этапах работ на симуляторе с последующей адаптацией (Фактор 4) (см. табл. 7). Чувство отчужденности и неудовлетворенности отношениями с другими людьми, общее негативное восприятие социальных взаимоотношений в совокупности с неуверенностью в себе и низкой социальной адаптацией, вероятно, способствуют негативному восприятию начала работы на симуляторе. Последующая адаптация может быть связана с переоценкой ситуации и формированием конструктивной стратегии реагирования.

Предикторами стресса на конечном этапе работы на симуляторе (Фактор 5) выступили *социальная отчужденность*, *высокое доверие* к другим и *самоорганизованность* (см. табл. 7). Несмотря на высокую самоорганизованность и умение планировать действия для решения поставленных задач, а также позитивное отношение к окружающим и наличие теплых отношений с другими, выраженное чувство неудовлетворенности, низкая самооценка и наличие депрессивного аффекта приводят испытуемого к постепенной дезадаптации и выраженному стрессу на последних этапах работы на симуляторе.

Далее был проведен дисперсионный анализ (ANOVA) с повторными измерениями с целью оценки влияния предпочитаемой стратегии совладения со стрессовой ситуацией (стратегия 1 – волевая; стратегия 2 – рефлексивная) на среднеарифметическое значение индекса напряжения регуляторных систем по Баевскому (TensionIdx) и стандартное отклонение индекса напряжения по Баевскому (StdTi) на трех этапах работы на симуляторе. В качестве ковариатной переменной был взят Фактор 4 (рис. 2).

Было выявлено значимое влияние факторов «Стратегия» и «Этап» на индекс напряжения регуляторных систем по Баевскому ($F(2,38) = 3,4087$, $p < 0,05$). Полученные данные свидетельствуют о том, что использование стратегии 1, предполагавшей преодоление стрессовой ситуации путем дополнительной мобилизации усилий и актуализации информации об алгоритме действий в оперативной памяти, приводило к большему напряжению в начале и постепенной адаптации к концу работы, что выражалось в снижении индекса напряжения регуляторных систем по Баевскому. Лица, предпочитавшие стратегию 2, которая основывалась на гармонизации мотивационной сферы путем изменения отношения к внешней ситуации, напротив, демонстрировали в начале работы меньшее напряжение, которое резко увеличивалось к концу испытания, что может свидетельствовать о постепенной дезадаптации.

Covariate means:
FACTOR4: ,105747

STAGE*Стратегия; LS Means
Current effect: $F(2, 38)=3,4087$, $p=,04349$
(Computed for covariates at their means)
Vertical bars denote 0,95 confidence intervals

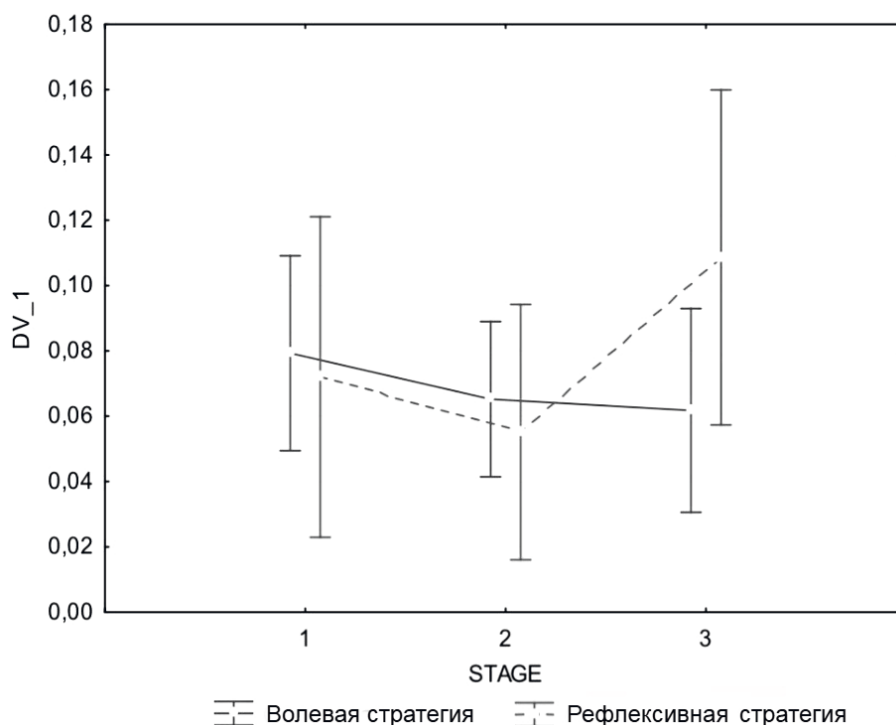


Рис. 2. Влияние стратегии совладания со стрессовой ситуацией на среднеарифметическое значение индекса напряжения регуляторных систем по Баевскому (TensionIdx) и стандартное отклонение индекса напряжения по Баевскому (StdTi) на трех этапах работы на симуляторе

Выводы и заключение

Симуляция была официально признана в качестве инновационного инструмента обучения в образовании в области здравоохранения, которое может улучшить навыки и повысить безопасность пациентов и результативность медицинских вмешательств. В то же время выполнение заданий на симуляторах сопровождается высокой рабочей нагрузкой и личными переживаниями, что может приводить к адаптационным трудностям.

Были выявлены особенности, связанные с зависимостью адаптации при работе на симуляторе от ряда личностных черт и предпочитаемой стратегией совладания со стрессовой ситуацией. Так, самоорганизованность способствует достаточной активации необходимых психофизиологических ресурсов для реализации деятельности на начальных этапах работы на симуляторе. Предикторами длительности стресса и количества пе-

риодов возникновения стресса выступили эмоциональная неустойчивость, недоверие и социальная уверенность. Социальная отчужденность связана с увеличением психического напряжения по мере работы на симуляторе, а низкая социальная уверенность и высокое недоверие могут рассматриваться как предикторы стресса на начальных этапах работ на симуляторе с последующей адаптацией. Предикторами стресса на конечном этапе работы на симуляторе выступили социальная отчужденность, доверие к другим и самоорганизованность. Волевая стратегия совладания со стрессовой ситуацией являлась потенциально более адаптивной по сравнению с рефлексивной стратегией, способствуя актуализации в памяти необходимых действий в процессе выполнения деятельности.

Полученные данные свидетельствуют о значимом вкладе личностных черт в про-

цесс адаптации к стрессу, связанному с работой на симуляторах. Понимание взаимосвязей и взаимовлияний различных компонентов адаптационного процесса в ситуации стресса у студентов-медиков может открыть множество перспектив для будущего медицинского обучения.

Научно обоснованное психологическое сопровождение учебного процесса в условиях симуляционного центра должно учитывать предпочитаемые стратегии, используемые студентами для совладания со стрессом, и возможность их модификации с опорой на личностные качества обучающихся.

Литература

1. Вассерман Л.И., Беребин М.А., Косенков Н.И. О системном подходе в оценке психической адаптации // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. 1994. № 3. С. 16–25.
2. Исурина Г.Л., Грандильевская И.В., Тромбчиньски П.К. «Опросник KON-2006» – новый метод исследования невротических черт личности // Медицинская психология в России. 2017. Т. 9, №. 6. С. 7.
3. Костромина С.Н., Прокофьева В.В., Гнедых Д.С., Королева М.Е. Психофизиологический мониторинг экзаменационного стресса у школьников // Психологические исследования. 2015. № 8(43). С. 7. DOI: 10.54359/ps.v8i43.520.
4. Мороз В.В. Рекомендации по проведению реанимационных мероприятий Европейского совета по реанимации (пересмотр 2015 г.). 3-е изд. М.: НИИОП, НСР. 2016. С. 192.
5. Некрасова М.М., Полевая С.А., Парин С.Б. [и др.]. Патент № 2531443 Российская Федерация, МПК А61В 5/0402 (2006.01). Способ определения стресса: № 2013150016/14: заявл. 11.11.2013; опубл. 20.10.2014. 12 с.
6. Higuchi T. Relationship between the Fractal Dimension and the Power Law Index for a Time Series: A Numerical Investigation // *Physica D: Nonlinear Phenomena*. 1990. Vol. 46, N 2. Pp. 254–264.
7. Kim H.G., Cheon E.J., Bai D.S. [et al.]. Stress and Heart Rate Variability: A Meta-Analysis and Review of the Literature // *Psychiatry Investigation*. 2018. Vol. 15, N 3. С. 235. DOI: 10.30773/pi.2017.08.17.
8. Peabody J., Ziesmann M.T., Gillman L.M. Comparing the Stress Response Using Heart Rate Variability during Real and Simulated Crises: A Pilot Study // *Advances in Health Sciences Education*. 2024. Vol. 29, N 2. Pp. 465–475. DOI: 10.1007/s10459-023-10246-7.

Поступила 12.01.2025

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

Участие авторов: И.С. Короткова – планирование и проведение исследования, обработка и анализ результатов, написание статьи; Г.Л. Исурина – планирование исследования, обработка и анализ результатов, написание статьи; И.В. Грандильевская – планирование и проведение исследования, обработка и анализ результатов, написание статьи; И.А. Горбунов – обработка и анализ результатов, написание статьи; Е.О. Клейман – планирование и проведение исследования, обработка и анализ результатов, написание статьи.

Для цитирования. Короткова И.С., Исурина Г.Л., Грандильевская И.В., Горбунов И.А., Клейман Е.О. Психофизиологические аспекты адаптации и стресс-реакции студентов-медиков в процессе работы на симуляторах // Вестник психотерапии. 2025. № 94. С. 71–82. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-94-71-82

Финансовая поддержка – исследование выполнено при поддержке гранта Российского научного фонда (РНФ) № 23-25-00159 «Психологическая адаптация студентов-медиков к обучению с использованием симуляционных технологий».

I.S. Korotkova, G.L. Isurina, I.V. Grandilevskaja, I.A. Gorbunov, E.O. Kleiman

Psychophysiological Aspects of Medical Students' Adaptation in the Process of Working on Simulators

Saint Petersburg State University (7–9, Universitetskaya Emb., St. Petersburg, Russia)

✉ Inga Sergeevna Korotkova – PhD Psychol. Sci., Associate Prof., Department of medical psychology and psychophysiology, St. Petersburg State University (7–9, Universitetskaya Emb., St. Petersburg, 199034, Russia), e-mail: i.s.korotkova@spbu.ru;

Galina Lvovna Isurina – PhD Psychol. Sci. Associate Prof., Prof. of the Department of medical psychology and psychophysiology, St. Petersburg State University (7–9, Universitetskaya Emb., St. Petersburg, 199034, Russia), e-mail: g.isurina@spbu.ru;

Irina Vladimirovna Grandilevskaja – PhD Psychol. Sci., Associate Prof., Department of medical psychology and psychophysiology, St. Petersburg State University (7–9, Universitetskaya Emb., St. Petersburg, 199034, Russia), e-mail: i.grandilevskaja@spbu.ru;

Ivan Anatolyevich Gorbunov – PhD Psychol. Sci., Senior Researcher, Department of medical psychology and psychophysiology, St. Petersburg State University (7–9, Universitetskaya Emb., St. Petersburg, 199034, Russia), e-mail: i.a.gorbunov@spbu.ru;

Elena Olegovna Kleiman – assistant, Department of medical psychology and psychophysiology, St. Petersburg State University (7–9, Universitetskaya Emb., St. Petersburg, 199034, Russia), e-mail: elena.o.kleyman@spbu.ru

Abstract

Relevance. Simulation technologies are widely used in medical education and practical healthcare. Performance of tasks on simulators is close to real working conditions of medical specialists and associated with high workload and personal distress, which can lead to adaptation difficulties manifested in psychological, physiological and humoral indicators.

Intention. The research is devoted to the study of interrelations and influences of psychological and physiological components of adaptation process in a stress situation in medical students.

Methodology. The study sample consisted of 32 students of medical specialties. The stress level was measured during the process of performing cardiopulmonary resuscitation on a simulator by recording electrocardiogram using a *heart rate monitor chest strap* Polar H10. Personality traits were assessed by the neurotic personality questionnaire KON-2006.

Results and Analysis. 5 factors explaining 67 % of the variance were extracted from the ECG by the method of exploratory factor analysis. A significant influence of a number of personality traits and preferred coping strategy on the process of physiologic adaptation to stress related to simulator work was revealed.

Conclusion. Scientifically-based psychological support of the educational process in the simulation center should take into account the preferred strategies used by students to cope with stress, and the possibility of their modification based on the personal traits of students.

Keywords: simulation training, stress, adaptation, tension index of regulatory systems, coping strategies.

References

1. Vasserman L.I., Berebin M.A., Kosenkov N.I. O sistemnom podkhode v otsenke psikhicheskoi adaptatsii [On a systematic approach to assessing mental adaptation]. *Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoi psikhologii im. V.M.Bekhtereva* [Review of Psychiatry and Medical Psychology named after V. M. Bekhterev]. 1994; (3): 16–25. (In Russ.)
2. Isurina G.L., Grandilevskaja I.V., Trabczynski P.K. «Oprosnik KON-2006» – novyi metod issledovaniya nevroticheskikh chert lichnosti [The KON-2006 questionnaire is a new method for studying neurotic personality traits]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii* [Medical psychology in Russia]. 2017; (6(47)): 7. (In Russ.)
3. Kostromina S.N., Prokofeva V.V., Gnedykh D.S., Koroleva M.E. Psikhofiziologicheskiy monitoring ekzamenatsionnogo stressa u shkol'nikov [Psychophysiological monitoring of evaluation stress in school children]. *Psikhologicheskie issledovaniya* [Psychological Studies]. 2015; (8(43)): 7. (In Russ.)

4. Moroz V.V. Rekomendacii po provedeniyu reanimacionnyh meropriyatij Evropejskogo soveta po reanimacii (peresmotr 2015 g.). 3-e izd. [European resuscitation council guidelines for resuscitation (2015 revision) 3rd edition]. Moscow. 2016: 192. (In Russ.)
 5. Nekrasova M.M., Poleyaya S.A., Parin S.B. [et al.]. Sposob opredeleniya stressa [Method of determining stress]. Patent RF № 2013150016/14. 2014: 14. (In Russ.)
 6. Higuchi T. Relationship between the fractal dimension and the power law index for a time series: a numerical investigation. *Physica D: Nonlinear Phenomena*. 1990; 46(2): 254–264.
 7. Kim H.G., Cheon E.J., Bai D.S. [et al.]. Stress and heart rate variability: a meta-analysis and review of the literature. *Psychiatry investigation*. 2018; 15(3): 235. DOI: 10.30773/pi.2017.08.17.
 8. Peabody J., Ziesmann M. T., Gillman L. M. Comparing the stress response using heart rate variability during real and simulated crises: a pilot study. *Advances in Health Sciences Education*. 2024; 29(2): 465–475. DOI: 10.1007/s10459-023-10246-7.
-

Received 12.01.2025

For citing: Korotkova I.S., Isurina G.L., Grandilevskaja I.V., Gorbunov I.A., Kleiman E.O. Psikhofiziologicheskie aspekty adaptatsii i stress-reaktsii studentov-medikov v protsesse raboty na simulyatorakh. *Vestnik psihoterapii*. 2025; (94): 71–82. (In Russ.)

Korotkova I.S., Isurina G.L., Grandilevskaja I.V., Gorbunov I.A., Kleiman E.O. Psychophysiological aspects of medical students' adaptation in the process of working on simulators. *Bulletin of Psychotherapy*. 2025; (94): 71–82. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-94-71-82

А.А. Суворова-Григорович

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ АДАПТИВНОСТИ СТУДЕНТОВ ЛУГАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО ПЕДАГОГИЧЕСКОГО УНИВЕРСИТЕТА В УСЛОВИЯХ ЗАТЯЖНОГО СТРЕССА

Луганский государственный педагогический университет
(Россия, ЛНР, г. Луганск, ул. Оборонная, д. 2)

Актуальность. Высокий уровень адаптации студентов высших учебных заведений обязателен для обеспечения академической успешности, активного завязывания и поддержания социальных контактов, формирования новых и расширения ранее приобретенных компетенций. Помимо стандартных требований, предъявляемых окружающей средой к студентам высших учебных заведений, на территории Луганской Народной Республики имеются дополнительные факторы, влияющие на эффективность социальной адаптации. Это прежде всего формирование личности (развитие высших психических функций) в условиях двух фаз активного военного конфликта с перерывом на замороженный. Согласно нашим исследованиям, факторами, вызывающими развитие посттравматического стрессового расстройства у детей и подростков на территории Луганской Народной Республики, являются стрессоры запредельной силы, такие как боевой опыт, террористические нападения, ожидание последующих террористических нападений, внезапная смерть или тяжелое увечье родственника или близкого друга, пребывание в качестве свидетеля тяжелых травм или насильственной смерти другого человека.

Цель исследования – оценка патопсихологических характеристик адаптивности студентов Луганского государственного педагогического университета в условиях затяжного стресса.

Методология. Нами обследованы 124 студента Луганского государственного педагогического университета с использованием многоуровневого личностного опросника (МЛО) «Адаптивность». Для оценки состояния студентов использовались шкалы 2-го, 3-го и 4-го уровня. Оценивались показатели по шкалам: дезадаптационные нарушения, астенические реакции и состояния, психотические реакции и состояния, личностный адаптивный потенциал, поведенческая регуляция, коммуникативная компетентность, моральная нормативность. Все исследуемые женского пола, в возрасте от 17 до 39 лет, являются студентами бакалавриата 1–4-го курсов или магистратуры 1–2-го курсов очной формы обучения.

Результаты и их анализ. Согласно результатам тестирования, 2/3 студентов имеют низкий уровень личностного адаптационного потенциала, почти у половины студентов выявлен низкий уровень поведенческой регуляции, более 1/3 студентов имеют низкий коммуникативный потенциал. Более четверти студентов имеют выраженные дезадаптационные нарушения, более половины – умеренные нарушения адаптации. Выраженных психотических реакций и состояний существенно меньше, чем астенических (6,46 % и 27,42 % соответственно). В регистре умеренно выраженных преобладают психотические реакции и состояния (74,19 % и 56,45 % соответственно). Личностный адаптивный потенциал и дезадаптационные нарушения имеют различную структуру на разных курсах обучения.

Заключение. В связи с полученными результатами, с целью формирования у молодых людей здоровой личности, способной противостоять вызовам времени в эпоху социально-политических трансформаций, необходима разработка психолого-педагогических условий для гармоничного формирования личностных качеств студентов педагогического вуза в условиях затяжного стресса.

Ключевые слова: студенты, затяжной стресс, многоуровневый личностный опросник «Адаптивность», личностный адаптивный потенциал, поведенческая регуляция, коммуникативный потенциал, моральная нормативность, дезадаптационные нарушения, астенические реакции и состояния, психотические реакции и состояния.

Введение

Обучение в высшем учебном заведении требует от студентов значительных усилий для обеспечения академической успешности, активного завязывания и поддержания социальных контактов, формирования новых и расширения ранее приобретенных компетенций. Достижение этих целей невозможно без высокого уровня социальной адаптации. Давно известно, что первый курс обучения требует от студентов напряжения адаптационных способностей в связи с изменением социального окружения, появлением новых требований, часто – сменой места жительства [2, 3].

Уровень успешности адаптации определяется как врожденными особенностями нервной системы, так и условиями воспитания, сформированными поведенческими стереотипами и адекватностью самооценки. Без сомнения, основой высокой адаптации является определенное состояние головного мозга и высших психических функций, что определяется наследственностью, благополучием протекания беременности и родов, правильным развитием высших психических функций во время взросления. Высшие психические функции прижизненные по своему происхождению и социальные по развитию. Соответственно, их развитие характеризуется высокой динамичностью и коррелирует с множеством объективных и субъективных факторов, включая функциональное состояние, социальный опыт и жизненную позицию [10]. Искаженные представления или недостаточное понимание своей личности с высокой долей вероятности нарушают процесс адаптации, что чревато трудностями в межличностных отношениях (в виде склонности к конфликтам

либо чрезмерной конформности), в оценке своей социальной роли либо проблемами с физическим или психическим здоровьем (высокий уровень социальной адаптации является одним из критериев психического здоровья по определению ВОЗ) [1, 5].

Помимо стандартных требований, предъявляемых окружающей средой к студентам высших учебных заведений, на вновь освобожденных территориях имеются дополнительные факторы, влияющие на эффективность социальной адаптации. Это прежде всего формирование личности (развитие высших психических функций) в условиях двух фаз активного военного конфликта с перерывом на замороженный. Согласно нашим исследованиям, факторами, вызывающими развитие посттравматического стрессового расстройства у детей и подростков на территории Луганской Народной Республики, являются стрессоры запредельной силы, такие как боевой опыт, террористические нападения, ожидание последующих террористических нападений, внезапная смерть или тяжелое увечье родственника или близкого друга, пребывание в качестве свидетеля тяжелых травм или насильственной смерти другого человека [6].

Целью данного исследования является оценка патопсихологических характеристик адаптивности студентов Луганского государственного педагогического университета (ЛНР) в условиях затяжного стресса.

Научная новизна исследования состоит в том, что впервые исследованы патопсихологические характеристики адаптивности у студентов педагогического университета, проживающих на территориях Луганской Народной Республики в условиях затяжного стресса.

Материалы и методы исследований

В рамках проводимой на кафедре научно-исследовательской работы «Формирование личности студентов в условиях затяжного стресса и посттравматического стрессового расстройства (ПТСР)» нами обследованы 124 студента в возрасте от 17 до 39 лет. Все обследованные женского пола (таков контингент обучающихся на кафедре), являются студентами бакалавриата 1–4-го курсов или магистратуры 1–2-го курсов очной формы обучения.

Для патопсихологической оценки адаптивности студентов нами использовался МЛО «Адаптивность», разработанный А.Г. Маклаковым и С.В. Чермяниным. Методика была принята в качестве стандартизированного метода и рекомендована к использованию для решения задач профессионального психологического отбора, психологического сопровождения образовательной и профессиональной деятельности.

МЛО состоит из 165 вопросов и имеет четыре структурных уровня, что позволяет получить информацию различного объема и характера. Для патопсихологической оценки адаптивности студентов мы использовали шкалы 2-го, 3-го и 4-го уровней [4].

Шкалы 2-го уровня соответствуют шкалам опросника «Деадаптационные нарушения» (ДН), предназначены для выявления деадаптационных нарушений – преимущественно астенических и психотических реакций и состояний. Опросник ДН включает в себя 77 вопросов и имеет три шкалы: «Астенические реакции и состояния» (АР); «Психотические реакции и состояния» (ПС); «Деадаптационные нарушения» (ДН). Шкалы 3-го уровня: «Поведенческая регуляция» (ПР), «Коммуникативный потенциал» (КП) и «Моральная нормативность» (МН). Шкала 4-го уровня – «Личностный адаптационный потенциал» (ЛАП) [7].

Поведенческая регуляция (ПР) – это способность человека регулировать свое поведение во взаимодействии с социальной средой. Основными характеристиками поведенче-

ской регуляции являются: адекватность самооценки, уровень эмоционально-волевой устойчивости, а также наличие либо отсутствие социального одобрения (социальной поддержки) / ощущения социального одобрения (социальной поддержки) со стороны окружающих людей. Все выделенные структурные элементы не являются первоосновой регуляции поведения. Они лишь отражают соотношение потребностей, мотивов, эмоционального фона настроения, самосознания, «Я-концепции» и др. Система регуляции социального одобрения (социальной поддержки) – это сложное, иерархическое образование, а интеграция всех ее уровней в единый комплекс и обеспечивает устойчивость процесса регуляции поведения [9].

Коммуникативный потенциал – это выраженность потребности в коммуникации и коммуникативные возможности человека (умение достигнуть контакта и взаимопонимания с окружающими и в течение длительного времени поддерживать это взаимопонимание).

Моральная нормативность – это степень принятия морально-нравственных норм общества и ближайшего окружения, способность соответствовать этим нормам, полнота осознания предлагаемой социальной роли и способность соответствовать ей.

Личностный адаптационный потенциал состоит из показателей поведенческой регуляции, коммуникативного потенциала и моральной нормативности и отражает нормотипичность личности в социально-нравственной плоскости, а также личностные возможности человека в плане достижения социальной адаптации [8].

Статистическую обработку результатов исследования проводили с помощью пакета Statistica 10. Показатели шкал, как порядковые, оцениваются при помощи непараметрических методов. Данные описывали в виде медианы (Me), моды (Mo), 25-го и 75-го перцентилей (25 %; 75 %). Описание исследуемых параметров у студентов ЛНР представлено в табл. 1.

Согласно показателям ЛАП МЛО «Адаптивность», у студентов количество баллов

Таблица 1

Показатели МЛО

Статистические показатели	N	Медиана	Мода	Частота мод	Миним.	Макс.	25 %	75 %
ЛАП	124	3,0	1,0	50	1,0	8,0	1,0	4,0
ПР	124	4,0	1,0	26	1,0	9,0	2,0	5,0
КП	124	4,0	3,0	37	2,0	10,0	3,0	5,0
МН	124	5,0	5,0	35	1,0	8,0	4,0	6,0
ДН	124	5,0	5,0	30	1,0	8,0	4,0	7,0
АР	124	5,0	5,0	28	1,0	10,0	4,0	7,0
ПС	124	5,0	5,0	55	1,0	9,0	4,0	5,0

колеблется от 1 до 8 (низкий, средний и высокий показатели). Ме = 3 (низкий уровень), Мо = 1 (минимальный показатель). Частота мод равна 50 (40,3 % студентов). Нижний квартиль (25 %) – 1,0; верхний квартиль (75 %) – 4,0 (50 % студентов).

Согласно показателям ПР МЛО «Адаптивность», у студентов количество баллов колеблется от 1 до 9 (низкий, средний и высокий показатели). Ме = 4 (средний уровень), Мо = 1 (минимальный показатель). Частота мод равна 26 (21 % студентов). Нижний квартиль (25 %) – 2,0; верхний квартиль (75 %) – 5,0 (50 % студентов).

Согласно показателям КП МЛО «Адаптивность», у студентов количество баллов колеблется от 2 до 10 (низкий, средний и высокий показатели), Ме = 4 (средний уровень), Мо = 3 (низкий уровень), частота мод равна 37 (30 % студентов). Нижний квартиль (25 %) – 3,0; верхний квартиль (75 %) – 5,0 (50 % студентов имеют низкий и средний уровень).

Согласно показателям МН МЛО «Адаптивность», у студентов Ме = 5 (средний уровень), Мо = 5 (средний уровень), частота мод равна 35 (28 % студентов). Нижний квартиль (25 %) – 4,0; верхний квартиль (75 %) – 6,0 (50 % студентов имеют средний уровень).

Согласно показателям ДН МЛО «Адаптивность», у студентов количество баллов колеблется от 1 до 8 (низкий, средний и высокий показатели), Ме = 5 (средний уровень), Мо = 5 (средний уровень), частота мод равна 30 (24,2 % студентов). Нижний квартиль (25 %) – 4,0; верхний квартиль (75 %) – 7,0 (50 % студентов имеют средний уровень).

Согласно показателям АР МЛО «Адаптивность», у студентов количество баллов колеблется от 1 до 10 (низкий, средний и высокий показатели), Ме = 5 (средний уровень), Мо = 5 (средний уровень), частота мод равна 28 (22,6 % студентов). Нижний квартиль (25 %) – 4,0; верхний квартиль (75 %) – 7,0 (50 % студентов имеют средний уровень).

Согласно показателям ПС МЛО «Адаптивность», у студентов количество баллов колеблется от 1 до 9 (низкий, средний и высокий показатели), Ме = 5 (средний уровень), Мо = 5 (средний уровень), частота мод равна 55 (44,4 % студентов). Нижний квартиль (25 %) – 4,0; верхний квартиль (75 %) – 5,0 (50 % студентов имеют средний уровень).

Взаимосвязь уровня баллов по МЛО «Адаптивность» с возрастом и курсом обучения испытуемых оценивалась при помощи коэффициента ранговой корреляции Спирмена (R). Во всех процедурах статистического анализа рассчитывался достигнутый уровень значимости (p), при этом критический уровень значимости в данном исследовании принимался равным 0,05.

Взаимосвязь уровня баллов МЛО с возрастом испытуемых отражена в табл. 2.

Проведенный анализ корреляции между возрастом обследуемого и показателями МЛО «Адаптивность» позволяет сделать вывод об отсутствии достоверной связи между данными показателями ($p > 0,05$).

Взаимосвязь уровня баллов МЛО с курсом обучения испытуемых описана в табл. 3.

Проведенный анализ корреляции между курсом обучения обследуемого и показате-

Таблица 2

Корреляция показателей МЛО с возрастом

Исследуемые характеристики	ЛАП	ПР	КП	МН	ДН	АР	ПС
Возраст, кол-во лет	0,12	0,10	0,04	-0,05	0,02	0,03	-0,01

Таблица 3

Корреляция показателей МЛО с курсом обучения

Исследуемые характеристики	ЛАП	ПР	КП	МН	ДН	АР	ПС
Курс обучения	0,10	0,08	0,03	0,01	0,02	0,00	0,05

лями МЛО позволяет сделать вывод об отсутствии достоверной связи между данными показателями ($p > 0,05$).

Распределение студентов согласно уровню показателей МЛО описано в табл. 4.

Как видно из таблицы, 82 студента (66,13 %) имеют низкий уровень ЛАП, 35 студентов (28,22 %) имеют средний уровень и только у 7 (5,65 %) определен высокий уровень. При этом низкий уровень поведенческой регуляции выявлен у 59 студентов (47,58 %), средний – у 53 (42,74 %), высокий – у 12 (9,68 %). По показателю коммуникативной компетентности низкий уровень выявлен у 46 студентов (37,1 %), средний – у 67 (54,03 %), высокий – у 11 (8,87 %). По показателю дезадаптационных нарушений высокий уровень отмечен у 33 студентов (26,61 %), средний – у 63 (50,81 %), низкий – у 28 (22,58 %). По показателю астенических реакций и состояний высокий уровень выявлен у 34 студентов (27,42 %), средний уро-

вень – у 70 (56,45 %), низкий уровень – у 20 (16,13 %). По показателю психотических реакций и состояний высокий уровень выявлен у 8 студентов (6,46 %), средний уровень – у 92 (74,19 %), низкий уровень – у 24 (19,35 %).

Корреляция показателей ЛАП по МЛО «Адаптивность» с ПР, КП, МН, ДН, АР, ПС на разных курсах обучения с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена (R) показана в табл. 5.

Как следует из наших наблюдений, у студентов 1-го курса бакалавриата отмечается сильная положительная связь ЛАП с ПР ($R = 0,93$), ДН ($R = 0,89$), КП ($R = 0,88$), АР ($R = 0,86$), ПС ($R = 0,71$) (по убывающей), умеренная положительная связь с МН ($R = 0,49$). У студентов 2-го курса бакалавриата отмечается сильная положительная связь ЛАП с ПР ($R = 0,89$), ДН ($R = 0,84$), умеренная положительная связь с АР ($R = 0,67$), ПС ($R = 0,60$), КП ($R = 0,52$) (по убывающей). Достоверной связи между ЛАП и МН в данной группе сту-

Таблица 4

Распределение студентов согласно уровню показателей МЛО

Статистические показатели	Абс. кол-во студентов (студ.), набравших 0–3 ст.	Отн. кол-во студентов (%), набравших 0–3 ст.	Абс. кол-во студентов (студ.), набравших 4–6 ст.	Отн. кол-во студентов (%), набравших 3–6 ст.	Абс. кол-во студентов (студ.), набравших 7–10 ст.	Отн. кол-во студентов (%), набравших 7–10 ст.
ЛАП	82	66,13	35	28,22	7	5,65
ПР	59	47,58	53	42,74	12	9,68
КП	46	37,1	67	54,03	11	8,87
МН	17	13,71	88	70,97	19	15,32
ДН	28	22,58	63	50,81	33	26,61
АР	20	16,13	70	56,45	34	27,42
ПС	24	19,35	92	74,19	8	6,46

Таблица 5

Корреляция показателей ЛАП с ПР, КП, МН, ДН, АР, ПС на разных курсах обучения

Курс	ПР	КП	МН	ДН	АР	ПС
1-й бак.	0,93*	0,88*	0,49*	0,89*	0,86*	0,71*
2-й бак.	0,89*	0,52*	0,08	0,83*	0,67*	0,60*
3-й бак.	0,87*	0,57*	0,38	0,84*	0,79*	0,51*
4-й бак.	0,87*	0,86*	0,52*	0,93*	0,83*	0,75*
1-й маг.	0,82*	0,67	-0,18	0,90*	0,89*	0,46
2-й маг.	0,98*	0,74*	0,00	0,82*	0,84*	0,52

Примечание: * – $p < 0,05$.

дентов не выявлено ($p > 0,05$). У студентов 3-го курса бакалавриата отмечается сильная положительная связь ЛАП с ПР ($R = 0,87$), ДН ($R = 0,84$), АР ($R = 0,79$), умеренная положительная связь с КП ($R = 0,57$), ПС ($R = 0,51$) (по убывающей). Достоверной связи между показателями ЛАП и МН в данной группе студентов не выявлено ($p > 0,05$). У студентов 4-го курса бакалавриата отмечается сильная положительная связь ЛАП с ДН ($R = 0,93$), ПР ($R = 0,87$), КП ($R = 0,86$), АР ($R = 0,84$), ПС ($R = 0,75$), умеренная положительная связь с МН ($R = 0,52$) (по убывающей). У студентов 1-го курса магистратуры отмечается сильная положительная связь ЛАП с ДН ($R = 0,90$), АР ($R = 0,89$), ПР ($R = 0,82$) (по убывающей). Достоверной связи между показателями ЛАП и МН, КП и ПС не выявлено ($p > 0,05$). У студентов 2-го курса магистратуры отмечается сильная положительная связь ЛАП с ПР ($R = 0,98$), АР ($R = 0,84$), ДН ($R = 0,82$), КП ($R = 0,74$) (по убывающей). Достоверной связи между показателями ЛАП и МН, ПС не выявлено ($p > 0,05$).

Корреляция показателей ДН МЛО с ЛАП, ПР, КП, МН, АР, ПС на разных курсах обучения с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена (R) показана в табл. 6.

Как следует из наших наблюдений, у студентов 1-го курса бакалавриата отмечается сильная положительная связь ДН с ПР ($R = 0,94$), АР ($R = 0,89$), ЛАП ($R = 0,89$), КП ($R = 0,85$), ПС ($R = 0,79$) (по убывающей), умеренная положительная связь с МН ($R = 0,49$). У студентов 2-го курса бакалавриата отмечается сильная положительная связь ДН с ПР ($R = 0,89$), ЛАП ($R = 0,84$), умеренная положительная связь с АР ($R = 0,63$), ПС ($R = 0,54$) (по убывающей). Достоверной связи между ДН с КП, ИИ, МН в данной группе студентов не выявлено ($p > 0,05$). У студентов 3-го курса бакалавриата отмечается сильная положительная связь ДН с АР ($R = 0,89$), ПР ($R = 0,88$), ЛАП ($R = 0,84$) (по убывающей), умеренная положительная связь с КП ($R = 0,66$), ПС ($R = 0,66$). Достоверной связи между показателями ЛАП и МН в данной группе студен-

Таблица 6

Корреляция показателей ДН с ЛАП, ПР, КП, МН, АР, ПС на разных курсах обучения

Курс	ЛАП	ПР	КП	МН	АР	ПС
1-й бак.	0,89*	0,94*	0,85*	0,49*	0,93*	0,79*
2-й бак.	0,84*	0,89*	0,29	-0,07	0,63*	0,54*
3-й бак.	0,84*	0,88*	0,66*	0,25	0,89*	0,66*
4-й бак.	0,93*	0,90*	0,92*	0,51*	0,91*	0,84*
1-й маг.	0,90*	0,64	0,43	0,00	0,87*	0,71
2-й маг.	0,82*	0,89*	0,72*	0,08	0,88*	0,79*

Примечание: * – $p < 0,05$.

тов не выявлено ($p > 0,05$). У студентов 4-го курса бакалавриата отмечается сильная положительная связь ДН с ЛАП ($R = 0,93$), КП ($R = 0,92$), АР ($R = 0,91$), ПР ($R = 0,90$), ПС ($R = 0,84$), умеренная положительная связь с МН ($R = 0,51$) (по убывающей). У студентов 1-го курса магистратуры отмечается сильная положительная связь ДН с ЛАП ($R = 0,90$), АР ($R = 0,87$) (по убывающей). Достоверной связи между показателями НД и ПР, МН, КП и ПС не выявлено ($p > 0,05$). У студентов 2-го курса магистратуры отмечается сильная положительная связь ДН с ПР ($R = 0,89$), АР ($R = 0,88$), ЛАП ($R = 0,82$), ПС ($R = 0,79$), КП ($R = 0,72$) (по убывающей). Достоверной связи между показателями ДН и МН не выявлено ($p > 0,05$).

Выводы

1. Согласно результатам тестирования, 2/3 студентов имеют низкий уровень личностного адаптационного потенциала, почти у половины студентов выявлен низкий уровень поведенческой регуляции, более 1/3 студентов имеют низкий коммуникативный потенциал. Можно говорить о том, что моральная нормативность у студентов более развита, чем коммуникативный потенциал, а коммуникативный потенциал, в свою очередь, более развит, чем поведенческая регуляция.

2. Более четверти студентов имеют выраженные дезадаптационные нарушения, более половины – умеренные нарушения адаптации.

3. Выраженных психотических реакций и состояний существенно меньше, чем асте-

нических (6,46 % и 27,42 % соответственно). В регистре умеренно выраженных преобладают психотические реакции и состояния (74,19 % и 56,45 % соответственно).

4. Личностный адаптивный потенциал и дезадаптационные нарушения имеют различную структуру на разных курсах обучения. Так, на первом и четвертом курсах бакалавриата личностный адаптационный потенциал связан с уровнем поведенческой регуляции, коммуникативного потенциала и, в меньшей степени, с моральной нормативностью (при этом интенсивность связей на 4-м курсе меньше). На 2-м и 3-м курсах бакалавриата личностный адаптивный потенциал напрямую зависит от поведенческой регуляции, в меньшей степени – от коммуникативной компетенции и не связан с моральной нормативностью. На 1-м курсе магистратуры личностный адаптивный потенциал связан только с поведенческой регуляцией, а на 2-м курсе магистратуры возвращается связь с уровнем коммуникативного потенциала.

5. Достоверной связи между курсом обучения, возрастом обследуемых и показателями МЛО «Адаптивность» не выявлено.

6. В связи с полученными результатами, с целью формирования у молодых людей здоровой личности, способной противостоять вызовам времени в эпоху социально-политических трансформаций, необходима разработка психолого-педагогических условий для гармоничного формирования личностных качеств студентов педагогического вуза в условиях затяжного стресса.

Литература

1. Авдеева Е.А. Способность к адаптации первокурсников как мера сохранения их здоровья // Педагогика и психология: проблемы развития мышления. Развитие личности в изменяющихся условиях : мат-лы IV Всеросс. науч.-практ. конф. с межд. участием. Красноярск: ФГБОУ ВО «Сибирский государственный университет науки и технологий имени академика М.Ф. Решетнева», 2019. С. 10–15. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=41359560> (дата обращения: 11.11.2024).
2. Валиуллина Е.В. Психологические особенности адаптивности и конфликтности студентов первого курса вуза // Вестник общественных и гуманитарных наук. 2020. Т. 1, № 2. С. 51–54. URL: <https://hssb.elpub.ru/jour/article/view/9> (дата обращения: 11.11.2024).
3. Кожокина О.М., Ахмадиева И.П., Лесных М.В. Исследование уровня коммуникативных способностей и личностного адаптивного потенциала студентов // Электронный научный журнал. 2017. № 2–1(17). С. 48–51. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?edn=yibsqr> (дата обращения: 11.11.2024).
4. Многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» (МЛО-АМ) А.Г. Маклакова и С.В. Чермянина // Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Уч. пособие / ред. и сост. Д.Я. Райгородский. Самара: Изд. дом «БАХРАХ-М», 2006. С. 549–672. URL: <https://h.fractr.xyz/file/828668/> (дата обращения: 11.11.2024).

5. Орлова С.И. Анализ результатов диагностики адаптации студентов-первокурсников технического профиля Самарского университета // Вестник педагогических наук. 2024. № 4. С. 275–279. DOI: 10.62257/2687-1661-2024-4-275-279.
6. Петруня О.М., Суворова-Григорович А.А. О распространенности и признаках адаптационных расстройств у студентов высших учебных заведений // Вестник Луганского государственного педагогического университета. Серия 1. Педагогические науки. Образование. 2023. № 4(109). С. 81–86. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=59938161> (дата обращения: 11.11.2024).
7. Резазаде З., Баянова Л.Ф. Обусловленность психических состояний моральной нормативностью // Психологические исследования. 2017. Т. 10, № 53. С. 3–10. URL: https://www.researchgate.net/publication/367772144-Obuslovlennost_psihicheskikh_sostoianj_moralnoj_normativnostu (дата обращения: 11.11.2024).
8. Салманова Д.А. Психолого-педагогические аспекты адаптации студента в вузе // Аспекты и тенденции педагогической науки: материалы II Международной научной конференции. СПб: Свое издательство, 2017. С. 76–79. URL: <https://moluch.ru/conf/ped/archive/216/12614/> (дата обращения: 01.11.2024).
9. Сугоровский А.В. Многоуровневый личностный опросник «Адаптивность», результаты исследования // Modern Science. 2020. № 12–5. С. 274–279. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=44472728> (дата обращения: 01.11.2024).
10. Ростовцева М.В., Шайдурова О.В., Гончаревич Н.А. Уровень развития адаптационного потенциала студентов // Вестник Новосибирского государственного педагогического университета. 2018. Т. 8, № 2. С. 43–61. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/uroven-razvitiya-adaptatsionnogo-potentsiala-studentov> (дата обращения: 11.11.2024).

Поступила 03.12.2024

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

Для цитирования. Суворова-Григорович А.А. Патопсихологические характеристики адаптивности студентов Луганского государственного педагогического университета в условиях затяжного стресса // Вестник психотерапии. 2025. № 94. С. 83–92. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-94-83-92

A.A. Suvorova-Grigorovich

Pathopsychological Characteristics of Adaptability of Students of Lugansk State Pedagogical University in Conditions of Prolonged Stress

Lugansk State Pedagogical University (2, Oboronnaya Str., Lugansk, LNR, Russia)

✉ Anna Alexandrovna Suvorova-Grigorovich – PhD. Med. Sci., Associate Prof., department of defectology and psychological correction, Lugansk State Pedagogical University (2, Oboronnaya Str., Lugansk, LNR, 291011, Russia); e-mail: grigorovichaa@mail.ru, ORCID: 0000-0002-9843-9286

Abstract

Relevance. A high level of adaptation of students of higher educational institutions is required to ensure academic success, actively establish and maintain social ties, form new and expand previously acquired competencies. In addition to the standard requirements imposed by the environment on students of higher educational institutions, there are additional factors in the territory of the Lugansk People's Republic that affect the effectiveness of social adaptation. This is primarily the formation of personality (the development of higher mental functions) in the context of two phases of active military conflict with a break for a frozen one. According to our research, the main factors contributing to the development of post-traumatic stress disorder among children and adolescents in the Lugansk People's Republic include extreme stressors such as combat exposure, terrorist

attacks, anticipation of further attacks, sudden death or severe injury of a relative or close friend, and witnessing serious injury or violent death.

Intention. To assess the pathopsychological characteristics of adaptability of students of Lugansk State Pedagogical University under conditions of prolonged stress.

Methodology. We have examined 124 students of Lugansk State Pedagogical University using a Multi-level Personality Questionnaire «Adaptability». The scales of the 2nd, 3rd and 4th levels were used to assess the condition of students. The indicators were evaluated on the following scales: maladaptation disorders, asthenic reactions and conditions, psychotic reactions and conditions, personal adaptive potential, behavioral regulation, communicative potential, moral normativity. All female subjects, aged 17 to 39 years, are undergraduate students of 1-4 courses or graduate students of 1-2 full-time courses.

Results and discussion. According to the testing results, two-thirds of the students demonstrated a low level of personal adaptive potential. Nearly half had a low level of behavioral regulation, and more than one-third showed low communicative potential. Over a quarter of the students exhibited pronounced maladaptive disturbances, while more than half had moderate adaptive issues. The prevalence of pronounced psychotic reactions and states was significantly lower than that of asthenic reactions (6.46% and 27.42%, respectively). In the moderately expressed range, psychotic reactions and states were more prevalent than asthenic ones (74.19% and 56.45%, respectively). The structure of personal adaptive potential and maladaptive disturbances varied across different years of study.

Conclusion. Given the results, it is necessary to develop psycho-pedagogical conditions for the harmonious development of students' personal qualities in a prolonged stress environment, with the aim of fostering psychologically resilient individuals capable of withstanding contemporary social and political challenges.

Keywords: students, prolonged stress, Multilevel personality questionnaire «Adaptability», personal adaptive potential, behavioral regulation, communicative potential, moral normativity, maladaptation disorders, asthenic reactions and conditions, psychotic reactions and conditions.

References

1. Avdeeva E.A. Sposobnost' k adaptatsii pervokursnikov kak mera sokhraneniya ikh zdorov'ya [Ability to adaptation of first-year students as a measure of preserving their health]. *Pedagogika i psikhologiya: problemy razvitiya myshleniya. Razvitie lichnosti v izmenyayushchikhsya usloviyakh : materialy IV Vserossiiskoi nauchno-prakticheskoi konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem* [Pedagogy and psychology: problems of thinking development. Personal development in changing conditions : proceedings of the IV All-Russian Scientific and Practical Conference with international participation]. Krasnoyarsk. 2019; 10–15. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=41359560> (In Russ.)
2. Valiullina E.V. Psikhologicheskie osobennosti adaptivnosti i konfliktnosti studentov pervogo kursa vuza [Psychological features of adaptability and conflict of first year students of the University]. *Vestnik obshchestvennykh i gumanitarnykh nauk* [Bulletin of social Sciences and Humanities]. 2020; 1(1): 51–54. URL: <https://hssb.elpub.ru/jour/article/view/9> (In Russ.)
3. Kozhokina O.M., Akhmadieva I.P., Lesnykh M.V. Issledovanie urovnya kommunikativnykh sposobnostei i lichnostnogo adaptivnogo potentsiala studentov [The study of the level of communicative abilities and personal adaptive potential of students]. *Elektronnyi nauchnyi zhurnal* [Electronic scientific journal]. 2017; 2(17): 48–51. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?edn=yibsqr> (In Russ.)
4. Mnogourovnevyi lichnostnyi oprosnik «Adaptivnost'» (MLO-AM) A.G. Maklakova i S.V. Chermianina Prakticheskaya psikhodiagnostika. Metodiki i testy. Uchebnoe posobie [Multilevel personality questionnaire (MLPQ) «Adaptability» A.G. Maklakova and S.V. Chermianina. Practical psychodiagnosics. Methods and tests. A study guide. Ed. D.Ya. Raigorodskii]. Samara. 2006; 549–672. URL: <https://h.fractr.xyz/file/828668/> (In Russ.)
5. Orlova S.I. Analiz rezul'tatov diagnostiki adaptatsii studentov-pervokursnikov tekhnicheskogo profilya Samarskogo universiteta [Analysing the diagnostics results of the first-year technical profile students adaptation in Samara University]. *Vestnik pedagogicheskikh nauk* [Bulletin of Pedagogical Sciences]. 2024; (4): 275–279. DOI: 10.62257/2687-1661-2024-4-275-279 (In Russ.)
6. Petrunya O.M., Suvorova-Grigorovich A.A. O rasprostranennosti i priznakakh adaptatsionnykh rasstroistv u studentov vysshikh uchebnykh zavedenii [The prevalence and signs of adjustment disorders in students of higher educational institutions]. *Vestnik Luganskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta. Seriya 1. Pedagogicheskie nauki. Obrazovanie*. [Bulletin of Lugansk State Pedagogical University. Series 1. Pedagogical sciences. Education]. 2023; 4(109): 81–86. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=59938161> (In Russ.)

7. Rezazadekh Z., Bayanova L.F. Obuslovlennost' psikhicheskikh sostoyanii moral'noi normativnost'yu [Conditionality of mental states by moral normativity]. *Psikhologicheskie issledovaniya* [Psychological research]. 2017; 10(53): 3–10. URL: <http://psystudy.ru> (In Russ.)
8. Salmanova D.A. Psikhologo-pedagogicheskie aspekty adaptatsii studenta v vuze [Psychological and pedagogical aspects of student adaptation in higher education]. *Aspekty i tendentsii pedagogicheskoi nauki: materialy II Mezhdunarodnoi nauchnoi konferentsii* [Aspects and trends of pedagogical science: materials of the II International Scientific Conference]. Sankt-Petersburg. 2017; 76–79. URL: <https://moluch.ru/conf/ped/archive/216/12614/> (In Russ.)
9. Sugorovskii A.V. Mnogourovnevnyi lichnostnyi oprosnik «Adaptivnost'», rezul'taty issledovaniya [Multilevel personality questionnaire «Adaptability», research results]. *Modern Science* [Modern Science]. 2020; 12(5): 274–279. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=44472728> (In Russ.)
10. Rostovtseva M.V., Shaidurova O.V., Goncharevich N.A. Uroven' razvitiya adaptatsionnogo potentsiala studentov [The level of development of students' adaptive potential]. *Vestnik Novosibirskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta* [Bulletin of the Novosibirsk State Pedagogical University]. 2018; 8(2): 43–61. DOI 10.15293/2226-3365.1802.03 (In Russ.)

Received 03.12.2024

For citing: Suvorova-Grigorovich A.A. Patopsikhologicheskie kharakteristiki adaptivnosti studentov Luganskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta v usloviyakh zatyazhnogo stressa. *Vestnik psihoterapii*. 2025; (94): 83–92. (In Russ.)

Suvorova-Grigorovich A.A. Pathopsychological characteristics of adaptability of students of Lugansk State Pedagogical University in conditions of prolonged stress. *Bulletin of Psychotherapy*. 2025; (94): 83–92. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-94-83-92

Т.Г. Светличная¹, Е.А. Смирнова²

ОТНОШЕНИЕ ГОРОДСКОГО СОЦИУМА К ПСИХИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВАМ И ВРАЧАМ-ПСИХИАТРАМ

¹ Северный государственный медицинский университет
(Россия, Архангельск, пр. Троицкий, д. 51);

² Череповецкий государственный университет
(Россия, Череповец, пр. Луначарского, д. 5)

Актуальность. В последнее время все чаще говорят о появлении тенденции «депсихиатризации», когда врачей-психиатров начинают вытеснять из психиатрии представители иных областей медицины. Авторы объясняют этот факт низкой обращаемостью пациентов к врачам-психиатрам из-за существующей в обществе дискриминации к потребителям психиатрических услуг.

Цель – выявление отношения граждан к психическим расстройствам, врачам-психиатрам и психиатрии, а также определение готовности граждан к обращению за психиатрической помощью при возникновении нарушений психического здоровья.

Материалы и методы. При проведении исследования была использована специально разработанная авторами «Анкета для изучения отношения граждан к психическим расстройствам и расстройствам поведения». В процессе изучения поставленной проблемы была сформирована случайная выборка ($n = 1203$).

Результаты и выводы. Нами выявлены две противоположные социальные тенденции. С одной стороны, у представителей городского социума сформировано верное представление о месте и роли врача-психиатра в лечении психического расстройства. Вместе с тем наблюдается формирование высокого уровня недоверия к работе медицинских служб психиатрического профиля вследствие широкого распространения социальных страхов и предубеждений.

Ключевые слова: психиатрия, пациенты, врач-психиатр, предубеждения, стигматизация.

Введение

Заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Алтайского государственного медицинского университета Б.Н. Пивень [6] еще в 2010 г. обращал внимание на появление тенденции «депсихиатризации», когда врачей-психиатров начинают вытеснять из психиатрии представители иных областей медицины. Так, например, эпилепсия,

болезнь Альцгеймера, синдром дефицита внимания и гиперактивности, депрессия все чаще лечатся неврологами. Директор Московского научно-исследовательского института психиатрии В.Н. Краснов также признает факт низкой обращаемости пациентов к врачам-психиатрам, основной причиной этого он называет существующую в обществе дискриминацию психиатриче-

✉ Светличная Татьяна Геннадьевна – д-р. мед. наук проф., проф. каф. обществ. здоровья, здравоохранения и соц. работы, Северный гос. мед. ун-т (Россия, 163000, Архангельск, пр. Троицкий, д. 51), e-mail: statiana64@yandex.ru, ORCID: 0000-0001-6563-9604;

Смирнова Елена Алексеевна – канд. социол. наук, доц. каф. социологии и соц. технологий, Череповецкий гос. ун-т (Россия, 162600, Вологодская обл., Череповец, пр. Луначарского, д. 5), e-mail: smirnova56@yandex.ru, ORCID: 0000-0002-9383-0649

ских пациентов. С целью выявления отношения граждан к психическим расстройствам, врачам-психиатрам и психиатрии, а также определения готовности граждан к обращению за психиатрической помощью при возникновении нарушений в состоянии психического здоровья мы провели настоящее медико-социологическое исследование.

Материалы и методы

Предметом исследования явилось отношение граждан к психическим расстройствам и расстройствам поведения (ПРИРП), врачам-психиатрам и психиатрии в целом. Объектом исследования послужило взрослое население одного из наиболее крупных промышленных городов Северо-Западного федерального округа Российской Федерации – города Череповца.

При проведении исследования была использована специально разработанная авторами «Анкета для изучения отношения граждан к психическим расстройствам и расстройствам поведения» [8]. В основу анкеты положены методические разработки З.И. Кекелидзе [3]. Структура анкеты представлена двумя блоками: вводным (8 вопросов) и основным (15 вопросов). Первый блок анкеты отражает социально-демографические и социально-структурные характеристики респондентов. Второй (основной) блок анкеты включает вопросы, позволяющие определить отношение населения к предмету исследования. В процессе изучения поставленной проблемы была сформирована случайная выборка ($n = 1203$), когда каждый представитель генеральной совокупности имеет известную ненулевую вероятность быть отобранным для участия в исследовании.

Статистический анализ проводился с помощью расчета количественных и качественных переменных. Расчет 95-процентных доверительных интервалов (ДИ) проводился методом Fisher. Обработка статистических данных осуществлялась с помощью пакета прикладных программ SPSS ver. 17.

Результаты и их анализ

Социально-демографическая характеристика городского населения, участвующего в исследовании, представлена в табл. 1. В группе участников исследования мужчин (45,4 %) несколько меньше, чем женщин (54,6 %).

В основу распределения информантов по возрастным группам положены представления В.В. Радаева [7] о том, что условия, в которых происходит процесс взросления индивида, определяют характер всего поколения, поэтому разграничивать поколения необходимо по периодам, когда его представители вступают во взрослую жизнь. Утверждения В.В. Радаева хорошо согласуются с основными положениями теории поколений Нейла Хоува и Уильяма Штрауса [13], согласно которой закономерности формирования мировоззрения индивидов объясняются влиянием социальной среды разных эпох и разных периодов социального развития. В результате каждые двадцать лет рождаются люди, имеющие опыт и мировоззрение, похожие на опыт и мировоззрение их предшественников, но не идентичные им: молчаливое поколение (1928–1945 г.р.); поколение бумеров (1946–1964 г.р.); поколение X (1965–1980 г.р.); поколение Y, или миллениалы (1981–1996 г.р.); поколение Z, или поколение I [13] (1997 г.р. и младше).

По возрастным группам участники исследования распределились следующим образом: 18–29 лет – 20,7 %, 30–44 года – 30,7 %, 45–59 лет – 27,2 %, 60–78 лет – 21,4 %. Средний возраст составил 44,7 года, $S = 1,55311$. Каждый второй респондент (52,4 %) являлся семейным человеком. Большинство (55,6 %) воспитывали 1–2 детей, 11,2 % – 3 и более. Каждая третья (33,2 %) семья – бездетная. По уровню образования респонденты распределились следующим образом: неполное среднее образование (3,5 %), среднее общее (23,6 %), среднее профессиональное (35,7 %), высшее (37,2 %). Работающие составили 67,1 %: служащие – 14,5 %, рабочие – 47,9 % и предприниматели – 4,7 %. Распределение исследуемых по самооценке уровня доходов

Таблица 1

Социально-демографическая характеристика участников исследования (%)

Пол	мужской	45,4
	женский	54,6
Возраст (лет)	18–29	20,7
	30–44	30,7
	45–59	27,2
	60–78	21,4
	старше 56	28,2
Семейное положение	женат/замужем	43,9
	холост	27,7
	в разводе	13,7
	вдовец/вдова	6,2
	брак не зарегистрирован	8,5
Дети	нет детей	33,2
	1	24,4
	2	31,2
	3	11,0
	5	0,2
Социальный статус	студент	9,0
	безработный	7,7
	рабочий	47,9
	служащий	14,5
	предприниматель	4,7
	домохозяйка	2,2
	пенсионер	14,0
Образование	неполное среднее	3,5
	среднее	23,6
	среднее профессиональное	35,7
	высшее	37,2
Доход	денег не хватает на еду	6,0
	денег хватает на еду, но на одежду необходимо копить	19,7
	денег хватает на одежду, но на предметы длительного пользования (телевизор, холодильник) необходимо копить	43,9
	денег хватает на одежду, технику, отдых; на крупные покупки (квартира, дача, машина) необходимо копить	26,9
	имею полный достаток и не ограничен в средствах	3,5
Наличие наследственного фактора возникновения психического заболевания	есть	14,5
	нет	85,5

Таблица 2

Представления граждан о психических расстройствах и их лечении (% , 95 % ДИ)

Наименование признака	Согласен	Не согласен
Предпочтительные субъекты терапии психических расстройств:		
– психиатр	86,5 (84,5–88,4)	13,5 (11,7–15,5)
– священник	15,5 (13,5–17,6)	84,5 (82,4–86,5)
– знахарь	23,4 (21,1–25,8)	76,6 (74,2–79,0)
– психотерапевт (без применения медикаментов)	33,7 (31,1–36,4)	66,3 (63,6–69,0)
Основания для принудительного лечения психических расстройств:		
– отсутствие осознания психического расстройства	70,4 (67,8–72,9)	29,6 (27,1–32,2)
– наличие угрозы жизни и здоровью окружающих людей	75,9 (73,4–78,2)	24,1 (21,8–26,6)
Психиатрические диагнозы используются обществом для борьбы с несогласными (инакомыслящими)	20,7 (18,5–23,1)	79,3 (76,9–81,5)

показало, что каждый четвертый (25,7 %) считает себя бедным (19,7 %) или даже нищим (6 %). Всего лишь 3,5 % имеют полный материальный достаток. В семейном анамнезе каждого седьмого (14,5 %) кто-либо из родственников страдал психическим расстройством.

Большинство исследуемых считают, что психические расстройства лучше лечить у психиатра (86,5 %), а каждый третий (33,7 %) полагает, что у психотерапевта, который лечит словом, без применения лекарственных средств (табл. 2), т.к. препараты, применяемые в психиатрической практике, очень вредны и могут вызвать привыкание – так считает каждый второй (53 %) участник исследования. Большинство считает, что

людей с психическими расстройствами необходимо лечить в принудительном порядке при угрозе для жизни окружающих людей (75,9 %) и если они некритично относятся к своему психическому здоровью (70,4 %). При этом каждый пятый (19,8 %) готов ограничить людей с психическими расстройствами в получении медицинской и социальной помощи по месту жительства (или пребывания).

Отношение городского социума к психиатрии и психиатрам весьма противоречиво и неоднозначно (табл. 3). Так, 39,2 % горожан считают, что обращаться за помощью к врачу-психиатру опасно, т.к. врачи субъективны при освидетельствовании человека (60,4 %) и существует риск признания

Таблица 3

Представления граждан о врачах-психиатрах и психиатрической помощи (% , 95 % ДИ)

Наименование признака	Согласен	Не согласен
Врачи-психиатры:		
– в своих заключениях чрезвычайно субъективны	60,4 (57,6–63,1)	39,6 (36,9–42,4)
– проявляют профессиональную власть	30,7 (28,1–33,3)	69,3 (66,7–71,9)
– опасны во взаимодействии (могут признать здорового человека психически больным)	39,2 (36,4–41,9)	60,8 (58,1–63,6)
– нередко, считая здорового человека больным, лишают его свободы и принудительно лечат	29,9 (27,4–32,6)	70,1 (67,4–72,6)
– не способны помочь человеку с психическим расстройством	24,7 (22,3–27,2)	75,3 (72,8–77,7)
Организация оказания психиатрической помощи должна осуществляться исключительно по месту жительства	19,8 (17,6–22,1)	80,2 (77,0–82,4)
Психофармакологические препараты наносят вред здоровью и вызывают химическую зависимость	53,0 (50,2–55,8)	47,0 (44,2–49,8)

Таблица 4

**Готовность граждан к обращению за психиатрической помощью
при нарушении психического здоровья (%; 95 % ДИ)**

Признак		Готовы	Не готовы
Пол	мужской	67,0 (59,9–73,5)	33,0 (26,6–40,1)
	женский	69,9 (63,5–75,6)	30,1 (24,5–36,5)
$\chi^2 = 0,37; p = 0,543$			
Возраст (лет)	18–29	66,3 (55,6–75,5)	33,7 (24,5–44,4)
	30–44	69,1 (60,5–76,6)	30,9 (23,4–39,5)
	45–59	72,5 (63,4–80,0)	27,5 (20,0–36,6)
	60–78	65,1 (54,6–74,4)	34,9 (25,7–45,4)
$\chi^2 = 1,47; p = 0,689$			
Возраст	трудоспособный	69,4 (63,9–74,5)	30,6 (25,5–36,1)
	нетрудоспособный	66,4 (57,3–74,4)	33,6 (25,6–42,8)
$\chi^2 = 0,22; p = 0,640$			
Семейный статус	есть семья	68,1 (61,5–74,0)	31,9 (26,0–38,5)
	нет семьи	69,1 (62,2–75,2)	30,9 (24,8–37,8)
$\chi^2 = 0,05; p = 0,826$			
Дети	нет	69,2 (60,9–76,4)	30,8 (23,6–39,1)
	есть	68,3 (62,5–73,6)	31,7 (26,4–37,5)
$\chi^2 = 0,03; p = 0,856$			
Социальный статус	работающие	70,6 (64,9–75,8)	29,4 (24,3–35,1)
	неработающие	64,4 (55,9–72,1)	35,6 (28,0–44,1)
$\chi^2 = 1,60; p = 0,206$			
Образование	неполное среднее	71,4 (45,4–88,3)	28,6 (11,7–54,7)
	среднее	72,6 (62,9–80,6)	27,4 (19,4–37,1)
	среднее профессиональное	65,7 (57,6–73,0)	34,3 (27,0–42,4)
	высшее	68,5 (60,6–75,4)	31,5 (24,6–39,4)
$\chi^2 = 1,31; p = 0,725$			
Доход	денег не хватает на еду	66,7 (46,7–82,0)	33,3 (18,0–53,3)
	денег хватает на еду, но на одежду необходимо копить	67,1 (56,2–76,5)	32,9 (23,6–43,9)
	денег хватает на одежду, но на предметы длительного пользования (телевизор, холодильник) необходимо копить	68,8 (61,6–75,1)	31,2 (24,9–38,4)
	денег хватает на одежду, технику, отдых; на крупные покупки (квартира, дача, машина) необходимо копить	68,5 (59,3–76,5)	31,5 (23,5–40,8)
	имею полный достаток и не ограничен в средствах	78,6 (52,4–92,4)	21,4 (7,6–47,6)
$\chi^2 = 0,77; p = 0,941$			
Генетический риск ПРИРП	есть	72,4 (59,8–82,3)	27,6 (17,8–40,2)
	нет	67,9 (62,8–72,7)	32,1 (27,4–37,2)
$\chi^2 = 0,46; p = 0,496$			
Всего		68,6 (65,9–71,1)	31,4 (28,9–34,1)

здорового человека больным и незаконного лишения его свободы (29,9%). Каждый третий (30,7%) считает, что врачам-психиатрам нравится ощущать профессиональную власть над пациентом, а каждый четвертый (24,7%) – что они не могут действительно помочь человеку с психическим расстройством. Сохраняются мнения (20,7%) о карательной функции психиатрии. Готовность обращения граждан к врачу-психиатру в случае возникновения необходимости весьма невысока (табл. 4).

Так, большинство опрошенных (68,6%) обратятся на прием к врачу психиатру. Однако каждый третий (31,4%) будет пытаться справиться с ситуацией своими средствами. Статистически значимое влияние персональных характеристик исследуемых на их готовность к обращению в медицинские организации психиатрического профиля отсутствует.

Обсуждение

От сложившихся в обществе представлений относительно психических расстройств и врачей-психиатров зависит готовность индивидов к обращению за медицинской помощью психиатрического профиля. По нашим данным, у горожан утрачивается доверие и уважение к данному социальному институту системы здравоохранения. Каждый второй участник исследования считает, что врач-психиатр является слишком опасным (39,2%) и субъективным (60,4%) при принятии медицинских решений, в связи с чем велик риск диагностики психического расстройства у здорового человека и, как следствие, существенного ограничения (лишения) его личных прав и свобод. Более того, врач-психиатр вообще не может оказать эффективную медицинскую помощь. Половина опрошенных (53%) считает применяемые в психиатрической практике психофармакологические препараты вредными для здоровья и вызывающими лекарственную зависимость. Каждый третий (31,4%), независимо от своего социального и экономического положения, в случае необходимости не

станет обращаться к врачу-психиатру или психотерапевту. Это происходит на фоне общей низкой оценки работы врачей со стороны населения, которое отмечает их некомпетентность, фамильярность и равнодушие к пациенту [9].

Неблагополучная социальная ситуация складывается и в медицинской среде. В настоящее время студенты как зарубежных [12], так и российских [2] медицинских вузов все реже стремятся связать свою судьбу с психиатрией, а каждый третий (30%) выпускник вообще не приступает к медицинской практике [1]. По мнению молодых врачей, современная высокотехнологичная медицина исключает необходимость формирования профессиональной компетенции общения с пациентом. Главной становится необходимость «правильно лечить» без учета настроения и чувств пациента [5, с. 73]. Эмоциональная отстраненность формируется еще во время обучения, когда преподаватели подвергают сомнению способность студентов, демонстрирующих эмоциональный контакт с пациентами, стать врачами [10]. В результате у врачей формируется «отношение к пациентам в пределах от апатии к антипатии» [11]. А возникший в последние годы в медицинской среде «особый интерес к деньгам приводит к деградации профессионального врачебного сообщества и здравоохранения в целом» [4, с. 7].

Заключение

Таким образом, в результате исследования выявлено две противоположные социальные тенденции. С одной стороны, у представителей городского социума сформировано верное представление о месте и роли врача-психиатра в лечении психического расстройства. Большинство населения считает, что лечением психических расстройств и расстройств поведения должен заниматься врач-психиатр. Вместе с тем наблюдается и другая социальная тенденция, заключающаяся в формировании высокого уровня недоверия к работе медицинских служб психиатрического профиля вследствие широ-

кого распространения социальных страхов и предубеждений. В поддержании последних большую роль продолжает играть медиа-пространство. Фильмы и сериалы на тему карательной психиатрии все еще вызывают интерес у зрителей, формируя искаженный образ врачей-психиатров и психиатрии. Еще

одной важной причиной такого положения дел является недостаточная информированность городского социума о факторах риска возникновения психических расстройств, их этиологии и механизмах развития, а также о современном порядке организации оказания психиатрической помощи.

Литература

1. Заляев А.Р. Социально-профессиональные стратегии студентов медицинских специальностей: Автореф. дисс. канд. социол. н. Казань, 2017. 156 с.
2. Казаковцев Б.А. Европейская конференция ВОЗ по охране психического здоровья с участием представителей министров здравоохранения стран региона «Проблемы и пути их решения» (Хельсинки, Финляндия, 12–15.01.2005) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2005. № 9. С. 78–80.
3. Кекелидзе З.И. Стигматизация больных шизофренией. Методические рекомендации. М.: Изд-во ЗАО Юстицинформ, 2009. 28с.
4. Осипова Н.Г., Семина Т.В. Личность врача в современном социуме: идеальный тип и профессиональные деформации // Вестник Московского университета. Серия 18. Социология и политология. 2017. № 3(23). С. 4–29.
5. Петров А.В., Черёмушников И.К. Интеракция врач-пациент в межкультурном дискурсе // Культурная жизнь Юга России. 2016. № 2(61). С. 72–76.
6. Пивень Б.Н. Нужны ли психиатрии психиатры? // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2010. № 8(110). С. 84–87.
7. Радаев В.В. Миллениалы: Как меняется российское общество / Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2019. 224 с.
8. Светличная Т.Г., Смирнова Е.А., Харькова О.А. Валидизация опросника для изучения стигматизации лиц, страдающих психическими расстройствами // Ученые записки Крымского федерального университета имени В.И. Вернадского. Социология. Педагогика. Психология. 2023. № 2(9(75)). С. 44–49.
9. Семина Т.В. Солидарность и конфликт в социальной системе «врач–пациент» в современном российском обществе: Дисс. д. социол. н. М., 2019. 662 с.
10. Haas R., Shafir S. The case for conservatism. London: Penguin, 2007. 256 p.
11. Mizrahi R. Conflict and conflict resolution in doctor-patient interactions // *A Sociology of Medical Practice* / Cox C. and Mead M.E. (eds.). London: Collier-Macmillan, 1986. P. 271–284.
12. Rajagopal S., Rehill K. S., Godfrey E. Psychiatry as a career choice compared with other specialties: a survey of medical students // *Psychiatric Bulletin*. 2004. Vol. 28(12). P. 444–446.
13. Strauss W., Howe N. The fourth turning: an american prophecy – what the cycles of history tell us about america's next rendezvous with destiny. N. Y.: Broadway Books, 1997. 459 p.

Поступила 02.12.2024

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

Участие авторов: Е.А. Смирнова – проведение социологического исследования, обработка, анализ и интерпретация данных, написание текста, обзор публикаций по теме статьи; Т.Г. Светличная – проверка материала, проверка критически важного содержания, утверждение рукописи для публикации.

Для цитирования. Светличная Т.Г., Смирнова Е.А. Отношение городского социума к психическим расстройствам и врачам-психиатрам // Вестник психотерапии. 2025. № 94. С. 93–101. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-94-93-101

T.G. Svetlichnaya¹, E.A. Smirnova²**The Attitude of Urban Society Towards Mental Disorders and Psychiatrists**¹ Northern State Medical University (51, Troitskiy Ave., Arkhangelsk, Russia)² Cherepovets State University (5, Lunacharsky Ave., Cherepovets, Russia)

✉ Tatyana Gennadyevna Svetlichnaya – Dr. Med. Sci. Prof., Prof. Department of Public Health, Healthcare and Social Work, Northern State Medical University (51, Troitskiy Ave., Arkhangelsk, 163000, Russia), e-mail: statiana64@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0001-6563-9604>;

Elena Alekseevna Smirnova – PhD Sociol. Sci., Associate Prof. Department of Sociology and Social Technologies, Cherepovets State University (5, Lunacharsky Ave., Cherepovets, 162600, Russia), e-mail: smirnova56@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0002-9383-0649>

Relevance

Relevance. In recent years, the phenomenon of “depsychiatrization” has been increasingly discussed, referring to the tendency of psychiatry being gradually displaced by representatives of other medical specialties. Scholars attribute this trend to the low rate of patients seeking help from psychiatrists, which is largely due to the prevailing societal discrimination against individuals who utilize psychiatric services.

Intention. The purpose is to examine public attitudes toward mental disorders, psychiatrists, and psychiatry as a field, as well as to assess the public’s willingness to seek psychiatric care in the event of mental health disturbances.

Materials and methods. During the research, a specially developed “Questionnaire for studying the attitude of citizens to mental disorders and behavioral disorders” was used by the authors. A random sample of 1203 participants was formed to explore the research questions.

Results and conclusions. The study revealed two opposing social trends. On one hand, members of the urban population demonstrated an accurate understanding of the psychiatrist’s role and importance in treating mental disorders. On the other hand, there is a growing level of mistrust toward psychiatric services, largely fueled by widespread social fears and prejudice.

Keywords: psychiatry, patients, psychiatrist, prejudice, stigmatization.

References

1. Zalyaev A.R. Social’no-professional’nye strategii studentov medicinskih special’nostej: dissertatsiya kagditata sotsiologicheskikh nauk [Social and professional strategies of students of medical specialties : dissertation PhD Sociol. Sci.]. Kazan. 2017; 156. (In Russ.)
2. Kazakovcev B.A. Evropejskaya konferenciya VOZ po ohrane psihicheskogo zdorov’ya s uchastiem predstavitelej ministrov zdavoohraneniya stran regiona «Problemy i puti ih resheniya» (Hel’sinki, Finlyandiya, 12–15.01.2005) [WHO European Conference on Mental Health with the participation of representatives of the Ministers of Health of the countries of the region “Problems and Solutions” (Helsinki, Finland, 12–15.01.2005)]. *ZHurnal nevrologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova* [Journal of Neurology and Psychiatry named after S.S. Korsakov]. 2005; (9): 78–80. (In Russ.)
3. Kekelidze Z.I. Stigmatizaciya bol’nyh shizofreniej. Metodicheskie rekomendacii. [Stigmatization of patients with schizophrenia. Methodological recommendations]. Moscow. 2009; 28. (In Russ.)
4. Osipova N.G., Semina T.V. Lichnost’ vracha v sovremennom sociume: ideal’nyj tip i professional’nye deformacii [The personality of a doctor in modern society: ideal type and professional deformations]. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 18. Sociologiya i politologiya* [Bulletin of Moscow University. Series 18. Sociology and political science]. 2017; (3(23)): 4–29. (In Russ.)
5. Petrov A.V., CHeryomushnikova I.K. Interakciya vrach-pacient v mezhkul’turnom diskurse [Doctor-patient interaction in intercultural discourse]. *Kul’turnaya zhizn’ YUga Rossii* [Cultural life of the South of Russia]. 2016; (2(61)): 72–76 (In Russ.)
6. Piven’ B.N. Nuzhny li psihiatrii psihiatry? [Does psychiatry need psychiatrists?]. *ZHurnal nevrologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova* [Journal of Neurology and Psychiatry named after S.S. Korsakov]. 2010; (8(110)): 84–87. (In Russ.)
7. Radaev V.V. Millenialy: Kak menyaetsya rossijskoe obshchestvo [Millennials: How Russian society is changing.]. Moscow. 2019; 224. (In Russ.)

8. Svetlichnaya T.G., Smirnova E.A., Har'kova O.A. Validizatsiya oprosnika dlya izucheniya stigmatizatsii lic, stradayushchih psichicheskimi rasstrojstvami [Validation of a questionnaire for studying the stigmatization of people suffering from mental disorders] *Uchenye zapiski Krymskogo federal'nogo universiteta imeni V.I. Vernadskogo. Sociologiya. Pedagogika. Psihologiya* [Scientific notes of the Crimean Federal University named after V.I. Vernadsky. Sociology. Pedagogy. Psychology]. 2023; 2(9(75)): 44–49 (In Russ.)
9. Semina T.V. Solidarnost' i konflikt v social'noj sisteme «vrach–pacient» v sovremennom rossijskom obshchestve : dissertatsiya doktora sotsiologicheskikh nauk [Solidarity and conflict in the social system “doctor-patient” in modern Russian society : dissertation of the Doctor of Sociological Sciences]. Moscow. 2019; 662. (In Russ.)
10. Haas R., Shaffir S. The case for conservatism. London. Penguin. 2007; 256.
11. Mizrahi R. Conflict and conflict resolution in doctor-patient interactions, in Cox C. and Mead M.E. (eds.) a sociology of medical practice. London. Collier-Macmillan. 1986; 271–284.
12. Rajagopal S., Rehill K. S., Godfrey E. Psychiatry as a career choice compared with other specialties: a survey of medical students. *Psychiatric Bulletin*. 2004; 28(12): 444–446.
13. Strauss W., Howe N. The fourth turning: an american prophecy – what the cycles of history tell us about america's next rendezvous with destiny. N. Y.: Broadway Books. 1997; 459.

Received 02.12.2024

For citing: Svetlichnaya T.G., Smirnova E.A. Otnoshenie gorodskogo sociuma k psichicheskimi rasstrojstvami i vracham-psihiatram. *Vestnik psichoterapii*. 2025; (94): 93–101. (In Russ.)

Svetlichnaya T.G., Smirnova E.A. Attitude of urban society to mental disorders and psychiatrists. *Bulletin of Psychotherapy*. 2025; (94): 93–101. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-94-93-101

В.А. Сидняев¹, П.А. Федоренко², М.А. Кузнецова¹

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В СИСТЕМЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ

¹ Московский университет «Синергия», медицинский факультет

(Россия, Москва, ул. Партизанская, д. 27);

² ООО «Система здорового мышления»

(Россия, Республика Татарстан, г. Казань, ул. Лево-Булачная, д. 16, пом. 1013)

В статье рассматривается актуальная проблема интеграции современных научных достижений в процесс подготовки клинических психологов и переосмысление роли традиционных патопсихологических методов в свете новейших исследований.

Актуальность. Авторы акцентируют внимание на необходимости глубокого реформирования системы профессионального психологического образования с целью приведения его в соответствие с требованиями доказательной медицины и передовыми мировыми стандартами.

Цель исследования. Обоснование необходимости пересмотра образовательных программ для клинических психологов, критическая оценка современных патопсихологических методов и представление альтернативных подходов.

Методология. В работе приводится развернутый критический анализ теоретических основ и диагностического инструментария классической патопсихологии, обнаруживающий их концептуальное и эмпирическое несоответствие современным научным моделям психической патологии.

Результаты и их анализ. Авторы приходят к выводу о необходимости радикального пересмотра содержания и методов обучения клинических психологов в соответствии с принципами доказательности, междисциплинарности и ориентации на достижение практически значимых результатов в виде эффективной психологической помощи пациентам с психическими расстройствами.

Заключение. Подчеркивается необходимость перехода к биопсихосоциальной парадигме, трактующей психическую патологию как сложный многоуровневый феномен, требующий комплексной оценки всей совокупности этиологических и патогенетических факторов.

Ключевые слова: клиническая психология, патопсихология, научно обоснованные методы, биопсихосоциальная модель, доказательная медицина, психодиагностика, психотерапия, профессиональная подготовка, междисциплинарный подход, нейронауки, когнитивная психология, реабилитация, компетентностный подход, этические проблемы, практико-ориентированное обучение.

✉ Сидняев Виталий Александрович – клинич. психолог, студент 3-го курса мед. фак-та, Московский ун-т «Синергия», (Россия, 121351, Москва, ул. Партизанская, д. 27), e-mail: vitaliysidnyaev@mail.ru, ORCID: 0009-0002-5327-7794;

Федоренко Павел Алексеевич – психолог, ген. дир. ООО «Система здорового мышления» (Россия, 420111, Республика Татарстан, г. Казань, ул. Лево-Булачная ул., д. 16, пом. 1013), e-mail: pavelfdrk@yandex.ru, ORCID: 0009-0001-7600-6404;

Кузнецова Мария Александровна – канд. мед. наук, доц. каф. медико-биолог. дисциплин мед. фак-та, Московский ун-т «Синергия», (Россия, 121351, Москва, ул. Партизанская, д. 27), e-mail: Aelaya@hotmail.com, ORCID: 0000-0001-8243-5902

Введение

Клиническая психология представляет собой одну из важнейших областей современной психологической науки и практики. Ее центральная задача заключается в диагностике, коррекции и профилактике психических расстройств, а также в оказании психологической помощи людям, страдающим от различных форм психической патологии. Учитывая высокую социальную значимость и высокую степень профессиональной ответственности, принципиально важно, чтобы подготовка клинических психологов осуществлялась на самом высоком уровне и базировалась на передовых научных данных и методах с верифицированной эффективностью.

Проблема повышения качества подготовки клинических психологов является актуальной и многогранной, о чем свидетельствуют материалы Всероссийской научной конференции «Актуальные проблемы клинической психологии и практика их решения» [1].

Одним из факторов, влияющих на эффективность освоения дисциплин, является интерес студентов к изучаемому предмету. Так, Тихонова Т.А. в своей статье отмечает, что интерес к познанию морфофункциональной организации центральной нервной системы способствует формированию более глубоких и фундаментальных знаний, повышает активность студента во время образовательного процесса [15]. При этом автор подчеркивает, что для поддержания интереса необходимо сочетание его с такими качествами, как трудолюбие, дисциплинированность, а также с волевыми качествами.

Значимость междисциплинарных связей в подготовке специалистов медицинского профиля подчеркивается в статье Алексеенко С.Н., Гайворонской Т.В. и Дробот Н.Н. [2].

По мнению авторов, преимущество получения знаний способствует более глубокому пониманию изучаемого материала, формированию научно обоснованного осмысления процессов, происходящих в организме здорового и больного человека. Междисциплинарный подход позволяет развивать у учащихся представление о единстве

целей учебных дисциплин, их взаимосвязи при оценке состояния пациента, установлении диагноза, назначении обследования и лечения [22].

В статье Яковлевой Н.В. «К проблеме внедрения интерактивных образовательных технологий в подготовку клинических психологов» внимание акцентируется на необходимости использования активных и интерактивных форм обучения в соответствии с требованиями ФГОС [18]. По мнению автора, такой подход способствует более эффективному усвоению знаний и навыков студентами. Тем не менее при детальном рассмотрении системы профессионального образования в сфере клинической психологии обнаруживается ряд серьезных проблем и противоречий. Одним из главных поводов для беспокойства служит то, что значительная часть образовательных программ для будущих клинических психологов по-прежнему в большой степени опирается на традиционные патопсихологические подходы и методы, научная обоснованность и подтвержденная эффективность которых вызывает серьезные сомнения в свете современных исследований.

Стоит особо подчеркнуть, что конкретные примеры реализации данных технологий и их влияния на качество подготовки специалистов в статье не приводятся, что указывает на потребность в дальнейшем изучении практического опыта внедрения интерактивных методов в образовательный процесс. Широкий спектр этических вопросов, возникающих при подготовке клинических психологов, освещается в статье Шутовой О.И., Тимофеева А.В. и Деларю Н.В. [17]. Исследователи рассматривают такие аспекты, как деятельность психологической службы вуза, супервизия, использование интернет-технологий в психодиагностике и коррекции, преподавание судебно-психологической экспертизы. Авторы приходят к важному выводу о том, что спектр этических проблем постоянно расширяется в связи с изменениями в социуме, что требует пристального внимания со стороны профессионального сообщества.

Патопсихология как направление в клинической психологии сформировалась еще в первой половине XX века. Ее основной фокус был направлен на изучение нарушений психических процессов при различных формах психической патологии. Классические патопсихологические методики, такие как тесты Роршаха, тематический апперцептивный тест (ТАТ) [8], методика пиктограмм и др., активно использовались для диагностики психических расстройств и со временем прочно вошли в арсенал клинических психологов.

Проблема, тем не менее, заключается в том, что большинство указанных методик были разработаны в те времена, когда стандарты научной обоснованности в психологии были гораздо ниже современных. Многие из них создавались на основе сугубо теоретических представлений их авторов о природе и механизмах психической патологии, без должной эмпирической верификации. Впоследствии валидность и надежность данных инструментов ставились под сомнение в многочисленных исследованиях, обнаруживших их недостаточную прогностическую ценность, подверженность влиянию субъективных факторов и низкую воспроизводимость результатов [23].

Несмотря на вышесказанное, патопсихологические методы по-прежнему широко преподаются студентам-психологам как основа профессиональной диагностики в клинической практике. Безусловно, ознакомление с указанными методами необходимо для формирования общей эрудиции и понимания истории развития психологической диагностики. Тем не менее представляется некорректным использование этих методов без критической оценки их научной обоснованности, как полноценный рабочий инструмент современного клинического психолога.

Малкова Е.Е. в работе «Клинико-психологическая практика в структуре профессиональной подготовки клинического психолога» подчеркивает практическую ориентированность подготовки клинических психологов и важность четкого осознания специалистом границ своей компетенции

во избежание серьезных ошибок [9]. Особую актуальность данный тезис приобретает в контексте расширения сферы применения психологических знаний и ответственности психолога перед клиентом.

В статье Распопина Е.В. и Макаровой А.А. «Проблемы обучения студентов-психологов психологическому консультированию и способы их решения» делается акцент на важности прохождения будущими консультантами личной терапии в процессе обучения [14]. Авторы полагают, что опыт работы с собственными внутриличностными проблемами позволяет лучше понять переживания клиента, прояснить организацию консультативной работы изнутри, преодолеть профессиональные сомнения. Учитывая специфику работы клинического психолога, данная рекомендация представляется особенно ценной и может быть полезна для совершенствования образовательных программ.

Резюмируя вышесказанное, можно констатировать, что проблема подготовки клинических психологов рассматривается исследователями как комплексная и многоаспектная.

Методы и материалы

В литературе прослеживается консенсус относительно необходимости практико-ориентированного, компетентностного подхода, включающего интерактивные методы обучения, прохождение студентами личной терапии, формирование навыков самообразования и осознания этических принципов. Однако многие вопросы, связанные с конкретной реализацией данных положений, требуют дальнейшей разработки.

За последние десятилетия в клинической психологии и психотерапии произошли кардинальные изменения. Повсеместное внедрение принципов доказательной медицины привело к пересмотру многих традиционных представлений и подходов. На передний план вышли методы с научно подтвержденной эффективностью, такие как когнитивно-поведенческая терапия, отдельные методы психодинамической и гуманистической те-

рапии. Был накоплен большой массив исследований, демонстрирующих превосходство указанных подходов над плацебо-контролем и традиционными методами в лечении депрессивных (F32), тревожных (F41), психических расстройств (F23) и многих других форм психической патологии.

Новые научно обоснованные методы диагностики и психотерапии часто остаются за рамками учебных программ либо представлены в них фрагментарно и поверхностно.

При этом продолжается углубленное изучение патопсихологических подходов, давно утративших свою актуальность. Подобный консерватизм и инертность системы подготовки клинических психологов вызывает серьезную тревогу, ведь от качества их образования напрямую зависит эффективность будущей профессиональной деятельности и в конечном счете психическое здоровье и благополучие многих людей [24].

Все вышесказанное определяет высокую актуальность критического анализа сложившейся ситуации и поиска путей ее изменения. В настоящей статье будет подробно рассмотрена история становления патопсихологии, проанализированы ее современный статус и ключевые недостатки, а также представлены альтернативные научно обоснованные методы, которые должны прийти на смену патопсихологическим подходам в образовательных программах для клинических психологов.

Становление патопсихологии как самостоятельной области клинической психологии неразрывно связано с развитием психиатрии и представлений о психической норме и патологии. Уже в конце XIX – начале XX века в работах Э. Крепелина [13], К. Ясперса [5], Э. Блейлера [12] и других классиков психиатрии начинает формироваться идея о необходимости психологического исследования психических расстройств, которое дополняло бы клинические наблюдения и описания. В этот период закладываются методологические основы экспериментально-психологического подхода в психиатрии, разрабатываются первые тесты и методики для оценки познавательных процессов, эмо-

циональной сферы, личностных особенностей у психически больных.

Особую роль в становлении патопсихологии сыграли работы отечественных ученых первой половины XX века: Л.С. Выготского [4], Б.В. Зейгарник [7], С.Я. Рубинштейн и др. В их трудах обосновывается необходимость развития патопсихологии как самостоятельной научной дисциплины, формулируются ее теоретические и методологические принципы, создаются оригинальные методики исследования нарушений психики. Центральной идеей отечественной патопсихологии становится положение о том, что психическая патология не сводится к негативным симптомам и дефектам, а представляет собой сложную перестройку всей психической деятельности личности, затрагивающую как ее структурно-динамические характеристики, так и социальное функционирование. Соответственно, главной задачей патопсихологического исследования признается качественный анализ структуры нарушений психических процессов и свойств личности в их взаимосвязи.

Такие методики, как тесты Роршаха, ТАТ, методика пиктограмм, патопсихологические методы исследования мышления, памяти, внимания и др., начинают рассматриваться как важный компонент профессиональной компетентности клинического психолога. При этом, несмотря на активную критику и пересмотр многих положений патопсихологии в свете новейших исследований, образовательные программы демонстрируют удивительную устойчивость и продолжают воспроизводить традиционные представления о роли и значении классических патопсихологических методик.

Критический анализ современного состояния патопсихологии обнаруживает ряд фундаментальных проблем и противоречий, существенно снижающих научную и практическую ценность традиционных патопсихологических методов. Одним из главных недостатков этих методов является их недостаточная объективность и научная обоснованность. Многие широко используемые патопсихологические тесты и методики

основаны на интерпретации субъективных характеристик (содержание ответов, особенности восприятия стимульного материала и т.п.) и в большой степени зависят от теоретической ориентации и личного опыта психолога. Как показывают исследования, результаты этих тестов слабо воспроизводимы, а различные психологи часто дают противоречивые интерпретации одних и тех же протоколов. Кроме того, психометрические характеристики большинства проективных методик (надежность, валидность) находятся на неудовлетворительном уровне, не соответствующем современным научным стандартам.

Серьезные нарекания вызывает и теоретический фундамент традиционной патопсихологии. Многие патопсихологические методы исходят из устаревших и эмпирически не подтвержденных представлений о природе и механизмах психической патологии.

Так, широко используемая в патопсихологической диагностике теория «органического патопсихологического симптомокомплекса», предполагающая наличие универсального набора признаков органического поражения мозга, не находит подтверждения в современных нейропсихологических исследованиях. Теоретические конструкты психодинамического направления, лежащие в основе проективных личностных методик («бессознательный конфликт», «регрессия» и т.д.) с трудом поддаются операционализации и эмпирической проверке. В то же время патопсихология практически не учитывает огромный массив научных данных, накопленных в последние десятилетия когнитивной психологией, нейронауками, психологией развития и другими активно развивающимися областями психологической науки.

Стоит особо подчеркнуть низкую эффективность традиционных патопсихологических методов в решении практических задач психологической диагностики и прогнозирования в клинике. Многочисленные исследования показывают, что результаты классических патопсихологических тестов очень слабо коррелируют с реальным поведением пациентов, динамикой их состояния, эффек-

тивностью терапии и другими клинически значимыми параметрами. Сами по себе, вне связи с клинической картиной и данными объективных методов исследования, эти результаты имеют крайне невысокую диагностическую и прогностическую ценность.

Очевидно, что вместо некритического воспроизведения положений классической патопсихологии образовательные программы должны основываться на современных научных моделях психических расстройств, учитывать новейшие достижения когнитивной, клинической и биологической психологии. В учебном процессе приоритет должен отдаваться диагностическим инструментам и терапевтическим методикам с доказанной валидностью и эффективностью, соответствующим принципам доказательной медицины.

Среди таких научно обоснованных альтернатив традиционным патопсихологическим методам можно назвать клинические опросники и шкалы, построенные на основе критериев МКБ, DSM и других общепринятых диагностических систем. Так, для оценки симптомов депрессии (F32) успешно используются шкала Гамильтона, опросник Бека и другие валидизированные инструменты [20]. Для диагностики тревожных расстройств (F41) – шкала Спилбергера [3], опросник Бека и др. Для исследования когнитивных функций и нарушений мышления при шизофрении (F20) и других психических заболеваниях применяются висконсинский тест сортировки карточек, тест Струпа, различные нейрокогнитивные батареи тестов. Для оценки динамики состояния в процессе терапии – шкалы и опросники, специально разработанные для конкретных нозологий (шкалы оценки позитивных и негативных синдромов при шизофрении (F20) SAPS/SANS, шкалы для оценки маний (F30) и др.)

При этом объективизированные клико-психологические методы исследования должны обязательно дополняться и сопоставляться с клиническими данными, результатами лабораторных и инструментальных обследований. Только комплексный подход, учитывающий всю совокупность

психологических, биологических и социальных факторов позволяет создать полноценное представление о психическом статусе и индивидуально-психологических особенностях пациента, а на этой основе – стратегию и тактику психологической помощи.

Конечно, изменение сложившихся образовательных стандартов и традиций преподавания клинической психологии – длительный и непростой процесс, требующий времени и усилий профессионального сообщества, но без такой глубокой ревизии содержания обучения дальнейшее развитие клинической психологии как научно-практической дисциплины вряд ли возможно. Будущее патопсихологии – не в консервации классических методов и подходов, а в их критическом пересмотре и обогащении передовыми достижениями психологической науки и смежных дисциплин. И ключевую роль в этом призвана сыграть реформа системы подготовки специалистов, переход от воспроизведения традиционных взглядов к культивированию инновационного мышления, исследовательских навыков, способности ориентироваться в современном информационном пространстве и самостоятельно осваивать новые знания и технологии.

Ниже систематизированы основные выявленные нами недостатки патопсихологических методов и эмпирические свидетельства их неэффективности (см. табл.).

Систематизация проблемных областей патопсихологического подхода, подкрепленная конкретными примерами и ссылками на современные исследования, со всей очевидностью показывает необходимость глубокого пересмотра теоретических основ и диагностического инструментария этой дисциплины в соответствии с актуальными научными представлениями и требованиями доказательной медицины.

В основе научно обоснованных альтернатив патопсихологии лежит принципиально иное понимание природы и механизмов психической патологии, опирающееся на современные достижения нейронауки, когнитивной психологии, психологии развития и других фундаментальных дисциплин. Центральным элементом этого понимания является представление о психических расстройствах как сложных биопсихосоциальных феноменах, в этиологии и патогенезе которых тесно переплетаются биологические, психологические и социокультурные факторы.

Предлагаемая концепция находит яркое отражение в современных теоретических моделях психической патологии, таких как когнитивная модель депрессии (F32) [16], биопсихосоциальная модель [21] шизофрении (F20) [11] и др. Каждая из этих моделей предлагает целостный взгляд на природу и механизмы развития соответствующих форм психической патологии, интегрируя

Анализ недостатков патопсихологических методов	Примеры неэффективности и необоснованности данных методов
1. Недостаточная объективность и научная обоснованность многих широко используемых патопсихологических тестов и методик	1. Слабая воспроизводимость результатов, субъективность интерпретаций, низкая валидность
2. Опора на устаревшие и эмпирически не подтвержденные представления о природе и механизмах психической патологии	2. Теория органического симптомокомплекса и другие устаревшие конструкции не подтверждаются нейронауками
3. Низкая эффективность патопсихологических методов в решении практических задач психологической диагностики и прогнозирования в клинике	3. Слабая корреляция [19] с клиническими параметрами и результатами терапии
4. Недостаточный учет в теоретических моделях и диагностических схемах патопсихологии новейших достижений смежных дисциплин	4. Недостаточный учет в теоретических моделях и диагностических схемах патопсихологии новейших достижений смежных дисциплин
5. Подверженность результатов влиянию субъективных факторов, связанных с ориентацией и опытом психолога	5. Противоречивые трактовки одних и тех же результатов разными специалистами

данные о генетической предрасположенности, нейробиологических нарушениях, когнитивных искажениях, дисфункциональных схемах, нарушениях привязанности и других факторах уязвимости в сложный многоуровневый патогенетический паттерн. Осмысление психической патологии через призму интегральных биопсихосоциальных моделей открывает качественно новые перспективы как в плане психологической диагностики, так и в плане разработки эффективных терапевтических вмешательств. Вместо поверхностного описания и классификации симптомов, характерных для традиционной патопсихологии, на первый план выходит задача комплексной оценки всей системы факторов, определяющих возникновение, течение и прогноз психического расстройства у конкретного пациента.

Поставленная задача требует гибкого сочетания разнообразных методов объективного исследования – от стандартизированных психометрических инструментов и структурированных диагностических интервью до передовых технологий нейровизуализации и генетического анализа. При этом ключевое значение приобретает не просто механическое «суммирование» разрозненных диагностических данных, а их целостная интерпретация в рамках единой концептуальной модели, позволяющей выстроить индивидуализированный «профиль» психопатологии во всей полноте его биологических, психологических и социальных измерений.

Яркой иллюстрацией такого подхода может служить известный в клинической литературе случай Сибил (в переводе – Сивиллы), описанный Флорой Шрайбер в одноименной книге и впоследствии многократно экранизированный. История Сибил – молодой женщины, страдающей множественным расстройством личности, – разворачивается как постепенное раскрытие сложного паттерна взаимодействия травматических событий раннего детства, нарушений привязанности, диссоциативных механизмов психологической защиты и вторичных искажений когнитивных и эмоциональных процессов.

Каждая из альтер-личностей Сибил представит как своеобразная «кристаллизация» определенного паттерна реагирования на травму, сформированного на стыке биологических predispositions, особенностей темперамента, специфики ранних объектных отношений и социального научения.

Реконструкция уникального «профиля» психопатологии Сибил, достигаемая путем кропотливой интеграции данных анамнеза, клинических наблюдений, психологических тестов и психотерапевтических сессий, становится основой для разработки индивидуализированного плана терапии, сочетающего методы психофармакологического лечения, психодинамические интервенции, техники когнитивно-бихевиоральной терапии, обучение навыкам эмоциональной регуляции и социальной адаптации [6]. Именно целостный биопсихосоциальный подход к анализу случая позволяет по-настоящему понять внутренний мир Сибил и найти эффективные «ключи» к ее исцелению.

Другим ярким примером плодотворности интегрального подхода к анализу психопатологии может служить история математического гения Джона Нэша, блестяще воссозданная в оscarоносном фильме «Игры разума». На протяжении фильма зритель становится свидетелем мучительной борьбы главного героя с симптомами шизофрении, его попыток сохранить связь с реальностью под натиском галлюцинаций и бредовых идей. Однако подлинное понимание истории Нэша становится возможным лишь через раскрытие сложного паттерна взаимодействия его уникальных когнитивных способностей, особенностей личности, специфики социального окружения и биологической предрасположенности к психозу. Математический гений Нэша предстает одновременно как источник его величайших прозрений и как фактор уязвимости, усиливающий тенденцию к социальной изоляции и «расщеплению» реальности. Хроническое эмоциональное напряжение, связанное с попытками соответствовать завышенным ожиданиям окружающих, причудливо сочетается с ранними нарушениями привязанности

и формирует «благодатную почву» для развития психотических симптомов.

Осмысление истории Нэша через призму биопсихосоциальной модели шизофрении (F20) позволяет по-новому взглянуть на потенциал комплексной психосоциальной реабилитации даже в случаях тяжелой психической патологии [10]. Фильм убедительно показывает, что путь к выздоровлению лежит не только через медикаментозное купирование продуктивной симптоматики, но и через кропотливую работу по восстановлению когнитивных функций, обретению новых стратегий совладания с остаточными психотическими переживаниями, воссозданию поддерживающей социальной сети, раскрытию адаптивного потенциала личности больного.

В конечном счете именно благодаря целостному биопсихосоциальному подходу к пониманию и лечению психического расстройства Нэшу удастся не только добиться ремиссии, но и вернуться к полноценной творческой и социальной жизни, создать семью, получить признание научного сообщества и даже стать лауреатом Нобелевской премии. Его история служит вдохновляющим примером того, как современные научно обоснованные методы клинической психологии способны возвращать людей с тяжелой психической патологией к активной и продуктивной жизни в обществе.

Опора на интегральные биопсихосоциальные модели психических расстройств и доказательные методы диагностики и психотерапии открывает перед клинической психологией качественно новые горизонты не только в отношении эффективности лечения, но и в аспекте формулировки профессиональных задач. Ключевое значение приобретает идея комплексной психосоциальной реабилитации пациента, восстановления его личностного и творческого потенциала, полноценного функционирования во всех сферах жизни.

Стоит отметить, что данная идея находит отражение в концепции «recovery» (восстановления), активно разрабатываемой в современной клинической психологии и пси-

хиатрии. Речь идет о переориентации целей терапии от простого устранения симптомов к обеспечению наилучшего возможного качества жизни пациента, реализации его жизненных целей и ценностей вопреки ограничениям, накладываемым болезнью. При таком подходе сам пациент из пассивного «реципиента» медицинской помощи превращается в активного участника процесса своего восстановления, в главного «эксперта» по своему состоянию и основного «менеджера» своего лечения.

Результаты

Таким образом, подготовка специалистов, способных решать столь амбициозные профессиональные задачи, требует радикального пересмотра всей системы обучения клинических психологов. Глубокое изучение современных научных моделей психической патологии, освоение доказательных методов диагностики и психотерапии, развитие навыков комплексного анализа клинических случаев и разработки индивидуализированных программ реабилитации должны стать не просто отдельными «фрагментами» учебного плана, а самой сутью профессиональной подготовки. Не менее важное значение имеет и личностное развитие будущих клинических психологов – формирование зрелой профессиональной идентичности, приверженности ценностям научной обоснованности и доказательности, готовности к непрерывному самообразованию и совершенствованию своих навыков в соответствии с развитием передовых технологий.

Особое место в этом процессе должно отводиться развитию профессиональной рефлексии, навыков критического мышления, способности к инновационному решению нестандартных клинических задач. Формирование этих качеств невозможно без активного включения студентов в реальную исследовательскую и практическую деятельность уже в процессе обучения. Участие в научных проектах, прохождение длительной супервизируемой практики в клинических учреж-

дениях, разбор сложных случаев в формате балинтовских групп и «журнальных клубов», освоение навыков эффективной работы в мультидисциплинарной команде – все эти формы приобретения «живого» профессионального опыта должны стать неотъемлемой частью подготовки клинических психологов нового поколения.

Только такой целостный подход к профессионализации, интегрирующий передовые научные знания, практические навыки и ценности доказательной помогающей практики, позволит подготовить специалистов, готовых принять на себя полную ответственность за качество оказываемой психологической помощи и оказывать существенное влияние на судьбы людей, страдающих психическими расстройствами. И путь к этой цели лежит через решительный отказ от архаичных патопсихологических моделей в пользу современных научно обоснованных подходов, ставящих во главу угла интересы и уникальность каждого пациента.

Обсуждение

Подводя итог вышесказанному, следует еще раз подчеркнуть, что существующая система подготовки клинических психологов нуждается в серьезном реформировании.

Преодоление кризиса возможно только через отказ от догматического преподавания классических патопсихологических методов и обновление образовательных программ в соответствии с современными научными представлениями о природе психических расстройств, что подразумевает:

- 1) переориентацию обучения с традиционных теоретических моделей на парадигму доказательной медицины, предполагающую приоритетное использование диагностических и терапевтических методов с доказанной эффективностью;

- 2) более глубокую интеграцию клинической психологии с достижениями фундаментальной психологической науки, нейронаук,

генетики и других дисциплин, изучающих биологические основы психической деятельности и ее нарушений;

- 3) усиление практической направленности обучения, его ориентацию на овладение конкретными навыками и компетенциями, обеспечивающими успешное решение профессиональных задач в современных условиях.

Очевидно, что движение в этом направлении потребует значительных усилий по преодолению инертности и сопротивления образовательной системы, а также устранению устойчивых академических и административных преград. Однако без решения этой задачи дальнейшее развитие клинической психологии как самостоятельной научно-практической дисциплины вряд ли возможно. Будущие поколения клинических психологов должны быть готовы к постоянному самообразованию, критическому мышлению, творческому поиску и инновациям – и именно на формирование этих качеств должно быть направлено профессиональное обучение.

Заключение

В завершение стоит отметить, что традиционные патопсихологические знания и методы не должны быть полностью исключены из образовательных программ – они составляют важную часть профессиональной культуры и способствуют пониманию истории и методологии клинической психологии. Однако центральное место в обучении должны занять современные научные модели и подходы, соответствующие стандартам доказательности и потребностям клинической практики. Только в этом случае новое поколение клинических психологов будет способно эффективно решать стоящие перед ним сложные задачи диагностики, профилактики и коррекции психических расстройств, оказания полноценной психологической помощи населению.

Литература

1. Актуальные проблемы клинической психологии и практика их решения: материалы всеросс. науч. конф., 23–24 ноября 2023 г. М.: Кредо, 2023. 307 с.
2. Алексеенко С.Н., Гайворонская Т.В., Дробот Н.Н. Междисциплинарные связи и педагогические технологии в образовательном процессе медицинского вуза // Педагогический журнал. 2023. Т. 13, № 5А. С. 576–587. DOI: 10.34670/AR.2023.50.87.060.
3. Арсюхин Н.А. Опыт применения шкал Бека и Спилбергера у амбулаторных пациентов невролога // Евразийский научный журнал. 2019. № 4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/opyt-primeneniya-shkal-beka-i-spilbergera-u-ambulatornyh-patsientov-nevrologa> (дата обращения: 07.08.2024).
4. Буслаева Е.Н., Щербакова О.О. Развитие идей культурно-исторической теории Л. С. Выготского как основа для исследования психической патологии // Проблемы педагогики. 2018. № 7(39). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/razvitie-idey-kulturno-istoricheskoy-teorii-l-s-vygotskogo-kak-osnova-dlya-issledovaniya-psihicheskoy-patologii> (дата обращения: 07.08.2024).
5. Горчакова С.А. Методологические основания философской психопатологии К. Ясперса // Ученые записки. Электронный научный журнал Курского государственного университета. 2015. № 4(36). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/metodologicheskie-osnovaniya-filosofskoy-psihopatologii-k-yaspersa> (дата обращения: 07.08.2024).
6. Ениколопов С.Н., Медведева Т.И., Воронцова О.Ю., Иванова П. О. Оценка текстов, написанных больными эндогенными психическими заболеваниями // Психиатрия. 2019. Т. 81, № 1. С. 56–64.
7. Золотова Н.В., Мазилев В.А., Базиков М.В. Научное наследие Б. В. Зейгарник в отечественной медицинской (клинической) психологии // Ярославский педагогический вестник. 2016. № 1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/nauchnoe-nasledie-b-v-zeygarnik-v-otechestvennoy-meditsinskoy-klinicheskoy-psihologii> (дата обращения: 07.08.2024).
8. Лукьянченко Л.С., Костицина Н.М. Тематический апперцептивный тест как средство выявления индивидуальных особенностей студентов // Вестник Сибирского института бизнеса и информационных технологий. 2020. № 2(34). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/tematicheskij-appertseptivnyy-test-kak-sredstvo-vyyavleniya-individualnyh-osobennostey-studentov> (дата обращения: 07.08.2024).
9. Малкова Е.Е. Клинико-психологическая практика в структуре профессиональной подготовки клинического психолога // Научно-методический электронный журнал «Концепт»: [Электронный ресурс]. 2015. Т. 27. С. 6–10. URL: <http://e-koncept.ru/2015/65502.htm>. (дата обращения: 18.06.2024).
10. Нашкенова А.М., Аблезжан Д.К., Сабитова А.С., Умарбек А.М. Клинико-психопатологический анализ главного героя фильма «Игры разума» (как дидактическая инновация при проведении занятий по психиатрии в период онлайн-обучения во время пандемии COVID-19) // Вестник Казахского национального медицинского университета. 2021. № 4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kliniko-psihopatologicheskij-analiz-glavnogo-geroya-filma-igry-razuma-kak-didakticheskaya-innovatsiya-pri-provedenii-zanyatiy-po> (дата обращения: 07.08.2024).
11. Пашковский В.Э., Софронов А.Г., Добровольская А.Е. [и др.]. Модели взаимосвязи различных факторов биопсихосоциальной модели при шизофрении (госпитальный контингент) // Журнал «Практическая медицина». 2019. № 3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/modeli-vzaimosvyazi-razlichnyh-faktorov-biopsihosotsialnoy-modeli-pri-shizofrenii-gospitalnyy-kontingent> (дата обращения: 07.08.2024).
12. Пятницкий Н.Ю. Акцессорные симптомы шизофрении: концепция Е. Bleuler // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2017. Т. 117, № 11. С. 114–121.
13. Пятницкий Н.Ю. Статика и динамика психопатий в концепции Э. Крепелина // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2021. Т. 121, № 7. С. 104–113.
14. Распопин Е.В., Макарова А.А. Проблемы обучения студентов-психологов психологическому консультированию и способы их решения // Научные исследования: [Электронный ресурс]. 2023. URL: <https://scipress.ru/pedagogy/articles/problemu-obucheniya-studentov-psikhologov-psikhologicheskomu-konsultirovaniyu-i-sposoby-ikh-resheniya.html> (дата обращения: 28.06.2024).
15. Тихонова Т.А. Факторы, влияющие на качество изучения дисциплины «Функциональная анатомия центральной нервной системы» студентами – клиническими психологами // Международный журнал экспериментального образования. 2023. № 2. С. 43–47. URL: <https://expeducation.ru/ru/article/view?id=12127> (дата обращения: 03.07.2024).
16. Турчина М.А. Когнитивные функции при депрессивных расстройствах // Скиф. 2018. № 11(27). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kognitivnye-funktsii-pri-depressivnyh-rasstroystvah> (дата обращения: 07.08.2024).
17. Шутова О.И., Тимофеев А.В., Деларю Н.В. Этические проблемы обучения студентов – клинических психологов // Современные вызовы для медицинского образования и их решения: Сборник трудов по материалам Всероссийской учебно-методической конференции, посвященной 100-летию со дня рождения профессора Н.Ф. Крутько и Году педагога и наставника: В 2 т. Т. 2. Курск, 2023. С. 348–350. URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_50429704_13042886.pdf (дата обращения: 07.08.2024).

18. Яковлева Н.В. К проблеме внедрения интерактивных образовательных технологий в подготовку клинических психологов // *Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие*. 2015. Спецвыпуск, ч. 2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/k-probleme-vnedreniya-interaktivnyh-obrazovatelnyh-tehnologiy-v-podgotovku-klinicheskikh-psihologov> (дата обращения: 15.06.2024).
19. Aldridge V.K., Dovey T.M., Wade A. Assessing test-retest reliability of psychological measures: persistent methodological problems // *European Psychologist*. 2017. Vol. 22, N 4. Pp. 207–218. URL: https://www.researchgate.net/publication/321361013_Assessing_Test-Retest_Reliability_of_Psychological_Measures_Persistent_Methodological_Problems (дата обращения: 05.06.2024). DOI: 10.1027/1016-9040/a000298.
20. APA task force on psychological assessment and evaluation guidelines; approved by APA council of representatives. Washington, DC: American Psychological Association, 2020. URL: <https://www.apa.org/about/policy/guidelines-psychological-assessment-evaluation.pdf> (дата обращения: 07.06.2024).
21. Biopsychosocial model. Physiopedia: [Электронный ресурс]. URL: https://www.physio-pedia.com/Biopsychosocial_Model (дата обращения: 15.06.2024).
22. Hampl S.E., Hassink S.G., Skinner A.C. [et al.]. Clinical practice guideline for the evaluation and treatment of children and adolescents with obesity // *Pediatrics*. 2023. Vol. 151, N 2. Art. e2022060640.] URL: <https://publications.aap.org/pediatrics/article/151/2/e2022060640/190443/Clinical-Practice-Guideline-for-the-Evaluation-and> (дата обращения: 20.06.2024). DOI: 10.1542/peds.2022-060640.
23. Jhangiani R., Chiang I.A., Cuttler C., Leighton D.C. Reliability and validity of measurement. research methods in psychology. Montreal: Kwantlen Polytechnic University, 2019. URL: <https://opentextbc.ca/researchmethods/chapter/reliability-and-validity-of-measurement/> (дата обращения: 13.06.2024).
24. Shackleton B., Johns C., Haffey S.W. [et al.]. The effectiveness of psychological interventions delivered in routine practice: systematic review and meta-analysis // *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2023. Vol. 50, N 1. Pp. 43–57. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9832112/> (дата обращения: 04.06.2024). DOI: 10.1007/s10488-022-01225-y.

Поступила 24.12.2024

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

Участие авторов: В.А. Сидняев – концептуализация, методология, ресурсы, создание черновика рукописи, создание рукописи и ее редактирование, администрирование проекта, автор-корреспондент; П.А. Федоренко – создание черновика рукописи, создание рукописи и ее редактирование; М.А. Кузнецова – создание черновика рукописи, создание рукописи и ее редактирование.

Для цитирования: Сидняев В.А., Федоренко П.А., Кузнецова М.А. Патопсихологические методы в системе профессиональной подготовки клинических психологов // *Вестник психотерапии*. 2025. № 94. С. 102–115. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-94-102-115

V.A. Sidnyaev¹, P.A. Fedorenko², M.A. Kuznetsova¹

Pathopsychological Methods in the System of Professional Training of Clinical Psychologists

¹ Moscow University “Synergy” (27, Partizanskaya Str., Moscow, Russia);

² Healthy Thinking System LLC (16, Office 1013, Levo-Bulachnaya Str., Kazan, Republic of Tatarstan, Russia)

✉ Vitaly Alexandrovich Sidnyaev – clinical psychologist, student of the medical faculty, Moscow University “Synergy” (27, Partizanskaya Str., Moscow, 121351, Russia), e-mail: vitaliysidnyaev@mail.ru, ORCID: 0009-0002-5327-7794;

Pavel Alekseevich Fedorenko – psychologist, General Director, Healthy Thinking System LLC, (16, Office 1013, Levo-Bulachnaya Str., Kazan, Republic of Tatarstan, 420111, Russia), e-mail: pavelfdrk@yandex.ru, ORCID: 0009-0001-7600-6404;

Maria Aleksandrovna Kuznetsova – PhD. Med. Sci., Associate Prof. of the Department of Biomedical Disciplines, Moscow University “Synergy” (27, Partizanskaya Str., Moscow, 121351, Russia), e-mail: Aelaya@hotmail.com, ORCID: 0000-0001-8243-5902

Abstract

The article addresses the pressing issue of integrating contemporary scientific advances into the training of clinical psychologists, alongside a re-evaluation of traditional pathopsychological methods in light of recent research findings.

Relevance. The authors highlight the urgent need for a profound reform of professional psychological education in order to align it with the principles of evidence-based medicine and cutting-edge international standards.

Intention. To substantiate the need to revise educational programs for clinical psychologists, to critically evaluate modern pathopsychological methods and to present alternative approaches.

Methodology: The paper provides a detailed critical analysis of the theoretical foundations and diagnostic tools of classical pathopsychology, revealing their conceptual and empirical misalignment with contemporary scientific models of mental pathology.

Results and Discussion. The authors conclude that a radical revision of both the content and teaching methods used in the education of clinical psychologists is required. This revision should be guided by principles of evidence-based practice, interdisciplinarity, and a focus on practically meaningful outcomes—namely, the provision of effective psychological care for individuals with mental disorders.

Conclusion. The article emphasizes the need to shift toward a biopsychosocial paradigm, which conceptualizes mental pathology as a complex, multi-level phenomenon necessitating comprehensive assessment of the full range of etiological and pathogenetic factors.

Keywords: clinical psychology, pathopsychology, evidence-based methods, biopsychosocial model, evidence-based medicine, psychological assessment, psychotherapy, professional training, interdisciplinary approach, neuroscience, cognitive psychology, rehabilitation, competency-based approach, ethical issues, practice-oriented education

References

1. Aktual'nye problemy klinicheskoy psikhologii i praktika ih resheniya: materialy Vserossiyskoj nauchnoj konferencii, 23–24 noyabrya 2023 g. [Current issues of clinical psychology and practice of their solution: proceedings of the All-Russian scientific conference, November 23–24, 2023]. Moscow. 2023: 307. (In Russ.)
2. Alekseenko S.N., Gaivoronskaya T.V., Drobot N.N. Mezhdistsiplinarnye svyazi i pedagogicheskie tekhnologii v obrazovatelnom processe medicinskogo vuza [Interdisciplinary relations and pedagogical technologies in the educational process of a medical university]. *Pedagogicheskij zhurnal* [Pedagogical Journal]. 2023; 13(5A): 576–587. DOI: 10.34670/AR.2023.50.87.060 (In Russ.)
3. Arsyukhin N.A. Opyt primeneniya shkal Beka i Spilbergera u ambulatornyh patsientov nevrologa [Experience of using Beck and Spielberger scales in outpatients of a neurologist]. *Evrasijskij nauchnyj zhurnal* [Eurasian Scientific Journal]. 2019; (4). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/opyt-primeneniya-shkal-beka-i-spilbergera-u-ambulatornyh-patsientov-nevrologa> (In Russ.)
4. Buslaeva E.N., Shcherbakova O.O. Razvitie idej kulturno-istoricheskoy teorii L.S. Vygotskogo kak osnova dlya issledovaniya psikhicheskoy patologii [Development of the ideas of L.S. Vygotsky's cultural-historical theory as a basis for the study of mental pathology]. *Problemy pedagogiki* [Problems of Pedagogy]. 2018; 7(39). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/razvitie-idey-kulturno-istoricheskoy-teorii-l-s-vygotskogo-kak-osnova-dlya-issledovaniya-psikhicheskoy-patologii> (In Russ.)
5. Gorchakova S.A. Metodologicheskie osnovaniya filosofskoj psihopatologii K. Yaspersa [Methodological foundations of K. Jaspers' philosophical psychopathology]. *Uchyonyje zapiski. Elektronnyj nauchnyj zhurnal Kurskogo gosudarstvennogo universiteta* [Scholarly Notes. Electronic Scientific Journal of Kursk State University]. 2015; 4(36). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/metodologicheskie-osnovaniya-filosofskoy-psihopatologii-k-yaspersa> (In Russ.)
6. Enikolopov S.N., Medvedeva T.I., Vorontsova O.Yu., Ivanova P.O. Ocenka tekstov, napisannyh bol'nymi endogennymi psikhicheskimi zabolevaniyami [Assessment of texts written by patients with endogenous mental disorders]. *Psihiatriya* [Psychiatry]. 2019; 81(1): 56–64. (In Russ.)
7. Zolotova N.V., Mazilov V.A., Bazikov M.V. Nauchnoe nasledie B.V. Zeigarnik v otechestvennoj medicinskoj (klinicheskoy) psikhologii [The scientific legacy of B.V. Zeigarnik in Russian medical (clinical) psychology]. *Yaroslavskij pedagogicheskij vestnik* [Yaroslavl Pedagogical Bulletin]. 2016; (1). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/nauchnoe-nasledie-b-v-zeigarnik-v-otechestvennoj-meditsinskoy-klinicheskoy-psikhologii> (In Russ.)

8. Lukyanchenko L.S., Kostikhina N.M. Tematicheskij appertseptivnyj test kak sredstvo vyyavleniya individual'nyh osobennostej studentov [Thematic Apperception Test as a tool for identifying individual characteristics of students]. *Vestnik Sibirskogo instituta biznesa i informacionnyh tekhnologij* [Bulletin of the Siberian Institute of Business and Information Technologies]. 2020; 2(34). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/tematicheskij-appertseptivnyj-test-kak-sredstvo-vyyavleniya-individualnyh-osobennostej-studentov> (In Russ.)
9. Malkova E.E. Kliniko-psihologicheskaya praktika v strukture professional'noj podgotovki klinicheskogo psihologa [Clinical and psychological practice in the structure of professional training of a clinical psychologist]. *Nauchnyj-metodicheskij elektronnyj zhurnal "Koncept"* [Scientific and Methodological Electronic Journal "Concept"]. 2015; 27: 6–10. [Electronic resource]. URL: <http://e-koncept.ru/2015/65502.htm> (In Russ.).
10. Nashkenova A.M., Ablezhan D.K., Sabitova A.S., Umarbek A.M. Kliniko-psihopatologicheskij analiz glavnogo geroja fil'ma "Igry razuma" (kak didakticheskaya innovaciya pri provedenii zanyatij po psihiatrii v period onlajn-obucheniya vo vremya pandemii COVID-19) [Clinical and psychopathological analysis of the main character of the film "A Beautiful Mind" (as a didactic innovation during psychiatry classes in the period of online learning during the COVID-19 pandemic)]. *Vestnik Kazahskogo nacional'nogo medicinskogo universiteta* [Bulletin of the Kazakh National Medical University]. 2021; (4). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kliniko-psihopatologicheskij-analiz-glavnogo-geroya-filma-igry-razuma-kak-didakticheskaya-innovatsiya-pri-provedenii-zanyatii-po> (In Russ.)
11. Pashkovskij V.E., Sofronov A.G., Dobrovolskaya A.E. [et al.]. Modeli vzaimosvyazi razlichnyh faktorov biopsihosotsial'noj modeli pri shizofrenii (gospital'nyj kontingent) [Models of the interrelation of various factors of the biopsychosocial model in schizophrenia (hospital cohort)]. *Zhurnal "Prakticheskaya medicina"* [Journal "Practical Medicine"]. 2019; (3). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/modeli-vzaimosvyazi-razlichnyh-faktorov-biopsihosotsialnoy-modeli-pri-shizofrenii-gospitalnyy-kontingent> (In Russ.)
12. Pyatnitskij N.Yu. Akcessornye simptomy shizofrenii: koncepciya E. Bleulera [Accessory symptoms of schizophrenia: E. Bleuler's concept]. *Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova* [Journal of Neurology and Psychiatry named after S.S. Korsakov]. 2017; 117(11): 114–121. (In Russ.)
13. Pyatnitskij N.Yu. Statika i dinamika psihopatij v koncepcii E. Krepelina [Statics and dynamics of psychopathies in E. Kraepelin's concept]. *Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova* [Journal of Neurology and Psychiatry named after S.S. Korsakov]. 2021; 121(7): 104–113. (In Russ.)
14. Raspopin E.V., Makarova A.A. Problemy obucheniya studentov-psihologov psihologicheskomu konsul'tirovaniyu i sposoby ih resheniya [Problems of teaching psychology students psychological counseling and ways to solve them]. *Nauchnye issledovaniya* [Scientific Research]. 2023. [Electronic resource]. URL: <https://scipress.ru/pedagogy/articles/problemy-obucheniya-studentov-psikhologov-psikhologicheskomu-konsultirovaniyu-i-sposoby-ikh-resheniya.html> (In Russ.)
15. Tikhonova T.A. Faktory, vliyayushchie na kachestvo izucheniya discipliny "Funkcional'naya anatomiya central'noj nervnoj sistemy" studentami – klinicheskimi psihologami [Factors influencing the quality of studying the discipline "Functional anatomy of the central nervous system" by clinical psychology students]. *Mezhdunarodnyj zhurnal jeksperimental'nogo obrazovaniya* [International Journal of Experimental Education]. 2023; (2): 43–47. URL: <https://expeducation.ru/ru/article/view?id=12127> (In Russ.)
16. Turchina M.A. Kognitivnye funktsii pri depressivnyh rasstroystvakh [Cognitive functions in depressive disorders]. *Skif* [Skif]. 2018; 11(27). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kognitivnye-funktsii-pri-depressivnyh-rasstroystvakh> (In Russ.)
17. Shutova O.I., Timofeev A.V., Delaryu N.V. Eticheskie problemy obucheniya studentov – klinicheskikh psikhologov [Ethical issues in the education of clinical psychology students]. *Sovremennye vyzovy dlya meditsinskogo obrazovaniya i ih resheniya: Sbornik trudov po materialam Vserossiyskoy uchebno-metodicheskoy konferentsii, posvyashchennoy 100-letiyu so dnya rozhdeniya professora N.F. Krut'ko i Godu pedagoga i nastavnika: V 2 t. Kursk*, 2023; 348–350. URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_50429704_13042886.pdf (In Russ.)
18. Yakovleva N.V. K probleme vnedreniya interaktivnyh obrazovatel'nyh tekhnologij v podgotovku klinicheskikh psihologov [On the problem of implementing interactive educational technologies in the training of clinical psychologists]. *Lichnost' v menyayushchemsya mire: zdorov'e, adaptatsiya, razvitie* [Personality in a Changing World: Health, Adaptation, Development]. 2015; Special issue part 2. [Electronic resource]. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/k-probleme-vnedreniya-interaktivnyh-obrazovatelnyh-tehnologiy-v-podgotovku-klinicheskikh-psihologov> (In Russ.)
19. Aldridge V.K., Dovey T.M., Wade A. Assessing test-retest reliability of psychological measures: persistent methodological problems. *European Psychologist*. 2017; (22(4)): 207–218. URL: https://www.researchgate.net/publication/321361013_Assessing_Test-Retest_Reliability_of_Psychological_Measures_Persistent_Methodological_Problems. DOI: <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000298>.
20. APA task force on psychological assessment and evaluation guidelines; approved by APA council of representatives. Washington, DC: American Psychological Association, 2020. URL: <https://www.apa.org/about/policy/guidelines-psychological-assessment-evaluation.pdf>

-
21. Biopsychosocial model. Physiopedia. URL: https://www.physio-pedia.com/Biopsychosocial_Model
 22. Hampl S.E., Hassink S.G., Skinner A.C. [et al.]. Clinical practice guideline for the evaluation and treatment of children and adolescents with obesity. *Pediatrics*. 2023; (151(2)): e2022060640. URL: <https://publications.aap.org/pediatrics/article/151/2/e2022060640/190443/Clinical-Practice-Guideline-for-the-Evaluation-and>. DOI: 10.1542/peds.2022-060640.
 23. Jhangiani R., Chiang I.A., Cuttler C., Leighton D.C. Leighton. Reliability and validity of measurement. research methods in psychology. Montreal: Kwantlen Polytechnic University, 2019. URL: <https://opentextbc.ca/researchmethods/chapter/reliability-and-validity-of-measurement/>
 24. Shackleton B., Johns C., Haffey S.W. [et al.]. The effectiveness of psychological interventions delivered in routine practice: systematic review and meta-analysis. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2023; (50(1)): 43–57. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9832112/> DOI: 10.1007/s10488-022-01225-y.
-

Received 24.12.2024

For citing: Sidnyaev V.A., Fedorenko P.A., Kuznetsova M.A. Patopsikhologicheskie metody v sisteme professional'noi podgotovki klinicheskikh psikhologov. *Vestnik psihoterapii*. 2025; (94): 102–115. **(In Russ.)**

Sidnyaev V.A., Fedorenko P.A., Kuznetsova M.A. Pathopsychological methods in the system of professional training of clinical psychologists. *Bulletin of Psychotherapy*. 2025; (94): 102–115. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-94-102-115

Н.А. Власов

СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ УСЛОВИЯ ФОРМИРОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ДОРЕВОЛЮЦИОННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ (КЛИНИЧЕСКОЙ) ПСИХОЛОГИИ

Российский государственный социальный университет
(Россия, Москва, ул. В. Пика, д. 4, стр. 1)

Актуальность. История отечественной медицинской (клинической) психологии, в особенности ее дореволюционный этап, остается недостаточно разработанной в настоящее время. В истории науки традиционно выделяются три группы факторов, определяющих становление и развитие любой дисциплины: социокультурные, предметно-логические и личностные. Экспликация особенностей социокультурного контекста (общественной, политической, экономической, философско-мировоззренческой, ценностной детерминант) позволяет лучше понять те условия, в которых происходил генезис науки, и, следовательно, объяснить ее специфику. Опора исключительно на предметно-логические и личностные детерминанты развития знания означает, что наука существовала в социальном «вакууме», что в принципе невозможно, т.к. она является социальным институтом и одной из важнейших составляющих культуры. Слабо изученными остаются социокультурные условия формирования отечественной медицинской психологии. Раскрытию этой темы посвящена данная статья.

Цель – изучение связи между социально-историческим, общенаучным и социально-гуманитарным, общепсихологическим контекстами формирования российской дореволюционной медицинской (клинической) психологии и особенностями ее как науки.

Методология. Для достижения поставленной цели были использованы методы системного, комплексного, культурологического и исторического событийного анализа.

Результаты и их анализ. В результате исследования были описаны условия, в которых формировались институциональные, проблемологические и философско-методологические особенности отечественной медицинской психологии. Утверждается, что политическая поляризация и дискуссии об основном вопросе философии в начале XX века лишь в малой степени затронули методологические позиции российских медицинских психологов. Обосновывается положение о том, что материалистами можно считать лишь часть рассмотренных в ходе исследования ученых (В.М. Бехтерев, А.А. Крогиус), да и то лишь в методологическом, а не философско-онтологическом плане. Показано, что дореволюционные российские медицинские психологи расходились во взглядах на предмет психологической науки, среди них имелись сторонники как естественнонаучного (В.М. Бехтерев, А.А. Крогиус), так и эмпирического (И.А. Сикорский, А.Ф. Лазурский) направления.

Заключение. В результате изучения социокультурных контекстов формирования отечественной медицинской психологии в дореволюционный период было выявлено слабое влияние на нее социально-политических условий и значительно более сильное влияние философии науки. При всех расхождениях в понимании предмета психологии, общей философской базой, объединявшей российских медицинских психологов в указанный период, был позитивизм, т.к. именно в его рамках постулировалась значимость эмпирических методов (наблюдения, эксперимента) для получения истинно научного знания.

Ключевые слова: история психологии, медицинская психология, дореволюционная психология, российская психология.

Введение

В последние годы в российской научной литературе по истории медицинской (клинической) психологии отмечается тенденция анализа ее методологических основ, в первую очередь предмета и методов [6, 7, 10, 12]. Однако и предмет, и метод в любой науке «погружены» в более общие контексты, которые в сумме можно назвать социокультурными (в том смысле, в котором культуру понимал В.С. Степин, – как надбиологическую систему программ регуляции жизнедеятельности общества [30]). Хотя эти контексты применительно к отечественной психологической науке начала XX века с различной степенью подробности описаны в работах Б.Г. Ананьева [1], Е.А. Будиловой [5], А.В. Петровского [26] и В.А. Кольцовой [28], в обобщающих работах по истории дореволюционной медицинской психологии [10, 11, 14] этой проблематике уделяется очень немного места; в работах же зарубежных авторов [38, 39] данная тема не поднимается вообще.

Таким образом, социокультурные контексты формирования отечественной медицинской психологии начала прошлого века в научной литературе описаны в явно недостаточной мере. Вместе с тем взгляд на возникновение и развитие этой отрасли психологической науки с акцентом исключительно на предметно-логической детерминации (то есть с точки зрения влияния «внутренних» по отношению к науке факторов) не представляется адекватным хотя бы потому, что наука существует не в вакууме, а является частью культуры и, следовательно, испытывает на себе ее влияние.

Исходя из этих соображений, требуется определить о каком именно социокультурном контексте (или контекстах) идет речь. Для этого необходимо, двигаясь от частного к общему, рассмотреть те сферы, в которых существовала российская медицинская психология в начале прошлого века. Медицинская психология была частью психологической науки (общепсихологический контекст); психологическая наука была частью науки в целом (общенаучный и социально-гуманитарный контексты); наука в це-

лом существовала в обществе (социально-исторический контекст). При этом во второй (общепсихологический контекст) и третьей (общенаучный и социально-гуманитарный контексты) сфере можно дополнительно выделить институциональный и философско-методологический аспекты. Таким образом, можно говорить либо о социокультурном контексте в целом (с выделением в нем общепсихологического, общенаучного и социально-гуманитарного, социально-исторического субконтекстов), либо о трех социокультурных контекстах развития отечественной медицинской психологии в дореволюционный период.

Целью данного исследования являлось изучение связи между социально-историческим, общенаучным и социально-гуманитарным, общепсихологическим контекстами формирования российской дореволюционной медицинской (клинической) психологии и особенностями ее как науки. Для достижения поставленной цели был использован ряд принятых в истории психологии методов: системный, комплексный, культурологический и исторический событийный анализ [15].

Социально-исторический контекст формирования российской дореволюционной медицинской психологии. Несмотря на разницу в оценках и трактовках причин, вызвавших общее кризисное состояние Российской империи в начале XX века, советская, постсоветская и зарубежная историография едины во мнении о том, что практические все сферы ее общественной жизни характеризовались выраженными противоречиями.

Хотя экономика России росла впечатляющими темпами, империя занимала пятое место в мире по объемам промышленного производства, значительно уступая по этому показателю тройке лидеров (США, Германия, Великобритания) и лишь немного отставая от Франции [32]. Этот индустриальный рост достигался в т.ч. за счет дешевых ресурсов на внутреннем рынке, эффекта «низкой базы» и интенсивной эксплуатации рабочих, в большинстве своем бывших совсем недавно, до начала пореформенного промышленного

переворота, крестьянами. 12-часовой рабочий день, травматизм на рабочем месте, многочисленные штрафы и поборы, отсутствие гарантированного страхования порождали недовольство пролетариата не только фабрикантами, но и государственным строем.

Сильная социальная напряженность была характерна для всех слоев российского общества: крестьянство было недовольно малоземельем, выкупными платежами, социальным расслоением на селе [24]; представители буржуазии испытывали давление со стороны пролетариата и считали мизерной свою политическую роль при всевозрастающей экономической [8]; дворянство было недовольно снижением своего политического и экономического влияния [22]; интеллигенция протестовала против цензуры и полицейского произвола, невозможности принимать участие в политической жизни страны [31].

Таким образом, большинство классов, или сословий, царской России были недовольны существующей политической системой, социальными отношениями. Сама по себе эта система была архаичной, уже явно не удовлетворяющей модернистским чаяниям начала XX века. Относительно довольны сложившимся положением вещей были лишь те, кто имел прямую выгоду от сохранения устоявшихся порядков: чиновничество, аристократия, духовенство, генералитет [27], – но и их лояльность трону, как показали события февраля 1917 года, тоже не стоило переоценивать.

Социальная ситуация в России в начале XX века представляла собой тугой клубок противоречий, который самодержавие было не в состоянии распутать. Напряжение в обществе нарастало и особенно усиливалось во время войн (Русско-японской и Первой мировой), приведших к трем революциям. Неразрешенные противоречия, помноженные на экономические и военные кризисы, вызывали поляризацию общества.

В 1900-х годах в Российской империи существовали три влиятельные политические силы – консервативно-охранительная, социалистическая и либеральная [25]. В ходе

первой русской революции 1905–1907 годов противостояние различных сил в российском обществе вылилось в вооруженный конфликт. Захлестнувшая страну волна насилия еще больше поляризовала общество. То, что надежды на социальное примирение после победы правительственного лагеря оказались иллюзорными, показали две революции 1917 года и последовавшая за ними Гражданская война.

Общенаучный и социально-гуманитарный контексты формирования российской дореволюционной медицинской психологии. В 1914 году в России существовало 289 научных учреждений, в которых работало 10,2 тысячи ученых, в основном совмещавших научную деятельность с педагогической [9]. Образование и наука финансировались по «остаточному» принципу, профессура зачастую была вынуждена закупать необходимое оборудование за границей за собственный счет [23]. Осознавая такое положение вещей, царское правительство не мешало меценатам вкладывать деньги в науку.

Руководящую роль в науке дореволюционного периода играло Министерство народного просвещения (1824–1917), в составе которого действовал Ученый комитет (1856–1917). Крупнейшими научными организациями в то время были Петербургская академия наук, университеты, институты, научные общества при университетах. Присуждались ученые степени магистра и доктора наук, ученое звание заслуженного профессора.

В историографии отечественной психологической мысли [5, 26, 33] принято рассматривать дореволюционные годы как период острого противостояния в идеологической сфере, которое отражалось и в области философии и методологии науки. В основе его лежала борьба идеализма (С.Н. Булгаков, Н.О. Лосский, С.Л. Франк и др.) и материализма (И.М. Сеченов, Г.В. Плеханов, В.И. Ленин и др.), касавшаяся основных онтологических и гносеологических проблем: первичности материи или духа, познаваемости мира, общества и человека. Идеализм в основном поддерживали консерваторы и пра-

вые либералы, материализм находил сторонников среди социалистов и левых либералов.

Действовавшее в советское время правило, согласно которому необходимо было рассматривать все стороны общественной жизни при помощи дихотомической «оптики» (в данном случае пары были такие: материализм – идеализм, прогрессивное – реакционное), приводило к тому, что любой ученый, даже далекий от философии, автоматически заносился в тот или иной идеологический и философский лагерь. Вместе с тем в российской науке рассматриваемого периода усиливались позиции позитивизма, который фактически отрицал ценность философии для науки. К началу XX века были переведены и в значительной степени усвоены труды ведущих представителей этого направления – О. Конта [16] и Э. Маха [21] – и появились работы их российских последователей – В.В. Лесевича [20] и А.А. Богданова [4].

В дореволюционной России идеологический контроль власти над наукой был ограничен (во всяком случае, ученых не преследовали за материалистические взгляды в области социально-гуманитарных наук; хотя их и критиковали сторонники идеализма, но эта критика была «внутренняя»).

Общепсихологический контекст формирования российской дореволюционной медицинской психологии. Развитию отечественной психологии посвящено достаточно много работ как советских и российских [5, 26, 33, 28], так и зарубежных [34–37] исследователей.

Ведущими научными учреждениями, разрабатывавшими проблемы психологии, в указанный период были основанный В.М. Бехтеревым Психоневрологический институт (1907) и созданный Г.И. Челпановым на средства мецената С.И. Щукина Психологический институт (1912). Существовали профильные объединения ученых – Московское психологическое общество (1885), Общество экспериментальной педагогики (1910). Результаты психологических исследований публиковались в периодических изданиях, таких как «Вопросы философии и психологии» (1889), «Вопросы теории

и психологии творчества» (1907), «Ежегодник экспериментальной педагогики» (1908–1914), «Труды Психологического института имени Л.Г. Щукиной при Московском университете» (с 1914). В России проводились конференции по педагогической психологии (1906, 1909) и по экспериментальной педагогике (1910, 1913, 1916).

Российское психологическое сообщество было частью мирового. Переводились на русский язык книги зарубежных авторов: В. Вундта, Дж. Болдуина, Т. Рибо и др. Российские ученые проходили стажировку в зарубежных лабораториях (в Лейпциге, Вюрцбурге, Берлине и др.), принимали участие в Международных психологических конгрессах (1900–1909).

Если же говорить об основных течениях психологической мысли в дореволюционной России, то их обычно выделяют три: философское, эмпирическое (интроспективное) и естественнонаучное.

Философское направление в отечественной психологии (Н.О. Лосский, Л.М. Лопатин, С.Л. Франк и др.), несшее на себе отпечаток русской религиозной и умозрительной традиций, интуитивизма и волюнтаризма, видел в качестве предмета изучения сущность души человека, используя для этого умозрительный метод [17].

На *эмпирическое (интроспективное) направление в отечественной психологии* (Н.Я. Грот, Г.И. Челпанов, А.П. Нечаев и др.) оказали влияние эмпиризм, позитивизм и интроспекционизм; его сторонники считали предметом психологии не душу, а ее явления (т.н. «психология без души»), в качестве основного метода познания которых применяли интроспекцию [26].

Естественнонаучное направление в отечественной психологии (В.М. Бехтерев, И.П. Павлов, Н.Н. Ланге и др.) испытало на себе влияние позитивизма, материализма, энергетизма, сеченовской традиции изучения рефлексов; его приверженцы в большинстве своем изучали посредством эксперимента внешние, объективно наблюдаемые проявления психического, отрицая научную ценность интроспекции [5]. Российские ме-

дицинские психологи в основном были сторонниками именно этого течения в психологии.

Особенности российской дореволюционной медицинской (клинической) психологии. Учитывая обозначенные выше контексты, рассмотрим особенности отечественной медицинской психологии рубежа XIX и XX веков в трех аспектах: институциональном, проблемологическом и философско-методологическом.

Институциональный аспект. Медицинская психология в России возникла в последней четверти XIX века на стыке психологии и медицины, что и определило ее практико-ориентированный характер (в отличие от философского и эмпирического течений, в фокусе которых находились чисто теоретические вопросы) [11]. Она создавалась психиатрами и «работала» на психиатрию, помогая в решении как вопросов диагностики, так и вопросов, связанных с психологической составляющей душевных болезней (и тогда, да и в значительной степени в наше время, психиатрия больше ориентирована на изучение биологических детерминант психических расстройств).

Медицинская психология дореволюционного периода в основном создавалась в лабораториях, которые, в свою очередь, были основаны при крупных университетах [13]. Первая из них была открыта в 1885 году В.М. Бехтеревым при Казанском университете, в ней, помимо исследования психически здоровых лиц, изучались и больные (ученый совмещал должность профессора этого учебного заведения и заведование местной психиатрической клиникой). Вторая в России экспериментально-психологическая лаборатория была создана в 1886 году по инициативе знаменитого русского врача С.С. Корсакова при клинике Московского университета, возглавил ее А.А. Токарский. В 1880-х годах были созданы экспериментально-психологическая лаборатория в Харькове, которую возглавил врач П.И. Ковалевский, и лаборатория в Киеве во главе с психиатром И.А. Сикорским. В 1887 году в г. Дерпте немецким психиатром Э. Крепелином была от-

крыта экспериментально-психологическая лаборатория, которой с 1891 года стал руководить русский врач В.Ф. Чиж. С открытием по инициативе В.М. Бехтерева Психоневрологического института в Санкт-Петербурге в 1907 году центр клинко-психологических исследований переместился туда.

Отечественные медицинские психологи начала века проявляли способности к самоорганизации: ими издавались журналы «Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии», «Вестник психологии, криминальной антропологии и педологии», было создано Общество психоневрологов.

Проблемологический аспект. Исследования отечественных медицинских психологов были посвящены самому широкому кругу проблем, находившихся на стыке психиатрии и психологии: целостное изучение душевнобольных, вопрос о месте и роли теоретической и экспериментальной психологии в общей психопатологии, методологические аспекты медико-психологической и судебно-психиатрической диагностики и экспертизы, проблемы распада психических функций и личности при различных психических заболеваниях.

Итоговыми трудами, обобщающими опыт нескольких десятилетий исследований в области медицинской психологии в России, стали следующие работы: «Объективное исследование душевнобольных» (1907), «Материалы к методике объективного исследования душевнобольных» (1910), «Об экспериментально-объективном исследовании душевнобольных» (1911) В.М. Бехтерева, «Атлас для экспериментально-психологического исследования личности с подробным описанием и объяснением таблиц» (1910) Ф.Е. Рыбакова, «Клинические приемы психологического исследования душевно-больных. Опыт экспериментально-клинической семиотики интеллектуальных расстройств» (1911) А.Н. Бернштейна, «Экспериментальный метод при изучении нервных и душевных болезней» (1893), «Экспериментально-психологическое исследование больных и учащихся» (1909), «План

исследования детской души в здоровом и болезненном состоянии» (1909), «Психологические профили. Количественное исследование психических процессов в нормальных и патологических состояниях» (1917) Г.И. Россолимо. Необходимо отметить, что все указанные авторы по образованию были врачами (психиатрами, невропатологами). Издание таких работ говорит о том, что в предреволюционные годы отечественная медицинская психология достигла значимых результатов в деле изучения психики душевнобольных и смогла выйти с уровня конкретно-эмпирических исследований на теоретически-обобщающий уровень.

Философско-методологический аспект. Рассматривая этот аспект истории развития отечественной медицинской психологии, следует остановиться на двух его составляющих – философской и методологической (применительно к психологии).

Вопрос о философских представлениях российских медицинских психологов, как показывает пример советской историографии [5, 11, 26], решался довольно просто в рамках следующей цепочки рассуждений: в рамках материализма принято считать первичной материю, а дух вторичным; врачи, в силу своей естественнонаучной подготовки и рода деятельности, тяготеют к работе с материей; следовательно, врачи суть материалисты. А из этого вывода делалось следующее умозаключение: если медицинскую психологию создавали врачи, то они были по определению материалистами, а само их детище представляло собой материалистическую науку (за исключением ряда врачей-идеалистов, таких как В.Ф. Чиж).

В этой логике, тем не менее, присутствует определенный изъян. Дело в том, что можно иметь дело с материей (как это было с выдающимися учеными Нового времени: Р. Декартом, Г. Лейбницем, И. Ньютоном и др.) и при этом быть идеалистом, верующим человеком. Само по себе научное взаимодействие с материей не означает, что человек является материалистом. Поэтому считать отечественных медицинских психологов материалистами, как это было при-

нято в советской историографии медицины и психологии, нам представляется не совсем корректным.

Если же философская позиция отечественных медицинских психологов начала XX века не объявляется открыто, то, возможно, она содержится в имплицитном виде в их методологических воззрениях? Для того чтобы ответить на этот вопрос, следует обратиться к тем трудам этих ученых, в которых раскрывается их понимание предмета и метода психологической науки.

Часть из них твердо стояла на естественнонаучных позициях, считая предметом психологии внешние проявления психического, а основным методом эксперимент. Так, В.М. Бехтерев определял предмет разрабатываемой им объективной психологии следующим образом: «Научную же дисциплину, которая имеет своим предметом изучение соотношения внешних воздействий с внешними же проявлениями невропсихики, мы называем объективной психологией» [3, с. 8]. В другой своей работе он высказывается против метода интроспекции: «Во всяком случае в клинике нас не может руководить субъективная точка зрения не только потому, что душевнобольные часто не могут дать описания своего субъективного состояния или дают его в далеко неточном, чаще же всего в искаженном виде, но и потому, что для субъективной оценки душевнобольных мы не имеем вовсе точной мерки, та как наше собственное самонаблюдение дает нам лишь приблизительно представление о душевном состоянии других здоровых лиц, но оно ничуть не может служить даже в какой-либо мере достаточным мерилom душевного состояния психических больных в силу того, что последнее уже резко отступает от душевного состояния здоровых лиц» [2, с. 5].

О том, что экспериментальное исследование не должно касаться собственно психического, а имеет своей целью изучение внешних его проявлений, рассуждал известный врач А.А. Крогиус: «К тому, что есть в душе глубокого и важного, эксперимент не должен, не имеет права подступать. А если бы он и попытался это сделать, то оказался бы

бессильным, – дело в таких случаях не в эксперименте, а в понимании духовной жизни, в духовном прозрении» (цит. по: [26, с. 17]).

Другая группа дореволюционных медицинских психологов придерживалась скорее эмпирических (интроспективных) воззрений, считая предметом психологии душевные явления, а в качестве основного метода использовала самонаблюдение. Так, психиатр И.А. Сикорский писал: «Психология есть наука о душе. Определить, что такое душа, представляется задачей не только трудной, но совершенно недоступной решению при настоящем состоянии человеческих знаний... Современной же психологии, желающей не выходить из рамок реального, остается изучать самые явления человеческой жизни, не пытаясь разрешить конечные вопросы» [29, с. 175]. Психиатр А.Ф. Лазурский, ученик и соратник В.М. Бехтерева, высказывался против причисления психологии к естественным наукам (и тем самым противопоставлял свою позицию позиции своего учителя). Он указывал: «Психология отделилась от философии не для того, чтобы сделаться придатком для естественных наук, как это полагают некоторые биологи и медики. Наука о душевных явлениях так же независима от физики, химии, физиологии, как и от философии» [18, с. 9]. И далее он определял психологию как «науку о душевных явлениях и законах, ими управляющих» [там же, с. 10].

Обе группы российских медицинских психологов начала XX века, несмотря на их методологические различия, были объединены общей философской платформой, но это была не платформа материализма или идеализма, а платформа позитивизма – с его равнодушием (или даже отрицательным отношением) к онтологическим вопросам как метафизическим по своей природе, зато с пристальным интересом к проблемам гносеологии в предметном и методическом аспектах.

Заключение

В ходе проведенного исследования была изучена связь между социально-историческим, общенаучным и социально-гумани-

тарным, общепсихологическим контекстами формирования российской дореволюционной медицинской (клинической) психологии и особенностями ее как науки.

Как было показано, общественная жизнь царской России начала XX века несла в себе многочисленные противоречия, обострившиеся в ходе развития различных экономических, внешне- и внутривнутриполитических кризисов. Нерешенность проблем, все более отчетливо встававших перед страной в указанный период истории, усиливала поляризацию общества, члены которого, в зависимости от классовой принадлежности, выражали симпатии консервативно-охранительным, социалистическим или либеральным силам.

Наука, будучи частью культуры, не могла оставаться вне этих процессов, в силу чего в советской историографии был выдвинут тезис о том, что и ученые, будучи представителями интеллигенции, придерживались либо материалистических, либо идеалистических взглядов; таким образом, политическая борьба как бы «просачивалась» на уровень науки, приобретая в ней философско-методологический характер. Однако существовал еще позитивизм, находившийся за пределами указанной дихотомии, хотя в советское время его, начиная со знаменитой работы В.И. Ленина «Материализм и эмпириокритицизм» [19], считали течением идеалистического толка.

Психология, не так давно – на момент описываемых событий – вышедшая из лона философии, также не могла остаться в стороне от идеологических и философских баталий. Но следует отметить, что из трех течений отечественной психологической мысли начала XX века (эмпирическое, естественнонаучное, философское) только последнее действительно было идеологически ангажировано. Многие его сторонники были яркими идеалистами и не скрывали этого; они признавали примат духа над материей, считали душу реально существующей бессмертной субстанцией и выводили генеалогию своей мысли из религиозной традиции православия.

Анализ философско-методологических позиций представителей дореволюционной медицинской психологии в социокультурных контекстах ее формирования и раннего развития позволил сделать следующие выводы:

Политическая поляризация и дискуссии об основном вопросе философии в начале XX века лишь в малой степени затронули методологические позиции российских медицинских психологов.

Материалистами можно считать лишь часть рассмотренных в ходе исследования ученых (В.М. Бехтерев, А.А. Крогиус), да и то лишь в методологическом (как сторонников экспериментального исследования объективно наблюдаемых проявлений психического), а не философско-онтологическом (в вопросе о первичности материи или духа) плане.

Дореволюционные российские медицинские психологи расходились во взглядах на предмет психологической науки: среди них имелись сторонники как естественнонаучного (В.М. Бехтерев, А.А. Крогиус), так и эмпирического (И.А. Сикорский, А.Ф. Лазурский) направления.

При всех расхождениях в понимании предмета психологии, общей философской базой, объединявшей российских медицинских психологов указанного периода, был позитивизм, так как именно в его рамках постулировалась значимость эмпирических методов (наблюдения, эксперимента) для получения истинно научного знания.

Таким образом, можно сделать обобщающий вывод о том, что влияние социокультурных контекстов на становление и развитие российской дореволюционной медицинской психологии было ограниченным и оно в основном заключалось философско-методологическом фундировании клинико-психологических исследований на основе позитивизма; и в этом смысле ситуации начала века и последующих, уже советских, времен существенно различаются, так как в послеоктябрьский период влияние идеологии марксизма-ленинизма и соответствующей ей философии диалектического материализма на психологическую науку вообще и на медицинскую психологию в частности стало существенно более заметным.

Литература

1. Ананьев Б.Г. Избранные труды по психологии: 2 т. Т. 1: Очерки психологии. История русской психологии. СПб.: Изд-во С.-Петербург. ун-та, 2007. 412 с.
2. Бехтерев В.М. Материалы к методике объективного исследования душевнобольных. СПб.: Типография П.П. Сойкина, 1910. 29 с.
3. Бехтерев В.М. Объективная психология. М.: Наука, 1991. 475 с.
4. Богданов А.А. Эмпириомонизм: Статьи по философии. М.: Книжный Клуб Книговек, 2014. 544 с.
5. Будилова Е.А. Труды по истории русской психологической мысли: вторая половина XIX – начало XX века. М.: Наука, 2008. 390 с.
6. Власов Н.А. История клинической (медицинской) психологии в дореволюционной России: итоги развития // Вестник психотерапии. 2024. № 92. С. 79–90.
7. Власов Н.А. Представления о предмете медицинской психологии в трудах отечественных ученых второй половины XX века // Вестник Ярославского государственного университета им. П.Г. Демидова. Серия Гуманитарные науки. 2020. № 2 (52). С. 86–93.
8. Д'Анко К.Э. Незавершенная Россия. М.: РОССПЭН, 2005. 192 с.
9. Достижения Советской власти за сорок лет в цифрах: Статистический сборник. М.: Госстатиздат, 1957. 370 с.
10. Залевский Г.В., Кузьмина Ю.В. История клинической психологии. М.: Юрайт, 2023. 180 с.
11. Зейгарник Б.В. Патопсихология. Основы клинической диагностики и практики. М.: Эксмо, 2010. 368 с.
12. Золотова Н.В., Мазилов В.А., Базиков М.В. Возникновение и становление отечественной медицинской психологии // Ярославский педагогический вестник. 2015. № 3. С. 150–165.
13. История становления и развития экспериментально-психологических исследований в России: Сборник научных трудов. М.: Наука, 1990. 212 с.
14. Клиническая психология: в 4 т. Т. 1: Общая патопсихология. М.: Академия, 2013. 464 с.
15. Кольцова В.А. История психологии. Проблемы методологии. М.: Институт психологии РАН, 2008. 510 с.
16. Конт О. Общий обзор позитивизма. М.: Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2016. 296 с.

17. Костригин А.А. Российская философская психология второй половины XIX века: направления, персоналии, проблемы. М.: Издательство «Институт психологии РАН», 2024. 234 с.
18. Лазурский А.Ф. Психология общая и экспериментальная. М.: Юрайт, 2023. 244 с.
19. Ленин В.И. Материализм и эмпириокритицизм: Критические заметки об одной реакционной философии. М.: ЛЕНАНД, 2021. 576 с.
20. Лесевич В.В. Письма о научной философии: Обыденное мышление и мышление научное. Психология и теория познания. Психологическая теория К. Гёринга. Позитивизм и современная философия науки. М.: КРАСАНД, 2021. 214 с.
21. Мах Э. Познание и заблуждение: Очерки по психологии исследования. М.: ЛЕНАНД, 2021. 432 с.
22. Мунчаев Ш.М., Устинов В.М. Политическая история России. От становления самодержавия до падения Советской власти. М.: НОРА, ИНФРА-М, 1999. 800 с.
23. Никс Н.Н. Московская профессура во второй половине XIX – начале XX века. Социокультурный аспект. М.: Новый хронограф, 2008. 304 с.
24. Ольштынский Л.И. Советское общество. История строительства социализма в России: в 3 кн. Кн. I. Путь России к социализму (1905–1920). М.: ИТРК, 2014. 184 с.
25. Очерки истории КПСС. М.: Политиздат, 1966. 431 с.
26. Петровский А.В. История советской психологии: Формирование основ психологической науки. М.: Просвещение, 1967. 367 с.
27. Поликарпов В.Д. Военная контрреволюция в России. 1905–1917. М.: Наука, 1990. 381 с.
28. Психологическая наука в России XX столетия: проблемы теории и истории / под ред. А.В. Брушлинского. М.: Издательство «Институт психологии РАН», 1997. 576 с.
29. Сикорский И.А. Всеобщая психология с физиогномикой, в иллюстрированном изложении. М.: Академический проект, 2022. 602 с.
30. Степин В.С. Философская антропология и философия культуры. М.: Академический проект, 2015. 542 с.
31. Шелохаев В.В. Кадеты – главная партия либеральной буржуазии в борьбе с революцией 1905–1907 гг. М.: Наука, 1983. 327 с.
32. Экономическая история мира: в 5 т. Т. 3: Англия: колониальный империализм. Германия: юнкерский капитализм. Франция: ростовщический империализм. Особенности империализма США и Японии. Развитие капитализма в России. Борьба ведущих экономик мира за рынки сбыта накануне Первой мировой войны / под общ. ред. М.В. Конотопова. СПб.: Алетей, 2018. 538 с.
33. Ярошевский М.Г. История психологии. М.: Мысль, 1985. 575 с.
34. Jovarsky D. Russian psychology: a critical history. Oxford: Blackwell, 1989. 583 p.
35. Knöll H.D., Jou J. Russian and soviet psychology in the changing political environment: a time series analysis approach. Hamburg: Tredition, 2021. 80 p.
36. Kozulin A. Psychology in utopia: toward a social history of soviet psychology. Massachusetts: MIT Press, 1984. 198 p.
37. Payne T.R. S.L. Rubinstein and the philosophical foundations of soviet psychology. Dordrecht: D. Reidel, 1968. 186 p.
38. Reisman J.M. A history of clinical psychology. New York: Taylor & Francis, 1991. 424 p.
39. Zilboorg G. A history of medical psychology. New York: W. W. Norton and Company, 1967. 606 p.

Поступила 21.12.24

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

Для цитирования: Власов Н.А. Социокультурные контексты формирования российской дореволюционной медицинской (клинической) психологии // Вестник психотерапии. 2025. № 94. С. 116–127. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-94-116-127

N.A. Vlasov

Socio-cultural conditions of the Formation of Russian Pre-Revolutionary Medical (Clinical) Psychology

Russian State Social University (4, p. 1, W. Pika Str., Moscow, Russia)

✉ Nikita Anatolievich Vlasov – PhD Psychol. Sci., Associate Prof. of Department of Psychology, Conflictology and Behavioral Sciences, Russian State Social University (4, p. 1, W. Pika Str., Moscow, 129226, Russia), e-mail: VlasovNA@rgsu.net

Abstract

Relevance. The history of Russian medical (clinical) psychology, especially its pre-revolutionary stage, remains underexplored to this day. In the history of science, three groups of factors are traditionally distinguished as determining the formation and development of any discipline: sociocultural, subject-logical, and personal. Explicating the features of the sociocultural context – including societal, political, economic, philosophical, and value-based determinants – provides deeper insight into the conditions under which a scientific discipline emerges and, consequently, helps explain its specific character. Relying solely on subject-logical and personal determinants would imply that science developed in a social vacuum – an assumption that is fundamentally flawed, as science is a social institution and an essential part of culture. The sociocultural conditions of the formation of Russian medical psychology remain poorly studied. This article is dedicated to addressing this gap.

Intention: to examine the relationship between the socio-historical, general scientific and social-humanitarian, general psychological contexts of the formation of Russian pre-revolutionary medical (clinical) psychology and the specific features of this field as a scientific discipline.

Methodology. To achieve this goal, methods of systemic, complex, cultural and historical event analysis were used.

Results and analysis. The study identified and described the institutional, problem-focused, and philosophical-methodological conditions under which Russian medical psychology emerged. It is argued that the political polarization and philosophical debates of the early 20th century had minimal impact on the methodological positions of Russian medical psychologists. The authors support the view that only some of the scholars analyzed (e.g., V.M. Bekhterev, A.A. Krogus) can be considered materialists, and even then only in a methodological–not philosophical-ontological–sense. The study demonstrates that pre-revolutionary Russian medical psychologists diverged in their understanding of the subject matter of psychology. Among them were proponents of both the natural scientific approach (e.g., V.M. Bekhterev, A.A. Krogus) and the empirical approach (e.g., I.A. Sikorsky, A.F. Lazursky).

Conclusion. As a result of studying the socio-cultural contexts of the formation of domestic medical psychology in the pre-revolutionary period, a weak influence of socio-political conditions and a much stronger influence of the philosophy of science were revealed. Despite all the differences in understanding the subject of psychology, the common philosophical basis that united Russian medical psychologists of the period was positivism, since it was within its framework that the importance of empirical methods (observation, experiment) for obtaining truly scientific knowledge was postulated.

Keywords: history of psychology, medical psychology, pre-revolutionary psychology, Russian psychology.

References

1. Anan'ev B.G. Izbrannye trudy po psikhologii. Tom pervyj. Oчерки psikhologii. Istorija russkoj psikhologii [Selected works on psychology. Volume one. Essays on psychology. The History of Russian Psychology]. Sankt-Peterburg, 2007. 412 p. (In Russ.)
2. Behterev V.M. Materialy k metodike objektivnogo issledovaniya dushevnobol'nyh [Materials for the methodology of objective research of the mentally ill]. Sankt-Peterburg, 1910. 29 p. (In Russ.)
3. Behterev V.M. Objektivnaja psikhologija [Objective psychology]. Moscow, 1991. 475 p. (In Russ.)

4. Bogdanov A.A. Jempiriomonizm: Stat'i po filosofii [Empiriomonism: Articles on philosophy]. Moscow, 2014. 544 p. (In Russ.)
5. Budilova E.A. Trudy po istorii russkoj psihologicheskoj mysli: vtoraja polovina XIX – nachalo XX veka [Works on the history of Russian psychological thought: the second half of the XIX – the beginning of the XX century]. Moscow, 2008. 390 p. (In Russ.)
6. Vlasov N.A. Istorija klinicheskoj (medicinskoj) psihologii v dorevoljucionnoj Rossii: itogi razvitija [The history of clinical (medical) psychology in pre-revolutionary Russia: development results]. *Vestnik psihoterapii* [Bulletin of psychotherapy]. 2024; (92): 79–90. (In Russ.)
7. Vlasov N.A. Predstavlenija o predmete medicinskoj psihologii v trudah otechestvennyh uchenyh vtoroj poloviny XX veka [Ideas about the subject of medical psychology in the works of Russian scientists of the second half of the twentieth century]. *Vestnik Jaroslavskogo gosudarstvennogo universiteta im. P.G. Demidova. Serija Gumanitarnye nauki* [Bulletin of Yaroslavl State University named after P.G. Demidov. The Humanities series]. 2020; (2 (52)): 86–93. (In Russ.)
8. D'Ankoss K.Je. Nezavershennaja Rossija [Unfinished Russia]. Moscow, 2005. 192 p. (In Russ.)
9. Dostizhenija Sovetskoj vlasti za sorok let v cifrah: Statisticheskij sbornik [Achievements of the Soviet government over forty years in numbers: Statistical collection]. Moscow, 1957. 370 p. (In Russ.)
10. Zalevskij G.V., Kuz'mina Ju.V. Istorija klinicheskoj psihologii [History of clinical psychology]. Moscow, 2023. 180 p. (In Russ.)
11. Zejgarnik B.V. Patopsihologija. Osnovy klinicheskoj diagnostiki i praktiki [Pathopsychology. Fundamentals of clinical diagnosis and practice]. Moscow, 2010. 368 p. (In Russ.)
12. Zolotova N.V., Mazilov V.A., Bazikov M.V. Vozniknovenie i stanovlenie otechestvennoj medicinskoj psihologii [The emergence and formation of Russian medical psychology]. *Jaroslavskij pedagogicheskij vestnik* [Yaroslavl Pedagogical Bulletin]. 2015; (3): 150–165. (In Russ.)
13. Istorija stanovlenija i razvitija jeksperimental'no-psihologicheskikh issledovanij v Rossii: Sbornik nauchnyh trudov [The history of the formation and development of experimental psychological research in Russia: Collection of scientific papers]. Moscow, 1990. 212 p. (In Russ.)
14. Klinicheskaja psihologija: v 4 tomah. Tom 1. Obshhaja patopsihologija [Clinical psychology: in 4 volumes. Vol.1. General pathopsychology]. Ed. A.B. Holmogorovoj. Moscow, 2013. 464 p. (In Russ.)
15. Kol'cova V.A. Istorija psihologii. Problemy metodologii [History of psychology. Problems of methodology]. Moscow, 2008. 510 p. (In Russ.)
16. Kont O. Obshhij obzor pozitivizma [General overview of positivism]. Moscow, 2016. 296 p. (In Russ.)
17. Kostigrin A.A. Rossijskaja filosofskaja psihologija vtoroj poloviny XIX veka: napravlenija, personalii, problem [Russian philosophical psychology of the second half of the nineteenth century: directions, personalities, problems]. Moscow, 2024. 234 p. (In Russ.)
18. Lazurskij A.F. Psihologija obshhaja i jeksperimental'naja [Psychology general and experimental]. Moscow, 2023. 244 p. (In Russ.)
19. Lenin V.I. Materializm i jempiriokriticizm: Kriticheskie zametki ob odnoj reakcionnoj filosofii [Materialism and empirio-criticism: Critical notes on a reactionary philosophy]. Moscow, 2021. 576 p. (In Russ.)
20. Lesevich V.V. Pis'ma o nauchnoj filosofii: Obydennoe myshlenie i myshlenie nauchnoe. Psihologija i teorija poznanija. Psihologicheskaja teorija K. Gjoringa. Pozitivizm i sovremennaja filosofija nauki [Letters on scientific philosophy: Everyday thinking and scientific thinking. Psychology and theory of cognition. The psychological theory of K. Goering. Positivism and modern philosophy of science]. Moscow, 2021. 214 p. (In Russ.)
21. Mah Je. Poznanie i zabluzhdenie: Oчерki po psihologii issledovanija [Cognition and delusion: Essays on the psychology of research]. Moscow, 2021. 432 p. (In Russ.)
22. Munchaev Sh.M., Ustinov V.M. Politicheskaja istorija Rossii. Ot stanovlenija samodержavija do padenija Sovetskoj vlasti [Political history of Russia. From the formation of autocracy to the fall of Soviet power]. Moscow, 1999. 800 p. (In Russ.)
23. Niks N.N. Moskovskaja professura vo vtoroj polovine XIX – nachale XX veka. Sociokul'turnyj aspekt [Moscow professorship in the second half of the XIX – early XX century. Sociocultural aspect]. Moscow, 2008. 304 p. (In Russ.)
24. Ol'shtynskij L.I. Sovetskoe obshhestvo. Istorija stroitel'stva socializma v Rossii. Kniga I. Put' Rossii k socializmu (1905-1920) [The history of the construction of socialism in Russia. Book I. Russia's Path to Socialism (1905-1920)]. Moscow, 2014. 184 p. (In Russ.)
25. Oчерki istorii KPSS [Essays on the history of the CPSU]. Moscow, 1966. 431 p. (In Russ.)
26. Petrovskij A.V. Istorija sovetskoj psihologii: Formirovanie osnov psihologicheskogo nauki [The history of Soviet psychology: the formation of the foundations of psychological science]. Moscow, 1967. 367 p. (In Russ.)
27. Polikarpov V.D. Voennaja kontrrevoljucija v Rossii, 1905-1917 [Military counterrevolution in Russia, 1905-1917]. Moscow, 1990. 381 p. (In Russ.)

-
28. Psihologicheskaja nauka v Rossii XX stoletija: problemy teorii i istorii [Psychological science in Russia of the XX century: problems of theory and history]. Ed. A.V. Brushlinskogo. Moscow, 1997. 576 p. (In Russ.)
 29. Sikorskij I.A. Vseobshhaja psihologija s fiziognomikoj. V illjustrirovannom izlozhenii [Universal psychology with physiognomy. In an illustrated presentation]. Moscow, 2022. 602 p. (In Russ.)
 30. Stepin V.S. Filosofskaja antropologija i filosofija kul'tury [Philosophical anthropology and philosophy of culture]. Moscow, 2015. 542 p. (In Russ.)
 31. Shelohaev V.V. Kadety – glavnaja partija liberal'noj burzhuzii v bor'be s revoljuciej 1905–1907 gg. [The Cadets – the main party of the liberal bourgeoisie in the struggle against the revolution of 1905–1907]. Moscow, 1983. 327 p. (In Russ.)
 32. Jekonomicheskaja istorija mira: v 5 tomah. T. 3: Anglija: kolonial'nyj imperializm. Germanija: junkerskij kapitalizm. Francija: rostovshhicheskij imperializm. Osobennosti imperializma SShA i Japonii. Razvitie kapitalizma v Rossii. Bor'ba vedushhih jekonomik mira za rynki sbyta nakanune Pervoj mirovoj vojny [The Economic history of the world: in 5 volumes. Vol. 3: England: colonial imperialism. Germany: Junker capitalism. France: Usurious imperialism. Features of the imperialism of the USA and Japan. The development of capitalism in Russia. The struggle of the world's leading economies for sales markets on the eve of the First World War]. Ed. M.V. Konotopova. Sankt-Peterburg, 2018. 538 p. (In Russ.)
 33. Jaroshevskij M.G. Istorija psihologii [The history of psychology]. Moscow, 1985. 575 p. (In Russ.)
 34. Jovarsky D. Russian psychology: a critical history. Oxford: Blackwell, 1989. 583 p.
 35. Knöll H.D., Jou J. Russian and soviet psychology in the changing political environment: a time series analysis approach. Hamburg: Tredition, 2021. 80 p.
 36. Kozulin A. Psychology in utopia: toward a social history of soviet psychology. Massachusetts: MIT Press, 1984. 198 p.
 37. Payne T.R. S.L. Rubinstein and the philosophical foundations of soviet psychology. Dordrecht: D. Reidel, 1968. 186 p.
 38. Reisman J.M. A history of clinical psychology. New York, 1991. 424 p.
 39. Zilboorg G. A history of medical psychology. New York, 1967. 606 p.
-

Received 21.12.2024

For citing: Vlasov N.A. Sotsiokul'turnye konteksty formirovaniya rossiiskoi dorevoljutsionnoi meditsinskoi (klinicheskoi) psihologii. *Vestnik psikhoterapii*. 2025; (94): 116–127. (In Russ.)

Vlasov N.A. Socio-cultural contexts of the formation of Russian pre-revolutionary medical (clinical) psychology. *Bulletin of Psychotherapy*. 2025; (94): 116–127. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-94-116-127

1. Представление материалов

При направлении статей в журнал должны соблюдаться международные этические нормы, разработанные Комитетом по этике научных публикаций (<http://publicationethics.org/resources/guidelines>). Автор(ы) передает(ют) электронную версию статьи в формате Word 97–2003 и подписанный им(и) скан титульного листа на сайт журнала (<https://vestpsihoterapii.elpub.ru/jour/author/submit/1>) через опцию «Отправить статью» и дублирует(ют) отправку на e-mail редколлегии: vestnik-pst@yandex.ru.

2. Требования к материалам рукописи

Общие требования к тексту: шрифт Times New Roman, кегль – 12 пт (таблицы – 10 пт), интервал полуторный. Поля с каждой стороны по 2 см. Объем передовых и обзорных статей не должен превышать 15 с., экспериментальных и общетеоретических исследований – 10 с., включая текст, иллюстрации (рисунки, таблицы), список литературы и англоязычный блок.

В начале первой страницы указывается универсальный десятичный код (УДК).

Схема построения статьи: 1) инициалы и фамилии авторов; 2) заглавие статьи (в формате обычного текста – не заголовок), учреждение и его адрес (указывается для каждого из авторов); 3) аннотация и ключевые слова, соотнесенные с Международным рубрикатором медицинских терминов (MeSH), русскоязычная версия которого представлена на сайте Центральной научной медицинской библиотеки (<http://www.scsml.rssi.ru/>); 4) краткое введение; 5) материал и методы; 6) результаты и их анализ; 7) заключение (выводы); 8) наличие/отсутствие конфликта интересов, который может повлиять на анализ и интерпретацию полученных результатов; источники финансовой поддержки (гранты, государственные программы, проекты и т. д.); благодарности; 9) участие авторов (конкретный вклад каждого автора в подготовку и написание статьи); 10) литература.

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».

Сведения об авторах приводятся на русском и английском языке: фамилия, имя, отчество; ученая степень, ученое звание (указание ученого звания и должности факультативно); название места работы/учебы без сокращений, даже если оно общепринято в стране (при переводе следует использовать официальное название из Устава учреждения, иначе аффилиация с учреждением в международных базах данных будет затруднена); почтовый адрес (страна, почтовый индекс, город, улица, дом); e-mail автора. Обозначается вклад каждого автора в подготовку и написание статьи.

Авторы обязуются сообщить о конфликте интересов, связанном с подготовкой статьи.

Список литературы оформляется в виде алфавитного библиографического указателя по ГОСТу

7.0.5-2008. Если авторов пять и более, то необходимо указать фамилии трех авторов и далее в квадратных скобках сокращенное словосочетание «и другие» [и др.]. Для оптимизации транслитерации знаки точка и тире (. –), которые отделяют зоны библиографической записи, заменяются точкой. Обязательно указываются DOI статей, если они имеются.

Структура англоязычного раздела: 1) авторы и заглавие статьи; 2) название учреждения приводится так, как оно указано в Уставе учреждения; 3) сведения об авторах: транслитерированные имена, отчества, фамилии; ученые звания и степени, должность; учреждение, его адрес (дом, улица, город, почтовый индекс, страна); 4) реферат по разделам и ключевые слова; 5) транслитерированный список литературы. При транслитерации следует использовать сайт <http://translit.net>, формат транслитерации – BSL. После транслитерированного русского заглавия в квадратных скобках указывается его английский перевод. Для заглавий статей и журналов следует применять официальные переводы, представленные в самих журналах, на сайте Научной электронной библиотеки (<http://elibrary.ru>) и ведущих библиотек страны.

Требования к рисункам: допускаются только черно-белые рисунки, заливка элементов рисунка – косая, перекрестная, штриховая; не допускаются тонкие заливки; допустимые форматы файлов – TIFF, JPG, PDF; разрешение – не менее 300 dpi; ширина рисунка – не более 100 мм, высота рисунка – не более 150 мм; легенда рисунка должна быть легко читаемой, шрифт не менее 8 пт.

3. Присланные статьи рецензируются членами редколлегии, редакционного совета и ведущими специалистами отрасли. При положительном отзыве статьи принимаются к печати.

При принятии статьи к публикации авторы дают право редакции размещать полные тексты статей и ее реферата в информационных справочно-библиографических базах данных.

Рукописи авторам не возвращаются.

4. Редакция оставляет за собой право сокращения статей без изменения концептуальной основы содержания, а также размещения статей в разделе «Дискуссионный клуб». Кроме того, редакция имеет право запросить у авторов заключения Этического комитета, сведения о возможности опубликования в открытой печати материалов исследования и др.

Предоставляются все авторские права, закрепленные законодательством Российской Федерации.

Более полный перечень правил для авторов, а также примеры оформления статей представлены:

– на сайте ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никиторова: <https://nrterm.ru/science/editorial-and-publishing/periodicals/zhurnal-vestnik-psihoterapii/>;

– на сайте журнала: <https://vestpsihoterapii.elpub.ru/jour/about/submissions#authorGuidelines>.