



Ежемесячный научно-практический журнал СИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

Контактная информация

Издатель
Иришкин Дмитрий

телефон:
+7(495) 518 1451

e-mail:
genius-media@mail.ru

7

2022

Читайте в номере:

Всероссийский конкурс научно-исследовательских студенческих статей по теме «Охрана психического здоровья: современные тенденции и перспективы». Пресс-релиз

Былева Е.А., Солдаткин В.А.

Нозологические корреляты COVID-ассоциированного стресса и COVID-диссидентства

Аксенова Е.В., Ванчугов Е.Ю., Голобокова И.М., Лимонова В.Д., Голыгина С.Е., Сахаров А.В.

Частота и структура невротических расстройств у медицинского персонала, оказывающего помощь пациентам с новой коронавирусной инфекцией

Жмеренецкий К.В., Рзянкина М.Ф., Потапова К.Э.

Психосоциальные аспекты самооценки здоровья подростков в измененных эпидемиологических условиях

Илич М., Чапала Т.В.

Исследование тревожности у пациентов с хроническим панкреатитом и родственников, посещающих больных во время лечения в стационаре

Положенцев Р.Е., Богушевская Ю.В.

Динамика осознания болезни при соматизированных расстройствах как показатель эффективности реконструктивной психотерапии

Ловкис А.А., Реверчук И.В.

Клинико-феноменологические особенности структуры агрессивности больных шизофренией и специфическими расстройствами личности в период социально-стрессовых расстройств (карантина COVID-19)

Апкаева С.А., Побокин П.А.

Взаимосвязь феномена внутриличностного гендерного ролевого конфликта и личностных особенностей у современных женщин

Матвиенко М.Д.

Оценка ситуативной тревоги и личностной тревожности у учащихся десятых классов разного профиля гимназии города Воронежа

Камшилина А.Д., Чласень Т.В.

Локус контроля как фактор самовольного отлучения из дома у подростков из дисфункциональных семей

Серова А.Е., Хуторянская Ю.В., Поздняк В.В.

Несуицидные самоповреждения в структуре заболеваний шизофренического спектра

Тихоновская А.С., Матюшина М.С.

Клинико-психологические особенности больных с онкогинекологической патологией

Федорова Е.А., Корнеенкова М.В.

Влияние стиля семейного воспитания на характерологические особенности подростка

Матвеев С.Д., Дроздова А.В., Сучкова Е.В., Петрова Е.В.

Паркинсонизм плюс: последние достижения

Главный редактор

Казаковцев Борис Алексеевич (Москва)
e-mail: bakazakovtsev@serbsky.ru

Заместители главного редактора

Чернобровкина Т.В. (Москва)

Бохан Н.А. (Томск)

Катков А.Л. (Санкт-Петербург)

Редакционная Коллегия

Алимов У.Х.	Менделевич В.Д.
Безчасный К.В.	Моллаева Н.Р.
Гажа А.К.	Мосолов С.Н.
Голенков А.В.	Надеждин А.В.
Горин В.В.	Назыров Р.К.
Грибовский А.М.	Незванов Н.Г.
Демчева Н.К.	Положий Б.С.
Дереча В.А.	Пономарев В.И.
Калуев А.В.	Сидоров П.И.
Карпов А.М.	Смулевич А.Б.
Кекелидзе З.И.	Хритинин Д.Ф.
Коновец А.С.	Шайдукова Л.К.
Косенко В.Г.	Яхин Х.К.
Краснов В.Н.	

Редакционный Комитет

«Биологическая Психиатрия»

Андреев Б.В.	Клюшник Т.П.
Голымбет В.Е.	Козловский В.Л.
Горобец Л.Н.	Мазо Г.Э.
Егоров А.Ю.	Сычев Д.А.
Иванова С.А.	Шмуклер А.Б.
Кибитов А.О.	

Председатель

Редакционного Совета

Цыганков Б.Д.

Заместитель Председателя

Редакционного Совета

Барденштейн Л.М.

Редакционный совет

Артемчук А.Ф.	Солохина Т.А.
Бабин С.М.	Сосин И.К.
Буркин М.М.	Софронов А.Г.
Валинуров Р.Г.	Станько Э.П.
Кинкулькина М.А.	Табачников С.И.
Лиманкин О.В.	Тарабрина Н.В.
Макушкин Е.В.	Шевченко Л.С.
Рутц В.	Харькова Т.Л.
Соловьев А.Г.	

Издатель

Иришкин Дмитрий Андреевич

тел.: +7 (495) 518-14-51

e-mail: genius-media@mail.ru

Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов.
Редакция не несет ответственности за содержание рекламных публикаций.

Передача материалов и использование их в любой форме, в том числе и в электронных СМИ, возможны только с письменного разрешения издателя.
e-mail: genius-media@mail.ru

Тираж: 200 экз.

ISSN 2074-014x

© ИП Иришкин Дмитрий Андреевич, 2022

Психическое ЗДОРОВЬЕ

2022. Том 17. №7

СОДЕРЖАНИЕ

Всероссийский конкурс научно-исследовательских студенческих статей по теме «Охрана психического здоровья: современные тенденции и перспективы». Пресс-релиз	3
Былева Е.А., Солдаткин В.А. Нозологические корреляты COVID-ассоциированного стресса и COVID-диссидентства	4
Аксенова Е.В., Ванчугов Е.Ю., Голобокова И.М., Лимонова В.Д., Голыгина С.Е., Сахаров А.В. Частота и структура невротических расстройств у медицинского персонала, оказывающего помощь пациентам с новой коронавирусной инфекцией	17
Жмеренецкий К.В., Рзянкина М.Ф., Потапова К.Э. Психосоциальные аспекты самооценки здоровья подростков в измененных эпидемиологических условиях	24
Илич М., Чапала Т.В. Исследование тревожности у пациентов с хроническим панкреатитом и родственников, посещающих больных во время лечения в стационаре	29
Положенцев Р.Е., Богушевская Ю.В. Динамика осознания болезни при соматизированных расстройствах как показатель эффективности реконструктивной психотерапии	40
Ловкис А.А., Реверчук И.В. Клинико-феноменологические особенности структуры агрессивности больных шизофренией и специфическими расстройствами личности в период социально-стрессовых расстройств (карантина COVID-19)	47
Апкаева С.А., Побокин П.А. Взаимосвязь феномена внутриличностного гендерного ролевого конфликта и личностных особенностей у современных женщин.	54
Матвиенко М.Д. Оценка ситуативной тревоги и личностной тревожности у учащихся десятых классов разного профиля гимназии города Воронежа	61
Камшилина А.Д., Уласень Т.В. Локус контроля как фактор самовольного отлучения из дома у подростков из дисфункциональных семей.	68
Серова А.Е., Хуторянская Ю.В., Поздняк В.В. Несуицидные самоповреждения в структуре заболеланий шизофренического спектра	74
Тихоновская А.С., Матюшина М.С. Клинико-психологические особенности больных с онкогинекологической патологией	80
Федорова Е.А., Корнеенкова М.В. Влияние стиля семейного воспитания на характерологические особенности подростка	85
Матвеев С.Д., Дроздова А.В., Сучкова Е.В., Петрова Е.В. Паркинсонизм плюс: последние достижения в невропатологии мультисистемной атрофии.	89

Mental HEALTH

2022. Vol. 17. Issue 7

Editor-In-Chief

Kazakovtsev Boris (Moscow)
e-mail: bakazakovtsev@serbsky.ru

Deputies Editor-In-Chief

Chernobrovkina T.V. (Moscow)
Bokhan N.A. (Tomsk)
Katkov A.L. (Sankt-Peterburg)

Editorial Board

Alimov U.H.	Krasnov V.N.
Bezchasniy K.V.	Mendelevich V.D.
Gazha A.K.	Mollaeva N.R.
Golenkov A.V.	Mosolov S.N.
Gorinov V.V.	Nadezhdin A.V.
Grjibovski A.M.	Nazyrov R.K.
Demcheva N.K.	Neznanov N.G.
Deretcha B.A.	Polozhy B.S.
Kalueff A.V.	Ponomarev V.I.
Karpov A.M.	Sidorov P.I.
Kekelidze Z.I.	Smulevitch A.B.
Khritinin D.F.	Shaidukova L.K.
Kononets A.S.	Jakhin K.K.
Kosenko V.G.	

Editorial Committee «Biological Psychiatry»

Andreev B.V.	Klyushnik T.P.
Golimbet V.E.	Kozlovski V.L.
Gorobets L.N.	Mazo G.E.
Egorov A.Ju.	Sychev D.A.
Ivanova S.A.	Shmukler A.B.
Kibitov A.O.	

Head of Editorial Council

Tsygankov B.D. (Moscow)

Vice-Head of Editorial Council

Bardenshtein L.M. (Moscow)

Editorial Council

Artemchuk A.Ph.	Solovyev A.G.
Babin S.M.	Solokhina T.A.
Burkin M.M.	Sofronov A.G.
Valinurov R.G.	Sosin I.K.
Kharkova T.L.	Stanko E.P.
Kinkulkina M.A.	Tabachnikov S.I.
Limankin O.V.	Tarabrina N.V.
Makushkin E.V.	Shevtchenko L.S.
Rutz W.	

Publisher:

Irishkin Dmitry (Moscow, Russia)
tel.: +7 (495) 518-14-51
e-mail: genius-media@mail.ru

Editorial opinion can not have the same number with the opinion of the authors.
Editors are not responsible for the content of advertising material.

Requests for permission to reprint material from this journal should be addressed to publisher.
e-mail: genius-media@mail.ru

Circulation 200 copies.

ISSN 2074-014x

© SE Irishkin Dmitry Andreevich, 2022

CONTENTS

All-Russian competition of research student articles on the topic «Protection of mental health: current trends and prospects». Press release	3
Byleva E.A., Soldatkin V.A. Nosological correlates of COVID-related stress and COVID denialism.	4
Aksenova E.V., Vanchugov E.Yu., Golobokova I.M., Limonova V.D., Golygina S.E., Sakharov A.V. The frequency and structure of neurotic disorders in medical personnel providing care to patients with a new coronavirus infection	17
Zhmerenetsky K.V., Rzyankina M.F., Potapova K.E. Psychosocial aspects of self-assessment of the health of children and adolescents in changed epidemiological conditions	24
Ilich M., Chapala T.V. Situational and personal anxiety in patients with chronic pancreatitis and relatives of patients visited during inpatient treatment	29
Polozhentsev R.E., Bogushevskaya Yu.V. Dynamics of disease awareness in somatized disorders: the effectiveness of reconstructive psychotherapy	40
Lovkis A.A., Reverchuk I.V. Clinical and phenomenological features of the structure of aggressiveness in patients with schizophrenia and specific personality disorders during social stress disorders (COVID-19 quarantine).	47
Apkaeva S.A., Pobokin P.A. The relationship between the phenomenon of gender role conflict and personality traits in modern women	54
Matvienko M.D. The estimation of situational and personal anxiety in tenth grade students of gymnasium of Voronezh	61
Kamshilina A.D., Ulasen T.V. Locus of control as a factor of self-withdrawal from home in teenagers from dysfunctional families	68
Serova A.E., Khutoryanskaya Yu.V., Pozdnyak V.V. Non-suicidal self-harm in the structure of schizophrenia spectrum diseases	74
Tikhonovskaya A.S., Matyushina M.S. Clinical and psychological features of patients with oncogynecological pathology	80
Fedorova E.A., Korneenkova M.V. The influence of the style of family education on the characterological characteristics of a teenager	85
Matveev S.D., Drozdova A.V., Suchkova E.V. Parkinsonism plus: Recent achievements in neuropathology of multisystem atrophy	89

**Всероссийский конкурс научно-исследовательских студенческих статей по теме
«Охрана психического здоровья: современные тенденции и перспективы».**

Пресс-релиз

**All-Russian competition of research student articles on the topic
«Protection of mental health: current trends and prospects».**

Press release

Психическое здоровье на современном этапе рассматривается как системообразующий фактор для медицинских и немедицинских наук, что предполагает необходимость специальной подготовки специалистов различного профиля, включая психиатров, психотерапевтов, психологов. Значение университетского образования в сфере охраны психического здоровья, соответствующего самым высоким стандартам и последним достижениям современной науки, растет с каждым годом.

I Всероссийский конкурс научно-исследовательских студенческих работ для студентов медицинских и немедицинских ВУЗов (бакалавриат, специалитет, магистратура, аспирантура, ординатура) является частью общероссийской образовательной программы для студентов медицинских и немедицинских специальностей российских вузов «Психическое здоровье: современные тенденции и перспективы», которая направлена на повышение информированности и качества подготовки будущих специалистов по вопросам охраны психического здоровья. Эта программа представляет цикл научно-практических конференций, где ведущие российские и зарубежные эксперты представляют современные подходы к профилактике, диагностике, терапии и реабилитации психических и поведенческих расстройств. С 2021 г. по настоящее время было проведено 16 общероссийских образовательных мероприятий, среди которых особое место занял III Конгресс «Психическое здоровье человека XXI века», который состоялся в канун Всемирного дня охраны психического здоровья – 8–9 октября 2021 года. Более 10 тысяч медицинских и немедицинских специалистов в сфере охраны психического здоровья из 37 стран обсудили условия для сохранения и укрепления психического здоровья и благополучия детей и подростков, необходимых для здорового развития института семьи и общества в целом, посредством открытого обсуждения разнообразных проблем и методологий на основе междисциплинарного и межсекторного подходов.

Журнал «Психическое здоровье» представляет платформу для продвижения научных достижений молодых исследователей в сфере охраны психического здоровья, а также проводит образовательные мероприятия с целью повышения качества публикаций для студентов медицинских и немедицинских специальностей. Статьи победителей I Всероссийского конкурса научно-исследовательских студенческих работ «Охрана психического здоровья: современные тенденции и перспективы» опубликованы в настоящем выпуске. Авторы также получают приглашение принять участие в I Всероссийской студенческой научно-практической конференции «Охрана психического здоровья: современные тенденции и перспективы», которая состоится 6 октября 2022 г. в Москве и будет приурочена ко Всемирному дню психического здоровья.

<https://doi.org/10.25557/2074-014X.2022.07.4-16>

Оригинальное исследование [Original research]

Нозологические корреляты COVID-ассоциированного стресса и COVID-диссидентства

Былева Е.А. ординатор кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии

Солдаткин В.А. д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России,
Ростов-на-Дону, Россия

Введение. Пандемия COVID-19 имела все признаки тяжелого стрессорного воздействия. Общеизвестна мысль о том, что люди с психическими расстройствами к стрессу более уязвимы, у них легче возникнут стресс-ассоциированные расстройства. Так ли это, и в чем именно отличаются эти расстройства у больных и здоровых – предстоит изучить и понять, проанализировав опыт пандемии. Одним из шагов к решению этой задачи является представленная работа.

Методы. Использованы клинический; психометрический (кроме собственного исследовательского опросника) методы, применены методики: опросник выраженности психопатологической симптоматики – SCL-90-R; шкала тревоги Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory, STAI); опросник уровня агрессивности Басса-Перри – BPAQ; шкала оценки влияния травматического события – ШОВТС; опросник темперамента и характера Клонинджера – TCI-125); статистический. В исследование включены здоровые лица (группа 1, n=20); пациенты, страдающие рекуррентным депрессивным расстройством (группа 2, n=19) и алкогольной зависимостью (группа 3, n=20).

Результаты и обсуждение. Установлено, что субъективная оценка значимости covid-ассоциированного стресса не имеет нозологической специфичности. Проявления посттравматического стрессового расстройства значимо более выражены в группе больных алкогольной зависимостью; этой же группе присуща большая выраженность гнева и агрессивности. Не установлено значимых связей факта перенесенной коронавирусной инфекции с эмоциональными характеристиками участников исследования, включая выраженность проявлений посттравматического стрессового расстройства.

Проявления covid-диссидентства (убежденность в том, что пандемии на самом деле не было, а речь идет о политической акции с целью увеличения социального контроля, подавления свобод; что при помощи вакцин или мазков людей «чипируют»; что вакцина может изменить генотип человека) продемонстрировал каждый третий участник исследования. Эти проявления значимо связаны друг с другом, что позволяет говорить о мнении группы, включающим комплексное отношение к проблеме пандемии; чаще встречаются у больных алкогольной зависимостью, коррелируют с возрастом и выраженностью психопатологии (особенно в кластерах депрессии, тревоги, ПТСР). Описанные проявления covid-диссидентства представляется возможным рассматривать как отражение психологической защиты личности в условиях экстремального стресса пандемии. В обследованной группе преобладают защиты в виде отрицания и рационализации – без нозологической специфичности.

Ключевые слова: пандемия, реакция на стресс, защита личности, covid-диссидентство

Для цитирования: Былева Е.А., Солдаткин В.А. Нозологические корреляты COVID-ассоциированного стресса и COVID-диссидентства. *Психическое здоровье* 2022; 17(7): 4-16.

Автор для корреспонденции: Солдаткин Виктор Александрович; **e-mail:** sva-rostov@mail.ru

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Поступила: 12.05.2022

Nosological correlates of COVID-related stress and COVID denialism

Byleva E.A., Soldatkin V.A.

Rostov State Medical University
Rostov-on-Don, Russia

Introduction. The outbreak of the COVID-19 pandemic acted as a heavy stressor. It is commonly known that people with mental disorders are more exposed to higher levels of stress and stress-related disorders. The paper objective is to verify this idea and to highlight the difference between the disorders of healthy and unhealthy people analyzing the experience of the pandemic.

Methods. The research methods are clinical method, psychological method (including survey questionnaire as well as the following psychometric inventory: Psychological Symptom Checklist-90-R, SCL-90-R; State Trait Anxiety Inventory, STAI, developed by Charles D. Spielberger; Buss-Perry Aggression Questionnaire, BPAQ; Impact of Event Scale, IES-R; Temperament and Character Inventory, TCI, developed by C. Robert Cloninger), statistical method. The study population consisted of healthy people (group 1, n=20), subjects with recurrent depressive disorders (group 2, n=19) and subjects with alcoholic addiction (group 3, n=20).

Results and Discussion. The study reveals that the subjective evaluation of COVID-related stress doesn't possess nosological specificity. Subjects with alcoholic addiction manifest post-traumatic stress disorder more significantly; it is also Group 3 that shows the highest level of anger and aggression. The study results do not prove correlation between contracted COVID infection and emotional characteristics of the study subjects, including intensity of posttraumatic stress disorder manifestations.

Every third study subject believes in conspiracy theories about COVID-19 (it was not a pandemic, but a political company to increase social control and suppress civil liberties; vaccines and swabs are used as a pretext to 'microchip' humanity; vaccines can modify the human genotype). These beliefs are related to each other and form a group opinion that reflects a complex attitude about the pandemic; in most cases, they are shared by subjects with alcoholic addiction, correlate with age and psychopathological intensity (especially in the clusters of depression, anxiety, PTSD). The revealed manifestations of conspiracy theories beliefs can be considered a type of psychological defense during pandemic extreme stress situation. In the study population under analysis such forms of psychological defense as denialism and rationalization are predominant.

Key words: pandemic, stress response, personal protection, covid-dissidence.

For citation: Byleva E.A., Soldatkin V.A. Nosological correlates of COVID-related stress and COVID denialism. *Psikhicheskoe zdorovie [Mental Health]* 2022; 17(7): 4-16. (In Russ.).

Corresponding author: Victor A. Soldatkin; **e-mail:** sva-rostov@mail.ru

Funding. The study had no sponsorship.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interests.

Accepted: 12.05.2022

Введение

Охватившая в 2020 году планету пандемия COVID-19 имела все признаки тяжелого стрессорного воздействия, явившись по сути испытанием выносливости человечества [1]. При этом было очевидно, что люди с психическими расстройствами к стрессу более уязвимы, у них легче возникнут стресс-ассоциированные расстройства [1, 2]. Так ли это, и в чем именно отличаются эти расстройства у больных и здоровых – предстоит изучить и понять, проанализировав опыт пандемии. Одним из шагов к решению этой задачи является представленная работа.

Методы

В исследование включены здоровые лица (группа 1, n=20); пациенты, страдающие рекуррентным депрессивным расстройством (группа 2, n=19) и алкогольной зависимостью (группа 3, n=20). Эти два расстройства выбраны нами в качестве приоритетного объекта исследования, исходя из того, что именно депрессия и алко-

лизм традиционно занимают первые строчки в распределении психических расстройств по частоте в мире [3].

В группу здоровых лиц включались участники, не имевшие жалоб, истории предыдущих психических расстройств, у которых при проведении скрининга с использованием опросника MINI не выявлено психических расстройств – ни текущих, ни в прошлом.

Диагноз психических расстройств (группы 2 и 3) был установлен ранее, до начала пандемии, и верифицирован в соответствии с критериями МКБ-10 при включении в исследование.

Критерием включения в исследования было доказанное соответствие указанному статусу (здоровые лица, пациенты с РДР, больные с синдромом зависимости от алкоголя). **Критерием исключения** – психотический уровень страдания, любые иные психические расстройства.

Возраст (Me (Q1; Q3)) участников исследования был: группа 1 – 24 года (23; 25); группа 2 – 35 лет (25; 49); группа 3 – 41,5 лет (36,5; 45,5).

Характеристика групп по полу приведена в **табл. 1**.

Таблица 1. Характеристика групп исследования по полу

Группы	Мужчины n (%)	Женщины n (%)	Всего n (%)	p
1 группа – здоровые (n=20)	5 (16,1%)	15 (53,6%)	20 (33,9%)	0,00034
2 группа – РДР (n=19)	9 (29,0%)	10 (35,7%)	19 (32,2%)	
3 группа – алкогольная зависимость (n=20)	17 (54,8%)	3 (10,7%)	20 (33,9%)	
Всего	31 (100,0%)	28 (100,0%)	59 (100,0%)	

Примечание: p – значимость различий в распределении мужчин и женщин в сравниваемых группах, критерий χ^2 Пирсона.

В первых двух группах преобладали женщины, в группе больных алкогольной зависимостью — мужчины. Вследствие этого группы по полу не сопоставимы, и это является ограничением нашей работы. Однако, мы сознательно отказались от приведения групп к искусственному однообразию, понимая, что *in vivo* имеет место именно такое распределение страдающих депрессией и алкогольной зависимостью.

Согласно имеющимся данным, перенесли новую коронавирусную инфекцию 12 (60,0%) участников группы 1; 9 пациентов (47,4%) группы 2; 6 пациентов (30,0%) группы 3; группы по этому параметру значимо не различаются ($p=0,16$).

Методы

Использованы следующие методы исследования:

1. Клинический;
2. Психометрический. Кроме собственного исследовательского опросника, применены методики:
 - Опросник выраженности психопатологической симптоматики — SCL-90-R;
 - Шкала тревоги Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory, STAI);
 - Опросник уровня агрессивности Басса-Пеппи — ВРАQ;
 - Шкала оценки влияния травматического события — ШОВТС;
 - Опросник темперамента и характера Клонинджера — TCI-125;
3. Статистический.

Для статистического анализа данных использовался пакет статистических программ Statistica 10, StatSoft Inc. Для большинства численных показателей распределение отличалось от нормального (критерий Шапиро–Уилка). Сравнение численных показателей трех групп проводилось с использованием критерия Краскела–Уоллиса. Проводилось также и попарное сравнение групп с использованием метода двусторонних сравнений средних рангов для множественных сравнений. При сравнении численных показателей выделенных двух подгрупп в выборке, использовался критерий Манна–Уитни. Численные показатели представлены медианой, 1 и 3 квартилями — Me (Q1; Q3).

При анализе бинарных признаков для сравнения трех групп между собой использовали критерий χ^2 Пирсона, также проводилось и попарное сравнение групп между собой. Для оценки связи бинарных признаков использовался коэффициент сопряженности. При попарном сравнении использовался точный двусторон-

ний критерий Фишера, согласно поправке Бонферрони на множественность сравнений, пороговый уровень значимости при этом был установлен на уровне $p<0,017$. Во всех остальных случаях порог значимости был установлен на общепринятом уровне $p<0,05$.

Результаты

Нас заинтересовал вопрос, какие именно из воздействовавших факторов участники исследования воспринимают как значимые. Получены следующие данные (0 — незначимый фактор до 5 — максимально значимый, приведены медиана и интерквартильный размах (табл. 2).

Любопытно, что статистически значимых различий субъективной оценки важности изученных травмирующих факторов пандемии у больных и здоровых не выявлено. Можно лишь отметить, что на первом месте по значимости у здоровых лиц оказался фактор неопределенности планов, в то время как для больных — снижение доходов и нарушение привычного ритма жизни.

Общую выраженность психопатологии исследовали при помощи опросника Symptom Check List 90-revised (SCL-90-R). Как известно, он позволяет оценить симптоматику психиатрических пациентов и здоровых людей по основным кластерам (Derogatis, Rickels, Rock, 1976). Результаты приведены в табл. 3.

Результаты по SCL-90-R могут быть интерпретированы на трех уровнях: общая выраженность психопатологической симптоматики, выраженность отдельных шкал, выраженность отдельных симптомов. В шкале имеются три обобщенных индекса дистресса: общий индекс тяжести (GSI); индекс наличного симптоматического дистресса (PSDI); общее число утвердительных ответов (PST). Функцией каждого из них является приведение уровня и глубины личностной психопатологии к единому масштабу. Индекс GSI является наиболее информативным показателем, отражающим уровень психического дистресса индивида. Индекс PSDI представляет собой измерение интенсивности дистресса и, кроме того, может служить для оценки «стиля» выражения дистресса испытуемого: проявляет ли испытуемый тенденцию к преувеличению или к сокрытию своих симптомов. Индекс PST отражает широту диапазона симптоматики индивида.

Ожидаемо мы получили данные, согласно которым практически по всем сравниваемым параметрам группа здоровых значимо отличается от групп сравнения меньшей выраженностью психопатологии. Нас в этом ключе

больше интересовало сравнение групп больных депрессией и алкогольной зависимостью — здесь мы ожидали найти различия. Однако, установлено, что группы значимо различаются только по шкале «Депрессия», что логично соответствует клиническим данным. Интересно, что по этой шкале не выявлено различий между первой и третьей группой, что несколько расходится с классическим представлением о высокой частоте депрессивных расстройств у больных алкоголизмом.

Интегрируя, можно говорить о том, что уровень дистресса значимо выше в группах лиц с психическими расстройствами, по сравнению со здоровыми, при этом группы больных РДР и алкогольной зависимостью существенно не различаются.

Детализируя эмоциональный статус участников исследования, мы применили шкалу тревоги Спилберга (State-Trait Anxiety Inventory, STAI), которая является информативным способом самооценки как уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность, как состояние), так и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека). Результаты приведены в **табл. 4**.

Полученные данные подтверждают умозаключение, сформулированное выше. Не выявлено значимых различий в выраженности реактивной тревожности в группах сравнения.

Подтверждение высказанному представили и результаты по шкале социальной тревожности Либовица (LSAS), **табл. 5**: ни по выраженности страха, ни по ре-

акциям избегания значимых различий между больными и здоровыми не выявлено.

В то же время с использованием методики «Опросник уровня агрессивности Басса-Перри» (BPAQ), **табл. 6**, выявлены значимые различия между группами по показателям «физическая агрессия», «гнев» и «враждебность». Больные алкогольной зависимостью отличались большей выраженностью этих параметров от здоровых лиц и больных РДР; эти две группы не отличались друг от друга.

Учитывая обилие данных о высокой распространенности посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) у пострадавших в результате пандемии [1, 2], мы не могли пройти мимо этой проблемы. Применен валидный инструмент — шкала оценки влияния травматического события (ШОВТС). Шкала получила распространение в нашей стране в начале 1990-х гг. в ряде исследований, посвященных изучению психологических последствий аварии на ЧАЭС, а также проведенных на контингенте ветеранов войны в Афганистане. Так, ШОВТС входила в комплекс психодиагностических методик, используемых в рамках русско-американского проекта по изучению психологических и психофизиологических аспектов ПТСР, где были показаны хорошие дифференциально-диагностические возможности методики [4]. Результаты приведены в **табл. 7**.

Полученные результаты демонстрируют значимо большую выраженность проявлений ПТСР у больных алкогольной зависимостью; различия группы здоровых

Таблица 2. Субъективная оценка значимости факторов пандемии

Вопросы	1 группа Me (Q1; Q3)	2 группа Me (Q1; Q3)	3 группа Me (Q1; Q3)	p
Наличие реальной опасности вирусного заражения (нарушение потребности в безопасности)	2,0 (1,0; 3,0)	2,0 (0,0; 4,0)	1,5 (0,0; 3,0)	0,77
Отсутствие возможности прямо воспринимать опасность (её чувственная непредставленность)	1,0 (0,5; 2,0)	1,0 (0,0; 3,0)	2,0 (1,0; 3,0)	0,35
Снижение доходов	2,0 (0,0; 3,5)	3,0 (1,0; 4,0)	3,5 (1,5; 5,0)	0,19
Изоляция (ограниченный круг лиц в окружении; сенсорное обеднение)	3,0 (2,0; 4,0)	2,0 (0,0; 4,0)	2,0 (0,0; 4,0)	0,63
Нарушение привычного ритма деятельности (разрушение стереотипов поведения)	2,5 (1,5; 4,0)	3,0 (0,0; 4,0)	2,0 (0,0; 4,0)	0,70
Необходимость быстрого освоения необычных форм IT	0,5 (0,0; 1,0)	1,0 (0,0; 2,0)	1,5 (0,0; 3,0)	0,38
Физическая инактивность и переядание	1,0 (0,0; 2,5)	1,0 (0,0; 3,0)	0,0 (0,0; 2,0)	0,54
Неопределённость планов (способ проведения экзаменов, место проведения отдыха)	4,0 (1,5; 5,0)	2,0 (0,0; 4,0)	3,0 (0,0; 3,0)	0,084

Примечание: p — значимость различий между группами, критерий Краскела-Уоллиса

Таблица 3. Результаты применения SCL- 90-R

Показатель	1 группа Me (Q1; Q3)	2 группа Me (Q1; Q3)	3 группа Me (Q1; Q3)	Всего Me (Q1; Q3)	p
Соматизация	0,5 (0,1; 0,6)	0,8 (0,5; 1,5)	1,0 (0,7; 1,6)	0,8 (0,4; 1,3)	p=0,020 p ₁₂ =0,083 p ₁₃ =0,031 p ₂₃ =1,0
Обсессивность-компульсивность	0,6 (0,3; 1,0)	1,3 (0,7; 2,3)	1,6 (0,5; 2,4)	1,2 (0,4; 1,8)	p=0,014 p ₁₂ =0,048 p ₁₃ =0,027 p ₂₃ =1,0
Межличностная сензитивность	0,5 (0,3; 1,1)	1,6 (0,4; 2,4)	1,1 (0,2; 1,5)	0,9 (0,2; 1,6)	p=0,049 p ₁₂ =0,044 p ₁₃ =0,52 p ₂₃ =0,81
Депрессия	0,7 (0,3; 1,0)	1,9 (1,0; 2,6)	1,3 (0,3; 1,8)	1,1 (0,4; 1,9)	p=0,018 p ₁₂ =0,014 p ₁₃ =0,55 p ₂₃ =0,38
Тревожность	0,4 (0,0; 1,0)	1,5 (0,5; 2,6)	1,0 (0,3; 2,0)	0,8 (0,2; 1,8)	p=0,0056 p ₁₂ =0,0062 p ₁₃ =0,061 p ₂₃ =1,0
Враждебность	0,4 (0,0; 0,6)	0,8 (0,2; 2,0)	0,6 (0,2; 1,4)	0,5 (0,0; 1,5)	p=0,042 p ₁₂ =0,051 p ₁₃ =0,22 p ₂₃ =1,0
Фобическая тревожность	0,1 (0,0; 0,3)	0,7 (0,3; 1,6)	0,8 (0,3; 1,5)	0,3 (0,0; 1,3)	p=0,0059 p ₁₂ =0,017 p ₁₃ =0,022 p ₂₃ =1,0
Паранойяльные тенденции	0,2 (0,0; 0,4)	0,6 (0,1; 2,1)	1,1 (0,6; 1,6)	0,5 (0,0; 1,3)	p=0,0003 p ₁₂ =0,015 p ₁₃ =0,0004 p ₂₃ =1,0
Психотизм	0,2 (0,0; 0,5)	0,5 (0,2; 0,9)	0,9 (0,3; 1,9)	0,5 (0,1; 0,9)	p=0,0027 p ₁₂ =0,089 p ₁₃ =0,0023 p ₂₃ =0,76
Дополнительные вопросы	3,5 (0,0; 7,0)	12,0 (5,0; 14,0)	6,0 (3,5; 9,5)	6,0 (2,0; 13,0)	p=0,012 p ₁₂ =0,0097 p ₁₃ =0,34 p ₂₃ =0,50
Индекс тяжести (GSI)	0,4 (0,2; 0,8)	1,1 (0,7; 1,8)	1,1 (0,4; 2,0)	0,9 (0,3; 1,6)	p=0,0054 p ₁₂ =0,013 p ₁₃ =0,020 p ₂₃ =1,0
Общее число положительных ответов (PST)	22,0 (14,5; 42,0)	49,0 (36,0; 68,0)	58,5 (25,5; 65,5)	41,0 (17,0; 61,0)	p=0,0067 p ₁₂ =0,018 p ₁₃ =0,019 p ₂₃ =1,0
Средняя тяжесть предъявляемых симптомов (PSDI)	1,5 (1,2; 1,9)	2,1 (1,6; 2,6)	1,8 (1,4; 2,3)	1,8 (1,4; 2,3)	p=0,027 p ₁₂ =0,022 p ₁₃ =0,37 p ₂₃ =0,74

Примечание: p – значимость различий сравниваемых групп, критерий Краскела–Уоллиса p₁₂, p₁₃, p₂₃ значимость различий при попарных сравнениях групп, двустороннее сравнение средних рангов.

и больных РДР статистической значимости не достигают, хотя тенденция очевидна.

Возможным объяснением выявленных закономерностей являются личностные черты обследованных (в группах больных они представляются сплавом преморбидных черт и характеристик, приобретенных в ре-

зультате болезни). В результате применения опросника темперамента и характера Клонинджера (ТСИ-125), **табл. 8**, установлены значимые различия по параметрам «поиск нового», «зависимость от поощрений», «самонаправленность», «кооперативность», «самосовершенствование».

Таблица 4. Результаты применения STAI

Показатель	1 группа Me (Q1; Q3)	2 группа Me (Q1; Q3)	3 группа Me (Q1; Q3)	Всего Me (Q1; Q3)	p
Реактивная тревожность	44,5 (37,5; 54,0)	50,0 (46,0; 62,0)	45,5 (39,5; 55,5)	47,0 (40,0; 58,0)	p=0,12 p ₁₂ =0,17 p ₁₃ =1,0 p ₂₃ =0,31
Личностная тревожность	38,0 (36,0; 51,0)	50,0 (42,0; 68,0)	47,0 (37,5; 54,5)	47,0 (37,0; 56,0)	p=0,039 p ₁₂ =0,033 p ₁₃ =0,90 p ₂₃ =0,39

Примечание: p – значимость различий сравниваемых групп, критерий Краскела–Уоллиса p₁₂, p₁₃, p₂₃ значимость различий при попарных сравнениях групп, двустороннее сравнение средних рангов.

Таблица 5. Результаты применения LSAS

Показатель	1 группа Me (Q1; Q3)	2 группа Me (Q1; Q3)	3 группа Me (Q1; Q3)	Всего Me (Q1; Q3)	p
Страх	11,0 (5,0; 15,5)	15,0 (9,0; 20,0)	10,5 (1,5; 18,5)	12,0 (4,0; 18,0)	p=0,37 p ₁₂ =0,99 p ₁₃ =1,0 p ₂₃ =0,53
Избегание	9,5 (7,5; 16,0)	14,0 (5,0; 19,0)	16,5 (10,5; 21,5)	12,0 (7,0; 19,0)	p=0,29 p ₁₂ =1,0 p ₁₃ =0,42 p ₂₃ =0,69

Примечание: p – значимость различий сравниваемых групп, критерий Краскела–Уоллиса p₁₂, p₁₃, p₂₃ значимость различий при попарных сравнениях групп, двустороннее сравнение средних рангов.

Таблица 6. Результаты применения ВРАQ

Показатель	1 группа Me (Q1; Q3)	2 группа Me (Q1; Q3)	3 группа Me (Q1; Q3)	Всего Me (Q1; Q3)	p
Физическая агрессия	23,5 (20,5; 26,0)	23,0 (20,0; 26,0)	28,0 (24,0; 31,0)	24,0 (21,0; 28,0)	p=0,0059 p ₁₂ =1,0 p ₁₃ =0,014 p ₂₃ =0,022
Гнев	13,0 (11,0; 16,0)	15,0 (13,0; 19,0)	20,5 (16,0; 24,0)	16,0 (13,0; 20,0)	p=0,0001 p ₁₂ =0,34 p ₁₃ <0,0001 p ₂₃ =0,021
Враждебность	14,5 (12,0; 18,5)	18,0 (13,0; 25,0)	25,0 (20,0; 31,0)	19,0 (14,0; 25,0)	p<0,00001 p ₁₂ =0,29 p ₁₃ <0,00001 p ₂₃ =0,019

Примечание: p – значимость различий сравниваемых групп, критерий Краскела–Уоллиса p₁₂, p₁₃, p₂₃ значимость различий при попарных сравнениях групп, двустороннее сравнение средних рангов.

Таблица 7. Результаты применения ШОВТС

Показатель	1 группа Me (Q1; Q3)	2 группа Me (Q1; Q3)	3 группа Me (Q1; Q3)	Всего Me (Q1; Q3)	p
Шкала вторжения	1,0 (0,0; 4,0)	5,0 (0,0; 14,0)	5,0 (2,5; 12,5)	3,0 (0,0; 8,0)	p=0,013 p ₁₂ =0,088 p ₁₃ =0,017 p ₂₃ =1,0
Шкала избегания	1,0 (0,0; 8,5)	5,0 (2,0; 17,0)	11,0 (7,5; 19,0)	7,0 (1,0; 14,0)	p=0,0008 p ₁₂ =0,13 p ₁₃ =0,0005 p ₂₃ =0,27
Шкала физиологической возбудимости	2,0 (0,0; 5,0)	5,0 (0,0; 14,0)	5,5 (1,0; 12,0)	4,0 (0,0; 10,0)	p=0,12 p ₁₂ =0,32 p ₁₃ =0,17 p ₂₃ =1,0
Общий балл	8,0 (1,0; 15,0)	17,0 (4,0; 44,0)	21,5 (14,0; 47,0)	15,0 (4,0; 32,0)	p=0,005 p ₁₂ =0,16 p ₁₃ =0,004 p ₂₃ =0,64

Примечание: p – значимость различий сравниваемых групп, критерий Краскела–Уоллиса p₁₂, p₁₃, p₂₃ значимость различий при попарных сравнениях групп, двустороннее сравнение средних рангов.

Таблица 8. Результаты применения TSI

	Показатель	1 группа Me (Q1; Q3)	2 группа Me (Q1; Q3)	3 группа Me (Q1; Q3)	Всего Me (Q1; Q3)	p
1	Поиск нового	7,5 (6,0; 8,0)	6,0 (5,0; 11,0)	11,0 (9,0; 13,0)	8,0 (6,0; 12,0)	p=0,0008 p ₁₂ =1,0 p ₁₃ =0,01 p ₂₃ =0,0015
2	Избегание опасности	10,0 (4,5; 14,0)	13,0 (7,0; 18,0)	9,0 (5,5; 12,0)	10,0 (7,0; 14,0)	p=0,15 p ₁₂ =0,75 p ₁₃ =1,0 p ₂₃ =0,16
3	Зависимость от поощрений	10,0 (7,5; 12,0)	6,0 (5,0; 10,0)	7,0 (4,5; 9,0)	8,0 (5,0; 10,0)	p=0,006 p ₁₂ =0,037 p ₁₃ =0,01 p ₂₃ =1,0
4	Настойчивость	2,0 (1,0; 3,0)	3,0 (2,0; 4,0)	2,5 (2,0; 3,0)	2,0 (2,0; 3,0)	p=0,49 p ₁₂ =0,79 p ₁₃ =1,0 p ₂₃ =1,0
5	Самонаправлен-ность	19,0 (13,5; 20,0)	13,0 (9,0; 16,0)	12,0 (9,5; 13,5)	13,0 (10,0; 18,0)	p=0,0029 p ₁₂ =0,037 p ₁₃ =0,0035 p ₂₃ =1,0
6	Кооперативность	20,5 (17,5; 22,0)	16,0 (12,0; 20,0)	14,5 (11,0; 18,5)	17,0 (13,0; 21,0)	p=0,0024 p ₁₂ =0,022 p ₁₃ =0,004 p ₂₃ =1,0
7	Самосовершен-ствование	2,5 (1,5; 6,0)	4,0 (1,0; 6,0)	9,5 (6,0; 12,0)	6,0 (2,0; 8,0)	p<0,0001 p ₁₂ =1,0 p ₁₃ <0,0001 p ₂₃ =0,0003

Примечание: p – значимость различий сравниваемых групп, критерий Краскела–Уоллиса p₁₂, p₁₃, p₂₃ значимость различий при попарных сравнениях групп, двустороннее сравнение средних рангов.

Непараметрическими методами статистики исследована связь каждой изученной в работе характеристики с фактом перенесенной инфекции. Установлено отсутствие значимых связей. Исключением стала всего одна пара признаков: проявления физической агрессии (по ВРАQ) выше у неболевших – 25,5 (23,0; 29,0), чем у болевших – 21,0 (19,0; 28,0), $p=0,024$.

Для изучения феномена Covid-диссидентства участников исследования просили ответить на следующие вопросы:

1. Соответствуют ли ограничительные меры во время пандемии степени опасности?
2. Верите ли Вы в гипотезу об искусственном происхождении COVID-19?
3. Допускаете ли Вы мысль, что пандемии на самом деле не было, а речь идет о политической акции с целью увеличения социального контроля, подавления свобод?
4. Нужна ли человечеству вакцинация от COVID-19?
5. Планируете ли Вы лично вакцинироваться от COVID-19?
6. Допускаете ли мысль, что вакцина может изменить генотип человека?
7. Перенесли ли Вы лично коронавирусное заболевание?
8. Болел ли COVID-19 кто-либо из Ваших родных?
9. Допускаете ли мысль, что при помощи вакцин или мазков людей «чипируют»?
10. Коронавирус ухудшил Ваше здоровье?
11. Ситуация вокруг коронавируса (информация, ограничения) ухудшили Ваше здоровье?

Результаты анкетирования приведены в **табл. 9**.

Мы условно обозначили положительные ответы на вопросы:

1. Считаете ли Вы, что пандемии на самом деле не было, а речь идет о политической акции с целью увеличения социального контроля, подавления свобод?
2. Допускаете ли мысль, что при помощи вакцин или мазков людей «чипируют»?
3. Допускаете ли мысль, что вакцина может изменить генотип человека?

как отражение интересующего нас феномена covid-диссидентства (С-Д).

В целом проявления covid-диссидентства выявлены у 33,9% участников исследования. Как можно видеть в вышеприведенной таблице, проявления С-Д значительно чаще встречаются у больных алкогольной зависимостью, группа здоровых и пациентов с РДР не различаются.

Проанализированы различия полученных результатов исследования при отрицательном и положитель-

ном ответе на указанные вопросы. Выявлены следующие закономерности:

1. Существует статистически значимая связь между проявлениями С-Д, выявленная при попарном сравнении ответов. Так, коэффициент сопряженности уверенности в том, что «пандемии на самом деле не было, а речь идет о политической акции с целью увеличения социального контроля, подавления свобод» и убежденности в том, что «при помощи вакцин или мазков людей чипируют» составил 0,36 ($p=0,009$). Иными словами, проявления С-Д связаны; таким образом, речь идет о мнении группы, включающем комплексное отношение к проблеме пандемии;

2. Установлен ряд статистически значимых связей проявлений С-Д с психологическими характеристиками респондентов (в **табл. 10-12** приведены только связи при $p<0,05$).

Как видно из данных, приведенных в табл. 10-12, проявления С-Д значительно чаще встречаются у старших респондентов со сравнительно большей выраженностью психопатологии (особенно в кластерах депрессии, тревоги, ПТСР).

Обсуждение

Изучение субъективной оценки важности изученных травмирующих факторов пандемии у здоровых лиц и пациентов с психическими расстройствами различий не выявило. Хотя мы их ожидали: ведь группы различны не только по психопатологическим характеристикам, но и выявленным личностным особенностям. В частности, в результате применения опросника темперамента и характера Клонинджера установлены значимые различия по параметрам «поиск нового», «зависимость от поощрений», «самонаправленность», «кооперативность», «самоусовершенствование». «Лидерами» самонаправленности (главный индикатор отсутствия личностного расстройства), кооперативности (высокая степень уживчивости, сострадание, сочувствие, незлобивость, способность прощать) и зависимости от поощрений (сентиментальность, открытость людям и зависимость от похвалы со стороны других) оказались здоровые лица. «Лидерами» поиска нового (склонность к исследовательской активности, пресыщаемость, неспособность контролировать побуждения, склонность довольно экстравагантно распоряжаться своими финансами и силами) и самоусовершенствования (оригинальное творческое мышление, склонность к «магическому мышлению») оказались больные алкогольной

зависимостью. И при столь заметных различиях все участники исследования схоже оценивают значимость стрессорных факторов пандемии, что, на наш взгляд, подчеркивает универсальный, нозонеспецифический характер восприятия тяжелого стресса.

Сделав акцент на изучении тревоги, мы применили шкалы Спилбергера и Либовица. Не выявлено значимых различий в выраженности реактивной тревожности в группах сравнения. И это при том, что группа больных РДР характеризуется высокой личностной

Таблица 9. Утвердительные ответы участников исследования

№	Вопрос	1 группа n (%)	2 группа n (%)	3 группа n (%)	Всего n (%)	p
1	Соответствуют ли ограничительные меры во время пандемии степени опасности?	9 (45,0%)	8 (42,1%)	11 (55,0%)	28 (47,5%)	p=0,69 p ₁₂ =1,0 p ₁₃ =0,53 p ₂₃ =0,34
2	Верите ли Вы в гипотезу об искусственном происхождении COVID-19?	6 (30,0%)	8 (42,1%)	14 (70,0%)	28 (47,5%)	p=0,032 p ₁₂ =0,51 p ₁₃ =0,026 p ₂₃ =0,20
3	Считаете ли Вы, что пандемии на самом деле не было, а речь идёт о политической акции с целью увеличения социального контроля, подавления свобод?	2 (10,0%)	4 (21,1%)	9 (45,0%)	15 (25,4%)	p=0,033 p ₁₂ =0,41 p ₁₃ =0,014 p ₂₃ =0,10
4	Нужна ли человечеству вакцинация от COVID-19?	18 (90,0%)	15 (78,9%)	15 (75,0%)	48 (81,4%)	p=0,43 p ₁₂ =0,41 p ₁₃ =0,41 p ₂₃ =1,0
5	Планируете ли Вы лично вакцинироваться от COVID-19?	18 (90,0%)	14 (73,7%)	13 (65,0%)	45 (76,3%)	p=0,15 p ₁₂ =0,24 p ₁₃ =0,13 p ₂₃ =1,0
6	Допускаете ли мысль, что вакцина может изменить генотип человека?	4 (20,0%)	7 (36,8%)	9 (45,0%)	20 (33,9%)	p=0,22 p ₁₂ =0,48 p ₁₃ =0,18 p ₂₃ =0,75
7	Перенесли ли Вы лично коронавирусное заболевание?	12 (60,0%)	9 (47,4%)	6 (30,0%)	27 (45,8%)	p=0,16 p ₁₂ =0,53 p ₁₃ =0,11 p ₂₃ =0,51
8	Болеет ли COVID-19 кто-либо из Ваших родных?	14 (70,0%)	15 (78,9%)	11 (55,0%)	40 (67,8%)	p=0,27 p ₁₂ =0,72 p ₁₃ =0,51 p ₂₃ =0,32
9	Допускаете ли мысль, что при помощи вакцин или мазков людей «чипируют»?	0 (0,0%)	2 (10,5%)	5 (25,0%)	7 (11,9%)	p=0,021 p ₁₂ =0,23 p ₁₃ =0,047 p ₂₃ =0,69
10	Коронавирус ухудшил Ваше здоровье?	5 (25,0%)	7 (36,8%)	4 (20,0%)	16 (27,1%)	p=0,48 p ₁₂ =0,73 p ₁₃ =1,0 p ₂₃ =0,48
11	Ситуация вокруг коронавируса (информация, ограничения) ухудшили Ваше здоровье?	5 (25,0%)	9 (47,4%)	5 (25,0%)	19 (32,2%)	p=0,24 p ₁₂ =0,32 p ₁₃ =1,0 p ₂₃ =0,31

Примечание: p – значимость различий сравниваемых групп, критерий χ^2 Пирсона. p₁₂, p₁₃, p₂₃ – значимость различий при попарных сравнениях групп, точный двусторонний критерий Фишера. Пороговый уровень значимости для попарных сравнений p<0,017 с учетом поправки Бонферрони на множественность сравнений.

тревожностью, что позволяло предполагать, что и реактивная тревожность будет в этой группе выше. Это оказалось не так, и мы констатировали весьма схожий эмоциональный ответ на тяжелый стресс у больных и здоровых. Подтверждение высказанному представили и результаты по шкале социальной тревожности Либовица: ни по выраженности страха, ни по реакциям избегания значимых различий между больными и здоровыми не выявлено.

В то же время, с помощью методики «Опросник уровня агрессивности Басса–Перри» выявлены значимые различия между группами по показателям «фи-

зическая агрессия», «гнев» и «враждебность». Больные алкогольной зависимостью отличались большей выраженностью этих параметров от здоровых лиц и больных РДР; эти две группы не отличались друг от друга.

Интерес к вопросу о посттравматическом стрессовом расстройстве как значимому последствию пандемии мы реализовали, применив валидный инструмент – шкалу оценки влияния травматического события (ШОВТС). Полученные результаты демонстрируют значимо большую выраженность проявлений ПТСР у больных алкогольной зависимостью (возможно, с этим и связана более высокая враждебность и агрессивность участников иссле-

Таблица 10. Значимые связи утвердительного ответа на вопрос «Допускаете ли Вы мысль, что пандемии на самом деле не было, а речь идёт о политической акции с целью увеличения социального контроля, подавления свобод?» с остальными результатами исследования

Показатель	Допускаете ли Вы мысль, что пандемии на самом деле не было, а речь идёт о политической акции с целью увеличения социального контроля, подавления свобод?		p
	Ответ нет n=44	Ответ да n=15	
Возраст	27,5 (24,0; 40,5)	42,0 (35,0; 48,0)	0,013
SCL-90-R Обесесивность-компульсивность	0,7 (0,4; 1,8)	1,6 (1,0; 2,5)	0,037
SCL-90-R Депрессия	1,0 (0,4; 1,8)	1,6 (1,2; 2,7)	0,032
SCL-90-R Тревожность	0,5 (0,1; 1,5)	1,7 (0,8; 2,2)	0,026
SCL-90-R Индекс тяжести (GSI)	0,7 (0,2; 1,4)	1,3 (0,9; 2,3)	0,019
ШОВС Шкала избегания	4,5 (1,0; 12,0)	11,0 (4,0; 19,0)	0,048
ШОВТС общий балл	11,5 (2,5; 28,0)	24,0 (12,0; 58,0)	0,030

Примечание: p – значимость различий сравниваемых групп, критерий Манна–Уитни.

Таблица 11. Значимые связи утвердительного ответа на вопрос «Допускаете ли Вы мысль, что вакцина может изменить генотип человека?» с остальными результатами исследования

Показатель	Допускаете ли мысль, что вакцина может изменить генотип человека?		p
	Ответ нет n=39	Ответ да n=20	
Снижение доходов	2,0 (0,0; 3,0)	4,0 (1,5; 5,0)	0,027
SCL-90-R Тревожность	0,5 (0,1; 1,4)	1,6 (0,4; 2,6)	0,026
SCL-90-R Фобическая тревожность	0,3 (0,0; 1,1)	0,8 (0,4; 1,9)	0,015
SCL-90-R Дополнительные вопросы	5,0 (1,0; 10,0)	9,0 (4,5; 18,0)	0,039
SCL-90-R Индекс тяжести (GSI)	0,7 (0,2; 1,1)	1,4 (0,4; 1,9)	0,040
SCL-90-R Средняя тяжесть предъявляемых симптомов (PSDI)	1,6 (1,3; 2,2)	2,3 (1,7; 2,7)	0,016
ШОВТС Шкала избегания	4,0 (1,0; 13,0)	10,5 (4,5; 19,0)	0,043

Примечание: p – значимость различий сравниваемых групп, критерий Манна–Уитни.

дования из этой группы, хотя резонно и предположение о том, что немалый вклад привносят преморбидные особенности и сама химическая зависимость с трансформацией личности); различия группы здоровых и больных РДР статистической значимости не достигают.

Разумеется, нас интересовал вопрос, как зависят все описанные выше характеристики группы от того, перенес ли респондент коронавирусное заболевание. Изучив литературу, да и по собственному клиническому опыту, мы ожидали сравнительно большую выраженность всей психопатологии, и признаков ПТСР в частности, у переболевших. В этом плане нас ждало разочарование, сменившееся возможностью сделать интересный на наш взгляд вывод: изучив непараметрическими методами статистики связь каждой изученной в исследовании характеристики с фактом перенесенной инфекции, мы установили *отсутствие значимых связей*. Исключением стала всего одна пара признаков: проявления физической агрессии (по ВРАQ) выше у неболевших – 25,5 (23,0; 29,0), чем у болевших – 21,0 (19,0; 28,0), $p=0,024$. Полученные предварительные данные позволяют говорить о том, что в психиатрических последствиях пандемии роль стресса заметно выше, чем прямое следствие биологического воздействия инфекции (отдавая дань уважения каузальной концепции психиатрии, скажем:

психогения оказывает более значимое влияние по сравнению с экзогенно-органическим фактором). При этом мы отдаем себе отчет, что если дополнить протокол нашего исследования методиками изучения когниции, то вывод может измениться.

Проявления covid-диссидентства продемонстрировал каждый третий участник исследования, что согласуется с нашими ранее опубликованными данными [5]. Выявлены следующие закономерности:

- статистически значимая связь между проявлениями С-Д: каждое проявление С-Д связано с другим; речь идет о мнении группы, включающим комплексное отношение к проблеме пандемии;

- проявления covid-диссидентства значимо чаще встречаются у больных алкогольной зависимостью, группа здоровых и пациентов с РДР не различаются;

- проявления С-Д значимо чаще встречаются у старших респондентов со сравнительно большей выраженностью психопатологии (особенно в кластерах депрессии, тревоги, ПТСР).

Авторам статьи представляется обоснованным мнение о том, что выявленные проявления С-Д у людей без признаков интеллектуальной недостаточности (критерий исключения) являются отражением психологических защит в экстремальный период пандемии.

Таблица 12. Значимые связи утвердительного ответа на вопрос «Допускаете ли Вы мысль, что при помощи вакцин или мазков людей «чипируют»?» с остальными результатами исследования

Показатель	Допускаете ли мысль, что при помощи вакцин или мазков людей «чипируют»?		p
	Ответ нет n=52	Ответ да n=7	
TSI Самовершенствование	5,0 (2,0; 7,0)	10,0 (6,0; 11,0)	0,041
SCL-90-R Соматизация	0,6 (0,3; 1,0)	1,8 (0,9; 2,9)	0,003
SCL-90-R Обесесивность-компульсивность	0,8 (0,4; 1,7)	2,3 (1,6; 2,6)	0,006
SCL-90-R Межличностная сензитивность	0,9 (0,2; 1,4)	1,6 (1,2; 2,1)	0,027
SCL-90-R Депрессия	1,0 (0,3; 1,8)	1,9 (1,2; 2,7)	0,044
SCL-90-R Тревожность	0,5 (0,2; 1,6)	1,8 (1,1; 3,1)	0,007
SCL-90-R Враждебность	0,5 (0,0; 1,4)	1,2 (0,8; 1,8)	0,040
SCL-90-R Фобическая тревожность	0,3 (0,0; 1,2)	1,6 (0,7; 2,3)	0,008
SCL-90-R Паранойальные тенденции	0,4 (0,0; 1,0)	2,1 (1,3; 2,1)	0,001
SCL-90-R Психотизм	0,3 (0,1; 0,8)	1,1 (0,8; 2,2)	0,004
SCL-90-R Дополнительные вопросы	6,0 (1,5; 11,5)	13,0 (5,0; 21,0)	0,035
SCL-90-R Индекс тяжести (GSI)	0,7 (0,2; 1,5)	2,0 (1,1; 2,5)	0,009
SCL-90-R Общее число положительных ответов (PST)	36,0 (16,5; 57,0)	68,0 (60,0; 90,0)	0,001
ШОВТС Шкала вторжения	3,0 (0,0; 6,5)	10,0 (4,0; 17,0)	0,024
ШОВТС Шкала избегания	4,5 (1,0; 12,0)	18,0 (11,0; 25,0)	0,006
ШОВТС Шкала физиологической возбудимости	3,0 (0,0; 9,5)	8,0 (6,0; 29,0)	0,031
ШОВТС общий балл	12,0 (3,5; 24,5)	32,0 (24,0; 71,0)	0,007

Примечание: p – значимость различий сравниваемых групп, критерий Манна–Уитни.

В настоящее время в отечественной литературе [6] психологическая защита определяется как неосознанное искажение восприятия действительности, способствующее созданию более благоприятного ее и собственного образа. В результате такого искажения смягчается противоречие и снимается или сглаживается внутриличностный конфликт. В конечном итоге психологическая защита направлена на сохранение стабильности самооценки личности, ее образа «Я» и образа мира, которая достигается устранением из сознания источников конфликтных переживаний или же их трансформацией таким образом, чтобы предупредить возникновение конфликта. Психологическая защита выступает способом создания субъективно воспринимаемой стабильности и нормализации состояния личности.

Психологическая защита включается автоматически и является неосознанной. Однако личность, будучи существом социальным, сознательным и самостоятельным, безусловно, способна разрешать внутренние и внешние конфликты, бороться с тревогой и напряжением, руководствуясь сознательно сформированной программой. Для обозначения сознательных усилий личности, предпринимаемых в ситуации психологической угрозы, используется понятие копинг-поведения (coping), или стратегий совладания со стрессом и с другими порождающими тревогу событиями [6].

Копинг-поведение нередко рассматривается как понятие, близкое по своему содержанию к психологической защите. На любую стрессовую ситуацию, нарушающую внутренний гомеостаз, личность реагирует либо автономными адаптивными ответными реакциями, либо адаптивными действиями, целенаправленными и потенциально осознанными. В первом случае подразумеваются механизмы психологической защиты, во втором имеют место копинг-стратегии.

На континууме от согласованности с реальностью до ее искажения стратегии совладающего поведения обычно противопоставляются психологической защите. Основным отличием защитных автоматизмов от копинг-стратегий является неосознанное включение первых и сознательное, целенаправленное использование последних.

Проблема классификации защитных механизмов окончательно еще не решена. Согласно традиционному психоаналитическому подходу к защитным механизмам их можно разделить на высокоорганизованные и механизмы низшего порядка, или более примитивные защиты. Они более массивны в своем действии, т.е. затрагивают самые глубинные слои личности. Эмо-

циональный уровень при использовании этой категории Эго-защит имеет тенденцию быть глубоко бессознательным. Их использование, вероятнее всего, ассоциируется с менее зрелым индивидом. Наконец, они известны как первоначальные механизмы: они появляются и функционируют, как правило, в младенчестве и в молодом возрасте. Примерами защитных механизмов низшего порядка могут служить: ПОДАВЛЕНИЕ, ОТВЕРЖЕНИЕ, СМЕЩЕНИЕ, РЕГРЕССИЯ. Незрелая, импульсивная и эмоционально расторможенная личность более склонна к использованию защитных механизмов, принадлежащих этой группе. Такие люди чаще сталкиваются с различного рода трудностями в более ранние годы.

Другие защитные механизмы менее примитивны. Их называют защитными механизмами высшего порядка. Они имеют тенденцию функционировать в усложненной манере. Защитные механизмы высшего порядка менее массивны, т.е. не затрагивают обширные слои личности и развиваются постепенно. Они функционируют во всех возрастах, но чаще встречаются, чем защитные механизмы низшего порядка. Они присущи более зрелой личности. Защитные механизмы высшего порядка включают РАЦИОНАЛИЗАЦИЮ, ПРОЕКЦИЮ, СУБЛИМАЦИЮ, КОМПЕНСАЦИЮ [6].

Отрицание — это игнорирование неприятной информации. В ситуации действия этого механизма информация, вызывающая тревогу, просто не воспринимается («ничего не вижу, ничего не слышу»). Часто это бывает, когда действия, совершаемые личностью, противоречат принятым установкам, требованиям, нравственным нормам. В результате отрицания снимается угроза престижу, статусу, позитивной самооценке личности. Этот способ резко искажает перерабатываемую информацию и не позволяет человеку делать адекватные оценки. Сущность механизма отрицания в стремлении избежать информации, вызывающей тревогу («пандемии нет, она придумана»).

Рационализация — это защита, связанная с осознанием и использованием в мышлении только той части информации, в соответствии с которой собственное поведение выглядит как хорошо контролируемое и не противоречащее объективным обстоятельствам. При этом неприемлемая часть ситуации удаляется из сознания, особым образом преобразуется и после этого осознается уже в измененном виде. Этот вид защиты использует убедительные доводы для оправдания своих личностно или социально неприемлемых качеств, желаний, действий. Гармония между реальным поведением человека и его представлением о должном достигается с по-

мощью двух вариантов рассуждения: либо повышением ценности совершенного поступка («пандемия используется для ограничения гражданских свобод, а я буду противостоять этому»), либо понижением ценности поступка, который совершить не удалось («не буду следовать рекомендациям Роспотребнадзора, так как слышал о том, что вакцина меняет генотип, и нас всех могут чипировать»), результата, который не достигнут. Выбор субъектом защитного механизма зависит от его же индивидуально-типологических особенностей, а также степени осознанности своих конфликтов как с окружающими, так и с самим собой.

Авторы полагают, что описанные психологические защиты определены экстремальной ситуацией пандемии и служат способом снижения выраженности стресса — в той форме, которая определена личностными чертами обследованных.

Выводы

1. Субъективная оценка значимости covid-ассоциированного стресса не имеет нозологической специфичности;
2. Проявления посттравматического стрессового расстройства значимо более выражены в группе больных алкогольной зависимостью; этой же группе присуща большая выраженность гнева и агрессивности;
3. Не установлено значимых связей факта перенесенной коронавирусной инфекции с эмоциональными характеристиками участников исследования, включая выраженность проявлений посттравматического стрессового расстройства;
4. Проявления covid-диссидентства продемонстрировал каждый третий участник исследования. Они значимо связаны друг с другом, что позволяет говорить о мнении группы, включающим комплексное отношение к проблеме пандемии; чаще встречаются у больных алкогольной зависимостью, коррелируют с возрастом и выраженностью психопатологии (особенно в кластерах депрессии, тревоги, ПТСР);
5. Описанные проявления С-Д представляется возможным рассматривать как отражение психологической защиты личности в условиях экстремально-

го стресса пандемии. В обследованной группе преобладают защиты в виде отрицания и рационализации — без нозологической специфичности.

Список литературы

1. Васильева А.В. Психические нарушения, связанные с пандемией COVID-19 (международный опыт и подходы к терапии). *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова* 2020; 120(9): 121-129. doi: 10.17116/jnevro2020120091121
2. Мосолов С.Н. Проблемы психического здоровья в условиях пандемии COVID-19. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова* 2020; 120(5): 7-15. doi: 10.17116/jnevro20201200517
3. Психиатрия: национальное руководство. Под ред. Александровского Ю.А., Незнанова Н.Г. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2018. 1026 с. ISBN 978-5-9704-4462-7
4. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер; 2001. 325 с.
5. Солдаткин В.А., Солдаткина С.В., Бойко Е.О. Студенческое COVID-диссидентство: результаты скринингового исследования. *Психическое здоровье* 2021; (9): 21-32.
6. Субботина Л.Ю. Психология защитных механизмов личности: учебное пособие. Ярославль: ЯрГУ, 2013. 226 с.

References

1. Vasil'eva A.V. Psikhicheskie narusheniya, svyazannye s pandemiei COVID-19 (mezhdunarodnyi opyt i podkhody k terapii). [Pandemic COVID-19 and mental disorders international experience and therapeutic approaches]. *Zhurnal neurologii i psikhiiatrii im. S.S. Korsakova [Journal of Neurology and Psychiatry n.a S.S. Korsakov]* 2020; 120(9): 121-129. doi: 10.17116/jnevro2020120091121 (In Russ.).
2. Mosolov S.N. Problemy psikhicheskogo zdorov'ya v usloviyah pandemii COVID-19. [Problems of mental health in the situation of COVID-19 pandemic]. *Zhurnal neurologii i psikhiiatrii im. S.S. Korsakova [Journal of Neurology and Psychiatry n.a S.S. Korsakov]* 2020; 120(5): 7-15. doi: 10.17116/jnevro20201200517 (In Russ.).
3. Psikhiiatriya: natsional'noe rukovodstvo. [Psychiatry: a national guide]. Pod red. Aleksandrovskogo Yu.A., Neznanova N.G. Moscow: GEOTAR-Media, 2018. (In Russ.).
4. Tarabrina N.V. Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa [Workshop on the psychology of post-traumatic stress]. SPb.: Peter, 2001. (In Russ.).
5. Soldatkin V.A., Soldatkina S.V., Boiko E.O. Studencheskoe COVID-dissidentstvo: rezul'taty skringinovogo issledovaniya. [Student covid-dissidence: results of the screening study] *Psikhicheskoe zdorovie [Mental Health]* 2021; (9): 21-32 (In Russ.).
6. Subbotina, L. YU. Psikhologiya zashchitnykh mekhanizmov lichnosti: uchebnoe posobie. [Psychology of personality defense mechanisms: textbook]. Yaroslavl': YaRGU; 2013. (In Russ.).

Частота и структура невротических расстройств у медицинского персонала, оказывающего помощь пациентам с новой коронавирусной инфекцией

Аксенова Е.В. ординатор кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии
Ванчугов Е.Ю. ординатор кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии
Голобокова И.М. студент 5-го курса лечебного факультета
Лимонова В.Д. студент 5-го курса лечебного факультета
Голыгина С.Е. к.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии
Сахаров А.В. д.м.н., доцент, первый проректор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии, главный внештатный детский специалист психиатр Дальневосточного федерального округа

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России
672000, г. Чита, ул. Горького, 39-а

Введение. В период пандемии новой коронавирусной инфекции отмечено ухудшение психического здоровья населения. Медицинский персонал, работающий в непосредственной близости с COVID-19, несет колоссальные физические и эмоциональные нагрузки, поэтому нередко сталкивается с нарушениями собственного здоровья как физического, так и психического. Этот аспект является актуальным для изучения и последующей организации помощи.

Цель: изучение частоты встречаемости и структуры невротических расстройств у медицинского персонала, работающего в условиях инфекционного отделения для больных новой коронавирусной инфекцией.

Методы. Обследовано 58 медицинских работников до пандемии в 2019 году, в 2021 году 46 из них были обследованы повторно, как и 142 ординатора, через год периодической работы в инфекционных отделениях для лечения пациентов с COVID-19. Диагностика невротических расстройств осуществлялась клинически и при помощи опросника К.К. Яхина и Д.М. Менделевича (1998).

Результаты. Установлена высокая частота расстройств невротического регистра у медицинского персонала (41,4 %), которая в период эпидемиологического неблагополучия выросла в 1,5 раза (60,9 %; $p < 0,05$). Структура выявленных нарушений представлена в основном депрессивными, истерическими, тревожными и обсессивно-фобическими проявлениями. Кроме того, увеличилась в 2,2 раза встречаемость астенических предболезненных невротических состояний ($p < 0,05$). У ординаторов частота невротических расстройств составила 87,4 %, показатель оказался в 1,4 раза выше ($p = 0,0001$), чем среди постоянных медицинских работников.

Заключение. Учитывая высокие показатели невротических расстройств среди медицинских работников, работавших в условиях COVID-19, необходимо разрабатывать и совершенствовать имеющиеся программы профилактической и лечебно-реабилитационной работы. При этом в медицинских вузах целесообразно шире внедрять опыт создания центров психологической поддержки обучающихся.

Ключевые слова: медицинский персонал, новая коронавирусная инфекция, COVID-19, невротические расстройства.

Для цитирования: Аксенова Е.В., Ванчугов Е.Ю., Голобокова И.М., Лимонова В.Д., Голыгина С.Е., Сахаров А.В. Частота и структура невротических расстройств у медицинского персонала, оказывающего помощь пациентам с новой коронавирусной инфекцией. *Психическое здоровье* 2022; 17(7): 17-23.

Автор для корреспонденции: Голыгина Светлана Евгеньевна; **e-mail:** svetagolygina@yandex.ru

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки, выполнено за счет бюджетного финансирования.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Поступила: 20.05.2022.

The frequency and structure of neurotic disorders in medical personnel providing care to patients with a new coronavirus infection

Aksenova E.V., Vanchugov E.Yu., Golobokova I.M., Limonova V.D., Golygina S.E., Sakharov A.V.

Chita State Medical Academy
Chita, Russia

Introduction. During the pandemic of a new coronavirus infection, a deterioration in the mental health of the population was noted. Medical personnel working with patients with COVID-19 are experiencing physical and emotional stress, and are faced with violations of their own physical and mental health. This aspect is relevant for the study and subsequent organization of assistance.

Purpose: to study the frequency of occurrence and structure of neurotic disorders in medical personnel working in the infectious diseases department for patients with a new coronavirus infection.

Methods. 58 medical workers were examined before the pandemic in 2019, in 2021 46 of them were examined again, as well as 142 residents, after a year of periodic work in the infectious diseases departments for the treatment of patients with COVID-19. Diagnosis of neurotic disorders was carried out clinically and using the questionnaire K.K. Yakhin and D.M. Mendeleevich (1998).

Results. A high frequency of disorders of the neurotic register among medical personnel (41,4 %) was established, which increased by 1,5 times during the period of epidemiological trouble (60,9 %; $p < 0.05$). The structure of the identified disorders is represented by depressive, hysterical, anxious and obsessive-phobic manifestations. The incidence of asthenic premorbid neurotic conditions increased by 2,2 times ($p < 0.05$). In residents, the frequency of neurotic disorders was 87,4 %, which is 1.4 times higher ($p = 0,0001$) than among permanent medical workers.

Conclusion. Considering the high rates of neurotic disorders among medical workers working under COVID-19 conditions, it is necessary to develop and improve existing programs for preventive, treatment and rehabilitation work. At the same time, it is advisable to introduce more widely the experience of creating psychological support centers for students in medical universities.

Key words: medical personnel, new coronavirus infection, COVID-19, neurotic disorders.

For citation: Aksenova E.V., Vanchugov E.Yu., Golobokova I.M., Limonova V.D., Golygina S.E., Sakharov A.V. The frequency and structure of neurotic disorders in medical personnel providing care to patients with a new coronavirus infection. *Psikhicheskoe zdorovie [Mental Health] 2022; 17(7): 17-23.* (In Russ.).

Corresponding author: Svetlana E. Golygina; e-mail: svetagolygina@yandex.ru

Financing. The study did not have sponsorship support, it was carried out at the expense of budget funding.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Accepted: 20.05.2022

Введение

В настоящее время уже общеизвестно, что в период пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19 произошло ухудшение состояния психического здоровья населения, при этом двумя наиболее уязвимыми группами стали лица, непосредственно столкнувшиеся с данной проблемой – заболевшие, а также те, кто участвовал в оказании помощи больным – врачи и другой медицинский персонал [1; 3; 4; 5; 10; 17].

Медицинские работники ежедневно несут огромную ответственность, испытывают физические, умственные, эмоциональные перегрузки, при этом часто присутствуют факторы, способствующие нарушению их психологического состояния. Возросшая рабочая нагрузка медицинского персонала в период пандемии, выросший поток пациентов, увеличение количества смен, страх заражения себя и своих близких, недостаточная изученность новой инфекции, нередкое инфицирование и даже гибель медицинских работников, работа в специальных средствах индивидуальной защиты – все это приводило к проблемам собственного здоровья медиков, в том числе психологического [7; 8]. На сегодняшний день имеется немалое количество работ отечественных и зарубежных авторов, посвященных вопросам психического здоровья медицинских работников в период пандемии новой коронавирусной инфекции [2; 6; 7; 14].

Так, в исследовании итальянских авторов было продемонстрировано, что у врачей и медицинских сестер,

которые непосредственно работают с заболевшими COVID-19, наиболее часто выявлялись симптомы посттравматического стрессового расстройства. Нередко у медиков диагностировались случаи выраженной депрессии, тревоги и бессонницы [16]. В схожем исследовании, проведенном в госпитале города Ухань, у медицинского персонала были обнаружены явления серьезного дистресса: более чем у половины обследуемых наблюдалась депрессия и тревога. Наиболее выраженные проявления данных состояний отмечались у медицинских сестер, работающих в непосредственной близости с больными [15]. Подтверждение данных наблюдений содержится в работах отечественных исследователей. Было показано, что нарастающий уровень стресса у медицинского персонала на фоне пандемии COVID-19 приводит к возрастающему уровню тревоги и депрессии [7].

Помимо проявлений тревоги, депрессии, стресса и дистресса у медицинских работников «красных зон» не редкими были и соматические проявления, такие как головные боли, бессонница, ажитация [11].

Кроме того, работа медицинского сообщества в условиях повышенной ответственности, стресса, страха за свое здоровье и близких, явления депрессии и тревоги неизбежно повышают риск формирования стойких психических расстройств и синдрома эмоционального выгорания [8; 12; 13].

Поэтому всестороннее изучение состояния психического здоровья медицинских работников и обучаю-

щихся медицинских вузов, осуществляющих деятельность в условиях пандемии, особенно в динамике, является по-прежнему актуальным.

Цель исследования: изучение частоты встречаемости и структуры невротических расстройств у медицинского персонала, работающего в условиях инфекционного отделения для больных новой коронавирусной инфекцией.

Методы

В работе соблюдались этические принципы, предьявляемые Хельсинкской Декларацией Всемирной Медицинской Ассоциации и Правилами клинической практики в Российской Федерации. От всех включенных в исследование получено добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

На каждого респондента заполнялась специально разработанная карта, невротические расстройства определялись клинически в соответствии с критериями МКБ-10. Дополнительно использовался клинический опросник выявления и оценки невротических состояний К.К. Яхина и Д.М. Менделевича (1998). С его помощью рассчитывали коэффициенты по шести клиническим шкалам. Сумма коэффициентов меньше «– 1,28» указывала на болезненный характер выявляемых расстройств по отдельной шкале. Если сумма коэффициентов попадала в промежуток от – 1,28 до + 1,28, то это расценивали как пограничный уровень невротических расстройств. На основании результатов выделяли собственно невротические расстройства, пограничный уровень невротических нарушений и уровень или «зона» психического здоровья [9].

На первом этапе выполнения работы в 2019 году (до начала пандемии новой коронавирусной инфекции) сплошным методом было проведено обследование врачей и среднего медицинского персонала стационарных отделений Краевой клинической психиатрической больницы им. В.Х. Кандинского и Забайкальского краевого наркологического диспансера. Всего в исследование было включено 58 медицинских специалистов в возрасте от 24 до 58 лет (средний возраст: $41,3 \pm 1,0$ лет). Женщины составили 81,0 %, мужчины – 19,0 % соответственно. Врачей было 43,1 %, медицинских сестер – 56,9 %.

В конце 2019 году началась пандемия новой коронавирусной инфекции COVID-19, которая получила свое распространение в Забайкальском крае летом 2020 года. В результате стационары Краевой клинической психиатрической больницы им. В.Х. Кандинского и Забай-

кальского краевого наркологического диспансера были перепрофилированы в инфекционные отделения для больных коронавирусной инфекцией COVID-19, а медицинский персонал стал оказывать данный вид помощи жителям региона. Поэтому вторым этапом исследования стало повторное обследование в 2021 году тех же сотрудников, что и на первом этапе, но через год периодической работы в инфекционных отделениях для пациентов с COVID-19. Таких медицинских работников оказалось 46 человек в возрасте от 24 до 58 лет (средний возраст составил $40,1 \pm 1,2$ лет). Представителей женского пола было 82,6 %, мужского – 17,4 %. Врачи составили 43,5 %, средний медицинский персонал – 56,5 %. Таким образом, несмотря на уменьшение количества обследованных второго этапа, группы являются полностью сопоставимыми.

Третьей обследованной группой в 2021 году стали ординаторы Читинской государственной медицинской академии, работающие в течение года в инфекционных отделениях для борьбы с новой коронавирусной инфекцией. Обучающиеся являются, на наш взгляд, особой группой, специфические условия деятельности, быта и образа жизни которых делают их более уязвимыми в социальном плане, более подверженными воздействию разнообразных негативных факторов. Всего было обследовано 142 ординатора в возрасте от 22 до 35 лет (средний возраст составил $25,1 \pm 2,3$ лет). Ординаторы женского пола составили – 78,2 %, мужского пола – 21,8 %. Осуществляли трудовую деятельность в должностях врачей-стажеров – 77,3 %, среднего медицинского персонала – 22,7 %.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием пакета анализа Microsoft Excel 2016 и стандартного пакета программ «Statistica-12». Она включала описание выборки, определялись частоты встречаемости признаков, группировка данных. Значимость различий сравниваемых абсолютных величин определялась с применением непараметрического критерия хи-квадрат Пирсона (χ^2). Результаты считали достоверными при показателе $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

При анализе полученных клинических результатов, в том числе с учетом результатов опросника Яхина-Менделевича было установлено следующее: до пандемии у 39,6 % обследованных врачей и среднего медицинского персонала медицинских организаций психиатрического профиля отсутствовали признаки

невротических нарушений, у 41,4 % были диагностированы невротические расстройства, у 19,0 % имелись предболезненные невротические состояния. Аналогичные показатели через год периодической работы в инфекционном отделении для пациентов с COVID-19 составили 26,1 %; 60,9 % ($p < 0,05$) и 13,0 % соответственно. Следовательно, частота невротических расстройств увеличилась в 1,5 раза, что подтверждает психогенную значимость самого факта работы в так называемой «красной зоне» для лечения пациентов с новой коронавирусной инфекцией. Полученные результаты с учетом значимости различий представлены в табл. 1.

Структура выявленных невротических расстройств и предболезненных невротических состояний по клиническому опроснику Яхина-Менделевича представлена в табл. 2 и 3.

Показатели в таблицах, превышающие суммарно общую частоту расстройств, объясняются тем, что у одного человека встречалось часто сочетание нескольких видов нарушений.

При этом хорошо заметно, что у медицинских работников, временно работающих в инфекционном отделении для пациентов с COVID-19, присутствует тенденция к росту выявляемости всех невротических расстройств и предболезненных невротических состояний. Значимые отличия между группами были получены по частоте встречаемости конверсионных расстройств (в 1,9 раза; $p < 0,05$) и астенических предболезненных состояний (в 2,2 раза; $p < 0,05$). Стоит отметить, что присутствует высокая коморбидность между разными типами невротических нарушений.

Если подробно рассматривать структуру выявленных расстройств у медицинского персонала после работы с пациентами с новой коронавирусной инфекцией, то тревожные расстройства (F41) присутствовали у 17,4 % обследованных, еще у 17,4 % показатели по шкале тревоги соответствовали пограничному уровню невротических расстройств (предболезнь). Уровень психического здоровья по данной шкале отмечался у 65,2 % медицинских работников.

Таблица 1

Результаты выявления невротических расстройств среди медицинского персонала, в том числе после периода работы с пациентами с COVID-19

Выраженность невротических расстройств	До пандемии		После работы с пациентами с COVID-19	
	абс.	%	абс.	%
Невротические расстройства	24	41,4	28	60,9 ($p=0,0484$)
Предболезненные невротические состояния	11	19,0	6	13,0
Отсутствие невротических нарушений	23	39,6	12	26,1
Всего	58	100,0	46	100,0

Примечание: p – значимые отличия по критерию хи-квадрат.

Таблица 2

Структура невротических расстройств среди медицинского персонала, в том числе после периода работы с пациентами с COVID-19

Невротические расстройства	До пандемии n=58		После работы с пациентами с COVID-19 n=46	
	абс.	%	абс.	%
Тревожные	9	15,5	8	17,4
Депрессивные	16	27,6	15	32,6
Астенические	9	15,5	8	17,4
Истерические	12	20,7	18	39,1 ($p=0,0393$)
Обсессивно-фобические	9	15,5	10	21,7
Вегетативные	11	19,0	11	23,9

Примечание: p – значимые отличия по критерию хи-квадрат.

По шкале невротической депрессии у 32,6 % персонала выявлено состояние болезни (F43), пограничный уровень расстройств диагностирован у 17,4 %, в пределах нормы показатели по данной шкале были у 50,0 % респондентов.

При анализе данных по шкале «астении» обнаружено, что у 56,5 % обследованных показатели соответствовали уровню психического здоровья, сформированные астенические расстройства (F48.0) составили 17,4 %, еще у 26,1 % данные соответствовали пограничному уровню (рост в 2,2 раза).

Конверсионные расстройства (F44) были установлены у 39,1 % медицинских работников (рост в 1,9 раза), у 13,0 % они достигали уровня предболезни, у 47,9 % показатели соответствовали норме.

Обсессивно-фобические нарушения (F42) выявлены у 21,7 % обследованных, пограничный уровень по данной шкале отмечался у 15,2 %, у 63,1 % данные соответствовали уровню психического здоровья. Ве-

гетативные нарушения (F45.3) были выявлены 23,9% случаев, пограничный уровень расстройств – в 15,2% случаев, у 60,9% показатели соответствовали норме.

Третьей обследованной группой были ординаторы, отработавшие в «красных зонах» моностанционаров для больных с новой коронавирусной инфекцией. При анализе полученных результатов установлено, что у 87,4 % (124) всех обследованных определялись оформленные невротические расстройства, ещё у 6,3 % (9) имелись признаки предболезненных невротических состояний, только у 6,3 % (9) ординаторов отсутствовали невротические нарушения. Полученные результаты по частоте невротических расстройств существенно превышают аналогичный показатель среди опытного медицинского персонала в 1,4 раза ($p=0,0001$). В 4 раза меньше представлена группа здоровых ($p=0,0002$).

Структура невротических расстройств и предболезненных невротических состояний у ординаторов, работавших с пациентами с COVID-19, представлена в табл. 4.

Таблица 3

Структура предболезненных невротических состояний среди медицинского персонала, в том числе после периода работы с пациентами с COVID-19

Предболезненные невротические состояния	До пандемии n=58		После работы с пациентами с COVID-19 n=46	
	абс.	%	абс.	%
Тревожные	8	13,8	8	17,4
Депрессивные	10	17,2	8	17,4
Астенические	7	12,1	12	26,1 ($p=0,0351$)
Истерические	6	10,3	6	13,0
Обсессивно-фобические	12	20,7	7	15,2
Вегетативные	8	13,8	7	15,2

Примечание: p – значимые отличия по критерию хи-квадрат.

Таблица 4

Структура невротических расстройств и предболезненных невротических состояний среди ординаторов после периода работы с пациентами с COVID-19

	Невротические расстройства		Предболезненные невротические состояния	
	абс.	%	абс.	%
Тревожные	51	35,9	23	16,2
Депрессивные	81	57,0	18	12,7
Астенические	50	35,2	22	15,5
Истерические	48	33,8	27	19,0
Обсессивно-фобические	60	42,3	31	21,8
Вегетативные	55	38,7	15	10,6

Показатели в таблице превышают суммарно общую частоту расстройств, так как у одного человека встречалось часто сочетание нескольких видов нарушений.

Как видно из **табл. 4**, у ординаторов высокая частота невротических нарушений обусловлена высокой встречаемостью невротических депрессий, обсессивно-фобических, тревожных и вегетативных расстройств. Полученные показатели представлены кратно выше, чем среди постоянного медицинского персонала. Такие результаты могут быть связаны как с дополнительной учебной нагрузкой у ординаторов, так и могут отражать недостаточную уверенность в собственных знаниях и навыках, трудности в совмещении обучения и работы в условиях повышенной нагрузки и высокой ответственности. Аналогичные нашим данным были получены московскими исследователями [8].

Заключение

Полученные результаты свидетельствуют о достаточно высокой частоте расстройств невротического регистра у медицинского персонала (41,4 %), которая в 1,5 раза выросла ($p < 0,05$) в период эпидемиологического неблагополучия (60,9 %). Структура имеющихся невротических нарушений представлена в основном депрессивными, истерическими, тревожными и обсессивно-фобическими проявлениями. За период работы с пациентами с новой коронавирусной инфекцией у медицинского персонала увеличилась также встречаемость астенических предболезненных невротических состояний (в 2,2 раза; $p < 0,05$).

При этом более неблагоприятная ситуация наблюдается при обследовании ординаторов, оказывающих помощь пациентам с COVID-19. Среди обучающихся по программам ординатуры 87,4 % имеют признаки сформированных невротических нарушений, среди которых также чаще встречаются невротические депрессии, обсессивно-фобические, тревожные и вегетативные расстройства. Показатель оказался в 1,4 раза выше ($p=0,0001$), чем среди постоянных медицинских работников, что, возможно, обусловлено совмещением ими обучения и работы в условиях повышенной нагрузки и ответственности. Полученные результаты требуют более подробного изучения.

Таким образом, учитывая высокие показатели невротических расстройств среди медицинских работников, работавших в условиях инфекционных отделений для пациентов с COVID-19, необходимо разрабатывать и совершенствовать имеющиеся программы дифференцированной профилактической и лечебно-реабилитационной

работы для данного уязвимого контингента. В медицинских вузах целесообразно шире внедрять опыт создания центров психологической поддержки обучающихся.

Список литературы

1. Алимов У.Х., Нурматова И.А. Влияние новой коронавирусной инфекции COVID 19 на психическое здоровье человека. *Экономика и социум* 2020; 11(78): 438-442.
2. Бачило Е.В., Новиков Д.Е., Ефремов А.А. Оценка психического здоровья медицинских работников в период пандемии COVID-19 в России (результаты интернет-опроса). *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова* 2021; 121(3): 104-109. doi: 10.17116/jnevro2021121031104
3. Лубеницкая А.Н., Иванова Т.И. Мир уже никогда не станет прежним – пандемия нового тысячелетия (Обзор литературы). *Омский психиатрический журнал* 2020; 2-1S (24): 16-22. doi: 10.24411/2412-8805-2020-10203
4. Мосолов С.Н. Проблемы психического здоровья в условиях COVID 19. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова* 2020; 120(5): 7-15. doi: 10.17116/jnevro20201200517
5. Протько Н.Н., Патеюк И.В. Психическое здоровье в условиях вспышки COVID 19. *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология* 2020; 11(3): 556-569. doi: 10.34883/PI.2020.11.3.012
6. Синбухова Е.В., Проценко Д.Н. Оценка психологического состояния у медицинского персонала во время пандемии COVID-19. *Анестезиология и реаниматология* 2020; 6(2): 54-60. doi: 10.17116/anaesthesiology202006254
7. Сорокин М.Ю., Касьянов Е.Д., Рукавишников Г.В., Макаревич О.В., Незнанов Н.Г., Семенова Н.В., Лутова Н.Б., Мазо Г.Э. Влияние пандемии COVID-19 на психическое здоровье медицинских работников в России. *Медицинская этика* 2020; (2): 27-34.
8. Холмогорова А.Б., Рахманина А.А., Суроегина А.Ю., Микита О.Ю., Петриков С.С., Рой А.П. Психическое здоровье и профессиональное выгорание врачей ординаторов во время пандемии COVID 19: ситуационные и психологические факторы. *Консультативная психология и психотерапия* 2021; 29(2): 9-47. doi: 10.17759/cpp.2021290202
9. Яхин К.К., Менделевич Д.М. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний. *Клиническая и медицинская психология: учебное пособие*. М., 2005. 432 с.
10. Bedoya E.Y., Popa I., Morandi A., Montamoli C. *One Health & Risk Management* 2021; 2(4):65-75. doi: 10.38045/ohrm.2021.4.06
11. Chew N.W.S., Lee G.K.H., Tan B.Y.Q., Jing M., Coh Y., Ngian N.Y.H. A multinational, multicenter study of the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain, behaviour and immunity*. 2020; 7.
12. Durham M.E., Bush P.W., Ball A.M. Evidence of burnout in health-system pharmacists. *Am J Health Syst Pharm*. 2018; 75(4): 93-100. doi: 10.2146/ajhp170818
13. Hartog C.S. Burnout-a call for action. *Med Klin Intensivmed Notfmed*. 2019; 114(8): 693-698. doi: 10.1007/s00063-017-0362-1
14. Hummel S., Oetjen N., Du J., Posenato E., Resende de Almeida R., Losada R., Ribeiro O., Frisardi V., Hopper L., Rashid A., Nasser H., König A., Rudofsky G., Weidt S., Zafar A., Gronewold N., Mayer G., Schultz J. Mental Health Among Medical Professionals During the COVID-19 Pandemic in Eight European Countries: Cross-sectional Survey Study. *J Med Internet Res* 2021; 23(1): e24983. doi: 10.2196/24983

15. Lai J., Ma S., Wang Y., Cai Z., Hu J., Wei N., Wu J., Hui Du., Chen T., Li R., Tan H., Kang L., Yao L., Huang M., Wang H., Wang G., Liu Z., Hu S. Factors Associated with Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw open.* 2020; 3(3): e203976. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976
16. Rossi R., Socci V., Pacitti F., Di Lorenzo G., Di Marco A., Siracusano A., Rossi A. Mental health outcomes among front and second line health workers associated with the COVID-19 pandemic in Italy. *Med Rxiv preprint*, 2020. doi: 10.1101/2020.04.16.20067801
17. Qiu J., Shen B., Zhao M., Wang Z., Xie B., Xu Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: Implications and policy recommendations. *Gen Psychiatry* 2020; 33: 19-21. doi: 10.1136/gpsych-2020-100213
8. Kholmogorova A.B., Rakhmanina A.A., Suroyegina A.Yu., Mikita O.Yu., Petrikov S.S., Roy A.P. Mental health and professional burnout of medical residents during the COVID 19 pandemic: situational and psychological factors. *Counseling Psychology and Psychotherapy* 2021; 29(2): 9-47. doi:10.17759/cpp.2021290202 (In Russ.)
9. Yakhin K.K., Mendelevich D.M. Clinical questionnaire for the detection and evaluation of neurotic conditions. *Clinical and medical psychology: a textbook*. Moscow, 2005. 432 p. (In Russ.)
10. Bedoya E.Y., Popa I., Morandi A., Montamoli C. One Health & Risk Management 2021; 2(4):65-75. doi: 10.38045/ohrm.2021.4.06
11. Chew N.W.S., Lee G.K.H., Tan B.Y.Q., Jing M., Coh Y., Ngian N.Y.H. A multinational, multicenter study of the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain, behaviour and immunity.* 2020; 7.
12. Durham M.E., Bush P.W., Ball A.M. Evidence of burnout in health-system pharmacists. *Am J Health Syst Pharm.* 2018; 75(4): 93-100. doi: 10.2146/ajhp170818
13. Hartog C.S. Burnout-a call for action. *Med Klin Intensivmed Notfmed.* 2019; 114(8): 693-698. doi: 10.1007/s00063-017-0362-1
14. Hummel S., Oetjen N., Du J., Posenato E., Resende de Almeida R., Losada R., Ribeiro O., Frisardi V., Hopper L., Rashid A., Nasser H., König A., Rudofsky G., Weidt S., Zafar A., Gronewold N., Mayer G., Schultz J. Mental Health Among Medical Professionals During the COVID-19 Pandemic in Eight European Countries: Cross-sectional Survey Study. *J Med Internet Res* 2021; 23(1): e24983. doi: 10.2196/24983
15. Lai J., Ma S., Wang Y., Cai Z., Hu J., Wei N., Wu J., Hui Du., Chen T., Li R., Tan H., Kang L., Yao L., Huang M., Wang H., Wang G., Liu Z., Hu S. Factors Associated with Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw open.* 2020; 3(3): e203976. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976
16. Rossi R., Socci V., Pacitti F., Di Lorenzo G., Di Marco A., Siracusano A., Rossi A. Mental health outcomes among front and second line health workers associated with the COVID-19 pandemic in Italy. *Med Rxiv preprint*, 2020. doi: 10.1101/2020.04.16.20067801
17. Qiu J., Shen B., Zhao M., Wang Z., Xie B., Xu Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: Implications and policy recommendations. *Gen Psychiatry.* 2020; 33: 19-21. doi: 10.1136/gpsych-2020-100213

References

1. Alimov U.Kh., Nurmatova I.A. The impact of the new coronavirus infection COVID 19 on human mental health. *Economy and society* 2020; 11(78): 438-442. (In Russ.)
2. Bachilo E.V., Novikov D.E., Efremov A.A. Assessment of the mental health of medical workers during the COVID-19 pandemic in Russia (results of an online survey). *Journal of Neurology and Psychiatry n.a. S.S. Korsakov* 2021; 121(3): 104-109. doi:10.17116/jnevro2021121031104 (In Russ.)
3. Lubenitskaya A.N., Ivanova T.I. The world will never be the same – the pandemic of the new millennium (Literature Review). *Omsk Psychiatric Journal* 2020; 2-1S(24): 16-22. doi: 10.24411/2412-8805-2020-10203 (In Russ.)
4. Mosolov S.N. Mental health problems in the context of COVID 19. *Journal of Neurology and Psychiatry n.a. S.S. Korsakov* 2020; 120(5): 7-15. doi:10.17116/jnevro20201200517 (In Russ.)
5. Protko N.N., Pateyuk I.V. Mental health in the context of the COVID 19 outbreak. *Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology* 2020; 11(3): 556-569. doi: 10.34883/PI.2020.11.3.012 (In Russ.)
6. Sinbukhova E.V., Protsenko D.N. Assessment of the psychological state of medical personnel during the COVID-19 pandemic. *Anesthesiology and resuscitation* 2020; 6(2): 54-60. doi:10.17116/anaesthesiology202006254 (In Russ.)
7. Sorokin M.Yu., Kasyanov E.D., Rukavishnikov G.V., Makarevich O.V., Neznanov N.G., Semenova N.V., Lutova N.B., Mazo G.E. The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of

<https://doi.org/10.25557/2074-014X.2022.07.24-28>

Оригинальное исследование [Original research]

Психосоциальные аспекты самооценки здоровья подростков в измененных эпидемиологических условиях

Жмеренецкий К.В. д.м.н., член-корреспондент РАН, ректор
Рзянкина М.Ф. д.м.н., профессор, проректор, заведующая кафедрой
Потапова К.Э. аспирант, ассистент кафедры

ФГБОУ ВО Дальневосточный государственный медицинский университет Минздрава России
Хабаровск, Россия

Введение. Пандемия новой коронавирусной инфекции COVID-19 и все связанные с ней ограничения, значительно повлияли на состояние здоровья подростков во всем мире. Учеными разных стран широко изучается и обсуждается проблема социального дистанцирования учащихся в измененных эпидемиологических условиях, с переводом на дистанционный режим образовательной деятельности, а также влияние информационной нагрузки на психоэмоциональный статус детей и подростков. Постковидный синдром, характеризующий состояние после перенесенной инфекции, с присвоением ему отдельной нозологии с кодом по МКБ-10, требует концентрации внимания и детального изучения состояния психологического благополучия детей и подростков, имеющих COVID-19 в анамнезе в ближайшие 6 месяцев.

Методы. В данном исследовании проведен сравнительный анализ самооценки состояния здоровья подростков 15–17 лет в измененных эпидемиологических условиях: первый этап исследования проводился в форме социологического опроса (анкетирование с элементами интервьюирования) в мае 2018г., второй – в мае 2021г. с использованием идентичной анкеты, но в условиях вынужденной самоизоляции и дистанционного обучения школьников, а также в период подъема заболеваемости COVID-19. Проведен сравнительный анализ результатов этапного исследования.

Для оценки ситуативной и личностной тревожности, а также изменений со стороны самочувствия, активности и настроения учащихся, были использованы валидизированные психологические методики: тест Спилберга (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) и опросник «Самочувствие, активность, настроение» (САН). В психологическом тестировании приняли участие подростки 15-17 лет, обработаны результаты по 93 респондентам, у 43 из которых в анамнезе был установлен и лабораторно верифицирован диагноз U07.1 Новая коронавирусная инфекция COVID-19.

Результаты и обсуждение. Доказано влияние измененных эпидемиологических условий на самочувствие подростков, нарушение их психоэмоционального состояния, снижение двигательной активности, возрастание экранной нагрузки, наличие трудностей в процессе обучения в связи с измененным режимом образовательной деятельности, а также ограничение социально-значимых коммуникаций.

На втором этапе исследования установлено значимое влияние перенесенной коронавирусной инфекции на эмоционально-волевую сферу подростков, выражающееся в высоких показателях тревожности, как ситуативной, так и личной, а также более низкие показатели общего самочувствия и настроения подростков реконвалесцентов с COVID-19, в отличие от не болевших сверстников.

Заключение. Вышеизложенное обосновывает научный поиск превентивных мероприятий с целью минимизации негативного влияния на состояние здоровья подростков. Также полученные результаты определяют необходимость дальнейшего изучения особенностей течения и диагностики Long-COVID с разработкой адресной помощи детям и подросткам в постковидном периоде.

Ключевые слова: пандемия, Long-COVID, подростки, психическое здоровье, самооценка здоровья.

Для цитирования: Жмеренецкий К.В., Рзянкина М.Ф., Потапова К.Э. Психосоциальные аспекты самооценки здоровья подростков в измененных эпидемиологических условиях. *Психическое здоровье* 2022; 17(7): 24-28.

Автор для корреспонденции: Рзянкина Марина Фёдоровна; **e-mail:** rzyankina@mail.ru

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Поступила: 20.05.2022

Psychosocial aspects of self-assessment of the health of children and adolescents in changed epidemiological conditions

Zhmerenetsky K.V., Rzyankina M.F., Potapova K.E.

Far Eastern State Medical University
Khabarovsk, Russia

Introduction. The pandemic of the new coronavirus infection COVID-19 and all related restrictions have significantly affected the health of adolescents around the world. Scientists from different countries have extensively studied and discussed the problem of social distancing of students in changed epidemiological conditions, with the transfer to a remote mode of educational activity, as well as the impact of information load on the psycho-emotional status of children and adolescents. Postcovid syndrome, which characterizes the condition after an infection, with the assignment of a separate nosology according to ICD-10, requires concentration of attention and a detailed study of the state of psychological well-being of children and adolescents with a history of COVID-19 in the next 6 months.

Methods. In this study, a comparative analysis of the self-assessment of the health status of adolescents aged 15-17 years in changed epidemiological conditions was carried out: the first stage of the study was conducted in the form of a sociological survey (questionnaire with interviewing elements) in May 2018, the second – in May 2021. using an identical questionnaire, but in conditions of forced self-isolation and distance learning of schoolchildren, as well as during the rise in the incidence of COVID-19. A comparative analysis of the results of the stage study was carried out.

To assess situational and personal anxiety, as well as changes in students' well-being, activity and mood, validated psychological methods were used: the Spielberg test (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) and the questionnaire "Well-being, activity, mood" (WAM). Teenagers aged 15–17 took part in psychological testing, the results of 93 respondents were processed, 43 of whom had a history of diagnosis and laboratory verification of U07.1 New coronavirus infection.

Results and discussion. The influence of the changed epidemiological conditions on the well-being of adolescents, the violation of their psycho-emotional state, the decrease in motor activity, the increase in screen load, the presence of difficulties in the learning process due to the changed mode of educational activity, as well as the restriction of socially significant communications is proved. At the second stage of the study, a significant impact of the coronavirus infection on the emotional and volitional sphere of adolescents was established, expressed in high indicators of anxiety, both situational and personal, as well as lower indicators of general well-being and mood, unlike peers.

Conclusion. The above justifies the scientific search for preventive measures in order to minimize the negative impact on the health of adolescents. Also, the results obtained determine the need for further study of the features of the course and diagnosis of Long-COVID with the development of targeted assistance to children and adolescents in the post-COVID period.

Key words: pandemic, Long-COVID, adolescents, mental health, self-assessment of health.

For citation: Zhmerenetsky K.V., Rzyankina M.F., Potapova K.E. Psychosocial aspects of self-assessment of the health of children and adolescents in changed epidemiological conditions. *Psikhicheskoe zdorovie [Mental Health]* 2022; 17(7): 24-28. (In Russ.).

Corresponding author: Marina F. Rzyankina; **e-mail:** rzyankina@mail.ru

Funding. The study had no sponsorship.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interests.

Accepted: 20.05.2022

Введение

Пандемия новой коронавирусной инфекции и все принимаемые меры по её контролю оказали широкое значимое воздействие на состояние здоровья детей и подростков во всем мире, в том числе, в разных субъектах РФ, а также вызвали ряд противоречивых суждений относительно режимных ограничений и возможности детского населения адаптироваться к ним. Проведенное нами исследование ставило целью выявить наличие изменений со стороны психического благополучия подростков в возрасте 15–17 лет в измененных эпидемиологических условиях. Для достижения поставленной цели были сформулированы следующие задачи:

определить целевую возрастную группу детей, подлежащих анкетированию; выбрать и согласовать с локальным Этическим Комитетом ДВГМУ анкету для респондентов; провести анкетирование подростков с элементами интервьюирования; проанализировать и сопоставить текущие данные с результатами, полученными при анкетировании подростков аналогичного возраста, проведенном в 2018 году; дать характеристику психосоциального благополучия старших школьников с выявлением значимых нарушений в состоянии здоровья, связанных с вынужденным режимом изоляции и дистанционного обучения.

Методы

Для проведения данного исследования, с учетом изучения частоты и характеристики психосоциальных нарушений в конкретный момент времени (пандемия новой коронавирусной инфекции COVID-19 2020–2022 гг.) и в конкретных целевых группах (подростки в возрасте 15–17 лет) был выбран тип обсервационного аналитического одномоментного исследования, которое явилось составной частью когортного проспективного исследования, где наряду с когортой респондентов, анкетированных в мае 2021 г., в сопоставимую группу вошли подростки, опрошенные с использованием идентичной методики в мае 2018 г. Способ отбора участников исследования: стратифицированная случайная выборка, где предварительно выбирались несколько школ, расположенных в разных районах города, несколько классов с целью проведения анкетирования среди учащихся 9–11-х классов, вне зависимости от пола. Каждый респондент оформлял письменное информированное добровольное согласие на участие в данном исследовании. Объем выборки составил $n=504$ респондента в 2018 году и $n=394$ – в 2021 г. В данной работе были рассчитаны показатели среднего арифметического (M), стандартной ошибки среднего арифметического (m), определен критический уровень значимости (p). Предварительно были проведены расчеты минимального необходимого объема выборки для проверки статистических гипотез.

В исследовании на обоих этапах использовалась международная анкета HBSC «Health Behavior in School-age Children» (Поведение школьников в отношении собственного здоровья), включающая в себя свыше 70 вопросов, касающихся питания, образа жизни, организации досуга, устойчивость к школьной нагрузке, а также иные психо-социальные аспекты благополучия школьника в семье, в организованном коллективе, среди сверстников, которые, главным образом, базируются на его собственном ощущении и восприятии окружающей действительности. Для того чтобы отдельно оценить отношение к пандемии и успешность адаптации школьников к новым условиям, на втором этапе сравнительного анализа, анкета была дополнена блоком, в котором содержались вопросы относительно мнения учащихся о COVID-19, уровне их комфорта при адаптации в условиях пандемии, а также страха перед заболеванием.

Для оценки ситуативной и личностной тревожности, а также изменений со стороны самочувствия, активности и настроения учащихся, нами были ис-

пользованы валидизированные психологические методики: тест Спилберга и опросник САН. Тест Спилберга предполагает ответ подростков на 40 вопросов, которые выделены в два блока: 1–20 вопросы оценивают тревожность в настоящий момент времени, 21–40 вопросы – личностную тревожность. В зависимости от выбранного ответа за каждый вопрос начисляется от 1 до 4 баллов. Итоговый результат считается отдельно по установленным формулам. Минимальная оценка по каждой шкале – 20 баллов, максимальная – 80 баллов. При интерпретации результатов: уровень тревожности до 30 баллов считается низким, от 30 до 45 баллов – умеренным, от 46 и выше – высоким. Опросник САН предлагает респондентам 30 пар полярных признаков для оценки своего состояния, им необходимо выбрать ту характеристику, которая наиболее точно описывает текущее состояние, и отметить цифру, соответствующую степени (силе) выраженности донной характеристики. При обработке результатов полученные баллы пересчитываются с учетом правила: все положительные состояние всегда получают высокие баллы, а отрицательные – низкие. Направление шкалы устанавливается в порядке убывания или возрастания значений от 7 до 1 или от 1 до 7, в зависимости от расположения полярных признаков в строках таблицы. Для самочувствия, активности и настроения результат высчитывается отдельно, а затем производится расчет средней арифметической (M) для всей выборки (n). В психологическом тестировании приняли участие подростки 15–17 лет, обработаны результаты по 93 респондентам, у 43 из которых в анамнезе был установлен и лабораторно верифицирован диагноз U07.1 Новая коронавирусная инфекция.

Анализ данных выполнен с использованием средств автоматизации расчетов (программ Statistica 12.0, электронных таблиц «Excel 2018»). Статистическая значимость различий количественных показателей оценивали по t -критерию Стьюдента для независимых выборок с нормальным распределением данных. Достоверность различий при анализе в малых выборках определена с помощью критерия Фишера. Различия между группами считали статистически значимыми при значении показателя $p < 0,05$.

Этические принципы. Авторами гарантируется оригинальность представленной работы. При необходимости мы готовы обеспечить доступ к данным, связанным с материалом публикации. Нами дается гарантия, что список авторов содержит только действительных авторов и в него не внесены те, кто не имеет отношения к данной работе, а также то, что все авторы ознакомились и одобри-

ли окончательную версию статьи и дали согласие на ее публикацию. Все стадии исследования соответствуют законодательству РФ, международным этическим нормам и нормативным документам исследовательских организаций и одобрены Локальным Этическим Комитетом Дальневосточного государственного медицинского университета (протокол №1 от 28.04.2021г.)

Результаты

Для проведения сравнительной самооценки состояния здоровья, школьникам предлагалось ответить на ряд вопросов, один из которых подразумевал выбор текущей ступени благополучия по собственному ощущению; при условии, что 1 балл – самый неблагоприятный уровень, а 10 – максимальный. Примечательно, что большая доля подростков в период пандемии высоко оценивала собственное благополучие, когда средние значения ступеней среди мальчиков и девочек колебались в пределах 7,2–7,3 баллов, в то время как в 2018 году, ответы подростков варьировали в интервале 6,2–6,4 балла. Вышеизложенное демонстрирует низкую озабоченность старших школьников в отношении сложившихся реалий пандемии новой коронавирусной инфекции.

Как в будние, так и в выходные дни, 15-летние подростки, находящиеся на вынужденной самоизоляции, чаще использовали персональные компьютеры (ПК) и иные гаджеты для развлечений и игр, чем их сверстники в 2018 г., что обосновывает нарастающую обеспокоенность врачей психологическим состоянием и физическим благополучием органа зрения, поскольку уровень экранной нагрузки оказался достоверно в два раза выше в 2021 г. ($p < 0,05$)

Говоря о двигательной активности (более 1 часа в день), в период пандемии, доля школьников, занимающихся физической культурой, совершающих пешие прогулки и осуществляющих иные виды физической активности, оказалась достоверно ниже, чем в предшествующем исследовании 3 года назад. При этом обращает внимание полное отсутствие двигательной активности у подростков в период пандемии, в 3 раза превышающее показатели в сопоставимой группе ($p < 0,05$). Сниженная физическая активность является предиктором развития ряда отрицательных психологических эффектов: ухудшения настроения и качества жизни, в целом, а также снижения когнитивных функций, самооценки, и повышения риска развития депрессивных состояний.

Акцент в данном сравнительном анализе делался на психоэмоциональный статус старших школьников

в измененных условиях, поэтому серия вопросов о вариантах отклонения со стороны психического здоровья, подвергалась тщательному анализу. Нами установлено, что еженедельные жалобы на головную боль в период пандемии новой коронавирусной инфекции отмечались чаще, в 61% случаев против 51% в сопоставимом периоде.

Плохое настроение оказалось достаточно распространенной жалобой. В 2021г. с такой проблемой ежедневно сталкивалось свыше 19% школьников, а 62,7% – еженедельно, что достоверно выше, чем в период анкетирования 2018г. ($p < 0,05$) Достоверно чаще подростки сталкивались с волнением в период пандемии: 70% школьников против 56% в сопоставимой группе ($p < 0,05$); Объяснению этого факта есть множество социальных и психологических проблем, что требует дальнейшего изучения. Мы предполагаем, что разница может быть обусловлена неопределенностью и неуверенностью перед возможно новым форматом контроля знаний в конце года, а также ухудшением эпидемиологической обстановки в регионе, в частности, ростом заболеваемости новой коронавирусной инфекции COVID-19.

Вынужденная самоизоляция и ограничение непосредственно прямого контакта с друзьями, сверстниками увеличили долю подростков, испытывающих постоянное или частое ощущение одиночества, до 83%. Несмотря на то, что дети больше времени проводили дома, с семьей и поддерживали общение в социальных сетях – это не ликвидировало коммуникативный дефицит. Трудности засыпания, с которыми сталкивались подростки, в разгар пандемии встречались на 21% чаще, чем в допандемийный период. Это может быть связано с ненормированным и резко увеличенным использованием ПК, иными электронными носителями сверх привычного времени, а также совокупностью перечисленных факторов психоэмоциональной нестабильности.

В рамках анкетирования учащихся 9-11 классов по вопросам дополнительного блока анализа отношения и субъективных ощущений детей относительно пандемии COVID-19 установлено, что треть опрошенных отмечали субъективное ухудшения в состоянии здоровья в этот период. Тем не менее, 41% респондентов отрицают хоть сколько-нибудь значимое влияние пандемии на их жизнь, выражая безразличие к происходящему, а 22% – воспринимают события как есть, сохраняя спокойствие. Между тем, говоря об адаптации детей к условиям пандемии, почти 30% не смогли сделать это успешно, отмечая сложность приспособле-

ния к сложившимся ограничениям или вовсе невыносимость изоляции. Установлено, что больше половины школьников испытывают страх перед заболеванием, среди которых 16% панически боятся заболеть.

Результаты теста Спилберга показали преобладание высокого уровня ситуативной и личностной тревожности у респондентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19, где средний ее показатель составил $46,33 \pm 11,7$ и $46,57 \pm 9,7$ соответственно. В сопоставимой группе ситуативная и личностная тревожность определена как умеренная, поскольку средние ее значения установлены $40,4 \pm 9,74$ ($p < 0,05$) и $39,6 \pm 10,2$ ($p < 0,05$). Примечательно, что в данной группе ни у одного подростка не были зафиксированы наивысшие возможные показатели тревожности (75–80 баллов).

Полученные данные опросника «Самочувствие, активность, настроение» демонстрируют более низкие показатели самочувствия (сила, самоощущение здоровья, утомляемость) и эмоционального состояния ($4,1 \pm 1,28$ и $4,4 \pm 1,08$) у группы подростков-реконвалесцентов с COVID-19, чем у респондентов в сопоставимой группе ($5,016 \pm 1,23$ и $5,3 \pm 1,09$). Стоит отметить, что среднее значение показателей подвижности, скорости и темпа протекания функций (активности) у подростков в обеих группах не имело статистически значимых различий и составило 4,2.

Заключение

На основании данного исследования выявлены проблемы, связанные с сохранением и укреплением здоровья обучающихся в измененных эпидемиологических условиях, самоизоляции и вынужденном режиме дистанционной образовательной деятельности.

На втором этапе исследования установлено значимое влияние перенесенной коронавирусной инфекции на эмоционально-волевую сферу подростков, выражающееся в высоких показателях тревожности, как ситуативной, так и личной, а также более низкие показатели общего самочувствия и настроения, в отличие от сверстников.

Вышеизложенное обосновывает научный поиск превентивных мероприятий с целью минимизации негативного влияния на состояние здоровья подростков. Также полученные результаты определяют необходимость дальнейшего изучения особенностей течения и диагностики Long-COVID с разработкой адресной помощи детям и подросткам в постковидном периоде.

Список литературы

1. Медведев В.Э., Фролова В.И., Гушанская Е.В., Котова О.В., Зуйкова Н.Л., Палин А.В. Астенические расстройства неврологии в рамках постковидного синдрома. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова* 2021; 121(4): 152-158.
3. Рзынкина М.Ф., Потапова К.Э. «По волнам» новой коронавирусной инфекции COVID-19: особенности клинического течения у детей. Материалы Международной конференции «Комплексная оценка состояния пациентов разных возрастных групп, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19» 22-23 апреля 2021 г.
3. Sicouri G, March S, Pellicano E, De Young AC, Donovan CL, Cobham VE, Rowe A, Brett S, Russell JK, Uhlman L, Hudson JL. Mental health symptoms in children and adolescents during COVID-19 in Australia. *Aust N Z J Psychiatry* 2022; 12: 48674221090174. doi: 10.1177/00048674221090174
4. Samji H, Wu J, Ladak A, Vossen C, Stewart E, Dove N, Long D, Snell G. Mental health impacts of the COVID-19 pandemic on children and youth – a systematic review. *Child Adolesc Ment Health* 2022; 27(2): 173-189. doi: 10.1111/camh.12501.
5. Inaba H, Rziankina MF, Hoshino F, Takano K, Potapova KE, Zhmerenetsky KV, Ishigami K. Self-Assessment of Health Status and Willingness to Be Vaccinated in Adolescents from the Niigata Prefecture and the Khabarovsk Region during COVID-19. *Healthcare (Basel)* 2022; 10(2): 184. doi: 10.3390/healthcare10020184
6. Loades ME, Chatburn E, Higon-Sweeney N, Reynolds S, Shafran R, Brigden A, Linney C, McManus MN, Borwick C, Crawley E. Rapid. The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2020; 59(11): 1218-1239.e3. doi: 10.1016/j.jaac.2020.05.009

References

1. Medvedev V.E., Frolova V.I., Gushanskaya E.V., Kotova O.V., Zuykova N.L., Palin A.V. Asthenic disorders of neurology within the framework of the postcovid syndrome. *Journal of Neurology and Psychiatry named after S.S. Korsakov* 2021; 121(4): 152-158. (In Russ.).
2. Rzyankina M.F., Potapova K.E. «According to the waves» of the new coronavirus infection COVID-19: features of the clinical course in children. Proceedings of the International Conference “Comprehensive assessment of the condition of patients of different age groups who have undergone a new coronavirus infection COVID-19” on April 22-23, 2021. (In Russ.).
3. Sicouri G, March S, Pellicano E, De Young AC, Donovan CL, Cobham VE, Rowe A, Brett S, Russell JK, Uhlman L, Hudson JL. Mental health symptoms in children and adolescents during COVID-19 in Australia. *Aust N Z J Psychiatry* 2022; 12: 48674221090174. doi: 10.1177/00048674221090174
4. Samji H, Wu J, Ladak A, Vossen C, Stewart E, Dove N, Long D, Snell G. Mental health impacts of the COVID-19 pandemic on children and youth – a systematic review. *Child Adolesc Ment Health* 2022; 27(2): 173-189. doi: 10.1111/camh.12501.
5. Inaba H, Rziankina MF, Hoshino F, Takano K, Potapova KE, Zhmerenetsky KV, Ishigami K. Self-Assessment of Health Status and Willingness to Be Vaccinated in Adolescents from the Niigata Prefecture and the Khabarovsk Region during COVID-19. *Healthcare (Basel)* 2022; 10(2): 184. doi: 10.3390/healthcare10020184
6. Loades ME, Chatburn E, Higon-Sweeney N, Reynolds S, Shafran R, Brigden A, Linney C, McManus MN, Borwick C, Crawley E. Rapid. The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2020; 59(11): 1218-1239.e3. doi: 10.1016/j.jaac.2020.05.009

Исследование тревожности у пациентов с хроническим панкреатитом и родственников, посещающих больных во время лечения в стационаре

Илич М. магистрант 2-го курса психологии, направления «Психология здоровья»

Чапала Т.В. к.психол.н, доцент, медицинский психолог, руководитель магистерской программы «Психология здоровья»

ФГБОУ ВО Тольяттинский государственный университет
Тольятти, Россия

Введение. Психологические исследования пациентов с хроническим панкреатитом проводились редко, однако у больных, преимущественно у женщин, наблюдаются тревожные состояния, которые мало изучены. У родственников, ухаживающих за больным членом семьи, наблюдаются негативные эмоциональные проявления, которые могут не отличаться от эмоционального состояния больного близкого человека.

Цель. Определить и изучить социальные характеристики, а также уровень личностной и ситуативной тревожности у больных женщин с диагнозом хронический панкреатит (неалкогольной этиологии), находящихся на стационарном лечении, и родственниц посещающих больных в стационаре.

Методы. Экспериментальное исследование проводилось в стационаре гастроэнтерологического отделения Тольяттинской городской клинической больницы № 5, г. Тольятти, Самарской области. В исследовании приняли участие женщины (n = 45) в возрасте от 33 до 79 лет (средний M = 55,66; SD = 13,91). Выборка распределена в три группы: первая группа (n = 15) – женщины с диагнозом хронический панкреатит (неалкогольной этиологии) в стадии обострения во время стационарного лечения; вторая группа (n = 15) – здоровые родственницы, посещающие больных в стационаре; третья контрольная группа (n = 15) здоровые женщины г. Тольятти. В исследовании применялись методы: психологическая беседа; методика исследования ситуационной и личностной тревожности Спилбергера; «Анкета социально-психологических характеристик», разработанная авторами. Расчет производился с помощью лицензированной программы IBM SPSS Statistics 23.

Результаты. Женщины с диагнозом хронический панкреатит имели низкий уровень образования, чаще не работали и проживали без пары. Они сложно адаптируются к новым условиям жизни и часто испытывают негативные эмоциональные состояния. У них во время обострения заболевания на стационарном лечении и у родственниц из числа посещающих больных определяется высокий и средний уровень реактивной тревожности, а статистически значимые различия в группах не выявлены. Исследование тревожности как свойства личности показало, что статистические различия значимы в уровне личностной тревожности у больных хроническим панкреатитом, родственниц больных и здоровых женщин, уровень личностной тревожности выше у больных женщин, при сравнении с остальными участницами исследования.

Заключение. Полученные результаты исследования могут стать основой для разработки программ психологического сопровождения как больных женщин хроническим панкреатитом, так и родственниц посещающих больных в стационаре.

Ключевые слова: женщины с хроническим панкреатитом, психологическая диагностика тревожности, личностная и ситуативная тревожность, психологическая диагностика родственников больных.

Для цитирования: Илич М., Чапала Т.В. Исследование тревожности у пациентов с хроническим панкреатитом и родственников, посещающих больных во время лечения в стационаре. *Психическое здоровье* 2022; 17(7): 29–39.

Автор для корреспонденции: Илич Мария; e-mail: ilich.mariya@mail.ru

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Поступила: 20.05.2022.

Situational and personal anxiety in patients with chronic pancreatitis and relatives of patients visited during inpatient treatment

Ilich M., Chapala T.V.

Tolyatti State University
Tolyatti, Russia

Introduction. Psychological studies of patients with chronic pancreatitis have been rare, but patients, predominantly women, have anxiety conditions that are little studied. Relatives caring for a sick family member experience negative emotional manifestation that may not differ from the emotional state of a sick loved one.

Aim. To determine and study social characteristics, as well as the level of personal and situational anxiety in female patients with a diagnosis of chronic pancreatitis (non-alcoholic etiology), who are hospitalized, and relatives visiting patients in a hospital.

Methods. The experimental study was conducted in the hospital of the gastroenterological department of the Togliatti City Clinical Hospital No. 5, Togliatti, Samara Region. The study involved women (n = 45) aged 33 to 79 years (mean M = 55.66; SD = 13.91). The sample was divided into three groups: the first group (n = 15) – women diagnosed with chronic pancreatitis (non-alcoholic etiology) in the acute stage during inpatient treatment; the second group (n = 15) – healthy relatives visiting patients in the hospital; the third control group (n = 15) were healthy women from Tolyatti. The following methods were used in the study: psychological conversation; methodology for the study of situational and personal anxiety Spielberger; “Questionnaire of socio-psychological characteristics”, developed by the authors. The calculation was made using the licensed program IBM SPSS Statistics 23.

Results. Women diagnosed with chronic pancreatitis had a low level of education, more often did not work and lived without a partner. They find it difficult to adapt to new living conditions and often experience negative emotional states. During an exacerbation of the disease in hospital treatment and in relatives from among visiting patients, a high and medium level of reactive anxiety is determined, and statistically significant differences in the groups were not detected. The study of anxiety as a personality trait showed that statistical differences are significant in the level of personal anxiety in patients with chronic pancreatitis, relatives of patients and healthy women, the level of personal anxiety is higher in sick women, when compared with other participants in the study.

Conclusion. The obtained results of the study can become the basis for the development of psychological support programs for both female patients with chronic pancreatitis and relatives of visiting patients in a hospital.

Key words: women with chronic pancreatitis, psychological diagnosis of anxiety, personal and situational anxiety, psychological diagnosis of patients' relatives.

For citation: Ilich M., Chapala T.V. Situational and personal anxiety in patients with chronic pancreatitis and relatives of patients visited during inpatient treatment. *Psikhicheskoe zdorovie [Mental Health] 2022; 17(7): 29-39.* (In Russ.).

Corresponding author: Mariya Ilich; **e-mail:** ilich.mariya@mail.ru

Funding. The study had no sponsorship.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interests.

Accepted: 20.05.2022

Введение

Тревожность и тревога занимают ведущие состояния у людей за последние 20 лет, многие ученые называют XXI век веком тревожных людей. Исследования тревожных состояний занимают одно из центральных мест в психологической науке за последнее столетие, так как тревога – это деструктивная и разрушающая эмоция, негативно влияющая на психологическое, психическое, соматическое, социальное и духовное здоровье человека. Эмоции представляют отражение «реальной» или «воображаемой» действительности в форме переживаний – индивидуальная реакция в субъективном воображении конкретного человека [1]. Тревожность как психологическое состояние представляет диффузионное и комплексное состояние, которое может сочетать в себе многокомпонентность внутренних переживаний индивида: беспокойство, страх, грусть, отчаяние, боязнь, опасение, беспомощность и другие негативные чувства. Тревожные личности проявляют дезадаптивность в виде эмоционального дискомфорта, часто это эгоцентрические личности.

Тревожность, может быть индивидуальной психологической личностной особенностью человека. Высокая тревожность может проявляться как низкий порог адаптивности к стрессовым ситуациям, с интенсивным

переживанием чувства тревоги индивидуумом: многим людям сложно поддерживать психологическое благополучие в таких ситуациях [2]. Однако, тревожность может быть компонентом травматического опыта и неадекватно прожитых эмоций. Любой человек в опасных реальных или воображаемых ситуациях проявляет эмоциональные реакции, которые часто связаны с мотивационно-потребностной сферой личности. Тревожность является неотъемлемой частью эмоциональной сферы и может быть связана с личностными характеристиками человека, что сопровождает его на протяжении всей жизни [3].

Длительные тревожные состояния утомляют и истощают человека, с течением времени могут негативно повлиять на его соматическое и психологическое здоровье [4]. Достоверно известно, что отрицательные эмоции деструктивно влияют на здоровье. Негативные жизненные события, частые стрессовые ситуации, нарушение привычного семейного уклада и другие неблагоприятные социальные факторы могут повлиять на работу желудочно-кишечного тракта и проявиться как интенсивные тревожные состояния [5, 6].

Интерес к исследованиям эмоциональных состояний больных с заболеваниями поджелудочной желе-

зы, особенно людей с диагнозом хронический панкреатит за последние двадцать лет в мире вырос [7]. Так как наблюдается негативный прирост больных хроническим панкреатитом чаще среди населения трудоспособного возраста, также выявляются частые рецидивы, приводящие к госпитализации, с риском летального исхода в тяжёлой форме течения заболевания. Хронический панкреатит неалкогольной этиологии по статистическим данным чаще диагностируют у женщин при сравнении с мужчинами. Как показывают научные исследования, у женщин с хроническим панкреатитом наблюдаются интенсивные тревожные проявления, однако психологические исследования проводились редко, и психологические факторы, влияющие на формирование, течение и исход заболевания мало изучены [8, 9].

Научные исследования доказывают, что социальные характеристики такие, как низкий уровень образования, низкая материальная обеспеченность, проживание в одиночестве и психологические характеристики (неустойчивость и нестабильность нервной системы) в сочетании со специфическими навыками питания, типичны для больных с диагнозом хронический панкреатит. Такие больные часто ведут пассивную социальную жизнь, не включаются в трудовую деятельность (абстрагированность от работы), у них наблюдаются нарушения в физическом, психологическом и социальном здоровье в целом. Неблагополучный социальный статус и частые стрессовые ситуации приводят к психоэмоциональной неустойчивости [10, 11].

Соматическое нездоровье и невозможность полной социальной реализации сопровождается интенсивными негативными эмоциями, которые связаны с неопределённостью, неизвестностью, страхом осложнений и отягощением заболевания, особенно выраженным при стационарном лечении. Часто отрицательные эмоции больного передаются и выражаются членам его семьи. Ухаживающие за больным родственники имеют ключевое значение в совладении многообразных стрессов в процессе лечения и реабилитации больного [12].

Болезнь члена семьи отражается на субъективном и объективном уровне социального функционирования всех членов семьи. В силу высокой значимости близкого больного человека часто родственники вынуждены сократить социальную активность (прекращают трудовую деятельность и уменьшают межличностные контакты). Новая социальная роль и новый уклад жизни требует постоянной мобилизации, что часто приводит к истощению физического и психического здоровья самого ухаживающего человека [13, 14].

На сегодняшний день в России недостаточно психологических исследований, изучающих эмоциональное состояние родственников соматических пациентов, существуют лишь единичные медицинские исследования с участием родственников с алкогольной и наркотической зависимостью, переписными инсультами и онкологическими заболеваниями. В научных работах изучающих эмоциональное состояние ухаживающих родственников определяется высокий уровень ситуативной тревожности, которая со временем перерастает в устойчивое тревожное состояние личности. Высокий уровень тревожности мешает им объективно оценивать, воспринимать и действовать в текущей ситуации – в период болезни близкого человека [15, 16].

Таким образом, можно сделать вывод: психологические исследования людей с заболеванием поджелудочной железы проводились редко. Из немногих исследований можно заключить что, у больных с диагнозом хронический панкреатит определяются типичные социально-психологические характеристики и эмоциональные состояния, которые выражаются тревожными проявлениями, преимущественно у женщин с хроническим панкреатитом неалкогольной этиологии. Также у родственников, ухаживающих за тяжело больным членом семьи, наблюдается интенсивность эмоциональных проявлений, которые значительно не отличаются от эмоционального состояния больного близкого человека. Однако требуется проверка данной гипотезы, так как малочисленны исследования о родственниках, ухаживающих за соматически больным близким человеком, особенно больным хроническим панкреатитом.

Цель исследования: определить и изучить социальные характеристики, а также уровень личностной и ситуативной тревожности у больных женщин с диагнозом хронический панкреатит (неалкогольной этиологии), находящихся на стационарном лечении, и родственников, посещающих больных в стационаре.

Задачи исследования:

1. Провести эмпирическое исследование с участием больных женщин с диагнозом хронический панкреатит (неалкогольной этиологии) и здоровых родственников, посещающих больных в стационаре, и группой сравнения – здоровых женщин;

2. Применяя психологическую диагностику, определить социально-психологические характеристики и уровень ситуативной и личностной тревожности у испытуемых;

3. Методами математической статистики сравнить полученные результаты в группах исследования: женщин с диагнозом хронический панкреатит, здоровых

родственников посещающих больных в стационаре и здоровых женщин;

4. По итогам проведенного исследования предложить общие рекомендации по психологической работе.

Методы

Исследование проведено в соответствии с декларацией международных и российских этических норм и стандартов психологических и клинических исследований, с соблюдением этического кодекса психолога Российского Психологического Общества. Исследование прошло экспертизу Комитета по биоэтике при Самарском государственном медицинском университете Минздрава России г. Самара. Базой исследования стало стационарное отделение гастроэнтерологии ГБУЗ СО «Тольяттинская городская клиническая больница № 5», городского округа Тольятти, Самарской области. Исследование проведено при участии заведующей отделением гастроэнтерологии Фисечко Ирины Васильевны, врачей-гастроэнтерологов и врача психиатра-нарколога Голубевой Ирины Александровны в период с сентября по декабрь 2019 года.

На первом этапе приняло участие $n = 95$ человек. Для второго этапа исследования из них было отобраны женщины ($n = 45$) в возрасте от 33 до 79 лет (средний возраст $M = 55,66$; $SD = 13,91$). При определении участников дальнейшего исследования был учтен гендерный фактор, в исследование включены только женщины.

Участницы были распределены на три группы, с равным возрастным диапазоном.

В первую группу вошли женщины с диагнозом хронический панкреатит неалкогольной этиологии в стадии обострения, находящиеся на стационарном лечении ($n=15$). Часто панкреатит развивается вследствие чрезмерного употребления спиртных напитков, что приводит к отягощению эмоциональной и когнитивной сфер личности, у больных могут формироваться сопутствующие заболевания, все это может искажать результаты исследования [17], в связи с чем критерием исключения было наличие панкреатита алкогольной этиологии и иных сопутствующих соматических и психических заболеваний. Поэтому в исследовании приняли участие только больные с диагнозом хронический панкреатит неалкогольной этиологии, клинический диагноз участницам исследования поставлен врачами-гастроэнтерологами согласно международной классификации болезней МКБ-10. Все испытуемые находились на стационарном лечении длительно-

стью от 10 до 27 дней. Психологическая диагностика проводилась на 3-4 день после поступления в стационар, в первой половине дня, до получения плановой лекарственной терапии, назначенной врачом-гастроэнтерологом.

Вторую группу составили здоровые женщины из числа родственников, посещающих больных во время стационарного лечения ($n = 15$). Психологическая диагностика проводилась во время посещения родственников в стационарном гастроэнтерологическом отделении.

В третью группу вошли здоровые женщины, пожелавшие принять участие в исследовании ($n = 15$).

Женщины, принявшие участие в психологическом исследовании, были проинформированы о целях и методах исследования. Все испытуемые дали добровольное письменное согласие на психологическую диагностику и использование данных в научных и практических целях. На каждого участника исследования оформлена «индивидуальная карта испытуемого» с присвоением индивидуального шифра, для сохранения конфиденциальности личных данных.

Согласно цели исследования, были выбраны следующие методы для исследования социальных характеристик и тревожности участниц:

– метод психологической беседы (клиническое интервью) применялся для сбора основной анамнестической информации и социальных характеристик испытуемых женщин: пол, возраст, уровень образования, семейное положение, трудовой статус (НС – неоконченное средне-специальное; СС – среднее специальное; НВ – неоконченное высшее; ВО – высшее образование; СБ – состояние в браке; Р – разведённые; ВД – вдовы; НСБ – никогда не состояли в браке; РБ – работают; НР – не работают; П – пенсионеры). Беседа была ориентирована на сбор информации для решения поставленных научных задач, во время встреч сохранялись границы межличностного отношения, и установлены конструктивные рабочие отношения;

– для качественного и полноценного сбора информации о социально-психологических характеристиках участниц исследования авторы разработали «Анкеты социально-психологических характеристик». Анкета имела задачу максимально информативно и объективно отобразить социально-психологические характеристики испытуемых женщин. Предложено три блока по 20 вопросов в каждом: социальные, экономические и психологические аспекты жизни человека [18, 19]. В данной работе представлены частичные результаты анкетирования;

– методика американского ученого Чарльза Дональда Спилберга (адаптированная на русский язык Юрием Львовичем Ханиным) была использована для изучения уровня ситуативной и личностной тревожности. Данная методика часто используется в работах с психосоматическими пациентами, так как полноценно раскрывает тревожность как реакцию на текущие обстоятельства жизни человека и тревожность как устойчивую личностную черту. Шкала состоит из 40 высказываний: две шкалы по 20 вопросов. Количество полученных баллов определяет уровень тревожности по каждой из двух шкал. Диапазон общих баллов может составлять от 20 до 80 баллов. Уровень выше 45 баллов – высокий уровень тревожности; 31–44 балла – средний уровень; до 30 баллов – низкий показатель тревожности [20].

Применение достоверных математических методов, рекомендованных для психологических исследований, позволило провести качественный и количественный анализ полученных эмпирических данных и представить их в дескриптивной модели (n – число наблюдений, M – среднее арифметическое, SD – стандартное отклонение). Все переменные были проверены на нормальность распределения с помощью применения λ -критерия Колмогорова-Смирнова (As – асимметрия, Ex – эксцесс) (табл. 1). Так как все переменные показали нормальное распределение, для определения значимых различий между средними значениями испытуемых групп (независимыми переменными) применялся параметрический F критерий Фишера (однофакторного дисперсионного анализа для

независимых показателей – ANOVA) [21, с. 57]. Расчет производился с использованием лицензированной программы IBM SPSS Statistics 23.

Результаты исследования и их обсуждение

Во время психологической беседы определены основные социальные характеристики (рис. 1):

У участниц первой группы (женщины с диагнозом хронический панкреатит) отмечено: большинство больных женщин (74%) имеют среднее специальное образование или неоконченное среднее образование, 60% проживает без партнера (вдовы или разведены), и 60% не принимают участия в трудовой деятельности (пенсионеры и/или неработающие среднего возраста).

У участниц второй группы, здоровых женщин из числа родственниц посещающих больных, выявлено: большинство женщин (60%) имеют высшее образование или неоконченное высшее образование, такой же процент (60%) проживает с партнером (состоит в браке), и 60% находятся постоянно в трудовой деятельности – работают (участнице среднего возраста). Остальные участницы – неработающие пенсионеры.

В третьей группе, здоровых женщин г.о. Тольятти, определено: большинство женщин (67%) имеют среднее специальное образование, и такой же процент (67%) состоит в браке, 53% женщин среднего возраста – работают, и оставшиеся женщины – неработающие пенсионеры.

Анализ ответов на вопросы анкеты «Социально-психологические характеристики» выявил сле-

Таблица 1. Проверка на нормальность распределения данных по критерию Колмогорова–Смирнова

Одновыборочный критерий Колмогорова-Смирнова								
Переменные	n	M	SD	Me	As	Ex	K-S λ	p
Первая группа								
Ситуативная тревожность	15	50,26	4,13	50	-0,219	-0,210	0,126	0,944
Личностная тревожность	15	56,26	6,22	56	0,049	0,333	0,086	0,999
Вторая группа								
Ситуативная тревожность	15	45,73	8,14	46	0,073	-0,858	0,126	0,946
Личностная тревожность	15	43,80	6,86	42	0,475	-1,065	0,142	0,880
Третья группа								
Ситуативная тревожность	15	45,40	9,28	43	0,808	0,867	0,162	0,769
Личностная тревожность	15	48,80	7,912	50	-0,138	-1,464	0,124	0,950

Примечание: n – число наблюдений; M – среднее значение; SD – стандартное отклонение; Me – медиана; As – асимметрия; Ex – эксцесс; $K-S \lambda$ – статика Колмогорова–Смирнова; p – уровень значимости

дующее (рис. 1): 53% больных женщин с диагнозом хронический панкреатит, не знают о пользе дробного питания, 47% считают, что рациональное питание – составной элемент здорового образа жизни. Однако, более половины участниц первой группы (60%) считают, что они недостаточно владеют информацией о здоровом питании, и 40% предполагают, что достаточно владеют информацией о пользе правильного питания для здоровья. 80% участниц второй группы, знают, что дробное питание – это основная часть здорового образа жизни, и 20% здоровых женщин не знают о полноценном питании и его пользе. Большинство из них (60%), владеют необходимой информацией о пользе правильных привычек питания для здоровья, 40% не владеют информацией. Женщины третьей группы (93%) считают, что дробное питание – основная часть здоровья, и только 7% не уверены в пользе полноценного питания. 79% владеют информацией в достаточном объеме о пользе полноценного питания, и 21% недостаточно знают о пользе дробного питания.

Ответы на вопросы анкеты, исследующие самочувствие испытуемых, позволяют заключить следующее: 93% женщин с хроническим панкреатитом постоянно испытывают отрицательные эмоции (тревога, беспокойство, отчаяние), что может быть связано с состоянием здоровья, и только 7% ответило, что получают удовольствие от жизни. Никто из больных женщин не испытывает чувства радости и счастья.

58% участниц исследования, из числа родственников, чаще всего испытывают положительные эмоции такие, как удовольствие, оптимизм и радость, они смотрят на жизнь позитивно, однако 42% женщин ответило, что постоянно испытывает негативные чувства, тревогу и беспокойство, и им трудно сохранять оптимизм. Вероятно, это связано с необходимостью постоянного ухода за больным близким человеком.

47% женщин третьей группы часто беспокоятся и тревожатся, но 34% чаще находятся в хорошем настроении и стараются наслаждаться жизнью, 19% постоянно чувствуют себя усталю, что мешает им сохранять хорошее настроение.

Анализ ответов на вопросы взаимодействия с социумом и адаптации показал, что 80% больных женщин с диагнозом хронический панкреатит довольны социально-психологическим климатом в своём окружении, и только у 20% возникают трудности в отношениях с людьми. 60% больных женщин отметило, что в течение нескольких дней привыкают к новым обстоятельствам и переменам жизни, 27% отметило, что они трудно привыкают к новым обстоятельствам и долго привыкают к новому, 13% отметило, что всегда чувствуют себя комфортно в новых условиях и в новом социальном окружении. У больных с хроническим панкреатитом – низкая социальная адаптация к новым обстоятельствам жизни, которая свойственна людям с заболеванием хронический панкреатит.

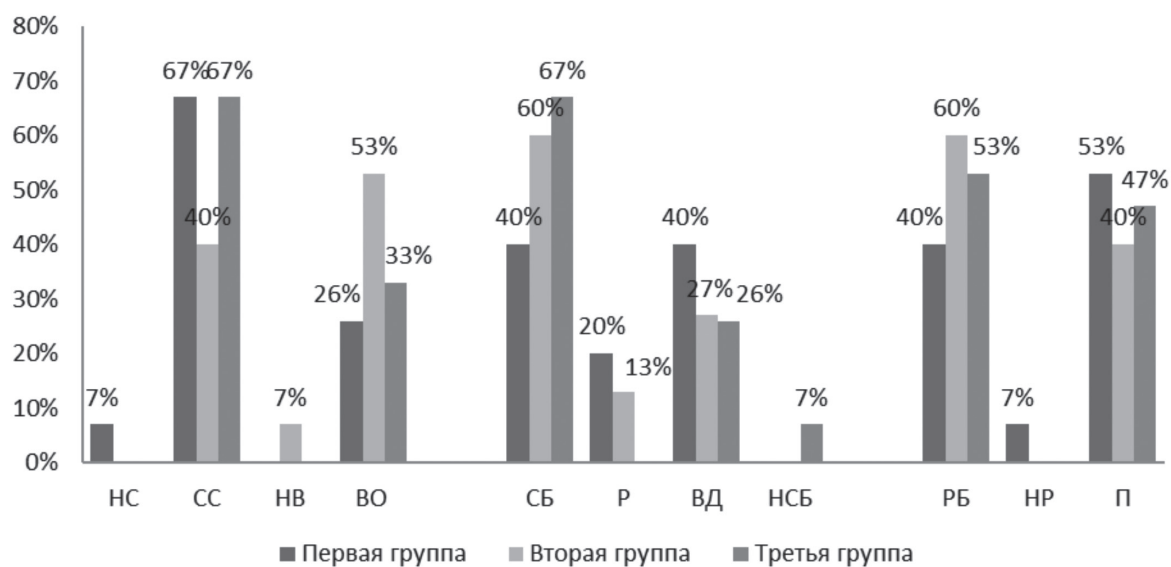


Рис. 1. Сравнение процентного соотношения по показателям основных социальных характеристик в исследуемых группах

86% женщин второй группы устраивает социально-психологический климат, 14% сталкиваются с трудностями при взаимодействии с окружающими людьми. 46% здоровых женщин заявило, что они привыкают к новым условиям жизни с первых дней, и у них не возникают трудности в новой обстановке. 27% женщин в течение нескольких дней привыкают к новым жизненным обстоятельствам, и такой же процент (27%) испытывает дискомфорт и тяжело привыкает к новому, они нуждаются в дополнительном времени для адаптации к новым условиям жизни.

Все женщины третьей группы отметили, что их полностью устраивает социально-психологический климат, и они себя чувствуют комфортно в своем окружении. Более половины женщин (53%) быстро адаптируется к новым условиям жизни и не испытывает трудностей, 40% привыкает в течение нескольких дней, и только 7% отметили, что постоянно испытывают трудности во взаимоотношениях с людьми и трудно привыкают к новым обстоятельствам жизни.

47% женщин с диагнозом хронический панкреатит отметили, что не испытывают трудностей, заболевание не мешает их укладу жизни, 33% женщин озабочены состоянием своего здоровья, так как они ограничены в выполнении повседневных обязанностей, 13% беспокоит материальная необеспеченность, и 7% испытывает трудности при выполнении повседневных обязанностей, что связано с тяжестью заболевания.

Более половины (65%) участниц второй группы исследования отметило, что у них в повседневной жизни не возникает проблем на работе, однако 21% беспокоят отношения на работе, что связано с необходимостью ухода за больным родственником, 7% беспокоит состояние здоровья и такой же процент (7%) финансовые трудности.

Большинство участниц третьей группы (79%) отметили, что довольны своей жизнью и их все устраивает, однако 14% беспокоится состоянием здоровья, и 7% испытывают трудности из-за материальной недостаточности.

Анализ ответов на анкетные вопросы, раскрывающие социально-психологические характеристики, позволяет заключить следующее: женщины с диагнозом хронический панкреатит менее проинформированы о важности дробного питания для сохранения и поддержания своего здоровья. Они чаще здоровых женщин демонстрируют низкий уровень социальной адаптации в новом окружении. Хотя почти половина (47%) из них отмечает, что заболевание не мешает их привычному укладу жизни.

По вопросам анкеты, исследующих субъективную оценку самочувствия, отмечено: почти все (93%) женщины с диагнозом хронический панкреатит постоянно испытывают негативные эмоциональные состояния, у участниц второй и третьей группы выявлены отрицательные эмоциональные состояния. Хроническое заболевание негативно влияет на эмоциональный фон пациентов.

42% родственников из числа посещающих больных постоянно испытывают негативные эмоции, и 35% их них испытывают трудности в работе, трудности финансового характера и со здоровьем. Что может говорить о том, что уход и забота о близком человеке во время пребывания в стационаре негативно влияет на эмоциональное состояние самого ухаживающего родственника.

Для измерения уровня тревожности в испытуемых группах «в данный момент» и как особенность личности применялась методика Ч.Д. Спилбергера. Данная методика часто применяется в психологической диагностике при соматических заболеваниях, в том числе и для стационарных пациентов, а также при исследованиях здорового населения. На **рис. 2** представлены результаты

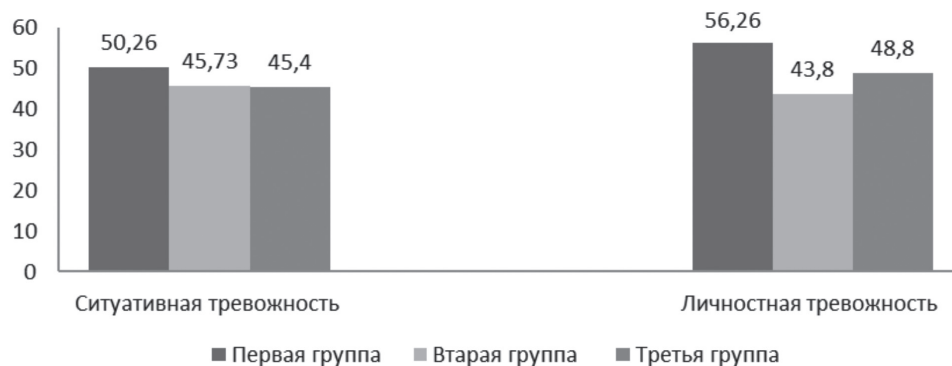


Рис. 2. Соотношение результатов диагностики ситуативной и личностной тревожности в испытуемых группах

психологической диагностики ситуативной и личностной тревожности у участниц трех групп исследования.

Анализ полученных результатов выявил следующее (табл. 2): у 86% женщин с диагнозом хронический панкреатит выявлен высокий уровень реактивной тревожности, средний уровень был определен у 24% участниц первой группы. Средний уровень значения баллов у больных хроническим панкреатитом по шкале ситуативная тревожность составил $M = 50,26$; $SD = 4,13$ балла.

У 53% человек из числа родственников, посещающих больных, выявлена высокая ситуативная тревожность, и 47% – средний уровень значения. Среднее значение шкалы ситуативная тревожность у женщин второй группы составил $M = 45,73$; $SD = 8,14$ балла.

У 33% здоровых участниц третьей группы определен высокий уровень значения реактивной тревожности, и 67% определяется среднее значение. По шкале ситуативная тревожность среднее значение баллов у участниц исследования третьей группы составил $M = 45,40$; $SD = 9,29$ балла.

Необходимо отметить, что низкий уровень значения ситуативной тревожности не выявлен ни в одной группе участниц.

Значимые различия не выявлены в уровне ситуативной тревожности между женщинами с диагнозом хро-

нический панкреатит и родственницами, посещающими больных, находящимися на стационарном лечении $F = 3,695$; $p = 0,065$. В уровне ситуативной тревожности между больными женщинами и здоровыми женщинами, пожелавшими принять участие в исследовании, различия статистически не значимы: $F = 3,438$; $p = 0,074$. Между здоровыми участницами второй и третьей группы уровень ситуативной тревожности различия также статистически не значимы: $F = 0,010$; $p = 0,917$.

Анализ результатов психологической диагностики личностной тревожности выявил (табл. 3): почти у всех (93%) женщин с диагнозом хронический панкреатит – высокий уровень личностной тревожности, и только у 7% определяется средний уровень значения. Среднее значение баллов у участниц первой группы по шкале личностная тревожность составил $M = 56,26$; $SD = 6,22$ балла.

40% здоровых женщин из числа родственников, посещающих больных, выявлена высокая личностная тревожность, и у 60% определяется средний уровень значения. Средние значения шкалы личностная тревожность у женщин второй группы составил $M = 43,80$; $SD = 6,86$ балла.

У большей половины (67%) здоровых участниц третьей группы выявлен высокий уровень значения личностной тревожности, и у 33 % определяется среднее

Таблица 2. Сравнение результатов диагностики ситуативной тревожности в группах исследования

Ситуативная тревожность						
Уровень значений	Первая группа		Вторая группа		Третья группа	
	M ± SD	%	M ± SD	%	M ± SD	%
Высокая	51,38 ± 3,12	86	52,00 ± 4,75	53	53,20 ± 7,82	33
Средняя	43,00 ± 0,00	24	38,50 ± 4,03	47	41,50 ± 7,50	67
Низкая	0	0	0	0	0	0
Средние баллы	50,26 ± 4,13		45,73 ± 8,14		45,40 ± 9,29	

Таблица 3. Сравнение результатов диагностики личностной тревожности в группах исследования

Личностная тревожность						
Уровень значений	Первая группа		Вторая группа		Третья группа	
	M ± SD	%	M ± SD	%	M ± SD	%
Высокая	57,14 ± 5,41	93	50,83 ± 4,16	40	53,40 ± 4,92	67
Средняя	44,00 ± 0,00	7	38,11 ± 3,14	60	39,60 ± 2,40	33
Низкая	0	0	0	0	0	0
Средние баллы	56,26 ± 6,22		43,80 ± 6,86		48,80 ± 7,91	

значение баллов. По шкале личностная тревожность среднее значение баллов у участниц исследования третьей группы составил $M = 48,80$; $SD = 7,91$ балла.

Ни в одной группе участниц не выявлены низкие значения уровня личностной тревожности.

Сравнением уровня личностной тревожности между женщинами с диагнозом хронический панкреатит и родственниц, посещающих больных, находящихся на стационарном лечении, различия статистически значимы $F = 27,122$; $p = 0,000$. Также различия статистически значимы в уровне личностной тревожности у больных женщин и у здоровых женщин из числа пожелавших принять участие в исследовании $F = 8,248$; $p = 0,007$. Однако между здоровыми участницами второй и третьей группы различия статистически не значимы $F = 3,416$; $p = 0,075$.

Из проведенного исследования можно сделать вывод, что при сравнении основных социальных характеристик в испытуемых группах было выявлено: больные женщины более уязвимы, поскольку у них самый низкий уровень образования, большинство проживает без партнера и ведет социально пассивный образ жизни, не работает. Исходя из данных изученной литературы – полученные значения характерны для больных с диагнозом хронический панкреатит, что подтверждается ранее проведенными научными исследованиями [6, 11].

Исходя из полуденных результатов исследования тревожности можно предположить, что текущую ситуацию (пребывание в стационаре) как больные женщины с диагнозом хронический панкреатит, так и родственницы больных воспринимают реактивно, возможно, это связано с неизвестностью исхода хронического заболевания и постоянным волнением о результатах лечения. Данный факт был ранее описан в научной литературе, что для родственников, ухаживающих за тяжелобольным близким человеком характерны негативные эмоциональные состояния, которые проявляются как выраженная тревожность [15, 16]. Необходимо отметить, что существенных различий в уровне ситуационной тревожности между участниками второй и третьей группы нет. Зарубежные исследователи отмечают влияние времени года для проведения исследования, так как чаще в смене времени года осень – зима отмечаются эмоциональные сдвиги, что также, возможно, повлияло на результаты исследования [22, 23].

Сравнение значений личностной тревожности между больными женщинами и родственниками больных, также между больными и здоровыми участницами третьей группы исследования, показало статистически значимые различия. Возможно, хроническое заболевание повлияло на личностные особенности больных, которые связа-

ны с постоянным ощущением угрозы для жизни – обострением хронического заболевания. Следует заметить, что в теории о типологии личности: часто люди с заболеваниями желудочно-кишечного тракта обладают слабым типом нервной системы, для которого характерна эмоциональная неустойчивость и нестабильность [24].

Поскольку выборка не многочисленная, для подтверждения или опровержения результатов исследования требуется расширение выборки (во всех испытуемых группах), а также расширения методик исследования и методов статистической обработки данных. Возможно, целесообразнее было бы расширить и количество испытуемых групп – мужчины с диагнозом хронический панкреатит во время стационарного лечения и мужчины из числа родственников. А также проведение исследования с учетом больных хроническим панкреатитом на амбулаторном лечении – для сравнения полученных данных и определения статистически значимых различий между пациентами на стационарном и амбулаторном лечении с хроническим панкреатитом. Таким образом, можно выяснить, распределяются ли полученные данные на большое количество людей или нет.

Получение результаты исследования не должны уменьшить научную значимость, поскольку данные могут иметь немаловажное значение для практической работы психологов во время работы с пациентами с данной нозологической группой для составления психологических коррекционных и просветительских программ для больных во время стационарного лечения, а также для родственников, посещающих больных. Так как из полученных результатов смело можно утверждать, что в условиях стационара в психологическом сопровождении нуждаются как больные женщины с хроническим панкреатитом, так и посещающие родственнице больных, то результаты исследования можно учитывать при составлении индивидуальных программ психологического сопровождения.

Выводы

Таким образом полученные результаты исследования тревожности у пациентов с хроническим панкреатитом и родственников, посещающих больных во время лечения в стационаре, позволяют сделать следующие выводы:

1. Сравнение основных социальных характеристик показало, что в группе больных женщин с диагнозом хронический панкреатит низкий уровень образования, они чаще чем здоровые женщины не работают и проживают без партнера. Они сложно адаптируются к но-

вым условиям жизни и часто испытывают негативные эмоциональные состояния;

2. У больных женщин и родственниц из числа посещающих больных во время стационарного лечения определен высокий и средний уровень реактивной тревожности, однако статистически значимые различия не определяются. Текущую ситуацию (нахождение в стационаре) воспринимают сходно ситуации – реактивно;

3. Статистические различия значимы в уровне личностной тревожности у больных женщин хроническим панкреатитом и здоровых женщин, родственниц больных, и женщин, пожелавших принять участие в исследовании;

4. Из полученных результатов можно сделать вывод, что для подтверждения полученных данных требуется расширение выборки в силу малочисленности. Однако полученные результаты исследования имеют высокую практическую значимость, так как могут стать основой для разработки программ психологического сопровождения как больных женщин хроническим панкреатитом, так и родственниц, посещающих больных в стационаре.

Список литературы

- Линде Н.Д. Психологическое консультирование: Теория и практика. М.: Астра Пресс, 2019. 272 с.
- Быховец Ю.В., Падун М.А. Личностная тревожность и регуляция эмоций в контексте изучения посттравматического стресса. *Клиническая и специальная психология* 2019; 8(1): 78-89. doi: 10.17759/cpse.2019080105
- Маслова Т.М., Показка А.В. Тревожность личности как фактор развития стрессоустойчивости. *Азимут научных исследований: педагогика и психология* 2019; 2(27): 352-354. doi: 10.26140/anip-2019-0802-0079
- Корепанова Н. Л., Лебедева О. В. Тревожность. Её причины и следствия / *Научно-методический электронный журнал «Концепт»* 2016; (28): 35-37. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: <http://e-koncept.ru/2016/56462.htm>. Дата обращения: 14.05.2022.
- Дёмина С.Н. Теоретические аспекты исследования личностных особенностей пациентов с разными психосоматическими состояниями. *Научно-методический электронный журнал «Концепт»* 2017; (12): 80-85. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: <http://e-koncept.ru/2017/770227.htm>. Дата обращения: 14.05.2022.
- Юрьева Л.Н., Шевченко Ю.Н. Дифференцированные реабилитационные программы для реабилитации пациентов с панкреатитом с непсихотическими психическими расстройствами. *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология* 2015; (20)2: 135-141.
- Ивашкин В.Т., Маев И.В., Охлобыстин А.В., Кучерявый Ю.А., Трухманов А.С., Шептулин А.А., Шифрин О.С., Лапина Т.Л., Осипенко М.Ф., Симаненков В.И., Хлынов Х.Б., Алексеев А.С., Алексеева О.П., Чикунова М.В. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению хронического панкреатита. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии* 2014; (4): 70-97.
- Потяженко М.М., Китуря О.В., Невоит А.В., Соколов Н.Л., Настройка Т.В. Влияние лечения на уровень тревожности больных хроническим панкреатитом. *Web of Scholar* 2018; 20(2): 43-46.
- Циммерман Я.С. Гастроэнтерология: руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. 800 с.
- Чапала Т.В., Илич М. Исследование социально-психологических характеристик у пациентов гастроэнтерологического профиля. Дети. Общество. Будущее: сборник научных статей по материалам III Конгресса «Психическое здоровье человека XXI века». М.: Издательство КноРус, 2020. 325-328. doi: 10.37752/9785406029381-102
- Белякова С.В., Белоусова Е.А. Качество жизни больных хроническим панкреатитом в Московской области. *Альманах клинической медицины* 2015; (40): 64-71.
- Ничипоренко Н.П. Система стабилизации личности как фактор этиологии психосоматического процесса и совладения с болезнью. *Практическая медицина* 2015; 90(5): 46-50.
- Jennifer L.M., Kathleen A.D., Douglas B.W., Dorothy K.F., Kathleen A.P. Symptom experiences of family members of intensive care unit patients at high risk for dying. *Critical Care Medicine* 2010; 38(4): 1078-1085. doi: 10.1097/CCM.0b013e3181cf6d94
- Perez-San G.M., Blanco-Picabia A., Murillo-Cabezas F., Dominguez-Roldan J.M., Sanchez B., Nunez-Roldan A. Psychological problems in the family members of gravely traumatized patients admitted into an ICU. *Intensive Care Med* 1992; (18): 278-281. doi: 10.1007/BF011706473.
- Баландина Л.Л., Бердникова Р.К. Особенности семейных отношений и эмоциональных состояний у лиц с разным уровнем постинсультной депрессии. *Вестник Пермского государственного гуманитарно-педагогического университета. Серия №1. Психологические и педагогические науки* 2019; (1): 80-88.
- Бочаров В.В., Шишкова А.М., Сивак А.А., Ипатова К.А. Методика «Уровень эмоционального выгорания родственников» психометрические характеристики. *Медицинская психология в России* 2018; (10)6: 4. doi: 10.24411/2219-8245-2018-16040
- Наталийский А.А., Тарасенко С.В., Зайцев О.В., Песков О.Д., Богомолов А.Ю., Кадыкова О.А., Баконина И.В. Хронический панкреатит как мультидисциплинарная медико-социальная проблема. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология* 2017; 142(6): 61-65.
- Чапала Т.В., Илич М. Исследование социально-психологических характеристик и тревожности у пациентов гастроэнтерологического профиля (на примере хронического панкреатита). *Вектор науки Тольяттинского государственного университета. Серия: Педагогика, психология* 2019; 39(4): 58-64. doi: 10.18323/2221-5662-2019-4-58-64
- Чапала Т.В., Илич М. Исследование тревожности у пациентов гастроэнтерологического профиля. Способности и ментальные ресурсы человека в мире глобальных перемен. М.: Институт психологии РАН, 2020. 1187-1194. doi: 10.38098/proc.2020.59.34.001
- Райгородского Д.Я. Энциклопедия психодиагностики. Психодиагностика возрастная. Самара: Издательский Дом «Бахрах-М», 2015. 704 с.
- Чижкова М. Б. Основы математической обработки данных в психологии. Оренбург: Оренбургская государственная медицинская академия, 2014. 95 с
- Aysha L., Jeanne V.A.W., Andrew G.M.B., Scott B.P. Seasonal variation in specific depressive symptoms: A population-based study. *Journal of Affective Disorders* 2020; (261): 153-159. doi: 10.1016/j.jad.2019.10.003
- Wim H.W., Wendy J.P., Ybe M., Brenda W.P., Willem A.N., Seasonality in depressive and anxiety symptoms among primary care patients and in patients with depressive and anxiety disorders; results from the Netherlands Study of Depression and Anxiety. *BMC Psychiatry* 2011; (1): 198. doi: 10.1186/1471-244X-11-198

24. Grimsley D.L., Windholz G. The neurophysiological aspects of Pavlov's theory of higher nervous activity: in honor of the 150th anniversary of Pavlov's birth. *J Hist Neurosci* 2000; 2(92): 152-163. doi: 10.1076/0964-704x(200008)9;2;1-y;ft152

References

- Linde N.D. Psihologicheskoe konsul'tirovanie: Teorija i praktika [Psychological counseling: Theory and practice]. Moscow: Astra Press, 2019. 272 p. (In Russ.)
- Bykhovets Yu.V., Padun M.A. Personal Anxiety and Emotion Regulation in the Context of Study of Post-Traumatic Stress. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya [Clinical Psychology and Special Education]* 2019; 8(1): 78-89. doi: 10.17759/cpse.2019080105 (In Russ.)
- Maslova T.M., Pokatskaya A.V. Personality anxiety as a factor of the development of stress resistance. *Azimut nauchnykh issledovaniy: pedagogika i psikhologiya [Azimuth of Scientific Research: Pedagogy and Psychology]* 2019; 2(27): 352-354. doi: 10.26140/anip-2019-0802-0079 (In Russ.)
- Korepanova N.L., Lebedeva O.V. Trevozhnost'. Ee prichiny i sledstviya Anxiety. [Its causes and consequences] *Nauchno-metodicheskij elektronnyy zhurnal "Koncept" [Scientific and methodological electronic journal "Concept"]* 2016; (28): 35-37. [Electronic resource] Available at: URL: <http://e-koncept.ru/2016/56462.htm>. Accessed: 14.05.2022. (In Russ.)
- Demina S.N. Teoreticheskie aspekty issledovaniya lichnostnykh osobennostey patientsov s raznymi psichosomaticheskimi sostoyaniyami [Theoretical aspects of the study of personal characteristics of patients with different psychosomatic conditions]. *Nauchno-metodicheskij elektronnyy zhurnal "Koncept" [Scientific and methodological electronic journal "Concept"]* 2017; (12): 80-85. [Electronic resource] Available at: URL: <http://e-koncept.ru/2017/770227.htm>. Accessed: 14.05.2022. (In Russ.)
- Yur'yeva L., Shevchenko J. Differential rehabilitation programs for the rehabilitation of patients with pancreatitis with non-psychotic mental disorders. *Psikhiatriya, psikhoterapiya i klinicheskaya psikhologiya [Psychiatry, Psychotherapy and Clinical Psychology]* 2015; (20)2: 135-141. (In Russ.)
- Ivashkin V.T., Maev I.V., Okhlobystin A.V., Kucheryavyy Yu.A., Trukhmanov A.S., Sheptulin A.A., Shifrin O.S., Lapina T.L., Osipenko M.F., Simanenkova V.I., Khlynov Kh.B., Alekseenko A.S., Alekseeva O.P., Chikunova M.V. Rekomendatsii Rossiyskoy gastroenterologicheskoy assotsiatsii po diagnostike i lecheniyu khronicheskogo pankreatita [Recommendations of the Russian gastroenterological association for the diagnosis and treatment of chronic pancreatitis.] *Rossiyskiy zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii [Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology]* 2014; (4): 70-97. (In Russ.)
- Pot'yazhenko M.M., Kitura O.V., Nevoyt A.V., Sokolov N.L., Nastroyka T.V. Vliyanie lecheniya na uroven' trevozhnosti bol'nykh khronicheskim pankreatitom [Influence of treatment on the level of anxiety in patients with chronic pancreatitis]. *Web of Scholar* 2018; 20(2): 43-46. (In Russ.)
- Tsimmerman Ya.S. Gastroenterologiya: rukovodstvo [Gastroenterology: a guide.]. Moscow: GEOTAR-Media, 2012. 800 p. (In Russ.)
- Chapala T.V., Ilich M. The study of socio-psychological characteristics in patients with gastroenterological profile. *Deti. Obschestvo. Budushchee: sbornik nauchnykh statey po materialam III Kongressa «Psikhicheskoe zdorov'e cheloveka XXI veka» [Children. Society. Future: a collection of scientific articles based on the materials of the III Congress "Mental health of a person of the XXI century"]*. Moscow: KnoRus Publishing House, 2020. 325-328. doi: 10.37752/9785406029381-102 (In Russ.)
- Belyakova S.V., Belousova E.A., Quality of life in patients with chronic pancreatitis in the Moscow region. *Al'manakh klinicheskoy meditsiny [Almanac of Clinical Medicine]* 2015; (40): 64-71. (In Russ.)
- Nichiporenko N.P. The personality stabilizing system as a factor of etiology of psychosomatic process and coping with illness. *Prakticheskaya meditsina [Practical Medicine]* 2015; 90(5): 46-50. (In Russ.)
- Jennifer L.M., Kathleen A.D., Douglas B.W., Dorothy K.F., Kathleen A.P. Symptom experiences of family members of intensive care unit patients at high risk for dying. *Critical Care Medicine* 2010; 38(4): 1078-1085. doi: 10.1097/CCM.0b013e3181cf6d94
- Perez-San G.M., Blanco-Picabia A., Murillo-Cabezas F., Dominguez-Roldan J.M., Sanchez B., Nunez-Roldan A. Psychological problems in the family members of gravely traumatized patients admitted into an ICU. *Intensive Care Med* 1992; (18): 278-281. doi: 10.1007/BF01706473.
- Lyudmila L.B., Rajzhan K.B., Peculiarities of family relations and emotional states of people with different kinds of post-stroke depression. *Vestnik Permskogo gosudarstvennogo gumanitarno-pedagogicheskogo universiteta. Seriya №1. Psikhologicheskie i pedagogicheskie nauki [Bulletin of the Perm State Humanitarian Pedagogical University. Series №1. Psychological and pedagogical sciences]* 2019; (1): 80-88. (In Russ.)
- Bocharov V.V., Shishkova A.M., Sivak A.A., Ipatova K.A. Assessment measure "Level of relatives' emotional burnout" psychometric features. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii [Medical psychology in Russia]* 2018; (10)6: 4. doi:10.24411/2219-8245-2018-16040. (In Russ.)
- Natalskiy A.A., Tarasenko S.V., Zaytsev O.V., Peskov O.D., Bogomolov A.Yu., Kadykova O.A. Chronic pancreatitis is a multidisciplinary medical-social problem. Eksperimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya [Experimental and Clinical Gastroenterology] 2017; 142(6): 61-65. (In Russ.)
- Chapala T.V., Ilich M. The study of social-psychological characteristics and anxiety of patients with gastroenterological diseases (on the example of chronic pancreatitis). *Vektor nauki Tol'yatinskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Pedagogika, psikhologiya [Vector of Science of Togliatti State University. Series: Pedagogy, psychology]* 2019; 39(4): 58-64. doi: 10.18323/2221-5662-2019-4-58-64 (In Russ.)
- Chapala T.V., Ilich M. Study of anxiety in patients with gastroenterological diseases. Sposobnosti i mental'nye resursy cheloveka v mire global'nykh peremen [Human abilities and mental resources in the world of global changes]. Moscow: Institut psikhologii RAN 2020. 1187-1194. doi: 10.38098/proc.2020.59.34.001 (In Russ.)
- Raygorodsky D.Ya. Encyclopedia of psychodiagnostics. Age-related psychodiagnostics [Entsiklopediya psikhodiagnostiki. Psikhodiagnostika vozrastnaya]. Samara: Bahrahk-M Publishing House, 2015. 704 p. (In Russ.)
- Chizhkova M. B. Fundamentals of mathematical data processing in psychology [Osnovy matematicheskoy obrabotki dannykh v psikhologii]. Orenburg: Orenburg State Medical Academy, 2014. 95 p. (In Russ.)
- Aysha L., Jeanne V.A.W., Andrew G.M.B., Scott B.P., Seasonal variation in specific depressive symptoms: A population-based study. *Journal of Affective Disorders* 2020; (261): 153-159. doi: 10.1016/j.jad.2019.10.003
- Wim H.W., Wendy J.P., Ybe M., Brenda W.P., Willem A.N., Seasonality in depressive and anxiety symptoms among primary care patients and in patients with depressive and anxiety disorders; results from the Netherlands Study of Depression and Anxiety. *BMC Psychiatry* 2011; (1): 198. doi: 10.1186/1471-244X-11-198
- Grimsley D.L., Windholz G. The neurophysiological aspects of Pavlov's theory of higher nervous activity: in honor of the 150th anniversary of Pavlov's birth. *J Hist Neurosci* 2000; 2(92): 152-163. doi: 10.1076/0964-704x(200008)9;2;1-y;ft152

<https://doi.org/10.25557/2074-014X.2022.07.40-46>

Оригинальное исследование [Original research]

Динамика осознания болезни при соматизированных расстройствах как показатель эффективности реконструктивной психотерапии

Положенцев Р.Е. студент

Богушевская Ю.В. к.м.н., доцент кафедры психиатрии и психосоматики

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России
Курск, Россия

Введение: Соматизированные расстройства – одна из самых сложных и неоднозначных проблем современной медицины, несмотря на длительное изучение связи психических и соматических нарушений в историческом контексте. Данное расстройство характеризуется множеством необъяснимых с точки зрения физических симптомов, по поводу которых больные настойчиво обращаются за медицинской помощью, проходят дорогостоящие диагностические, часто необоснованные процедуры, получают малоэффективное лечение. Наличие соматизированного расстройства на протяжении нескольких лет способствует снижению качества жизни больных, а некоторых случаев приводит к инвалидизации.

Методы. С целью диагностики копинг-механизмов, способов преодоления трудностей в различных сферах психической деятельности (копинг-стратегий) нами использован опросник «Способы совладающего поведения» Лазаруса. В целях исследования выраженности клинических проявлений соматизации в экспериментальной группе до и после лечения и внедрения в практику метода «когнитивного реконструирования» в рамках КПТ у больных соматизированными расстройствами был использован четырехмерный опросник для оценки дистресса, депрессии, тревоги и соматизации (4ДДТС). В исследовании приняли участие 48 больного с диагнозом «Соматизированное расстройство» (F45.0), которые проходили стационарное лечение в психосоматическом отделении ОБУЗ «КОНБ». Экспериментальную группу составили женщины (n=24) длительностью заболевания от 1 года до 7 лет. Средний возраст пациенток 43 года. В контрольную группу вошли женщины (n=24) с диагнозом «Соматизированное расстройство» (F45.0) и длительностью заболевания до года.

Результаты. У больных соматизированными расстройствами после лечения значимые различия в выраженности применения копинг-стратегий обнаружены только в двух случаях, в отличие от показателей экспериментальной группы. Повышенные показатели по шкалам «бегство-избегание» и «поиск социальной поддержки» свидетельствуют о положительном влиянии комплексного лечения с применением психотерапии на формирование адаптивных копинг-стратегий. Полученные данные также свидетельствуют об эффективности внедрения в практику метода «когнитивного реконструирования» для больных СР, у пациентов сформированы адекватные представления о своем заболевании, что в свою очередь говорит о повышении уровне самосознания в отношении болезни.

Заключение. Осознание болезни является важной составляющей эффективности реконструктивной терапии, повышение которого влияет на использование копинг-стратегий пациента. Реконструктивная терапия способствует повышению качества лечения соматизированных расстройств, а уровень самосознания напрямую отражает ее эффективность.

Ключевые слова: когнитивно-поведенческая психотерапия, соматизированные расстройства, когнитивная реконструкция.

Для цитирования: Положенцев Р.Е., Богушевская Ю.В. Динамика осознания болезни при соматизированных расстройствах как показатель эффективности реконструктивной психотерапии. *Психическое здоровье* 2022; 17(7): 40-46.

Автор для корреспонденции: Богушевская Юлия Владимировна, e-mail: yuliyabogushevskaya@yandex.ru

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Поступила: 12.05.2022

Dynamics of disease awareness in somatized disorders: the effectiveness of reconstructive psychotherapy

Polozhentsev R.E., Bogushevskaya Yu.V.

Kursk State Medical University
Kursk, Russia

Introduction: Somatized disorders are one of the most complex and ambiguous problems of modern medicine, despite a long study of the relationship between mental and somatic disorders in a historical context. This disorder is characterized by many unexplained physical symptoms, for which patients persistently seek medical help, undergo expensive diagnostic, often unreasonable procedures,

and receive ineffective treatment. The presence of a somatized disorder for several years contributes to a decrease in the quality of life of patients, and in some cases leads to disability.

Materials and methods of research. To study the assessment of the level of knowledge about mental illness and awareness of personality, the «Assessment map of the level of knowledge about mental illness» was used. In order to diagnose coping mechanisms, ways to overcome difficulties in various spheres of mental activity (coping strategies), we used the questionnaire «Methods of coping behavior» by Lazarus. The study involved 48 patients with a diagnosis of «Somatized disorder» (F45.0) who underwent inpatient treatment in the psychosomatic department of the OBZ "KONB". The experimental group consisted of women (n=24) with the duration of the disease from 1 year to 7 years. The average age of the patients was 43 years. The control group included women (n=24) with a diagnosis of «Somatized disorder» (F45.0) and the duration of the disease up to a year.

Results. In hospitalized patients with somatized disorders after treatment, significant differences in the severity of the use of coping strategies were found only in two cases, in contrast to the indicators of the experimental group. Increased indicators on the «escape-avoidance» and «search for social support» scales indicate a positive effect of treatment on the formation of adaptive coping strategies. The data obtained also indicate the effectiveness of the introduction into practice of the method of «cognitive reconstruction» for patients with CP. After the introduction of the CBT method into practice, a high level of knowledge about mental illness prevails in patients, which in turn indicates an increase in the level of self-awareness in patients.

Conclusion. Awareness of the disease is an important component of the effectiveness of reconstructive therapy, the increase of which directly affects the use of coping strategies of the patient and awareness of the disease. Reconstructive therapy improves the quality of treatment of somatized disorders, and the level of self-awareness directly reflects its effectiveness.

Keywords: cognitive behavioral psychotherapy, somatized disorders, cognitive reconstruction.

For citation: Polozhentsev R.E., Bogushevskaya Yu.V. Dynamics of disease awareness in somatized disorders: the effectiveness of reconstructive psychotherapy. *Psikhicheskoe zdorovie [Mental Health]* 2022; 17(7): 40-46. (In Russ.).

Corresponding author: Yulia V. Bogushevskaya, **e-mail:** yuliyabogushevskaya@yandex.ru

Funding. The study had no sponsorship.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interests.

Accepted: 12.05.2022

Введение

Соматизированные расстройства (СР) относятся в МКБ-10 к соматоформным (F45), проявляются множественными соматическими функциональными симптомами, длительно сменяющимися друг друга, напоминающими проявления соматической патологии. Лица, страдающие СР требуют медицинских обследований, которые не верифицируют какую-либо болезнь. Такие пациенты продолжают оставаться проблемой для специалистов первичной медицинской сети и часто отказываются следовать их рекомендациям обратиться за специализированной психиатрической помощью [1, 2, 3].

По мере роста осведомленности пациента о симптомах соматических заболеваний их проявления могут изменяться, в сознании больного формируется соответствующая картина болезни. Наиболее распространены соматизированные нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы (боли в грудной клетке с иррадиацией или без нее, сердцебиение, одышка, колебания артериального давления) и желудочно-кишечного тракта (боли в животе, тошнота и рвота, метеоризм, поносы и запоры). Также встречаются неясного происхождения и нечеткой локализации боли в конечностях, в спине, в области шеи. Традиционно к сома-

тизированному расстройству относили и проявления конверсионных расстройств, но в МКБ-10 они представлены в отдельной группе [8].

Преувеличение негативного значения субъективных симптомов при СР формирует у больных искажённое представление о причинно-следственных связях в развитии заболевания, что также является одним из факторов описанного нами ранее «избегающего врача-психиатра поведения» [2, 3, 4]. Поэтому осознание роли психологических механизмов в развитии заболевания лицами, страдающими СР, увеличивает шансы обращения за специализированной психиатрической помощью. Данная проблема требует углубленного изучения и изменения психотерапевтических подходов в комплексном лечении соматизированных расстройств [4].

Цель: изучение динамики особенностей самосознания в процессе реконструктивной психотерапии у больных соматизированными расстройствами

Методы

В исследовании приняли участие 48 больных с диагнозом «Соматизированное расстройство» (F45.0),

которые проходили стационарное лечение в ОБУЗ «КОНБ». Экспериментальную группу составили пациенты ($n=24$) с диагнозом «Соматизированное расстройство» (F45.0). Данной группе больных наряду с традиционным лечением (в соответствии со стандартами и протоколами лечения), было оказано психотерапевтическое воздействие методом «когнитивного-реконструирования». Комплексное лечение подразумевало кроме приема психофармакологических средств участие в психотерапевтической программе.

Контрольную группу составили пациенты ($n=24$) с диагнозом «Соматизированное расстройство» (F45.0). Они были впервые госпитализированы в психосоматическое отделение, получали традиционную психофармакологическую терапию и в психотерапевтической программе не участвовали. Социально-демографические показатели больных в обеих группах были уравнены.

С целью диагностики копинг-механизмов, способов преодоления трудностей в различных сферах психической деятельности (копинг-стратегий) нами использован опросник «Способы совладающего поведения» Лазаруса. Данный опросник считается первой стандартной методикой в области измерения копинга. Методика была разработана Р. Лазарусом и С. Фолкманом в 1988 году, адаптирована Т.Л. Крюковой с соавт., дополнительно стандартизирована в НИПНИ им. Бехтерева Л.И. Вассерманом, Б.В. Иовлевым, Е.Р. Исаевой и др. Опросник состоит из 50 утверждений, сгруппированных в 8 шкал.

В целях исследования выраженности клинических проявлений соматизации в экспериментальной группе до и после лечения и внедрения в практику метода «когнитивного реконструирования» в рамках КПТ у больных соматизированными расстройствами был использован четырехмерный опросник для оценки дистресса, депрессии, тревоги и соматизации (4ДДТС) (шкала соматизации).

Воздействие было оказано в виде метода когнитивно-поведенческой психотерапии (КПТ). Выбранная нами техника «Когнитивного реконструирования» была разработана психологом Альбертом Эллисом в середине 50-х годов XX века на основе более ранних работ. Она является ключевым компонентом когнитивно-поведенческой терапии (КПТ). Данную технику можно использовать для контроля и замены негативных мыслей позитивными, поскольку первые иногда связаны с разрушительным поведением. Когнитивная реконструкция представляет собой психотерапевтический процесс, цель которого заменить неиррациональ-

ные (искаженные когниции) мысли на иррациональные, путем перестройки и обучения.

Достоверность результатов проведенного исследования и сделанных на их основе выводов достигалась с помощью критериев Пирсона χ^2 , U Манна–Уитни. Расчёты производились с использованием статистического пакета фирмы StatSoft STATISTICA, версия 8.0, со статистической достоверностью $p<0,05$.

Результаты

С целью выявления выраженности неадаптивных стратегий поведения у больных соматизированными расстройствами в экспериментальной группе до и после лечения и воздействия методом «когнитивного реконструирования» нами был использован опросник «Совладающего поведения» Лазаруса. Результаты исследования копинг-стратегий предоставлены в табл. 1.

Результаты, представленные в таблице №1, свидетельствуют о том, что различия в выраженности копинг-стратегий до и после лечения с применением метода «когнитивного реконструирования» в экспериментальной группе находятся на достоверном уровне статистической значимости ($0,05 > p \geq 0,01$). В экспериментальной группе до лечения и воздействия методом КПТ по шкале «конфронтации» выраженное использование стратегии характерно для 33% исследуемых, после лечения с психотерапией – у 8% исследуемых; умеренное использование стратегии встречается у 67% больных СР до лечения и КПТ, и у 58% после; редкое использование не отмечается у больных СР до лечения и воздействия в «когнитивного реконструирования» – 34%; по шкале «дистанцирования» выраженное использование стратегии до у 25% исследуемых, после лечения и воздействия ни у одного больного; умеренное использование стратегии встречается у 75% больных СР до лечения и воздействия, и у 42% после; редкое использование не наблюдается до лечения и воздействия, после – 58%; по шкале «поиск социальной поддержки» выраженное использование характерно для 17%, после лечения и воздействия не отмечается использование данной стратегии; умеренное использование стратегии – 75% больных СР до лечения и воздействия метода КПТ, и у 58% после; редкое использование отмечается у 8% больных СР до лечения и воздействия в виде «когнитивного реконструирования», после – 42%; по шкале «самоконтроль» выраженное использование стратегии до лечения 25%, после не наблюдается, умеренное до воздействия составляет 75%, после – 50%, и редкое использование

до воздействия не встречается, после воздействия у 50% исследуемых; по шкале «принятие ответственности» выраженное использование до у 42% больных, после такие больные не наблюдаются, умеренное использование копинг-стратегии до применения метода КПТ у 58%, после применения – 67%, редкое использование стратегии до лечения и психотерапевтического воздействия отсутствует, после встречается у 33% испытуемых; по шкале «бегство-избегание» наблюдаются следующие показатели: выраженное использование стратегии до – 58%, после не отмечается, умеренное до – 42%, после – 75%, редкое ис-

пользование до «когнитивного реконструирования» мы не обнаружили, после проведения «когнитивного реконструирования» обнаружено у 25% испытуемых. По шкале «планирование ответственности» выраженное использование до проведения психотерапии соответствует 17% больным, после ни одному, умеренное использование до – 58%, после 67%, редкое использование до – 25%, после – 33%. По шкале «положительная переоценка» до проведения психотерапевтического воздействия все больные выбрали умеренное использование стратегии поведения, после редкое – 50% и выраженное – 50%.

Таблица 1. Обобщенная таблица различий в выраженности стратегий поведения до и после лечения и воздействия в виде метода «когнитивного реконструирования» в экспериментальной группе

Копинг-стратегии		До лечения и КПТ (n=24)		После лечения и КПТ (n=24)		p-level (Уилкоксон)
		Абс.	%	Абс.	%	
Конфронтация	редкое	0	0	8	34	p=0,0033***
	умеренное	16	67	14	58	
	выражен.	8	33	2	8	
Дистанцирование	редкое	0	0	14	58	p=0,0028***
	умеренное	18	75	10	42	
	выражен.	6	25	0	0	
Поиск социальной поддержки	редкое	2	8	10	42	p=0,0179**
	умеренное	18	75	14	58	
	выражен.	4	17	0	0	
Самоконтроль	редкое	0	0	12	50	p=0,0150**
	умеренное	18	75	12	50	
	выражен.	6	25	0	0	
Положительная переоценка	редкое	0	0	12	50	p=0,0069***
	умеренное	24	100	12	50	
	выражен.	0	0	0	0	
Планирование	редкое	6	25	8	33	p=0,0277**
	умеренное	14	58	16	67	
	выражен.	4	17	0	0	
Бегство-избегание	редкое	0	0	6	25	p=0,0022***
	умеренное	10	42	18	75	
	выражен.	14	58	0	0	
Принятие ответственности	редкое	0	0	8	33	p=0,0033***
	умеренное	14	58	16	67	
	выражен.	10	42	0	0	

Примечание: p-level – уровень статистической значимости; * – связь обнаруживается на уровне статистической тенденции; *** – различия на высоком уровне статистической значимости.

Опираясь на полученные данные, можно сделать вывод о том, что у впервые госпитализированных больных соматизированными расстройствами до лечения и оказания воздействия в виде «когнитивной реконструкции» чаще наблюдается умеренное использование стратегии совладающего поведения, то есть адаптивный потенциал личности находится в пограничном состоянии, то есть наблюдается выраженная дезадаптация. Такие больные сильнее переживают новую для себя роль психически больного и испытывают ограничения в различных сферах психологического и социального функционирования человека в сравнении с пациентами, имеющими адаптивный вариант копинга. Проведенный метод «когнитивного реконструирования» в рамках КПТ способствовал улучшению результатов.

В целях исследования выраженности клинических проявлений соматизации в экспериментальной группе до и после лечения с применением метода «когнитивного реконструирования» был использован четырехмерный опросник для оценки дистресса, депрессии, тревоги и соматизации (4ДДТС) (шкала соматизации).

Для оценки достоверности сдвига в значениях исследуемого признака нами был использован непараметрический Т-критерий Уилкоксона для двух зависимых выборок. Анализ полученных результатов представлен в табл. 2.

Результаты, представленные в табл. 2, свидетельствуют о достоверности сдвига в уровне исследуемого признака до и после лечения и воздействия методом «когнитивного реконструирования», так как результаты находятся на достоверном и высоком уровне статистической значимости. У впервые госпитализированных больных соматизированными расстройствами экспериментальной группы до лечения и внедрения в практику метода психотерапии наблюдается выраженное (67%) и умеренное (33%) повышение по шкале соматизации. После лечения и проведенной психотерапевтической программы в группе наблюдаются значительные улучшения, которые проявляются в отсутствии больных с выраженным повышением, умеренным повышением у 42% пациентов и слабо выраженными клиническими проявлениями соматизации в 58% случаев. По шкале дистресса до лечения и воздействия выраженное повышение отмечается у 50% исследуемых и умеренное повышение также у 50%, после лечения и воздействия умеренное повышение проявлений у 25%, слабо выраженные клинические проявления у 75% больных. По шкале депрессии до лечения и внедрения метода КПТ в экспериментальной группе наблюдаются следующие показатели: умеренное повышение (50%), выраженное повышение (33%), слабо выраженные клинические проявления (17%), после лече-

Таблица 2. Обобщенная таблица различий в показателях по шкалам соматизации, депрессии, дистресса и тревоги до и после лечения и воздействия в виде метода «когнитивного реконструирования» в экспериментальной группе

Показатели 4ДДТС		До лечения и КПТ (n=24)		После лечения и КПТ (n=24)		p-level (Уилкоксон)
		Абс.	%	Абс.	%	
Соматизация	Умеренное повышение	8	33	10	42	p=0,0022***
	Выраженное повышение	16	67	0	0	
	Слабо выраженные клинические проявления	0	0	14	58	
Дистресс	Умеренное повышение	12	50	6	25	p=0,0022***
	Выраженное повышение	12	50	0	0	
	Слабо выраженные клинические проявления	0	0	18	75	
Депрессия	Умеренное повышение	12	50	6	25	p=0,0127**
	Выраженное повышение	8	33	0	0	
	Слабо выраженные клинические проявления	4	17	18	75	
Тревога	Умеренное повышение	8	34	2	8	p=0,0032***
	Выраженное повышение	14	58	4	17	
	Слабо выраженные клинические проявления	2	8	18	75	

Примечание: p-level – уровень статистической значимости; * – связь обнаруживается на уровне статистической тенденции; ** – различия на достоверном уровне статистической значимости; *** – различия на высоком уровне статистической значимости.

ния и воздействия умеренное повышение у 25%, слабо выраженные клинические проявления у 75% исследуемых. По шкале тревоги до комплексного лечения отмечаются слабо выраженные клинические проявления у 8% испытуемых, умеренно повышение у 34% и выраженное повышение у 58%, после лечения и психотерапевтического воздействия наблюдается повышение показателей: слабо выраженным клиническим проявлениям тревоги соответствует 75%, умеренное повышение характерно для 8%, выраженное повышение для 17%.

Опираясь на полученные данные, можно сделать вывод о том, что у больных соматизированными расстройствами до основного лечения и воздействия в виде метода «когнитивного реконструирования» в рамках КПТ в большинстве случаев наблюдается выраженное повышение по шкале соматизации и тревоги, повышенные показатели по шкале дистресса, депрессии. После применения метода КПТ и влияния самого лечения показатели значительно улучшились, относительно простого лечения. Традиционное лечение и «когнитивное реконструирование» способствовали улучшению общего состояния пациента и повышению уровня самосознания в целом

Заключение

В результате проведенного исследования динамики уровня осознания болезни у пациентов с СР выявлены следующие особенности. Больным основной группы, в которой проводилась реконструктивная терапия свойственен высокий уровень субъективного понимания болезни при наличии осознания психологических причин, лежащих в её основе. У них были сформированы грамотные представления о механизмах и причинах соматизированного расстройства. Также, данная группа больных склонна учитывать собственные усилия, которые могут влиять на улучшение состояния здоровья.

Больные контрольной группы, которые не участвовали в психотерапевтической программе, наблюдались низкий уровень субъективного понимания болезни при недостаточном осознании психологических причин, лежащих в её основе. Помимо этого, данная группа больных склонна оценивать своё заболевание как длительное, постоянно проявляющееся в повседневной жизни, что сопровождается затруднённым личностным контролем над её течением.

У всех испытуемых вне зависимости от группы на высоком уровне выражены эмоциональные репрезен-

тации болезни, характеризующиеся наличием страха и тревоги в отношении заболевания.

Благодаря проведению техники когнитивного-реконструирования в рамках КПТ, редуцируются физические симптомы, снижается выраженность тревоги, депрессии, уменьшается использование ресурсов здравоохранения, медикаментов (анальгетиков, антидепрессантов). Вместе с тем клинический эффект широко варьируется у разных пациентов при сравнении результатов исследований отдельных вариантов когнитивно-бихевиоральной терапии (КБТ).

Осознание болезни является важной составляющей эффективности реконструктивной терапии, изменение которого в динамике заболевания оказывает влияние на использование копинг-стратегий пациента и осведомленность о заболевании. Реконструктивная терапия способствует повышению качества лечения соматизированных расстройств, а уровень самосознания напрямую отражает ее эффективность.

Список литературы

1. Боброва М.А. Эмоциональные, когнитивные и личностные нарушения при соматоформных расстройствах (типология, терапия, прогноз). Автореферат дисс. на соискание ученой степени к.психол.н. М., 2012. 235 с.
2. Ковпак Д.В. Диагностика в когнитивно-поведенческой терапии. Сборник статей VII Международного съезда ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии CBTFORUM. Санкт-Петербург. 2021. С. 100-116.
3. Погосов А.В. Проблема соматизированных расстройств: клиника, непрофильное обращение за медицинской помощью, психообразование. *Обзор психиатрии и медицинской психологии* 2019; (3): 64-72.
4. Погосов А.В., Богушевская Ю.В. О психологических факторах, сдерживающих обращение больных соматизированными расстройствами к врачу-психиатру. *Психическое здоровье* 2018; (2): 56-62.
5. Смудевич А.Б. Психические и психосоматические расстройства в общей медицине/ Сборник научных статей по материалам конгресса «Психическое здоровье человека XXI века». М.: ИД «Городец», 2016. С. 305-308.
6. Чижова А.И. Клинико-психологические аспекты патогенеза соматоформных невротических расстройств. Вестник Южно-Уральского государственного университета 2012; (11): 138-144.
7. Allen L.A., Escobar H. et al. Psychosocial Treatment for MUPS: a review of the literature. *Psychosom. Med.* 2002; 64: 929-950. DOI: <https://doi.org/10.1097/00006842-200211000-00011>
8. Bleinhardt G. Cognitive-behavioural therapy for patients with multiple somatoform symptoms — a randomized controlled trial in tertiary care. *J. Psychosom. Res.* 2004; 56: 449-454. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00630-5](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00630-5)
9. Kroenke K. Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials. *Psychosom. Med.* 2007; 69: 881-888. DOI: <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31815b00c4>
10. Larisch A., Schweickhardt A., Wirsching M., Fritzsche K. Psychosocial interventions for somatization of patients by a general practi-

tioner: a randomized controlled trial. *J Psychosomatics* 2004; 57: 507-514. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.04.372>

11. Looper K.J., Kirmaier L.J. Approaches of behavioral medicine to the somatoform of the disorder. *J Consult with the clinic Psychol.* 2002; 70: 810-827. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.3.810>

References

1. Bobrova M.A. Emotional, cognitive and personality disorders in somatoform disorders (typology, therapy, prognosis). *Abstract of diss. for the degree of Ph.D.* Moscow, 2012. 235 p. (In Russ.).
2. Kovpak D.V. Diagnostics in cognitive behavioral therapy. Collection of articles of the VII International Congress of the Association for Cognitive Behavioral Psychotherapy CBTFORUM. St. Petersburg. 2021, pp. 100-116. (In Russ.).
3. Pogosov A.V. The problem of somatized disorders: clinic, non-core seeking medical help, psychoeducation. *Review of Psychiatry and Medical Psychology* 2019; (3): 64-72. (In Russ.).
4. Pogosov A.V., Bogushevskaya Yu.V. On the psychological factors that hinder the treatment of patients with somatic disorders to a psychiatrist. *Mental Health* 2018; (2): 56-62. (In Russ.).
5. Smulevich A.B. Mental and psychosomatic disorders in general medicine / Collection of scientific articles based on the materials of the congress "Mental health of a person of the XXI century". Moscow: Publishing house "Gorodets", 2016. S. 305-308. (In Russ.).
6. Chizhova A.I. Clinical and psychological aspects of the pathogenesis of somatoform neurotic disorders. *Bulletin of the South Ural State University* 2012; (11): 138-144. (In Russ.).
7. Allen L.A., Escobar H. et al. Psychosocial Treatment for MUPS: a review of the literature. *Psychosom. Med.* 2002; 64: 929-950. DOI: <https://doi.org/10.1097/00006842-200211000-00011>
8. Bleinhardt G. Cognitive-behavioural therapy for patients with multiple somatoform symptoms – a randomized controlled trial in tertiary care. *J. Psychosom. Res.* 2004; 56: 449-454. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00630-5](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00630-5)
9. Kroenke K. Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials. *Psychosom. Med.* 2007; 69: 881-888. DOI: <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31815b00c4>
10. Larisch A., Schweickhardt A., Wirsching M., Fritzsche K. Psychosocial interventions for somatization of patients by a general practitioner: a randomized controlled trial. *J Psychosomatics* 2004; 57: 507-514. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.04.372>
11. Looper K.J., Kirmaier L.J. Approaches of behavioral medicine to the somatoform of the disorder. *J Consult with the clinic Psychol.* 2002; 70: 810-827. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.3.810>

Клинико-феноменологические особенности структуры агрессивности больных шизофренией и специфическими расстройствами личности в период социально-стрессовых расстройств (карантина COVID-19)

Ловкис А.А. студентка медицинского института
Реверчук И.В. д.м.н., профессор, заведующий кафедры психиатрии и нейронаук

Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта
Калининград, Россия

Введение. Специфическое расстройство личности и шизофрения по сегодняшний день остаются важным объектом общественного здравоохранения, недостаточно признанным и финансируемым, с плохо организованным лечением. Прямые и косвенные затраты на лечение одного пациента в год включают в себя стоимость лечения, госпитализацию, отпуск по болезни и потерю трудоспособности и составляют почти 17,5 тысяч евро. Кроме этого, пациенты с специфическим расстройством личности склонны к риску, связанному с их импульсивностью – злоупотреблению психоактивных веществ, несчастным случаям и распространению заболеваний, передающихся половым путем. В связи с карантинными ограничительными мерами, мы можем столкнуться с трудностями, связанными с выявлением механизмов агрессии. Мы зачастую исследуем только внешние проявления агрессии, забывая о внутренних мотивах, а глубинное психологическое содержание механизмов агрессии на данный момент не является полностью изученным.

Методы. Проведено исследование выборки пациентов с диагнозами «параноидная шизофрения» и «специфическое расстройство личности», мужского пола, находящихся на стационарном и амбулаторном лечении в ГБУЗ «Психиатрическая больница №2» Калининградской области. Для проведения исследования применялись клинико-психологические методы (беседа, направленная на сбор психологического анамнеза и выявление биосоциальных характеристик больных, оценка актуального психического статуса) и психометрическое обследование (опросник Басса–Перри, Hand-тест, Я-структурный тест Аммона, методика «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях CISS»). Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакетов программ SPSS 11.0.1 с применением критерия Манна–Уитни и коэффициента корреляции Спирмана.

Результаты. Среди обследуемых пациентов показатели физической агрессии, гнева и враждебности были выше в группе больных специфическими расстройствами личности по сравнению с другими экспериментальными группами. У больных шизофренией с длительностью заболевания от 5 до 10 лет и от 10 лет выявлено повышение показателей деструктивной и дефицитарной агрессии. Больные специфическими расстройствами личности и шизофренией с длительностью заболевания до 5 лет продемонстрировали нормальные показатели всех видов реализации агрессии (конструктивной, деструктивной и дефицитарной). Наиболее выражено самоотношение у больных шизофренией с длительностью заболевания до 5 лет на основании шкалы аутосимпатии, самоинтереса, самоуверенности и самопринятия. Шкала самообвинения наиболее выражена у больных с специфическими расстройствами личности. Шкалы самоуважения и самопонимания – у больных шизофренией с длительностью заболевания от 10 лет. Больные шизофренией с длительностью заболевания от 5 до 10 лет продемонстрировали средние показатели по всем шкалам. В стрессовых ситуациях (опросник CISS) больные специфическими расстройствами личности демонстрируют склонность к эмоционально-ориентированному копингу (ЭОК), а шизофренией – к проблемно-ориентированному (ЭОК) и копингу, ориентированному на избегание (КОИ).

Обсуждение. Исследование агрессивности у больных шизофренией и специфическими расстройствами личности имеет высокую социальную значимость. Социальная дезадаптация больных ведет за собой инвалидизацию трудоспособных и к огромным экономическим затратам общества.

Заключение. Разработаны рекомендации для подбора эффективных методов диагностики и лечения больных шизофренией и специфическими расстройствами личности. Результаты могут быть применены в дальнейших научных исследованиях для улучшения качества оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: параноидная шизофрения, специфическое расстройство личности, биопсихосоциальная модель психической патологии, динамическая психиатрия, агрессивность, конструктивная агрессия, деструктивная агрессия, дефицитарная агрессия.

Для цитирования: Ловкис А.А., Реверчук И.В. Клинико-феноменологические особенности структуры агрессивности больных шизофренией и специфическими расстройствами личности в период социально-стрессовых расстройств (карантина COVID-19). *Психическое здоровье* 2022; 17(7): 47-53.

Автор для корреспонденции: Ловкис Алина Альгирдо; **e-mail:** a.lovkis@ro.ru

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Поступила: 12.05.2022

Clinical and phenomenological features of the structure of aggressiveness in patients with schizophrenia and specific personality disorders during social stress disorders (COVID-19 quarantine)

Lovkis A.A., Reverchuk I.V.

Immanuel Kant Baltic Federal University
Kaliningrad, Russia

Introduction. Specific personality disorder and schizophrenia remain an important public health issue today, under-recognized and under-funded, with poorly organized treatment. The direct and indirect costs of treating one patient per year include the cost of treatment, hospitalization, sick leave and disability and amount to almost 17.5 thousand euros. In addition, patients with specific personality disorder are prone to risks associated with their impulsiveness – substance abuse, accidents and the spread of sexually transmitted diseases. Due to quarantine restrictive measures, we may encounter difficulties in identifying the mechanisms of aggression. We often study only external manifestations of aggression, forgetting about internal motives, and the deep psychological content of the mechanisms of aggression is not fully understood at the moment.

Methods. A study was made of a sample of male patients with diagnoses of paranoid schizophrenia and a specific personality disorder, who are on inpatient and outpatient treatment at the Psychiatric Hospital No. 2 in the Kaliningrad Region. For the study, clinical and psychological methods were used (a conversation aimed at collecting a psychological history and identifying the biosocial characteristics of patients, assessing the current mental status) and psychometric examination (Bass-Perry questionnaire, Hand-test, Ammon's I-structural test, the Coping- behavior in stressful situations CISS"). Statistical data processing was carried out using SPSS 11.0.1 software packages using the Mann-Whitney test and the Spearman correlation coefficient.

Results. Among the examined patients, the indicators of physical aggression, anger and hostility were higher in the group of patients with specific personality disorders compared to other experimental groups. In patients with schizophrenia with a duration of the disease from 5 to 10 years and from 10 years, an increase in the indicators of destructive and deficient aggression was revealed. Patients with specific personality disorders and schizophrenia with a disease duration of up to 5 years demonstrated normal indicators of all types of aggression realization (constructive, destructive and deficient). The most pronounced self-attitude in patients with schizophrenia with a disease duration of up to 5 years on the basis of a scale of autosympathy, self-interest, self-confidence and self-acceptance. The scale of self-blame is most pronounced in patients with specific personality disorders. Scales of self-esteem and self-understanding – in patients with schizophrenia with a disease duration of 10 years. Patients with schizophrenia with a disease duration of 5 to 10 years showed average scores on all scales. In stressful situations (CISS questionnaire), patients with specific personality disorders demonstrate a tendency to emotionally oriented coping (EOC), and those with schizophrenia – to problem oriented (EPC) and avoidance oriented coping (COI).

Discussion. The study of aggressiveness in patients with schizophrenia and specific personality disorders has a high social significance. Social maladaptation of patients leads to disability of the able-bodied and to huge economic costs to society.

Conclusion. Recommendations for the selection of effective methods for the diagnosis and treatment of patients with schizophrenia and specific personality disorders have been developed. The results can be applied in further scientific research to improve the quality of medical care.

Keywords: paranoid schizophrenia, specific personality disorder, biopsychosocial model of mental pathology, dynamic psychiatry, aggressiveness, constructive aggression, destructive aggression, deficient aggression.

For citation: Lovkis A.A., Reverchuk I.V. Clinical and phenomenological features of the structure of aggressiveness in patients with schizophrenia and specific personality disorders during social stress disorders (COVID-19 quarantine). *Psikhicheskoe zdorovie [Mental Health]* 2022; 17(7): 47-53. (In Russ.).

Corresponding author: Alina A. Lovkis; **e-mail:** a.lovkis@ro.ru

Funding. The study had no sponsorship.

Conflict of interest. The author declare no conflict of interests.

Accepted: 12.05.2022

Введение

Исследование агрессивности у больных шизофренией и специфическими расстройствами личности имеет высокую социальную значимость (Войтенко Р.М., 2002). Социальная дезадаптация больных ведет за собой инвалидизацию трудоспособных и

к огромным экономическим затратам общества (Валинуров Р.Г. с соавт., 2003). Бремя включает в себя прямые затраты (медицинские, связанные с обеспечением биопсихосоциального лечения реабилитации в различных условиях, немедицинские — в связи с профессио-

нальным уходом за больными); не прямые и прямые потери государства и семьи в связи с опекой больных, а также последствия такие как бездомность, нагрузка на правоохранительные органы и судебную систему в связи с общественно опасными деяниями больных (Любов Е.Б., 2012). Изучение агрессии человека связано с этическими ограничениями и сложностью самих механизмов агрессии. Чаще всего оценивается только внешнее проявление агрессии, но не ее внутренние мотивы. Большинство психологических исследований агрессии и агрессивности посвящены проблемам общественно опасных деяний (Соловьева С. Л., 1996; Васильева Н.В., 1998; Кудрявцев И.А., 1988, 1997, 2000, 2007, 2008, 2010, 2011; Ситковская О.Д., 1989; Коченов М.М., 1991; Ратинов Н.А., 2000, 2001; Сафуанов Ф.С., 2002, 2003; Калашникова А.С., 2010; Булыгина В.Г., 2015). Глубинное психологическое содержание психологического феномена агрессии не является полностью изученным. В подобных исследованиях агрессия является центральным теоретическим конструктом, через который можно рассмотреть расстройства психотического уровня (Nunberg H., 1921; Reik T., 1927; Rosenfeld H., 1947; Klein M., 1930, 1946; Zilboorg G., 1931; Hendrick I., 1931; Hartmann H., 1953; Bak R., 1954; Spohnitz H., 1961).

Проблема деструктивности больных специфически расстройствами личности и шизофренией является актуальной и обоснована принадлежность агрессивности к свойствам личности (Соловьева С. Л., 1996). Выделяют следующие компоненты агрессии: конструктивная (социализированная), дефицитарная (направленная вовнутрь Я-структуры) и деструктивная (тенденция к разрушению объекта и разрыву отношений) (Аммон Г., 1980; Соловьева С. Л., 1996; Очерки динамической психиатрии, 2003). По мнению многих авторов, для больных шизофренией характерна высокая деструктивная и дефицитарная составляющая агрессии, для больных специфическими расстройствами личности – нормальные показатели деструктивной, дефицитарной и конструктивной агрессии (Аммон Г., 1980; Соловьева С.Л., 1996; Очерки динамической психиатрии, 2003) [1]. Патологическая структура личности больных шизофренией затрудняет процесс социализации агрессивных тенденций (Соловьева С. Л., 1996). Психологическая коррекция дезадаптивных форм агрессивного поведения может быть направлена на замену деструктивных и деструктивных вариантов реагирования другими – социализированными и конструктивными формами реализации агрессии (Аммон Г., 1980; Соловьева С.Л., 1996; Очерки динамической психиатрии, 2003; Бабин С.М., 2006). Для снижения дефицитарных ком-

понентов агрессии у больных необходимо применение терапевтической проработки переживаний и поведения с принятием, закреплением своей позитивной агрессивности и восстановлением способности переносить фрустрацию и агрессию (Бабин С. М., 2006). Деструктивная агрессия может иметь адаптивное качество и реализовываться в виде самозащиты от агрессии со стороны других, достижения целей и позитивного изменения жизненной ситуации (Очерки динамической психиатрии, 2003). Агрессивность участвует в формировании границ индивида с внешним окружением, способствует сохранению целостности и автономии личности, адаптации к окружающему миру и установлению позитивных межличностных контактов (Соловьева С.Л., 1996).

Цель исследования: изучить клинико-феноменологические особенности структуры агрессивности у больных с специфическими расстройствами личности и шизофренией в период пандемии COVID-19.

Задачи исследования:

1. Провести теоретический анализ психопатологической структуры личности с параноидной шизофренией и специфическими расстройствами личности;
2. Изучить структуру агрессивности (когнитивный, эмоциональный, поведенческий компоненты) у больных параноидной шизофренией и специфическими расстройствами личности с учетом длительности заболевания;
3. Изучить влияние стрессового фактора (карантина при пандемии) на больных параноидной шизофренией и специфическими расстройствами личности;
4. Изучить особенности мотивационных склонностей и особенностей регуляции агрессивности на мотивационном уровне у больных параноидной шизофренией и специфическими расстройствами личности с учетом пола и длительности заболевания;
5. Изучить типы и формы реализации агрессии (конструктивную, деструктивную, дефицитарную) у больных параноидной шизофренией и специфическими расстройствами личности с учетом длительности заболевания;
6. Изучить проявления границ «я» у больных параноидной шизофренией и специфическими расстройствами личности;
7. Выявить способы снижения стресса у больных специфическими расстройствами личности и шизофренией.

Методы исследования

Проведен анализ данных обследования 40 больных с диагнозами «специфическое расстройство лич-

ности» и «параноидная шизофрения», мужского пола, возрастом от 18 до 55 лет включительно на момент исследования, с ясным уровнем сознания и способностью заполнять анкетные формы самостоятельно или с помощью врача. Больные параноидной формой шизофрении были разделены на 3 группы в соответствии с длительностью заболевания: 1 подгруппа (2А) – с длительностью заболевания до 5 лет; 2 подгруппа (2Б) – с длительностью заболевания от 5 до 10 лет; 3 подгруппа (2В) – с длительностью заболевания от 10 лет и более. Выборка пациентов формировалась из пациентов, находящихся на стационарном лечении в ГБУЗ «Психиатрическая больница №2» Калининградской области и амбулаторном лечении у участкового врача-психиатра.

Всем пациентам проводилось клинико-психологическое (беседа, направленная на сбор психологического анамнеза и выявление биосоциальных характеристик больных, оценка актуального психического статуса) и психометрическое (опросник Басса-Перри, Hand-тест, Я-структурный тест Аммона, методика «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях CISS») обследование. Вариационно-статистическую обработку проводили с помощью общепринятых параметрических и непараметрических методов статистики с использованием пакета прикладных программ SPSS 11.0.1 с применением критерия Манна-Уитни (для анализа различий средних значений) и коэффициента корреляции Спирмана.

Результаты и обсуждение

Среди обследуемых пациентов показатели физической агрессии, гнева и враждебности были выше в группе больных специфическими расстройствами

личности по сравнению с другими экспериментальными группами (соотв. $p < 0.001$; $U=11$) (диаграмма 1).

У больных шизофренией с длительностью заболевания от 5 до 10 лет и от 10 лет выявлено повышение показателей деструктивной и дефицитарной агрессии по сравнению с другими экспериментальными группами (соотв. $p = 0.016$; $U=18$). Больные специфическими расстройствами личности и шизофренией с длительностью заболевания до 5 лет продемонстрировали нормальные показатели всех видов реализации агрессии (конструктивной, деструктивной и дефицитарной) (соотв. $p = 0.06$; $U=50$) (рис. 1).

Наиболее выражено самоотношение у больных шизофренией, с длительностью заболевания до 5 лет на основании шкалы аутосимпатии, самоинтереса, самоуверенности и самопринятия (соотв. $p = 0.011$; $U=17$). Шкала самообвинения наиболее выражена у больных специфическими расстройствами личности. Шкалы самоуважения и самопонимания – у больных шизофренией с длительностью заболевания от 10 лет (соотв. $p = 0.005$; $U=42$). Больные шизофренией с длительностью заболевания от 5 до 10 лет продемонстрировали средние показатели по всем шкалам (соотв. $p < 0,01$; $U=50$) (рис. 2, 3).

В стрессовых ситуациях (опросник CISS) больные специфическими расстройствами личности демонстрируют склонность к эмоционально-ориентированному копингу (ЭОК) (соотв. $p = 0.096$; $U=40$), а шизофренией – к проблемно-ориентированному и копингу, ориентированному на избегание (соотв. $p = 0.002$; $U=9$) (рис. 4).

У больных шизофренией с длительностью заболевания от 5 до 10 лет склонность к открытому агрессивному поведению, чем в других экспериментальных группах (рис. 5).

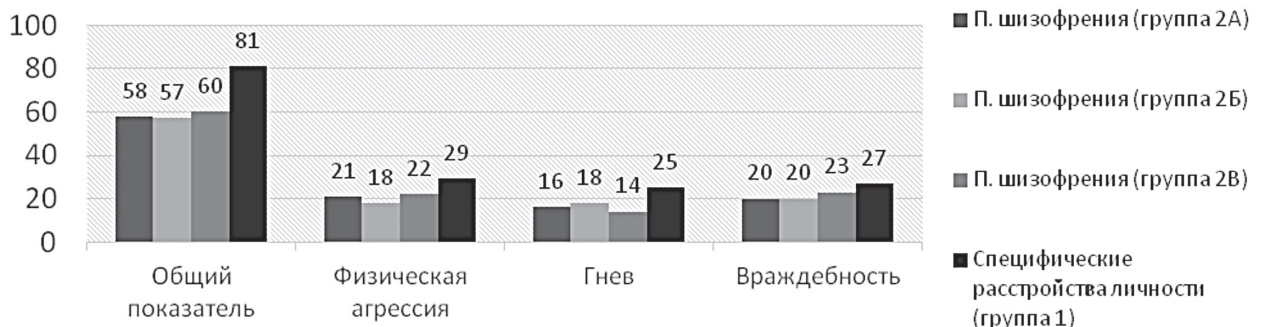


Диаграмма 1. Результаты опросника Басса-Перри/Results of the Bass-Perry questionnaire

Выводы

Для больных специфическими расстройствами личности характерно повышение показателя пове-

денческой агрессии на фоне высокого когнитивного показателя, определяется диссоциированность и низкая дифференцированность компонентов агрессивности. Структура агрессивности больных специфиче-

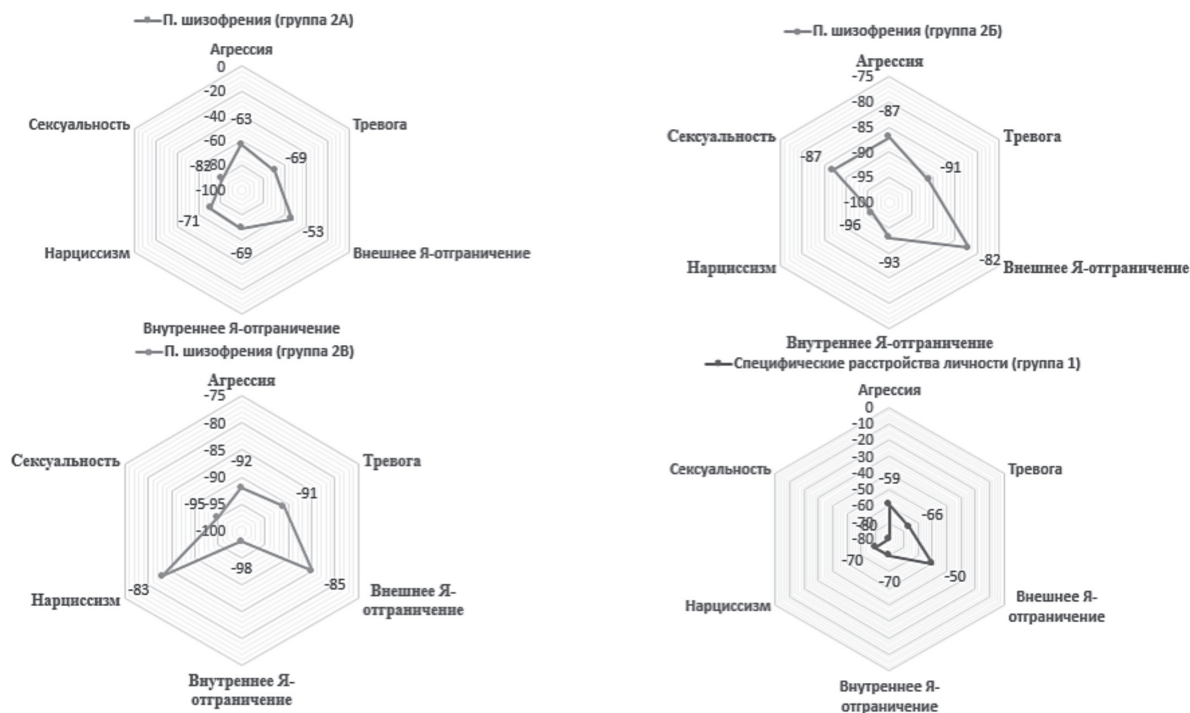


Рис. 1. Результаты структурного теста Г. Аммона (ISTA-96) /G. Ammon Structural Test Results (ISTA-96)

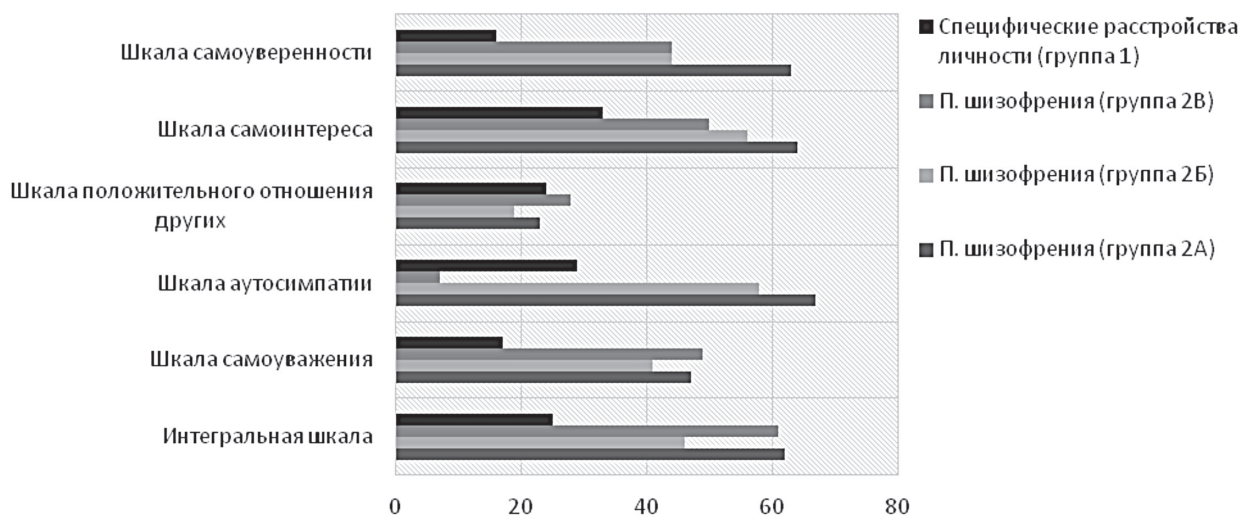


Рис. 2. Результаты опросника самоотношения ОСО (часть 1) / Results of the CCA Self-Attitude Questionnaire (Part 1)

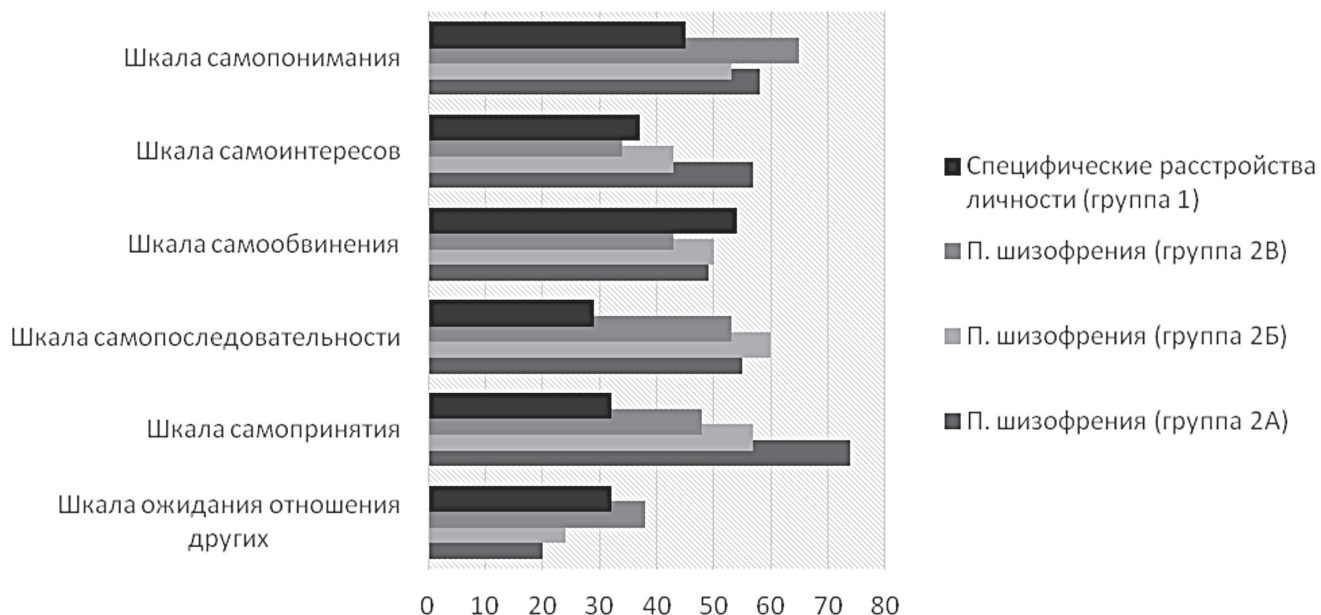


Рис. 3. Результаты опросника самоотношения ОСО (часть 2) / Results of the CCA Self-Attitude Questionnaire (Part 2)

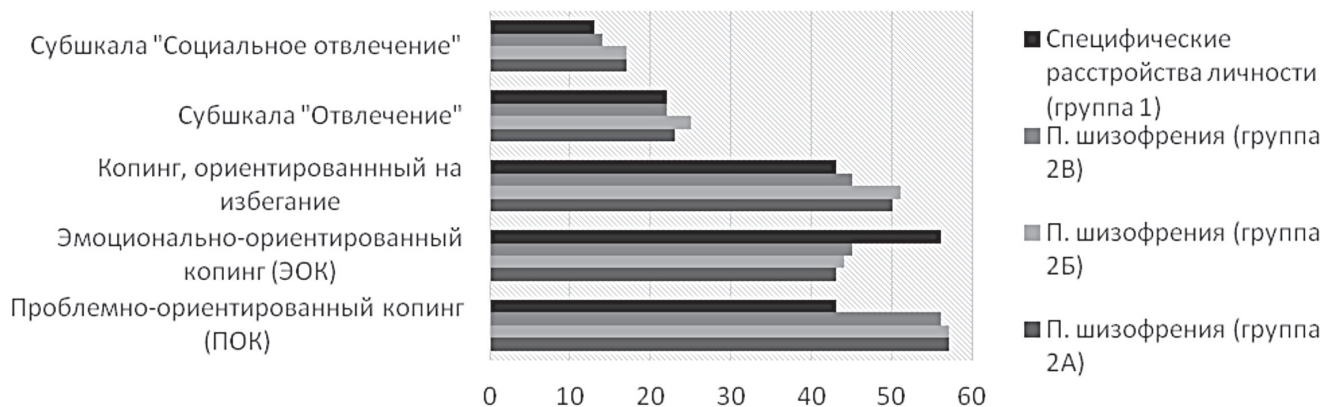


Рис. 4. Результаты опросника CISS/ Ciss questionnaire results

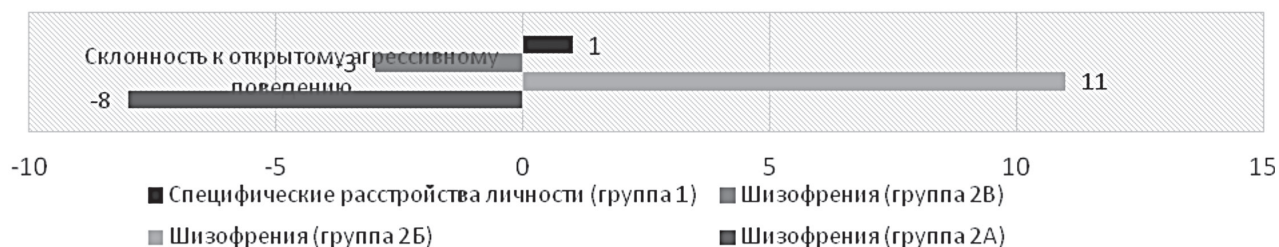


Рис. 5. Результаты Hand-теста/ Hand test results

скими расстройствами личности отличается от структуры агрессивности больных шизофренией высокой взаимозависимостью компонентов агрессии. Карантин и социальная изоляция приводят к депрессии, алкоголизму и тревожным расстройствам, что способно ухудшить состояние здоровья у больных шизофренией и специфическими расстройствами личности. У больных шизофренией мотивационная склонность к агрессии регулируется с помощью установления инфантильных симбиотических отношений, ригидной фиксации на какой-либо идее, формальных рассуждений на этические темы, формальной религиозности. У больных специфическими расстройствами личности – структурами Я (механизмами отрицания, подавления, вытеснения, адаптации) и Сверх-Я (тенденцией скрывать, испытывать чувство вины и стыда). В группах больных специфическими расстройствами личности определяется повышение конструктивного варианта составляющей агрессии, при недоразвитии центральных личностных образований. В группах больных шизофренией получены результаты, свидетельствующие о преобладании дефицитарного и деструктивного вариантов реализации агрессии.

Список литературы

1. Аммон Г. Динамическая психиатрия. Издание Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, 1995. С. 200.
2. Бочкова Ю.Ю. Роль агрессивности в межличностных отношениях больных шизофренией. *Дисс. на соискание ученой степени к.м.н.* Ижевск, 2021.
3. Незнанов, Н. Г. Клинико-психопатологическая характеристика, прогнозирование и психофизиологическая коррекция агрессивного поведения у больных с психическими заболеваниями. *Дисс. на соискание ученой степени д.м.н.* СПб., 1994.
4. Реверчук И.В. Психобиологические механизмы нозогенеза пограничных психических расстройств. *Вестник психиатрии и психологии Чувашии* 2006; (2): 17-26.
5. Реверчук И.В., Худякова Ю.Ю. Структура агрессивности и компенсаторные поведенческие тенденции у больных параноидной шизофренией. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова* 2016; 116(10): 24-27. DOI: 10.17116/201611610124
6. Bleuler E. *Dementia Praecox order Grupper der Schizophrenien.* Leipzig, 1911.
7. Bleuler M. *Schizophrenic disorders, long-term patients and family study.* Yale University Press, 1978. 529 p.
8. Dmitriev M.N., Reverchuk I.V., Glavatskikh M.M., Khejgetyan A., Kotsura O. Medical students' attitudes towards mental stigmatization and its associated with own and familial psychosomatic disorders. *Innovative Technologies in Science and Education* 2020; 210(1): 19020.
9. Cardno A.G., Gottesman I.I. Twin studies of schizophrenia: from bow-and-arrow concordances to star war mx and functional genomics. *Amer. J. Med. Genetics* 2000; 97(1): 12-17.

References

1. Ammon G. *Dynamic psychiatry.* Edition of the Psychoneurological Institute n.a. V.M. Bekhterev, 1995. P. 200. (In Russian).
2. Bochkova Yu.Yu. The role of aggressiveness in interpersonal relationships of patients with schizophrenia. *PhD Theses.* Izhevsk, 2021. (In Russian).
3. Neznanov N.G. Clinical and psychopathological characteristics, prediction and psychophysiological correction of aggressive behavior in patients with mental illness. *MD Theses.* St. Petersburg, 1994.
4. Reverchuk I.V. Psychobiological mechanisms of nosogenesis of borderline mental disorders. *Bulletin of psychiatry and psychology of Chuvashia* 2006; (2): 17–26. (In Russian).
5. Reverchuk I.V., Khudyakova Yu.Yu. The structure of aggressiveness and compensatory behavioral tendencies in patients with paranoid schizophrenia. *Journal of Neurology and Psychiatry n.a. S.S. Korsakov* 2016; 116(10): 24-27. DOI: 10.17116/201611610124 (In Russian).
6. Bleuler E. *Dementia Praecox order Grupper der Schizophrenien.* Leipzig. 1911.
7. Bleuler M. *Schizophrenic disorders, long-term patients and family study.* Yale University Press, 1978. 529 p.
8. Dmitriev M.N., Reverchuk I.V., Glavatskikh M.M., Khejgetyan A., Kotsura O. Medical students' attitudes towards mental stigmatization and its associated with own and familial psychosomatic disorders. *Innovative Technologies in Science and Education* 2020; 210(1): 19020.
9. Cardno A.G., Gottesman I.I. Twin studies of schizophrenia: from bow-and-arrow concordances to star war mx and functional genomics. *Amer. J. Med. Genetics* 2000; 97(1): 12-17.

<https://doi.org/10.25557/2074-014X.2022.07.54-60>

Оригинальное исследование [Original research]

Взаимосвязь феномена гендерного ролевого конфликта и личностных особенностей у современных женщин

Апкаева С.А. студент
Побокин П.А. доцент кафедры клинической психологии

Смоленский государственный медицинский университет
214019, Смоленск, Россия, ул. Крупской, 28

Введение. В настоящее время в обществе происходит взаимопроникновение и смешение гендерных ролей в контексте самореализации личности, что создает условия для образования гендерных конфликтов. В данной статье рассмотрены структурные и содержательные особенности внутриличностного ролевого конфликта у женщин, а также вероятность его возникновения у современных женщин. Целью исследования стало выявление взаимосвязи феномена внутриличностного гендерного ролевого конфликта и личностных особенностей у современных женщин.

Методы. Все обследованные были диагностированы на предмет наличия внутриличностного гендерного конфликта при помощи опросника «Диагностика внутриличностного гендерного ролевого конфликта» (модификация Г. В. Шакирова), а также гендерных и личностных особенностей: опросник «Маскулинность-фемининность, BSRI», тест смысловых ориентаций адаптация Д. А. Леонтьева, методика исследования самооотношения, МИС. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программы «Statistica 10.0».

Результаты. Выборку исследования составили женщины от 25 до 45 лет, состоящие в браке, имеющие детей, а также определенное место работы. Все обследованные были разделены на две группы. В первую группу были включены женщины, у которых был выявлен внутриличностный гендерный конфликт ($n=16$), вторую группу составили женщины, у которых внутриличностный конфликт не сформирован ($n=18$). В ходе исследования была определена выраженность андрогинности, фемининности и маскулинности, с преобладанием последнего показателя в основной группе. У женщин в основной группе выявлен более высокий уровень самоуверенности, самоуправления, самоценности, а также внутренней конфликтности и самообвинения. Найдена положительная выраженная связь между наличием внутриличностного конфликта и показателем маскулинности, и положительные, выраженные корреляционные связи между наличием внутриличностного конфликта и несколькими шкалами самооотношения личности.

Обсуждение. В современном мире вопрос возникновения внутриличностного гендерного конфликта и влияния его на психоэмоциональное состояние женщины, крайне актуален и требует подходов к эффективному решению. Нам удалось найти подтверждения гипотезе о взаимосвязи гендерных и личностных особенностях у женщин с возникновением и развитием внутриличностного гендерного ролевого конфликта.

Заключение. Полученные данные будут крайне полезны и практически значимы для разработки программ психокоррекционных и психотерапевтических занятий, направленных на преодоление внутриличностного конфликта у современных женщин.

Ключевые слова: внутриличностный гендерный ролевой конфликт, маскулинность, фемининность, смысловые ориентации.

Для цитирования: Апкаева С.А., Побокин П.А. Взаимосвязь феномена внутриличностного гендерного ролевого конфликта и личностных особенностей у современных женщин. *Психическое здоровье* 2022; 17(7): 54-60.

Авторы для корреспонденции: Апкаева Софья Андреевна; e-mail: mak.sofi@bk.ru

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Поступила: 19.05.2022

The relationship between the phenomenon of gender role conflict and personality traits in modern women

Апкаева С.А., Побокин П.А.

Smolensk State Medical University
28, Krupskoj St., 214019, Smolensk, Russia

Background. Currently, there is an interpenetration and mixing of gender roles in society, respectively, the perception of oneself as a man and a woman in the context of gender self-realization is changing, which creates conditions for the formation of gender conflicts.

This article examines the structural and substantive features of intrapersonal role conflict in women, as well as the likelihood of its occurrence in modern women. The aim of the study was to identify the relationship between the phenomenon of intrapersonal gender role conflict and personality traits in modern women.

Methods. All the surveyed were diagnosed for the presence of intrapersonal gender conflict using the questionnaire "Diagnostics of intrapersonal gender role conflict" (modified by G. V. Shakirov), as well as gender and personal characteristics: the questionnaire "Masculinity-femininity, BSRI", the test of life orientations adaptation by D. A. Leontiev, the methodology of self-attitude research, MIS. Statistical processing of the results was carried out using the program "Statistica 10.0".

Results. The study sample consisted of women from 25 to 45 years old, married, with children, as well as a certain place of work. All the surveyed were divided into two groups. The first group included women who had an intrapersonal gender conflict (n=16), the second group consisted of women whose intrapersonal conflict was not formed (n=18). In the course of the study, the severity of androgyny, femininity and masculinity was determined, with the predominance of the latter indicator in the main group. Women in the main group revealed a higher level of self-confidence, self-leadership, self-worth, as well as internal conflict and self-blame. A positive pronounced relationship was found between the presence of intrapersonal conflict and the masculinity index, and positive, pronounced correlations between the presence of intrapersonal conflict and several scales of personality self-attitude.

Discussion. In the modern world, the issue of the emergence of intrapersonal gender conflict and its impact on the psycho-emotional state of a woman is extremely relevant and requires approaches to an effective solution. We managed to find confirmation of the hypothesis about the relationship of gender and personality traits in women with the emergence and development of intrapersonal gender role conflict.

Conclusion. The obtained data allowed us to establish a stable relationship between the probability of intrapersonal gender conflict and masculine traits, a high degree of meaningfulness of life, high values in the sphere of the emotional and value component of self-consciousness. This information will be extremely useful and practically significant for the development of programs of psychocorrective and psychotherapeutic classes aimed at overcoming intrapersonal conflict in modern women.

Keyword: intrapersonal gender role conflict, masculinity, femininity, life meaning orientations.

For citation: Apkaeva S.A., Pobokin P.A. The relationship between the phenomenon of gender role conflict and personality traits in modern women. *Psikhicheskoe zdorovie [Mental Health]* 2022; 17(7): 54-60. (In Russ.).

Author for correspondence: Sofya A. Apkaeva, e-mail: mak.sofi@bk.ru

Funding. The study had no sponsorship.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interests.

Accepted: 19.05.2022

Введение

В современном обществе происходят особые социальные процессы, определяющие трансформацию гендерных ролей, связанных с реализацией гендерного идеала и восприятием себя мужчиной или женщиной в существующих условиях [7,18]. Данные процессы являются основной причиной образования гендерных конфликтов как межличностного, так и внутриличностного характера [5].

Преимущественно, внутриличностные гендерные конфликты рассматривались как специфически женская проблема, обусловленная проникновением женщин в традиционно «мужскую сферу», подразумевающую под собой профессиональную самореализацию как «ролевой конфликт работающей женщины», «рабоче-семейный конфликт», мотивационный конфликт «боязни успеха» (Е.Алешина, Е.В.Лекторская, Г.Ф. Турецкая, М. Хорнер) [2].

В ходе анализа теоретического материала было выявлено, что внутриличностный гендерный ролевой конфликт представляет собой результат субъективно-

го оценивания личностью своего соответствия гендерным образам разных сфер жизнедеятельности [8,10], что позволяет обосновать его обусловленность спецификой ценностных ориентаций в контексте гендерной самореализации и рассматривать его во взаимосвязи с личностными показателями [1,13,17].

Целью исследования стало выявление взаимосвязи феномена гендерного ролевого конфликта и личностных особенностей у современных женщин [12]. Для анализа нами были выбраны такие характеристики личности как гендерная предрасположенность в аспекте маскулинности, андрогинности и фемининности, показатели осмысленности жизни, а также сфера эмоционально-ценностного компонента самосознания и самоотношения [4,9].

Методы

Участники исследования. Работа проведена в соответствии с принципами биомедицинской этики. В ис-

следовании приняли участие 34 испытуемых. Выборка исследования включала женщин от 30 до 45 лет, состоящих в браке, имеющих детей, а также определенное место работы. Все обследованные женщины были разделены на две группы. В первую, основную группу были включены женщины, у которых был выявлен внутриличностный гендерный конфликт (n=16); вторую, контрольную группу составили женщины, у которых внутриличностный конфликт не сформирован (n=18).

Методики исследования. С целью выявления внутриличностного ролевого гендерного конфликта, установления степени конфликтности в различных сферах личности, а также диагностики и деления выборки на две группы – женщин, имеющих внутриличностный ролевой гендерный конфликт и не имеющих его, – использовалась методика «Диагностика внутриличностного гендерного ролевого конфликта» (модификация Г. В. Шакирова). Обследуемому предлагалось ответить на 27 пунктов опросника, разделенные на субтесты и включающие в себя утверждения, касающиеся сфер конфликтности личности: конфликт в сфере «работа»; конфликт в сфере «семья»; рабоче-семейный конфликт.

Для диагностики психологического пола и определения степени маскулинности, андрогинности и фемининности личности применялся опросник «Маскулинность-фемининность, BSRI», разработанный Сандрой Бем. Обследуемому было предложено ответить «да» или

«нет» на 60 утверждений (качеств), оценивая тем самым наличие или отсутствие у себя названных качеств.

Для оценки «источника» смысла жизни, который может быть найден человеком либо в будущем (цели), либо в настоящем (процесс) или прошлом (результат), либо во всех трех составляющих жизни использовалась русскоязычная, адаптированная Д. А. Леонтьевым версия теста «Цель в жизни» (Purpose-in-Life Test, PIL) Джеймса Крамбо и Леонарда Махолика – «Тест смысло-жизненных ориентаций» (методика СЖО). Обследуемому предлагалось выбрать одно из противоположных утверждений в каждой из 20 пар, отражающих представление о факторах осмысленности жизни личности.

В заключении, был использован тест-опросник – «Методика исследования самооотношения, МИС», который выявляет структуру самооотношения данного испытуемого. Состоит из 110 пунктов с 2 вариантами ответов. Методика состоит из девяти шкал, которые являются биполярными, то есть имеют положительный и отрицательный полюс. Шкалы с 1 по 4 измеряют когнитивный компонент самооотношения. Шкалы с 5 по 7 измеряют эмоциональный компонент самооотношения. Шкалы 8 и 9 измеряют невротический компонент самооотношения.

Статистический анализ межгрупповых различий и корреляций. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием коэффициента корреляции Пирсона.

Результаты исследования и их обсуждение

Частота встречаемости и выраженность сформированного внутриличностного гендерного ролевого конфликта у современных женщин в выборке исследования составила – 47,1% (рис. 1). Это обусловлено возрастанием значимости для личности женщин профессиональных сфер самореализации, большей свободой во взглядах на семейные отношения и эгалитарностью в ролевых притязаниях по отношению к партнеру [3].

В ходе исследования была определена выраженность маскулинности, андрогинности и фемининности в изучаемой выборке (рис. 2). В основной группе – у женщины с выявленными конфликтом, – выявлено 87,50% маскулинности и 12,50% андрогинности. В контрольной же группе, куда включены женщины без внутриличностного конфликта, сформирована на 100% фемининность.

По методике СЖО, «Тест смысло-жизненных ориентаций» был выявлен общий показатель осмыслен-



Рис. 1. Процентная сформированность внутриличностного гендерного ролевого конфликта среди обследуемых («Диагностика внутриличностного гендерного ролевого конфликта» модификация Г. В. Шакирова)

ности жизни и его компонентов у основной и контрольной групп. Компоненты общего показателя осмысленности жизни: цели в жизни, процесс жизни, результативность жизни, локус контроля – я, локус контроля – жизнь. Таким образом, общий показатель осмысленности жизни выше в основной группе и составляет 86%.

Результаты опросника «Методика исследования самоотношения, МИС» указывают на различия в процентной выраженности определенных личностных ка-

честв у основной и контрольной групп (рис. 3). У женщин в основной группе наблюдается более высокий уровень самоуверенности (80%), саморуководства (85%), самооценности (81%), а также внутренней конфликтности (70%) и самообвинения (69%). В то время как контрольная группа женщин с несформированным внутриличностным гендерным ролевым конфликтом, имеет более низкие показатели по данным шкалам.

Проведено изучение корреляционных связей между внутриличностным конфликтом и гендерной пред-

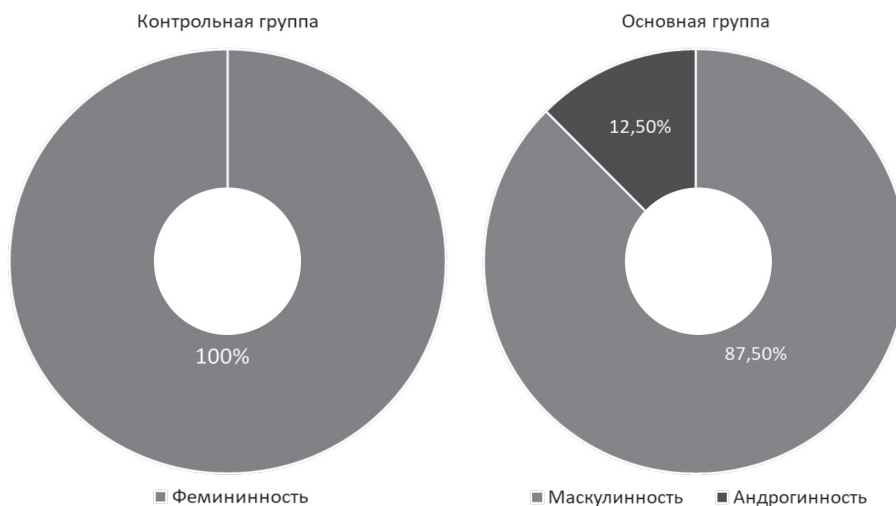


Рис. 2. Процентное соотношение между шкалами маскулинность/фемининность и наличием внутриличностного конфликта (Опросник «Маскулинность-фемининность, BSRI» Сандра Бем).

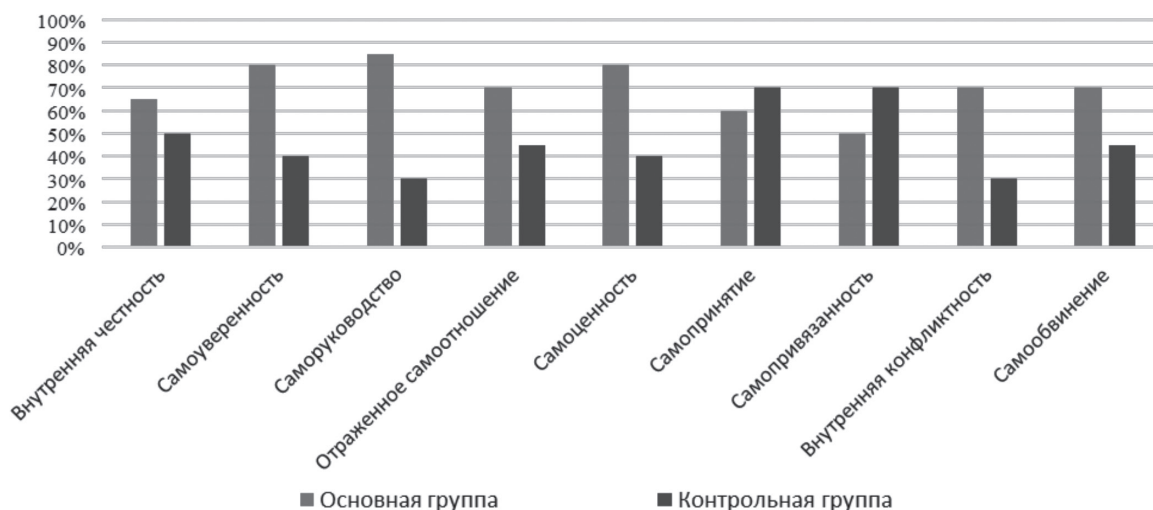


Рис. 3. Процентное соотношение между шкалами опросника «Методика исследования самоотношения, МИС» и наличием внутриличностного конфликта.

расположенностью – маскулинностью, фемининностью (табл.1). Выявлена положительная выраженная связь между наличием внутриличностного конфликта и показателем маскулинности. Это может свидетельствовать о том, что женщины, переживающие внутриличностный конфликт, стремятся к доминированию, способны к командованию, обладают выраженной целеустремлённостью и более адаптивными стратегиями приспособления [11,19].

Исследование корреляционных связей между наличием внутриличностного конфликта и показателем осмысленности жизни свидетельствует о наличии выраженной положительной связи между наличием внутриличностного конфликта и высоким показателем осмысленности жизни (табл. 1). Полученные данные позволяют говорить о том, что женщины с выявленным внутриличностным конфликтом позиционируют себя как сильную личность, обладающую достаточной

свободой выбора, чтобы контролировать свою жизнь и построить ее в соответствии со своими целями [6].

Проведенное исследование между феноменом внутриличностного конфликта и компонентами самоотношения личности обследованных женщин, позволило выявить положительные, устойчивые, выраженные корреляционные связи между наличием внутриличностного конфликта и несколькими шкалами самоотношения личности (табл. 2). Полученные результаты могут свидетельствовать о том, что женщины, переживающие внутриличностный гендерный ролевой конфликт, относятся к себе как к уверенному, самостоятельному, волевому человеку, ощущают ценность собственной личности и выступают источником активности во всех сферах жизнедеятельности [14]. Но несмотря на это, у женщин основной группы выявлено наличие внутренних конфликтов, сомнений, несогласий с самим собой, чрезмерное самоко-

Таблица 1. Корреляционные связи между наличием внутриличностного конфликта и личностными особенностями женщин (r-Pearson)

Показатели	r
<i>«Диагностика внутриличностного гендерного ролевого конфликта» (модификация Г.В. Шакирова) и Опросник «Маскулинность-фемининность, BSRI» (Сандра Бем)</i>	
Внутриличностный конфликт & Маскулинность	0,909
Внутриличностный конфликт & Фемининность	-0,098
<i>«Диагностика внутриличностного гендерного ролевого конфликта» (модификация Г. В. Шакирова) и Тест смысловых жизненных ориентаций адаптация Д. А. Леонтьева</i>	
Внутриличностный конфликт & Общий показатель осмысленности жизни	0,814
Отсутствие конфликта & Общий показатель осмысленности жизни	-0,230

Таблица 2. Корреляционные связи между наличием внутриличностного конфликта и компонентами самоотношения личности женщин (r-Pearson)

Показатели	r
<i>«Диагностика внутриличностного гендерного ролевого конфликта» (Г.В. Шакирова) и Шкалы методики исследования самоотношения, МИС</i>	
Внутриличностный конфликт & Внутренняя честность	0,669
Внутриличностный конфликт & Самоуверенность	0,836
Внутриличностный конфликт & Саморуководство	0,917
Внутриличностный конфликт & Отраженное самоотношение	-0,438
Внутриличностный конфликт & Самоценность	0,872
Внутриличностный конфликт & Самопринятие	0,649
Внутриличностный конфликт & Самопривязанность	-0,517
Внутриличностный конфликт & Внутренняя конфликтность	0,742
Внутриличностный конфликт & Самообвинение	-0,264

пание, рефлексия на общем негативном фоне отношения к самому себе [16].

Заключение

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что проблема внутриличностного гендерного ролевого конфликта распространена довольно широко и была выявлена практически у половины опрошенных женщин. Наибольшую и сильную корреляционную связь между шкалами опросников на выявление гендерных и личностных особенностей женщин, переживающих внутриличностный гендерный ролевой конфликт, показали такие шкалы как «маскулинность», «внутренняя конфликтность», «локус контроля – я», «локус контроля – жизнь»; вторые по значимости «самоуверенность», «цели в жизни» и «самоценность». Найдена корреляционная связь между высокими показателями фемининности и отсутствием внутриличностного гендерного конфликта.

Как показало проведенное исследование проблема возникновения внутриличностного гендерного конфликта и влияния его на психоэмоциональное состояние современной женщины, крайне актуальна и практически значима для решения вопросов по разработке способов его преодоления, развитию и профилактики психологической устойчивости женщин к взаимопроникновению ролей в социуме [15]. На данный момент в разработке находится программа психокоррекционных занятий и выявление наиболее эффективных подходов психотерапии внутриличностного гендерного ролевого конфликта.

Список литературы

1. Абульханова-Славская К.А. Стратегия жизни. М., 1991. 299 с.
2. Алёшина Ю.Е., Лекторская Е.В. Ролевой конфликт работающей женщины. Вопросы психологии 1989; (5).
3. Анцупов А.Я., Шипилов А.И. Конфликтология. М.: ЮНИТИ, 1999. 551 с.
4. Берн Ш. Гендерная психология. СПб.: Прайм-Еврознак, 2002. 320 с.
5. Васильева А.О. Ролевой конфликт и пути его преодоления [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.mai.ru/projects/mai_works/articles/num
6. Васюнина Л.А. Труд и социальная защита женщин при переходе к рыночной экономике: политэкономический аспект. Автореф. дисс. на соискание ученой степени д.э.н. СПб.: Санкт-Петербургский государственный университет, 1996. 21 с.
7. Гаврилица О.А. Чувство вины у работающей женщины. Вопросы психологии 1998; (4).
8. Горностай П.П. Диагностика и коррекция ролевых конфликтов. Журнал практического психолога 1999; (1): 44-51.

9. Грейд Д. Мужчины выходцы с Марса, женщины – с Венеры. М., 1997. 304 с.
10. Ершова Н.М. Трансформация самоидентификации современной женщины: между полом и гендером. Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. Екатеринбург: Уральский государственный университет путей сообщения, 2005. 23 с.
11. Ёрина С.И. Ролевой конфликт и его диагностика в деятельности руководителя. Учебное пособие. Ярославль, 2000.
12. Исакова Е.В. Влияние гендерных стереотипов на трудовую деятельность жизни. Материалы интернет-конференции «Гендерные стереотипы в современной России» (01.05– 07.07.2006). <http://www.ecsoman.edu.ru>
13. Клёцина И.С. Гендерный подход и внутриличностные конфликты. Женщина. Образование. Демократия. Материалы 2-й международной научно-практической конференции. Минск: Энвила, 2000. С. 275-279.
14. Клёцина И.С. Аналитические подходы к определению причин гендерных конфликтов и путей их преодоления. Сборник материалов Всероссийского семинара «Противоречия, конфликты, кризисы личности: субъектно-бытийный подход». Краснодар, 2007. С. 30-45.
15. Клёцина И.С. Гендерная идентичность и права человека: психологический аспект. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://genderstudies.info/psihol/psihol.php>
16. Кукушкина А.А. Разрешение ролевого конфликта в деятельности руководителя. Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.психол.н. Ярославль: Ярославский государственный университет им. П.Г. Демидова, 2007. 23 с.
17. Кулагина Н.В. О направлениях работы по преодолению внутриличностных гендерных конфликтов. Материалы межрегиональной научно-практической конференции «Психологические проблемы бытия человека в современном обществе. Здоровье личности и её адаптация». Магнитогорск, 2009. С. 146-150.
18. Кулагина Н.В. Гендерный конфликт как фактор личностной и профессиональной дезадаптации. Психология и психотехника 2009; (3): 14-23.
19. Левитов Н.Д. «Теория ролей» в психологии. Вопросы психологии 1969; (6): 36-45.

References

1. Abul'khanova-Slavskaya K.A. Strategiya zhizni. Moscow, 1991. 299 p. (In Russ.)
2. Aleshina Yu.E., Lektorskaya E.V. Role conflict of a working woman. Questions of psychology 1989; (5). (In Russ.)
3. Antsupov A.Ya., Shipilov A.I. Conflictology. M.: UNITI, 1999. 551 p. (In Russ.)
4. Bern S. Gender psychology. St. Petersburg: Prime-Evroznak, 2002. 320 p. (In Russ.)
5. Vasilyeva A.O. Role conflict and ways to overcome it. [Electronic resource]. Access mode: http://www.mai.ru/projects/mai_works/articles/num (In Russ.)
6. Vasyunina L.A. Labor and social protection of women during the transition to a market economy: a political and economic aspect. Abstract diss. for the degree of Doctor of Economics. St. Petersburg State University, 1996. 21 p. (In Russ.)
7. Gavrilitsa O.A. Feelings of guilt in a working woman. Questions of psychology 1998; (4). (In Russ.)
8. Ermine P.P. Diagnosis and correction of role conflicts. Journal of Practical Psychology 1999; (1): 44-51. (In Russ.)
9. Grade D. Men are from Mars, women are from Venus. M., 1997. 304 p. (In Russ.)

10. Ershova N.M. Transformation of self-identification of a modern woman: between sex and gender. Abstract diss. for the degree of candidate of medical sciences. Ekaterinburg: Ural State University of Communications, 2005. 23 p. (In Russ.)
11. Yorina S.I. Role conflict and its diagnostics in the activities of the leader. Tutorial. Yaroslavl, 2000. (In Russ.)
12. Isakova E.V. The impact of gender stereotypes on work life. Materials of the Internet conference "Gender stereotypes in modern Russia" (01.05–07.07.2006). <http://www.ecsocman.edu.ru> (In Russ.)
13. Klyotsina I.S. Gender approach and intrapersonal conflicts. Woman. Education. Democracy. Materials of the 2nd international scientific-practical conference. Minsk: Envila, 2000. P. 275-279. (In Russ.)
14. Klyotsina I.S. Analytical approaches to identifying the causes of gender conflicts and ways to overcome them. Collection of materials of the All-Russian seminar "Contradictions, conflicts, personality crises: subject-existential approach". Krasnodar, 2007. P. 30-45. (In Russ.)
15. Klyotsina I.S. Gender identity and human rights: psychological aspect. [Electronic resource]. Access mode: <http://genderstudies.info/psihol/psihol.php> (In Russ.)
16. Kukushkina A.A. Resolution of role conflict in the activities of the leader. Abstract diss. for the degree of Ph.D. Yaroslavl: Yaroslavl State University. P.G. Demidova, 2007. 23 p. (In Russ.)
17. Kulagina N.V. On the directions of work to overcome intrapersonal gender conflicts. Materials of the interregional scientific and practical conference "Psychological problems of human existence in modern society. Personal health and its adaptation". Magnitogorsk, 2009. P. 146-150. (In Russ.)
18. Kulagina N.V. Gender conflict as a factor of personal and professional maladaptation. Psychology and psychotechnics 2009; (3): 14-23. (In Russ.)
19. Levitov N.D. Role theory in psychology. Questions of Psychology 1969; (6): 36-45. (In Russ.)

Оценка ситуативной тревоги и личностной тревожности у учащихся десятых классов разного профиля гимназии города Воронежа

Матвиенко М.Д. студентка 1-го курса лечебного факультета

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н.Бурденко» Минздрава России
Воронеж, Россия

Введение. Наличие тревоги у старшеклассников может привести к переутомлению, развитию невротических состояний, негативно сказаться на успеваемости и результатах ЕГЭ, стать психологическим барьером на пути достижения успеха. Вместе с тем, выявлению и коррекции повышенной тревожности у подростков не уделяется должного внимания. Целью исследования стала оценка наличия симптомов тревоги и уровня тревожности у обучающихся в десятых классах гимназии.

Методы. Проведено тестирование 55 десятиклассников гимназии имени А.В. Кольцова города Воронежа. Для первичного выявления симптомов тревоги использовалась «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS), для оценки уровня личностной тревожности и ситуативной тревоги – методика «Интегративный тест тревожности» (ИТТ). Статистический анализ проводился с использованием программы XL.

Результаты. При первичной оценке по шкале HADS симптомы тревоги были выявлены у 52,8% десятиклассников – 60% девочек и 33,3% мальчиков; чаще всего отмечались у учащихся химико-биологического класса – 64,3% случаев. Высокий уровень личностной тревожности по результатам ИТТ имели 38,2% опрошенных – 45% девочек и 20% мальчиков. Наибольшие баллы ситуативной тревоги и личностной тревожности получены по шкалам астенического компонента и тревожной оценки перспектив. Высокий уровень личностной тревожности по шкале астенического компонента выявлен у 52,7% опрошенных – 57,5% девочек и 40% мальчиков, у 78,9% учащихся социально-экономического класса. Высокий уровень личностной тревожности при оценке перспектив был наиболее характерен для девочек (52,5%) и учащихся социально-экономического класса (52,6%).

Обсуждение. Выявлена большая частота симптомов тревоги, высокого уровня личностной тревожности с преобладанием астенических проявлений и тревоги за перспективу у учащихся десятых классов гимназии, особенно у девочек-старшеклассниц. Девочки имели более высокие баллы ситуативной тревоги и личностной тревожности, в том числе, по вспомогательным шкалам, особенно при оценке тревоги за перспективу. Требуют изучения особенности указанных нарушений у обучающихся в классах разного профиля. Следует обследовать старшеклассников на наличие тревоги и информировать их о способах снижения тревожности.

Заключение. Более половины десятиклассников гимназии имели симптомы тревоги при первичной оценке, более трети – высокий уровень личностной тревожности. В структуре ситуативной тревоги и личностной тревожности преобладали астенический компонент и тревожная оценка перспектив. У девочек симптомы тревоги, высокий уровень личностной тревожности, особенно при оценке перспектив, отмечались практически в 2 раза чаще, чем у мальчиков. Частота астенических проявлений была максимальной у учащихся социально-экономического класса, тревоги за перспективу – химико-биологического класса.

Ключевые слова: ситуативная тревога, личностная тревожность, старшеклассники.

Для цитирования: Матвиенко М.Д. Оценка ситуативной тревоги и личностной тревожности у учащихся десятых классов разного профиля гимназии города Воронежа. *Психическое здоровье* 2022; 17(7): 61-67.

Автор для корреспонденции: Матвиенко Мария Денисовна; **e-mail:** matvienkoe@yandex.ru

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Поступила: 28.04.2022

The estimation of situational and personal anxiety in tenth grade students of gymnasium of Voronezh

Matvienko M.D.

Voronezh State Medical University after N.N.Burdenko
Voronezh, Russia

Introduction. The increased anxiety in high school students leads to exhaustion, development of neurotic states and can reduce the academic performance and results of the Unified State Exams. Aim of the work: to estimate the situational and personal anxiety in tenth grade students of gymnasium after A.V.Koltsov in Voronezh.

Methods. The study involved 55 tenth grade students of gymnasium. «Hospital Anxiety and Depression Scale» (HADS) has been used for the initial detection of anxiety symptoms, «Integrative anxiety test» (IAT) – for assessment of situational and personal anxiety. Statistical analysis was performed using program XL.

Results. The anxiety symptoms were identified in 52,8% tenth graders. Girls were twice more likely to have these symptoms than boys (60% against 33,3%). The highest prevalence of anxiety symptoms was observed in chemical-biological class (64,3%). The level of personal anxiety in girls was higher than in boys – 45% against 20%. The highest scores were received by scales of asthenic component and anxiety about prospects. Asthenic symptoms and anxiety about prospects were mainly expressed in girls, students of chemical and biological class and socio-economic class.

Discussion. The detected frequency of anxiety can be named high, especially in girls. Differences in profile classes needs in further study. High school students should be examined for symptoms of anxiety and informed about ways to reduce anxiety.

Conclusion. More than half of tenth graders had anxiety symptoms, more than a third – high level of personal anxiety. Asthenic symptoms and anxiety about prospects dominated in the structure of the anxiety syndrome. The high prevalence of anxiety symptoms, especially in girls, confirms the need of activities for their early detection and correction.

Key words: situational anxiety, personal anxiety, high school students

For citation: Matvienko M.D. The estimation of situational and personal anxiety in tenth grade students of gymnasium of Voronezh. *Psikhicheskoe zdorovie [Mental Health] 2022; 17(7): 61-67. (In Russ.).*

Corresponding author: Maria D. Matvienko; **e-mail:** matvienkoe@yandex.ru

Funding. The study had not sponsorship

Conflict of interest. The author declares no conflict of interests

Accepted: 28.04.2022.

Введение

Актуальность выявления симптомов тревоги и коррекции повышенной тревожности у старшеклассников не вызывает сомнения. Подросткам приходится сталкиваться с различными проблемами и переживаниями, связанными с учебой, выбором профессии, подготовкой к экзаменам и поступлению, отношениями со сверстниками, родителями и учителями [1]. Ежегодные нововведения в системе образования, постоянно растущие требования к подготовке и процедуре прохождения ЕГЭ не могут не отражаться на психическом здоровье учащихся, в частности, на их уровне тревожности. Тревожность (личностная тревожность) – индивидуальная психологическая особенность, состоящая в повышенной склонности испытывать беспокойство в различных жизненных ситуациях [2]. Определенный уровень тревожности является естественной индивидуальной характеристикой человека, связанной с типом высшей нервной деятельности и темпераментом. Повышенная тревожность может привести к переутомлению, истощению внутренних ресурсов организма, развитию невротических состояний. Если под тревожностью (личностной тревожностью) понимают устойчивое, относительно постоянное свойство личности, то под тревогой (ситуативной тревогой) – отрицательное эмоциональное состояние на данный конкретный момент времени, связанное с изменением нервно-психической деятельности [2]. Наличие симптомов тревоги, повышенный уровень тревожности у старшеклассников отрицательно влияют на успеваемость, ве-

дут к формированию неуверенности в своих возможностях, конфликтным отношениям с окружающими [1]. Повышенная тревожность может отрицательно сказаться на результатах ЕГЭ и стать своеобразным психологическим барьером на пути достижения успеха. Вместе с тем, диагностика тревоги и тревожности у подростков в широкой практике затруднена в связи с отсутствием ярких специфических симптомов; скрининговые обследования не проводятся, несмотря на наличие методик, простых для применения и обработки.

Цель исследования: оценить наличие симптомов тревоги и повышенной тревожности у обучающихся в десятых профильных классах гимназии.

Для достижения цели были поставлены следующие **задачи:**

1. Выявить наличие симптомов тревоги по шкале HADS у обучающихся в десятых классах гимназии с учетом возможных гендерных различий;
2. Оценить уровень ситуативной тревоги и личностной тревожности с помощью ИТТ у старшеклассников;
3. Провести анализ отдельных компонентов тревожности, выявить наличие гендерных особенностей;
4. Сравнить показатели тревожности у обучающихся в десятых классах разного профиля.

Методы

В исследовании приняли участие 55 учащихся десятых классов гимназии имени А.В. Кольцова города

Воронежа: 15 мальчиков (27,3%) и 40 девочек (72,7%). Распределение учащихся по классам было следующим: информационно-технологический – 9, химико-биологический – 14, гуманитарный – 13, социально-экономический – 19 человек.

Для первичного выявления симптомов тревоги использовалась «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS). Шкала состоит из 14 утверждений, объединенных в 2 подшкалы – «тревога» и «депрессия». Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа, отражающие градации выраженности признака по нарастанию тяжести симптома от 0 (отсутствие) до 3 (максимальная выраженность). При интерпретации результатов учитывался суммарный показатель по каждой подшкале: 0–7 баллов – «норма» (отсутствие симптомов тревоги и депрессии), 8–10 баллов – «субклинически выраженная тревога / депрессия», 11 и выше – «клинически выраженная тревога / депрессия» [3].

Для оценки ситуативной тревоги и личностной тревожности применялась методика «Интегративный тест тревожности» (ИТТ), включающая в себя 2 равнозначные шкалы: шкалу самооценки тревоги ситуативной (СТ-С) и шкалу самооценки тревожности личностной (СТ-Л) [4]. Данная методика рекомендована к использованию у детей с 10–12 лет [4]. Ситуативная тревога рассматривалась как состояние в данный конкретный момент времени, обусловленное субъективно переживаемыми эмоциями – напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Под личностной тревожностью понималась устойчивая индивидуальная характеристика человека, отражающая его предрасположенность к тревоге в течение длительного периода времени – последнего года. Обе шкалы СТ-С и СТ-Л включали по 15 утверждений с указанием вариантов ответов по 4-х бальной системе градации: 0 – отсутствие данного признака, 1 – слабо выраженный признак, 2 – умеренно выраженный, 3 – сильно выраженный признак. Подсчитывалось количество сырых баллов, затем для стандартизации результатов осуществлялся перевод сырых баллов в станайны при помощи специальных предусмотренных методикой таблиц. Оценка уровня интегральных показателей СТ-С и СТ-Л ниже 4 станайнов соответствовала низкому уровню тревожности, от 4,5 до 6 станайнов – нормальному уровню, выше 6 станайнов – высокому уровню тревожности, свидетельствующему о наличии дезадаптации и дисгормонии с окружающей средой. Методика ИТТ позволила не только оценить ситуативную тревогу и личностную тревожность, но и выделить отдельные компоненты данного аффективного состояния. Для этого

был проведен подсчет баллов по 5 вспомогательным шкалам: ЭД (эмоциональный дискомфорт), АСТ (астенический компонент), ФОб (фобический компонент), ОП (тревожная оценка перспектив), СЗ (социальные реакции защиты) [4].

Бланки HADS и ИТТ заполнялись учащимися самостоятельно, анонимно, с указанием только пола и класса; предварительно было получено добровольное информированное согласие на опрос. Данные были обработаны при помощи программы XL, результаты представлены в виде $M \pm m$, где M – среднее, m – стандартная ошибка.

Результаты

При оценке наличия симптомов тревоги по шкале HADS «норму», т.е. отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги, имели 26 учащихся (47,2%), симптомы субклинически выраженной тревоги – 15 (27,3%), клинически выраженной тревоги – 14 (25,5%) учащихся (рис. 1). Среди мальчиков-десятиклассников у 10 (66,7%) симптомов тревоги не отмечалось, у 5 (33,3%) были выявлены симптомы субклинически выраженной тревоги. Среди девочек у 16 (40%) симптомов тревоги не было, у 10 (25%) наблюдались симптомы субклинически выраженной тревоги и у 14 (35%) – клинически выраженной тревоги (рис. 1).

Таким образом, симптомы тревоги той или иной степени выраженности отмечались у 29 (52,8%) опрошенных (33,3% мальчиков и 60% девочек). Средний балл тревоги по шкале HADS составил $8,1 \pm 0,6$, у мальчиков – $5,4 \pm 0,8$, у девочек – $9,2 \pm 0,7$; максимальный – 21 (у девочки). Для сравнения, симптомы депрессии по шкале HADS наблюдались значительно реже: отсутствовали у 40 учащихся (72,7%), в том числе, 12 мальчиков (80% мальчиков) и 28 девочек (70% девочек); субклинически выраженная депрессия была выявлена у 12 человек (21,8%) – 3 мальчиков (20% мальчиков) и 9 девочек (22,5% девочек); клинически выраженная депрессия – у 3 девочек (5,5%). Средний балл по субшкале депрессии HADS составил $5,1 \pm 0,5$; у мальчиков – $4,3 \pm 0,8$; девочек – $5,3 \pm 0,6$;

Результаты тестирования по шкале HADS в разных классах представлены на рис. 2. Частота симптомов тревоги была наибольшей среди учащихся химико-биологического класса – 64,3%, в том числе, клинически выраженной – 35,7% случаев. Средний балл тревоги по шкале HADS составил: в гуманитарном классе – $8,9 \pm 1,5$; химико-биологическом – $8,7 \pm 1,2$;

информационно-технологическом – $7,4 \pm 1,6$; социально-экономическом классе – $7,8 \pm 0,7$.

При оценке ситуативной тревоги и личностной тревожности по методике ИТТ получены следующие данные. Высокий уровень СТ-С (более 6 станайнов) выявлен у 13 (23,6%) учащихся – 12 девочек (30% девочек)

и 1 мальчика (6,7% мальчиков). Средние баллы интегрального показателя СТ-С представлены в таблице.

При дифференцированном анализе СТ-С по вспомогательным шкалам ИТТ были отмечены более высокие показатели отдельных компонентов состояния тревоги, свидетельствующие о наличии

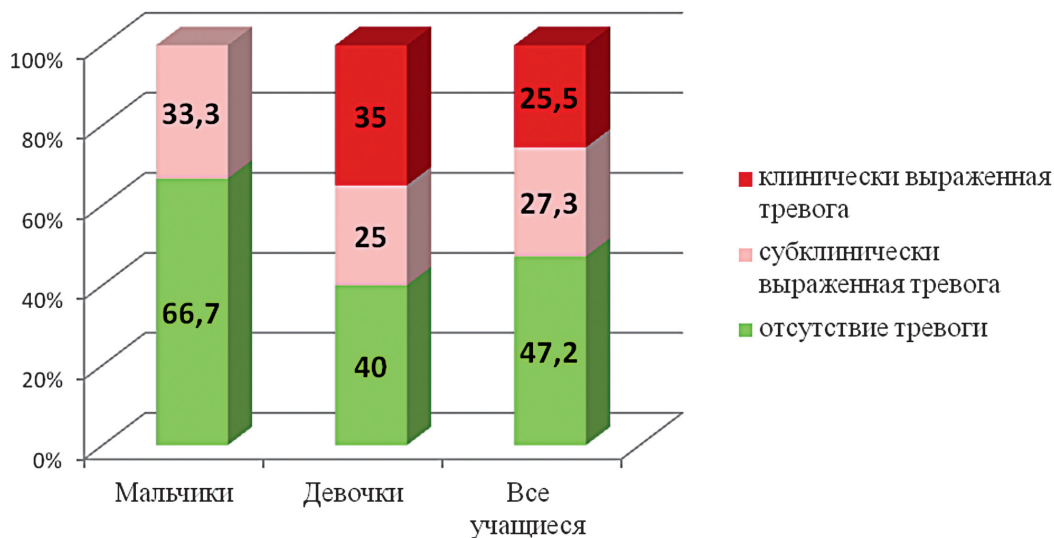


Рис. 1. Наличие симптомов тревоги у обучающихся в 10 классах (HADS)

Fig. 1. The presence of anxiety symptoms in students in grades 10 (HADS)

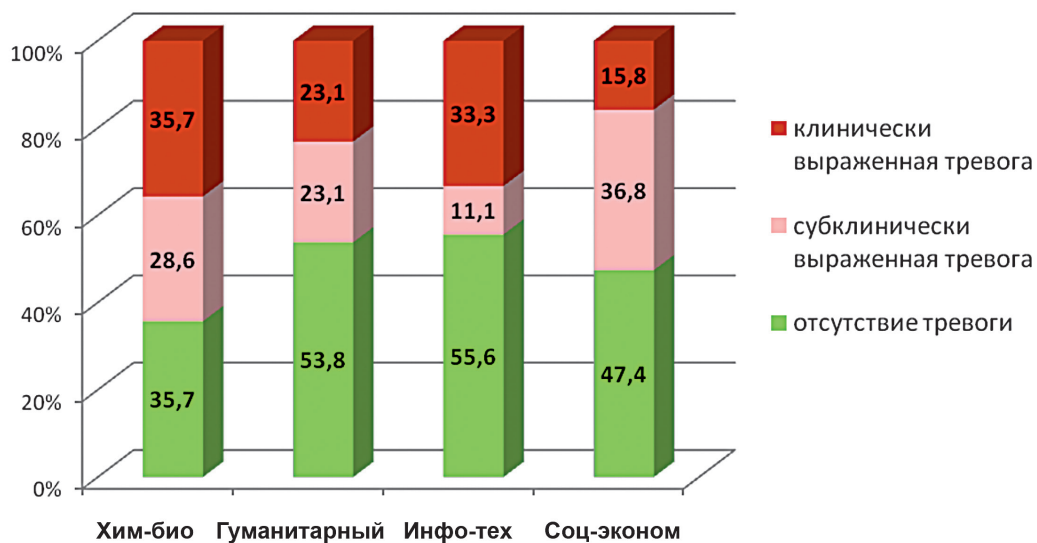


Рис. 2. Наличие симптомов тревоги у учащихся разных классов (HADS)

Fig. 2. The presence of anxiety symptoms in students of different classes (HADS)

определенной психологической дезадаптации учащихся (рис. 3).

Наивысший балл СТ-С получен по шкале «АСТ» (астенический компонент) – $6,0 \pm 0,4$: для девочек – $6,3 \pm 0,4$; для учащихся социально-экономического класса – $6,9 \pm 0,6$. Таким образом, в структуре ситуативной тревоги преобладала астеническая симптоматика: усталость, быстрая утомляемость, вялость, пассивность, нарушение сна. Высокий уровень СТ-С по шкале «АСТ» (более 6 станайнов) имели 50,9% учащихся – 57,5% девочек и 33,3% мальчиков, в том числе, 42,9% учеников химико-биологического класса, 55,6% – информационно-технологического класса, 38,5% – гуманитарного, 63,2% – социально-экономического класса. Высокий уровень СТ-С по шкале «ОП» – тревожная оценка перспектив (озабоченность будущим на фоне повышенной эмоциональной

чувствительности, страхи за перспективу) выявлен у 29,1% опрошенных, в том числе, 32,5% девочек, 20% мальчиков, 35,7% учащихся химико-биологического класса, 44,4% – информационно-технологического класса, 23,1% – гуманитарного и 21,1% учащихся социально-экономического класса. Средний балл СТ-С по шкале «ОП» составил $5,3 \pm 0,3$: у мальчиков – $4,5 \pm 0,6$; девочек – $5,7 \pm 0,4$; учащихся социально-экономического класса – $4,7 \pm 0,4$; информационно-технологического – $5,6 \pm 1,0$; химико-биологического – $6,4 \pm 0,4$ (максимальный) и гуманитарного класса – $4,9 \pm 0,8$. Самый низкий показатель СТ-С определялся по шкале «ЭД» – эмоциональный дискомфорт (снижение эмоционального фона, наличие эмоциональных расстройств, эмоциональная напряженность в данный момент времени) – $3,7 \pm 0,4$ балла: у мальчиков – $2,9 \pm 0,4$; девочек – $4,0 \pm 0,5$; от $2,5 \pm 0,4$

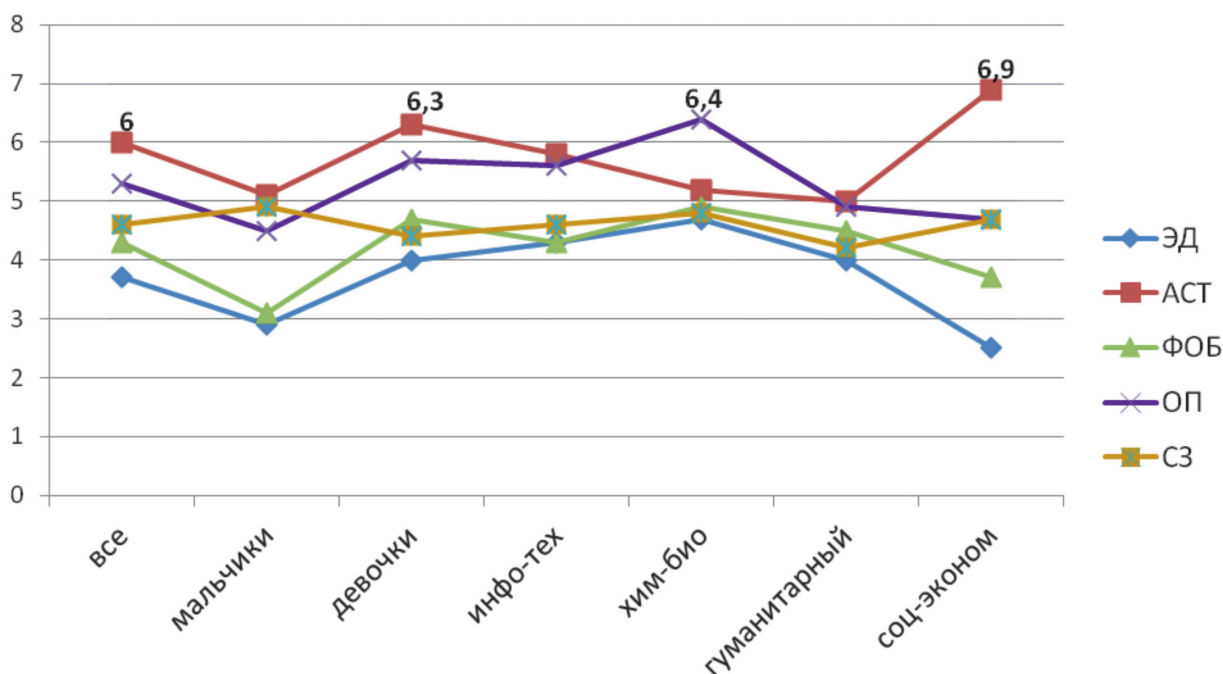


Рис. 3. Показатели ситуативной тревоги по различным шкалам (ИТТ)

Fig. 3. Indicators of situational anxiety on various scales (IAT)

Показатели СТ-С и СТ-Л у учащихся десятых классов (ИТТ)

Indicators of SA-S and SA-P in tenth grade students (IAT)

шкала	все	мальчики	девочки	инфо-тех	хим-био	гуманит.	соц-эконом
СТ-С	$5,1 \pm 0,3$	$4,0 \pm 0,5$	$5,7 \pm 0,3$	$5,4 \pm 0,9$	$5,8 \pm 0,6$	$4,7 \pm 0,7$	$4,8 \pm 0,4$
СТ-Л	$6,1 \pm 0,3$	$4,9 \pm 0,6$	$6,5 \pm 0,3$	$4,7 \pm 0,6$	$6,5 \pm 0,6$	$5,7 \pm 0,5$	$6,7 \pm 0,3$

балла в социально-экономическом классе до $4,7 \pm 0,7$ балла в химико-биологическом классе (рисунок 3).

При оценке личностной тревожности высокий уровень СТ-Л (более 6 станайнов) был выявлен у 38,2% опрошенных, в том числе, 45% девочек, 20% мальчиков, 42,9% учащихся химико-биологического класса, 11,1% – информационно-технологического класса, 30,8% – гуманитарного, 52,6% – социально-экономического класса. Средний балл СТ-Л составил $6,1 \pm 0,3$; в том числе, у мальчиков – $4,9 \pm 0,6$; у девочек – $6,5 \pm 0,3$; учащихся социально-экономического класса – $6,7 \pm 0,3$; химико-биологического – $6,5 \pm 0,6$; гуманитарного – $5,7 \pm 0,5$; информационно-технологического класса – $4,7 \pm 0,6$ (таблица). Самые высокие показатели СТ-Л, также как СТ-С, отмечались по шкалам «АСТ» и «ОП» – $6,2 \pm 0,4$ и $6,1 \pm 0,3$, соответственно (рис. 4).

При оценке личностной тревожности преобладала астеническая симптоматика и тревога за перспективу. Максимальный средний балл по шкале «АСТ» получен для девочек – $6,7 \pm 0,4$ и учащихся социально-экономического класса – $7,3 \pm 0,5$. Высокий уровень СТ-Л по шкале «АСТ» выявлен у 52,7% опрошенных, в том числе, 57,5% девочек, 40% мальчиков, 42,9% учащихся химико-биологического класса, 22,2% – информаци-

онно-технологического класса, 46,2% – гуманитарного, 78,9% – социально-экономического класса. Максимальный балл по шкале «ОП» отмечался у девочек – $7,4 \pm 0,3$, учащихся химико-биологического класса – $6,7 \pm 0,5$ и социально-экономического класса – $6,6 \pm 0,4$ (рис. 4). Высокий уровень СТ-Л по шкале «ОП» выявлен у 45,5% опрошенных, в том числе, 52,5% девочек, 26,7% мальчиков, 57,1% учащихся химико-биологического класса, 22,2% – информационно-технологического класса, 38,5% – гуманитарного, 52,6% – социально-экономического класса. Самый низкий показатель СТ-Л определялся по шкале «СЗ» («социальная защита») – $4,2 \pm 0,4$, в том числе, у мальчиков – $3,9 \pm 0,7$; девочек – $4,3 \pm 0,4$, что может свидетельствовать о достаточной комфортности для учащихся социальной среды (социальная среда не рассматривается ими как основной источник тревожных ощущений).

Обсуждение

Распространенность симптомов тревоги у десятиклассников можно считать высокой – она составила 52,8%, до 60% среди девочек и 64,3% среди учащихся в классе химико-биологического профиля. У девочек

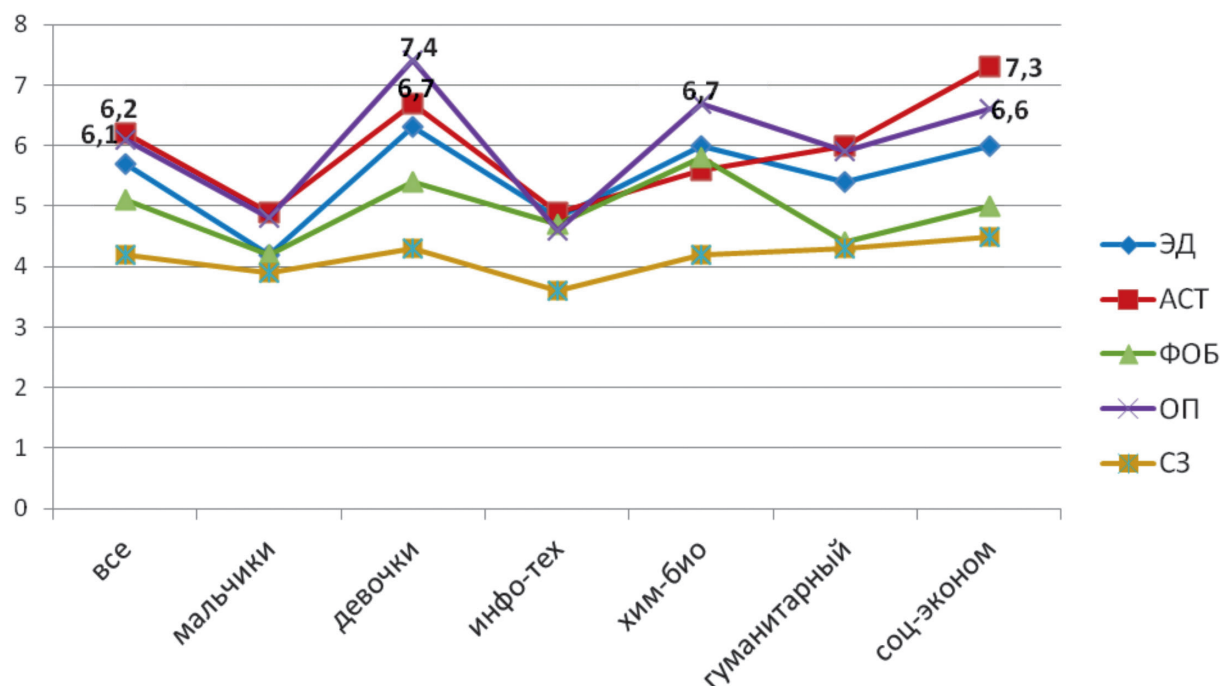


Рис.4. Показатели личностной тревожности по различным шкалам (ИТТ)

Fig.4. Indicators of personal anxiety on various scales (IAT)

значительно чаще наблюдались симптомы тревоги при тестировании по шкале HADS, высокий уровень личностной тревожности по ИТТ. Девочки-десятиклассницы имели более высокий интегральный показатель СТ-Л, а также более высокие баллы по 4 из 5 вспомогательным шкалам – «ЭД», «АСТ», «ФОБ» и «ОП». При этом наиболее значимые гендерные различия получены по шкале «ОП» – тревожная оценка перспектив ($7,4 \pm 0,3$ у девочек и $4,8 \pm 0,8$ у мальчиков), что свидетельствует о том, что девочки более озабочены своим будущим.

Более высокий уровень личностной тревожности отмечался у учащихся химико-биологического и социально-экономического классов; астеническая симптоматика чаще всего наблюдалась у учеников социально-экономического класса, тревога за перспективу – химико-биологического и социально-экономического классов. Данные особенности требуют дальнейшего изучения и интерпретации с учетом величины учебной нагрузки, особенностей подготовки к ЕГЭ по предметам, личностных факторов и пр. В частности, высокий уровень тревоги за перспективу у обучающихся в химико-биологическом классе может быть связан со сложностью выпускных экзаменов по биологии и химии, ежегодными изменениями контрольно-измерительных материалов и критериев оценки ЕГЭ, правил приема в медицинские ВУЗы.

С учетом высокой распространенности симптомов тревоги представляется целесообразным скрининг старшеклассников, особенно девочек, с использованием шкалы HADS и методики ИТТ. Следует активно выявлять у подростков симптомы тревоги, проявления астении, своевременно направлять к специалисту для коррекции указанных нарушений во избежание усугубления психической дезадаптации, развития невротоподобных состояний. Учащиеся должны быть информированы о способах снижения повышенной тревожности, включающих соблюдение режима дня с чередованием работы и отдыха, сбалансированное питание, достаточный ночной сон, правильное распределение времени на подготовку к текущим занятиям и ЕГЭ, достаточную физическую активность, занятия физкультурой и спортом, прогулки на свежем воздухе, посещение выставок, кинотеатров, театров, катков, бассейнов; обсуждение своих проблем с друзьями, родителями, учителями; применение лекарственных препаратов – транквилизаторов и адаптогенов только по назначению врача. Следует ознакомить старше-

классников с простыми приемами саморегуляции и ауто-тренинга для снижения тревожности.

Заключение

Симптомы тревоги по шкале HADS выявлены более чем у половины (52,8%) учащихся десятых классов гимназии, высокий уровень личностной тревожности по ИТТ – более чем у трети (38,2%). В структуре ситуативной тревоги и личностной тревожности преобладали астенический компонент и тревожная оценка перспектив. У девочек симптомы тревоги, высокий уровень личностной тревожности, тревоги за перспективу отмечались практически в 2 раза чаще, чем у мальчиков. Высокий уровень тревоги за перспективу был более характерен для учащихся химико-биологического класса, астеническая симптоматика – для учащихся социально-экономического класса. Большая распространенность симптомов тревоги и высокой личностной тревожности у старшеклассников, особенно девочек, подтверждает необходимость проведения активной работы по их выявлению и своевременной коррекции.

Список литературы

1. Прихожан А. М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. Воронеж: Изд. НПО «МОДЭК», 2000. 304 с.
2. Соловьева С.Л. Тревога и тревожность: теория и практика. *Медицинская психология в России* 2012; 6 (17) [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://medpsy.ru>. Дата обращения: 12.01.2022.
3. Zigmond A.S. Snaitth R.P The Hospital Anxiety and Depression scale. *Acta Psychiatr. Scand.* 1983; 67: .361-370.
4. Бизюк А.П., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В. Применение интегративного теста тревожности (ИТТ). Методические рекомендации. СПб.: Изд. Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, 2005. 23 с.

References

1. Prikhozhan A.M. Anxiety in children and adolescents: psychological nature and age dynamics. Voronezh: NPO "MODEK", 2000. 304 p. (In Russ.)
2. Solovyova S.L. Anxiety: theory and practice. *Medical Psychology in Russia* 2012; 6 (17) [Electronic resource]. Available at: <http://www>. Accessed: 12.01.2022. (In Russ.)
3. Zigmond A.S. Snaitth R.P The Hospital Anxiety and Depression scale. *Acta Psychiatr. Scand.* 1983; 67: .361-370.
4. Bizyuk A.P., Wasserman L.I., Iovlev B.V. Application of the integrative anxiety test (IAT). Methodological recommendations. SPb: Pub. of the V.M. Bekhterev Psychoneurological Institute, 2005. 23 p. (In Russ.)

<https://doi.org/10.25557/2074-014X.2022.07.68-73>

Оригинальное исследование [Original research]

Локус контроля как фактор самовольного отлучения из дома у подростков из дисфункциональных семей

Камшилина А.Д. студентка 4-го курса психолого-социального факультета
Уласень Т.В. к.м.н, заведующая кафедрой клинической психологии, доцент

ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России
Смоленск, Россия

Введение. Проблема девиантного поведения среди подростков, несмотря на ее проработанность, остается актуальной на сегодняшний день. В настоящем исследовании авторы изучили взаимосвязь локус-контроля со стилями родительского воспитания у детей, совершавших самовольные уходы из дома.

Методы. Проведено эмпирическое исследование вероятностной выборки подростков, самовольно отлучающихся из дома и подростков с просоциальным поведением. Использовались методы психодиагностики и статистики. Настоящее исследование проведено методом тестирования. В работе для исследования локуса контроля Дж. Роттера, для исследования стилей воспитания в семье была использована методика «Поведение родителей и отношение подростков к ним» (Е. Шафер), для оценки уровня социальной желательности применялась шкала Д.П. Кроуна и Д. Марлоу. Статистический анализ проводился с использованием лицензионного программного обеспечения Statistica 6.0, направление и теснота корреляционной связи между двумя количественными показателями оценивались с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена (при распределении показателей, отличном от нормального) и шкале корреляционной связи Чеддока.

Результаты. Всего в исследовании приняло участие 50 человек в возрасте от 14 до 17 лет, средний возраст составил 15,7 лет. Юношей 30 человек (60%), девушек 20 человек (40%). Гипотеза о взаимосвязи локуса контроля и стилями родительского воспитания подтвердилась. В экспериментальной группе преобладал экстернальный тип локус-контроля, а в контрольной – интернальный. Прослеживались прямые взаимосвязи экстернального типа локус-контроля с директивностью и враждебностью родителей и взаимосвязи социальной желательности с позитивным интересом. Также была выявлена прямая взаимосвязь интернальности и социальной желательности.

Обсуждение. Стили родительского воспитания оказывают влияние на формирование локус-контроля и уровнем социальной желательности ребенка. Наша гипотеза подтвердилась.

Выводы. Авторитарный и подавляющий стиль воспитания приводит к формированию экстернального типа локус-контроля. Это обуславливает восприятие происходящих событий как влияний внешних факторов и снижает уровень психической саморегуляции, что может приводить к девиантному поведению.

Ключевые слова: девиантное поведение, локус-контроль, социальная желательность, стили воспитания

Для цитирования: Камшилина А.Д., Уласень Т.В. Локус контроля как фактор самовольного отлучения из дома у подростков из дисфункциональных семей. *Психическое здоровье* 2022; 17(7): 68-73.

Автор для корреспонденции: Камшилина Анастасия Дмитриевна; e-mail: kamshilka777@gmail.com

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Поступила: 19.05.2022.

Locus of control as a factor of involuntary separation in teenagers from dysfunctional families

Kamshilina A.D., Ulasen T.V.

Smolensk State Medical University
Smolensk, Russia

Introduction. The problem of deviant behavior among adolescents, in spite of its thoroughness, remains relevant for today. In the present study, the authors studied the interrelation of locus control with parenting styles in teenagers who left home without permission.

Methods. An empirical study of a probability sample of AWOL adolescents and prosocial adolescents was conducted. Psychodiagnostic and statistical methods were used. The present study was conducted by testing. In the work to study J. Rotter's locus of control, to study parenting styles in the family the method «Parents' behavior and teenagers' attitude towards them» (E. Shafer) was used, to assess the level of social desirability the scale of D.P. Crone and D. Marlow was used. Statistical analysis was performed using licensed Statistica 6.0

software, the direction and closeness of the correlation relationship between the two quantitative indicators were assessed using Spearman's rank correlation coefficient (for a distribution of indicators other than normal) and the Cheddock correlation scale.

Results. A total of 50 people aged 14 to 17 years participated in the study, with an average age of 15.7 years. There were 30 males (60%) and 20 females (40%). The hypothesis about the relationship between locus of control and parenting styles was confirmed. In the experimental group the external type of locus of control prevailed, and in the control group – internal. Direct correlations of the external type of locus of control with parents' directiveness and hostility and correlations of social desirability with positive interest were traced. There was also a direct relationship of internalizing and social desirability.

Discussion. Parenting styles influence the formation of locus of control and the level of social desirability of the child. Our hypothesis was confirmed.

Conclusions. Authoritarian and oppressive parenting style leads to the formation of an externalizing type of locus of control. This leads to the perception of events as the influence of external factors and reduces the level of mental self-regulation, which may lead to deviant behavior.

Keywords: deviant behavior, locus control, social desirability, styles of education

For citation: Kamshilina A.D., Ulasen T.V. Locus of control as a factor of self-withdrawal from home in teenagers from dysfunctional families. *Psikhicheskoe zdorovie [Mental Health] 2022; 17(7): 68-73. (In Russ.).*

Corresponding author: Anastasia D. Kamshilina, **e-mail:** kamshilka777@gmail.com

Funding. The study had no sponsorship.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interests.

Accepted: 19.05.2022.

Введение

Как известно, детско-родительские отношения влияют на формирование личности ребенка, его характерологические особенности и паттерны поведения, которые в последующем обуславливают его стиль жизни [5,9]. Родители на уровне общества исполняют функцию социализации и трансляции ценностей, на уровне индивида – удовлетворяя потребности ребенка в родительстве, становятся важными значимыми лицами в его становлении как личности. В свою очередь, окруженная атмосферой хронического страха и недоверия, дисфункциональная семья становится препятствием для личностного роста ребенка. Эмоциональная, когнитивная, а зачастую и социальная депривация, насилие, вербальная агрессия – все это ведет к девиантному поведению среди детей и подростков, являющемуся следствием паталогизирующего семейного воспитания [5,9].

Возрастная психология несовершеннолетних становится фактором психических особенностей, которые могут способствовать совершению антиобщественных действий [4]. По данным МВД РФ, на период с января 2021 года по январь 2022 года всего было выявлено 31 115 несовершеннолетних лиц, совершивших преступления, из общего числа – по Смоленской области 284 лица [6].

Уходя от родителей, несовершеннолетние ищут поддержку в обществе себе подобных, что, в совокупности с проблемами дома, зачастую становится триггером для формирования зависимостей и других видов девиантного поведения. В некоторых странах данные явления

считаются прямыми причинами преступности несовершеннолетних [4]. К самовольным отлучениям из дома, как следствие, присоединяются различного рода правонарушения и проступки. Одной из причин этого, помимо неблагоприятной обстановки дома, является недостаточность психологической саморегуляции субъекта.

Дж. Роттером в 1954 году было введено в психологический обиход понятие «локус-контроль». Лocus контроля – это обобщенное ожидание того, в какой степени люди контролируют подкрепления в своей жизни. Люди с экстервальным локусом контроля полагают, что их успехи и неудачи регулируются внешними факторами, такими как судьба, удача, счастливый случай, влиятельные люди и непредсказуемые силы окружения. Люди же с интервальным локусом контроля верят в то, что удачи и неудачи определяются их собственными действиями и способностями (внутренние, или личностные факторы) [8]. Поэтому уровень субъективного контроля у интерналов выше, чем экстерналов, так как они полагают, что в большей степени оказывают влияние на ситуацию. Однако сам Роттер показывает, что экстерналы и интерналы не являются типами людей, потому что у каждого индивидуума присутствуют в разной степени и экстернальные, и интернальные черты [9].

Следуя теории социального научения, locus контроля, являясь устойчивым свойством личности, формируется в ходе процесса социализации индивидуума, в которой важную роль играет семья. Неправильное воспитание может приводить к обострению девиантности и деликвент-

ности личности, одной из характеристик которой указывается экстернальный тип локус контроля [5, 8].

Немаловажным фактором в поведении является и социальная желательность, склонность к которой обуславливается не столько желанием показать себя с лучших сторон, сколько глубинными потребностями в одобрении. Так, было установлено, что люди, проявлявшие установку социальной желательности, вели себя более осторожно, чем люди, у которых не было этой установки — они вербально и поведенчески нарушали нормы коммуникации [8].

Цель и задачи исследования. Исходя из вышесказанного, проблема самовольного отлучения подростков из дома может быть обусловлена неблагоприятным психологическим климатом в семье и ее общей дисфункциональностью. Целью исследования является изучение взаимосвязи локус контроля с семейными взаимоотношениями у подростков, самовольно отлучающихся из дома. Основной гипотезой исследования является взаимосвязь типа локуса контроля со стилями родительского воспитания.

В задачи исследования входило: сравнительное изучение локус контроля, социальной желательности и стилей воспитания среди подростков, самовольно отлучающихся из дома, и подростков, имеющих просоциальную ориентацию; изучение взаимосвязи между локус-контролем и стилями родительского воспитания.

Объект исследования: подростки, самовольно отлучающиеся из дома.

Предмет исследования: показатели локус-контроля, социальной желательности и стилей семейного воспитания подростков, самовольно отлучающиеся из дома.

Методы

В исследовании приняли участие 50 человек в возрасте от 14 до 17 лет, средний возраст составил 15,7 лет. Юношей 30 человек (60%), девушек 20 человек (40%).

Проведено выборочное обследование 25 несовершеннолетних подростков, самовольно отлучающихся из дома и находящихся под профилактическим надзором уголовного розыска г. Смоленска. Средний возраст основной группы составил $M(SD)$ 15,8 (0.4) лет, из них 16 юношей и 9 девушек.

Контрольную группу составили 25 учащихся с просоциальной ориентацией 9–10 классов МБОУ СОШ №2 г. Смоленска. Средний возраст подростков контрольной группы $M(SD)$ — 15,6(0,7) лет, из них 14 юношей и 11 девушек. Статистических различий в группах сравнения по полу и возрасту нет ($p=0.38$).

Родителями респондентов возраста до 15 лет дано письменное информированное добровольное согласие на участие в исследовании и на обработку персональных данных. Респондентами старше 15 лет также было дано письменное информированное добровольное согласие на участие в исследовании и на обработку персональных данных. В беседе при получении информированного согласия в понятной респондентами и их родителям форме объяснен психодиагностический характер исследования, цель исследования, процедура исследования, утверждение о добровольности исследования и возможности отказа от участия в нем, утверждение о конфиденциальности и анонимности результатов.

В работе использованы методы:

— анамнестический метод, включая рассмотрение личных дел испытуемых основной группы для уточнения характера асоциального поведения. Оценка отклоняющегося поведения производилась по классификации С.А. Беличевой, согласно которой выделяют отклонения корыстной направленности (аморальное поведение, кражи, проступки), отклонения агрессивной направленности (оскорбление, хулиганство, побои), отклонения социально-пассивной направленности (уклонение от учебы, бродяжничество, аддиктивное поведение);

— психодиагностический метод;

— статистический метод.

Психодиагностическое исследование включало использование следующих методик:

— для исследования локуса контроля применена методика Дж. Роттера [2];

— для исследования стилей воспитания в семье была использована методика «Поведение родителей и отношение подростков к ним» (Е. Шафер) [1], которая включает в себя следующие шкалы для оценки матери и отца: позитивный интерес, директивность, враждебность, автономность и непоследовательность;

— для оценки уровня социальной желательности применялась шкала Д.П. Кроуна и Д. Марлоу [7].

Статистический анализ проводился с использованием программы Statistica 6.0. Корреляционные связи между двумя количественными показателями оценивались с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена и шкалы корреляционной связи Чеддока.

Исследование проводилось в два этапа:

— на 1-м этапе проводилось выборочное исследование подростков с бродяжничеством;

— на втором — выделение из основной группы подростков с высоким и низким уровнями социальной желательности.

Результаты

Проанализированы личные дела испытуемых основной группы и выделены основные типы асоциального поведения, наблюдающиеся у несовершеннолетних самовольно отлучающихся из дома. Результаты представлены на **рис. 1**.

Как видно из **рис. 1**, случаи бродяжничества преобладали у всех испытуемых основной группы. Но наряду с бродяжничеством, у обследованных подростков основной группы выявлены и другие типы асоциального поведения: отклонения корыстной направленности (аморальное поведение, кражи) и отклонения социально-пассивной направленности (уклонение от учебы, бродяжничество, аддиктивное поведение).

Проведено изучение локуса-контроля по результатам методики для исследования локуса контроля Дж. Роттера в основной и контрольной группах. Результаты представлены в **табл. 1**.

Далее, получив результаты шкалы социальной желательности (СЖ), мы выделили 2 группы респондентов: с низким уровнем СЖ (до 10 баллов) и с высоким уровнем СЖ (11 и более баллов). В основной группе соотно-

шение респондентов с низким и высоким уровнем СЖ составило 72% и 28% соответственно. В контрольной группе соотношение респондентов с низким и высоким уровнем СЖ составило 52% и 48% соответственно.

Был проведен корреляционный анализ взаимосвязи показателя интернальности и показателя социальной желательности в основной и контрольной группах. Результаты представлены в **табл. 2**. В обеих группах при оценке связи показателя СЖ и показателя интернальности была установлена заметной тесноты прямая связь, а при оценке связи показателя экстернальности и показателя социальной желательности была установлена заметной тесноты обратная связь. Это говорит о том, что чем выше уровень экстернальности, тем ниже уровень СЖ.

При анализе полученных результатов методики «Поведение родителей и отношение подростков к ним» было установлено, что не у всех респондентов имеется отец, поэтому мы оценивали только отношение подростков к матери.

Был проведен корреляционный анализ показателей экстернальности и стилей воспитания в обеих группах, были получены статистически значимые по-

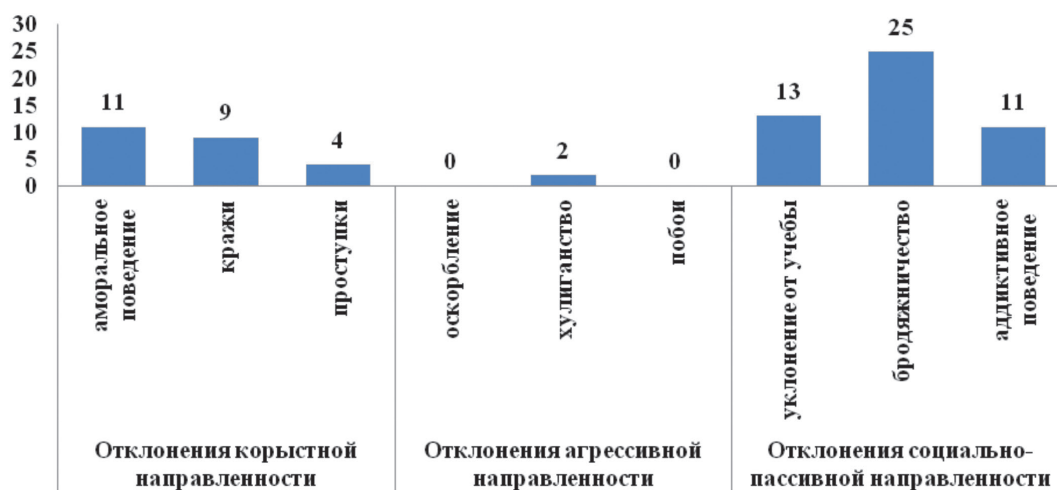


Рис. 1. Частота встречающихся девиаций в основной группе (abc)

Таблица 1. Средние значения показателя локус-контроля в группах сравнения

Показатели локус-контроля (ЛК)	Подростки основной группы n=25 M(SD)	Подростки контрольной группы n=25 M(SD)
Экстернальный ЛК	54,4(11,8)	45,2(9,8)
Интернальный ЛК	45,4(11,8)	54,2(9,8)

казатели по шкалам директивности и враждебности (табл. 3). В основной группе при оценке связи показателя директивности и показателя экстернальности была установлена умеренной тесноты прямая связь, а также при оценке связи показателя враждебности и показателя экстернальности была установлена умеренной тесноты прямая связь. В контрольной группе при оценке связи показателя враждебности и показателя экстернальности была установлена умеренной тесноты прямая связь.

Был проведен корреляционный анализ показателей интернальности и стилей воспитания в обеих группах, были получены статистически значимые показатели по шкалам директивности и враждебности (табл. 4). В основной группе при оценке связи показателя директивности и показателя интернальности была установлена умеренной тесноты обратная связь, а также при оценке связи показателя враждебности и пока-

зателя интернальности была установлена умеренной тесноты обратная связь. В контрольной группе при оценке связи показателя враждебности и показателя интернальности была установлена умеренной тесноты обратная связь.

Также мы провели корреляционный анализ показателей СЖ и стилей воспитания в обеих группах, были получены статистически значимые показатели по шкале позитивного интереса (табл. 5). При оценке связи показателя позитивного интереса и СЖ была установлена заметной тесноты прямая связь в основной группе и умеренной тесноты связь в контрольной группе.

Заключение

Таким образом, на основании представленных результатов можно сделать ряд выводов. Во-первых,

Таблица 2. Результаты корреляционного анализа взаимосвязи локуса контроля и социальной желательности (СЖ) в обеих группах* (использован коэффициент Спирмена)

Показатель	Характеристика корреляционной связи в основной группе	
	г	р
Интернальность <small>основная группа</small> – СЖ <small>основная группа</small>	0,642	< 0,001*
Экстернальность <small>основная группа</small> – СЖ <small>основная группа</small>	-0,642	< 0,001*
Интернальность <small>контрольная группа</small> – СЖ <small>контрольная группа</small>	0,588	0,002*
Экстернальность <small>контрольная группа</small> – СЖ <small>контрольная группа</small>	-0,588	0,002*

Примечание. * – различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$)

Таблица 3. Результаты корреляционного анализа взаимосвязи показателя экстернальности и стилей воспитания в обеих группах* (использован коэффициент Спирмена)

Показатели	Характеристика корреляционной связи в обеих группах	
	г	р
Экстернальность <small>основная группа</small> – Директивность <small>основная группа</small>	0,448	0,025*
Экстернальность <small>основная группа</small> – Враждебность <small>основная группа</small>	0,408	0,043*
Экстернальность <small>контрольная группа</small> – Директивность <small>контрольная группа</small>	0,400	0,047*

Примечание: * – различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$)

Таблица 4. Результаты корреляционного анализа взаимосвязи показателя интернальности и стилей воспитания в обеих группах* (использован коэффициент Спирмена)

Показатели	Характеристика корреляционной связи в обеих группах	
	г	р
Интернальность <small>основная группа</small> – Директивность <small>основная группа</small>	-0,448	0,025*
Интернальность <small>основная группа</small> – Враждебность <small>основная группа</small>	-0,408	0,043*
Интернальность <small>контрольная группа</small> – Директивность <small>контрольная группа</small>	-0,400	0,047*

Примечание: * – различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$)

Таблица 5. Результаты корреляционного анализа взаимосвязи показателя позитивного интереса и СЖ в обеих группах* (использован коэффициент Спирмена)

Показатель	Характеристика корреляционной связи в обеих группах	
	r	p
Позитивный интерес <small>основная группа</small> – СЖ <small>основная группа</small>	0,525	0,007*
Позитивный интерес <small>контрольная группа</small> – СЖ <small>контрольная группа</small>	0,417	0,038*

Примечание: * – различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$)

группы подростков отличаются по типу локуса контроля и уровню социальной желательности: у группы подростков, самовольно отлучающихся из дома преобладает экстернальный тип локуса-контроля и низкий уровень социальной желательности; в то время как у группы подростков с просоциальной ориентацией преобладает интернальный тип локуса-контроля, а процентное соотношение испытуемых с высоким уровнем и низким уровнем социальной желательности примерно одинаково. Во-вторых, установленная связь между уровнем социальной желательности локусом контроля показывает, что интерналы более склонны испытывать потребность в одобрении и вести себя в соответствии с установленными в обществе нормами, а экстерналы – пренебрегать ими. В-третьих, экстернальность связана с восприятием подростками родителей как директивных и враждебно настроенных по отношению к ним, а стили воспитания, способствующие формированию воспитания, характеризуются авторитарностью и подавлением активности ребенка. В-четвертых, чем выше позитивный интерес родителя к своему чаду, тем более он склонен к выражению социальной желательности и, как следствие, просоциальным установкам и паттернам поведения.

Авторитарный и подавляющий стиль воспитания приводит к формированию экстернального типа локуса-контроля. Это обуславливает восприятие происходящих событий как влияний внешних факторов и снижает уровень психической саморегуляции, что может приводить к формированию девиантного поведения. Данные исследования можно использовать при построении психокоррекционной работы с несовершеннолетними путем переориентации их с экстернальности на интернальность.

Список литературы

1. Вассерман Л.И., Горьковская И.А., Ромицына Е.Е. Психологическая методика «Подростки о родителях» и ее практическое применение. СПб.: «ФАРМиндекс», 2001, 68 с. 3-е изд., дополненное и переработанное.

2. Елисеев О.П. Практикум по психологии личности. СПб.: Питер, 2010. 560 с.
3. Клиническая психометрика: учебное пособие. Под ред. В.А. Солдаткина; ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России. 2-е изд, доп. Ростов на Дону: Изд-во РостГМУ, 2018. 339 с
4. Криминология: Учебник для вузов. Под ред. проф. В.Д. Малкова. 27-е издание. Москва: Юстицинформ, 2006. 528 с.
5. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения: учебное пособие. Москва: Городец, 2016. 392 с.
6. Портал правовой статистики. [Электронный ресурс]. *Режим доступа:* http://crimestat.ru/regions_chart_total (дата обращения: 24.02.2022).
7. Психосоциальная коррекция и реабилитация несовершеннолетних с девиантным поведением. Под. ред С.А. Беличевой. Москва, 2003. 196 с.
8. Салмина Н.Г., Иовлева Т.Е., Тиханова И.Л. Методика диагностики социально-желательного поведения, исследование феномена социально-желательного поведения в дошкольном возрасте. Психологическая наука и образование 2006; 11(4): 81-94.
9. Хелл П., Зиглер Д. Теории личности. 3-е издание. СПб.: Питер, 2020. 607 с.
10. Шнейдер Л.Б. Семейная психология: учебное пособие. 5-е издание. Москва: Академический Проект, 2020. 736 с.

References

1. Wasserman L.I., Gorkovaya I.A., Romitsyna E.E. Psychological technique "Teenagers about parents" and its practical application. SPb.: FARMindex, 2001. 68 p. (In Russ.).
2. Eliseev O.P. "Practical Training in Psychology of the Person. SPb: Peter, 2010. 560 p. (In Russ.).
3. Clinical psychometrics: textbook. Ed. by V.A. Soldatkin. Rostov on Don: Publishing house of RostGMU, 2018. 339 p. (In Russ.).
4. Criminology: Textbook for universities. Edited by Prof. V.D. Malkov. 27th edition. Moscow: Justitsinform, 2006. 528 p. (In Russ.).
5. Mendelevich V.D. Psychology of deviant behavior: textbook. Moscow: Gorodets, 2016. 392 p. (In Russ.).
6. Portal of legal statistics. electronic resource. *Available at:* http://crimestat.ru/regions_chart_total *Accessed:* 24.02.2022. (In Russ.).
7. Psychosocial correction and rehabilitation of minors with deviant behavior. Ed. by S.A. Belicheva. Moscow, 2003. 196 p. (In Russ.).
8. Salmina N.G., Iovleva T.E., Tihanova I.L. Technique of diagnostics of socially desirable behavior, research of a phenomenon of socially desirable behavior at preschool age. *Psychological science and education* 2006; 11(4): 81-94. (In Russ.).
9. Hjell P., Ziegler D. Theories of personality. SPb: Peter, 2020. 607 p. (In Russ.).
10. Shneider L.B. Family Psychology: Textbook. Moscow: Academic Project, 2020. 736 p. (In Russ.).

<https://doi.org/10.25557/2074-014X.2022.07.74-79>

Оригинальное исследование [Original research]

Несуицидные самоповреждения в структуре заболеваний шизофренического спектра

Серова А.Е. студент
Хуторянская Ю.В. ассистент кафедры психиатрии и наркологии
Поздняк В.В. к.м.н., доцент кафедры психиатрии и наркологии

ФГБОУ ВО Санкт-Петербургский педиатрический университет
Санкт-Петербург, Россия

Введение. Несуицидное самоповреждающее поведение (НССП) — намеренное повреждение тканей своего тела без суицидной направленности и по причинам, не принимаемым обществом. По данным 2021 года, 10-20% молодых людей наносят НССП. НССП у пациентов с эндогенными шизофреническими расстройствами изучены мало. Цель исследования – изучение особенностей НССП у пациентов с расстройствами шизофренического спектра.

Методы. Проведен опрос и анкетирование 95 человек, критерий отбора – наличие НССП в клинике расстройств шизофренического спектра (ЗШС). Для оценки НССП использовалась шкала ABUSI.

Результаты. У 85% опрошенных на момент исследования присутствовали НССП. 92% респондентов получали специализированную помощь, несмотря на это 81% из них думали о НССП или наносили их. У 30% респондентов было сильное, с трудом поддающееся контролю желание нанести себе повреждения. У такого же количества (30%) опрошенных размышления о НССП заняли более 6 часов за последнюю неделю. 20% принявших участие в опросе были не в силах сопротивляться желанию нанести себе повреждения.

Обсуждение. НССП может возникать по разным причинам и иметь разный смысл для больных. Мотивация может быть как понятной, так и паралогической. Данное явление довольно широко распространено среди пациентов с ЗШС.

Заключение. НССП могут наблюдаться в структуре заболеваний шизофренического спектра и даже могут быть первым симптомом заболевания. Большая часть опрошенных обращались за психиатрической помощью. Кроме других симптомов заболевания, лечение оказало положительный эффект на НССП (снизило интенсивность переживаний, связанных с желанием нанесения НССП). Тем не менее, терапия не смогла полностью убрать НССП. Согласно шкале ABUSI, большая часть опрошенных в той или иной степени думали о НССП или наносили их за последнюю неделю.

Ключевые слова: самоповреждения, шизофрения, самопорезы.

Для цитирования: Серова А.Е., Хуторянская Ю.В., Поздняк В.В. Несуицидные самоповреждения в структуре заболеваний шизофренического спектра. *Психическое здоровье* 2022; 17(7): 74-79.

Автор для корреспонденции: Серова Анна Евгеньевна; **e-mail:** Arwen_undomiel8@yahoo.com

Финансирование: Санкт-Петербургский педиатрический университет.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Поступила: 18.05.2022.

Non-suicidal self-injury in the structure of schizophrenic spectrum diseases

Serova A.E., Khutoryanskaya Yu.V., Pozdnyak V.V.

St.Peterburg State Pediatric Medical University
St.Peterburg, Russia

Introduction. Non-suicidal self-injury (NSSI) – intentional damage to the tissues of one's body without a suicidal focus and for reasons not accepted by society. In 2021, 10-20% of young people inflict NSSI. NSSI in patients with endogenous schizophrenic disorders has not been studied enough. The purpose of my research is to study the features of NSSI in patients with schizophrenia spectrum disorders.

Methods. We have conducted an interview and questioning of 95 people. The selection criterion was the presence of NSSI in the clinic for schizophrenia spectrum disorders (SSD). The ABUSI scale was used to evaluate of NSSI.

Results. 85% of the respondents had NSSI at the time of the study. 92% of respondents received specialized care, despite this, 81% of them thought about NSSI or applied them. 30% of respondents had a strong, hard-to-control desire to hurt themselves. The same number of respondents spent more than 6 hours thinking about NSSI in the last week. 20% of those who took part in the study were unable to resist the urge to harm themselves.

Discussion. NSSP can occur for various reasons and have different meanings for patients. Motivation can be both understandable and paralogical. This phenomenon is quite common among patients with SSD.

Conclusion. NSSI can be observed in the structure of schizophrenia spectrum diseases and may even be the first symptom of the disease. Most of the respondents sought psychiatric help. In addition to other symptoms of the disease, the treatment had a positive

effect on NSSI (reduced the intensity of experiences associated with the desire to apply NSSI). However, the therapy was not able to completely remove NSSI. According to the ABUSI scale, most of the respondents to some extent thought about NSSP or applied them in the last week.

Key words: self-harm, schizophrenia, self-cutting.

For citation: Serova A.E., Khutoryanskaya Yu.V., Pozdnyak V.V. Non-suicidal self-harm in the structure of schizophrenia spectrum diseases. *Psikhicheskoe zdorovie [Mental Health] 2022; 17(7): 74-79.* (In Russ.).

Corresponding author: Anna E. Serova, e-mail: Arwen_undomiel8@yahoo.com

Funding. St.Peterburg State Pediatric Medical University

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Accepted: 18.05.2022

Введение

Несуицидное самоповреждающее поведение (НССП) – намеренное повреждение тканей собственного тела без суицидной направленности и по причинам, не принимаемым обществом. По данным 2021 года [1], от 10 до 20% молодых людей наносят себе различные повреждения. Следует отметить, что статистические значения учитывают только тех пациентов, кто обращался за помощью.

Наиболее частыми видами НССП являются порезы, прижигания, укусы, самоушибы, препятствие заживлению ран. Характерные области для НССП – предплечья, бедра и голени [7]. Часто пациенты за один прием наносят многократные повреждения в одном и том же месте, как правило, в видимой и/или доступной области (например, на предплечьях, передней части бедра). Такое поведение повторяется неоднократно, что приводит к обширным формам рубцевания [12].

Признаки НССП [2]:

- преднамеренность;
- повторяемость;
- целенаправленность;
- социальная неприемлемость;

- отсутствие суицидного намерения;
- чувство напряжения или тревоги, предшествующие акту;
- чувство облегчения или беспокойства после акта самоповреждения.

Основные причины НССП:

- ответ на сильную эмоциональную боль;
- ощущение внутренней пустоты;
- способ снятия агрессии;
- в качестве наказания;
- способ привлечения внимания;
- НССП под влиянием галлюцинаций;
- попытка противиться императивным «голосам»;
- с целью «вновь почувствовать себя» при деперсонализационном синдроме;
- при бредовых расстройствах.

В табл. 1 представлены отличия суицидных и несуйцидных самоповреждений.

НССП не является нозоспецифичным синдромом и встречается при различных психических расстройствах: депрессия, тревожные расстройства, РПП, пограничное расстройство личности, шизофрения [4, 8, 10].

Таблица 1. Отличия суицидных и несуйцидных самоповреждений

Суицидальная попытка	НССП
Есть намерение лишить себя жизни	Нет суицидального намерения
Среди чувств преобладают безнадежность и одиночество	Эмоциональное состояние – острая злость, отчаяние, невыносимый дистресс
Характерны более тяжелые и угрожающие жизни формы саморазрушающего поведения (отравления, повешение, прыжки с высоты, использование огнестрельного оружия)	Характерны менее тяжелые и чаще несмертельные формы саморазрушающего поведения (порезы, удары, ожоги)
	Как правило, индивид понимает, что поведение может повлечь за собой серьезные, но не смертельные, повреждения
Рецидивы суицидных попыток наблюдаются реже, чем рецидивы НССП	Часто наблюдаются рецидивы самоповреждений

В нашей работе мы рассматриваем особенности НССП в структуре шизофренических расстройств. На данный момент НССП у пациентов с эндогенными шизофреническими расстройствами изучены мало. Наиболее полное и подробное описание этого феномена представлено в работе Левиной С.Д. [11]. Ведущими мотивами таких НССП являются регуляция аффекта, уменьшение «душевной боли», идентификация собственной личности при деперсонализации, паралогическая мотивация, способ стимуляции. Возможна паралогическая мотивация [4].

Цель исследования: изучение особенностей НССП у пациентов с заболеваниями шизофренического спектра (ЗШС).

1. Провести обзор литературы по НССП;
2. Изучить особенности НССП у пациентов с шизофреническими расстройствами;
3. Выявить закономерности НССП у лиц с шизофренией с помощью клинико-психопатологического метода, психологического метода;
4. Оценить динамику НССП на фоне терапии.

Методы

В исследовании приняло участие 95 человек от 16 до 40 лет (средний возраст 22,5 года).

Респонденты были отобраны через специализированные группы в сети ВКонтакте – Клуб Психически Других, F00-F99, stop hurting yourself. Им был отправлен опросник, включающий в себя информированное согласие на участие в исследовании и тестовые методики.

Критерии включения в исследование: добровольное согласие на участие в исследовании, наличие НССП, верифицированный диагноз, относящийся к расстройствам шизофренического спектра (шизофрения, шизотипическое расстройство, шизоаффективное расстройство).

Методы исследования: послуструктурированный опрос (содержит 10 вопросов; позволяет оценить, какие симптомы заболевания есть у опрошенных и обращаемость за специализированной помощью). Оценка НССП проводилась по шкале ABUSI [3]: содержит 5 вопросов о том, насколько частыми и сильными были мысли о НССП у респондентов за последнюю неделю.

Результаты

НССП на момент опроса присутствовали у 85% опрошенных (рис. 1), а у 8% НССП являлись первым симптомом заболевания шизофренического расстройства.

92% респондентов обращались за психиатрической помощью. У 19% опрошенных на фоне лечения НССП купировались, а у 47% снизилась активность (рис. 2). Чаще всего применялась фармакологическая поддержка, использовались такие антипсихотики, как Кветиапин, Оланзапин, Рисперидон, Клозапин.

Среди самоповреждений у респондентов отмечались самопорезы, ожоги, самоудары. Среди них были вырезание на коже рисунков и букв, часто с символическим значением; выжигание знаков [4].

На протяжении последней недели 81% респондентов думали о НССП или наносили себе повреждение (рис. 3).

Обсуждение

По данным нашего исследования, 85% опрошенных на данный момент наносят себе повреждения. Это согласуется с данными литературы о том, что НССП может наблюдаться в структуре шизофренических расстройств, также как и при других заболеваниях [4, 8, 10].

Среди опрошенных преобладали женщины с НССП (81% женщины и 19% мужчины). Это также согласуется с литературными источниками [8].

Частота нанесения себе повреждений и желания их нанести говорит о серьезности проблемы НССП при ЗШС.

У некоторых пациентов выявлялась паралогическая мотивация нанесения НССП, например, одна девушка 19 лет на вопрос о том, почему она наносила порезы на ребра, отвечала: «Потому что ОНА [любимая девушка] меня любит».

Несмотря на то, что лечение в большинстве случаев оказывало положительное влияние на НССП у респондентов, согласно шкале ABUSI, большая часть опрошенных в той или иной степени думали о НССП или наносили их за последнюю неделю. Это говорит о том, что справиться с самоповреждениями при ЗШС довольно трудно.

Выводы

1. НССП могут наблюдаться в структуре заболеваний шизофренического спектра (наряду со множеством других симптомов) и даже могут быть первым симптомом заболевания (у 8% респондентов);
2. При данном спектре расстройств НССП могут иметь паралогическую мотивацию;
3. Большая часть опрошенных обращались за психиатрической помощью (в условиях стационара, ПНД, амбулаторно);

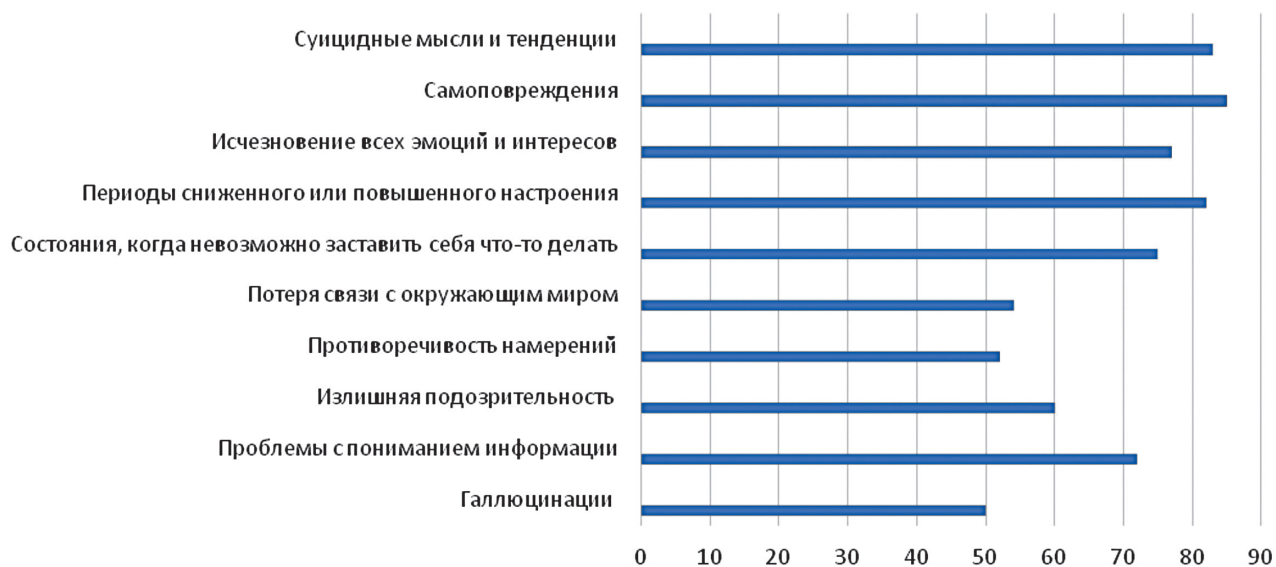


Рис. 1. Основные проявления заболевания. Main symptoms of the disease. 83 человека сообщили о наличии у них суицидных мыслей и тенденций, 85 говорили о НССП, 77 респондентов отмечали исчезновение эмоций и интересов, 82 – периоды сниженного или повышенного настроения, 75 человек замечали у себя состояния, когда невозможно было заставить себя что-либо делать, 54 человека жаловались на потерю связи с окружающим миром, 52 респондента отмечали противоречивость намерений, 60 опрошенных говорили об излишней подозрительности, 72 отмечали проблемы с пониманием информации, 50 человек сообщили о наличии у них галлюцинаций.

Как повлияло лечение на самоповреждения?

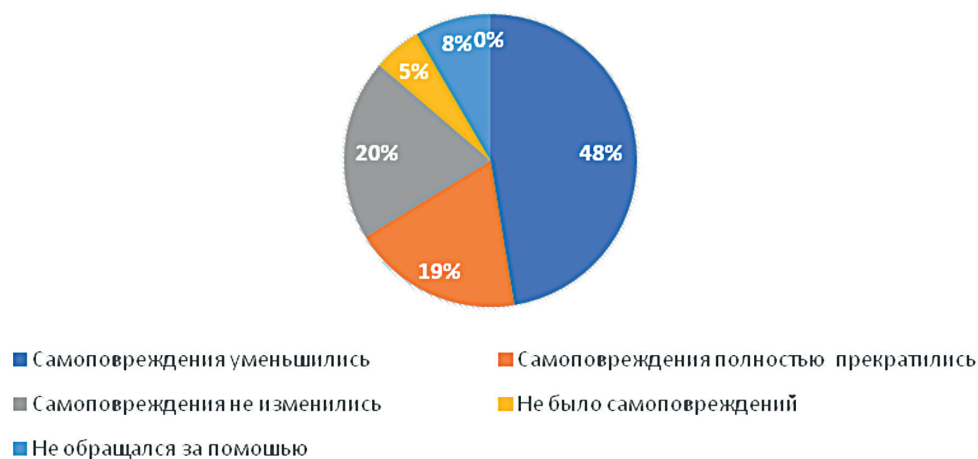


Рис. 2. Влияние лечения на НССП. Effect of treatment on NSSI. У 19% опрошенных на фоне лечения НССП полностью прекратились; у 47% НССП уменьшились; у 20% лечение не повлияло на НССП; у 5% респондентов самоповреждений не отмечалось; 9% респондентов не обращались за помощью.



Рис. 3. Стремление нанести себе повреждения за последнюю неделю. Seeking to self-harm over the last week. 19% респондентов утверждали, что не думали о НССП и не хотели нанести их; 20% сообщали о редких эпизодах подобных мыслей и желаний; 12% время от времени отмечали мысли и желания НССП; столько же сообщали о том, что иногда задумывались об этом; 25% отметили, что часто думали о НССП и хотели их нанести; 10% сообщали, что большую часть времени у них были мысли и желания о НССП; 2% респондентов почти все время были погружены в мысли о НССП или наносили их. Т.о., только 19% опрошенных за последнюю неделю не сталкивались с мыслями и желаниями НССП.

4. Фармакологическая терапия оказала положительный эффект на НССП (купирование, снижение интенсивности). Но медикаментозное лечение не всегда помогает полностью избавиться от самоповреждений.

Список литературы

1. The truth about self-harm. 2022 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.mentalhealth.org.uk/publications/truth-about-self-harm> Дата обращения: 02.05.22
2. Польская Н.А. Феноменология и функции самоповреждающего поведения при нормативном и нарушенном психическом развитии. Автореф.дисс. на соискание ученой степени д.м.н. Москва, 2017 г. 52 с.
3. Бохан Н. А., Евсеев В. Д., Мандель А. И., Пешковская А. Г. Обзор исследований несуицидальных форм самоповреждений по шкалам и опросникам NSSI. *Суицидология* 2020; 11(1): 70-82. doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-01(38)-70-83
4. Серова А.Е., Хуторянская Ю.В. Несуицидное самоповреждение у больных с расстройствами шизофренического спектра. *Форс-пре* 2021; 4: 717.
5. Поздняк В.В., Хуторянская Ю.В., Гречаный С.В. Особенности несуицидного самоповреждающего поведения у девушек-подростков при психических расстройствах *XVIII Мнухинские чтения. Сборник статей* 2021; 109-110
6. Поздняк В.В., Хуторянская Ю.В., Гречаный С.В. Особенности несуицидного самоповреждающего поведения у подростков и молодых людей и его культурно-этологические корни. *XVIII Мнухинские чтения. Сборник статей. Children's Medicine of the North-West* 2021; 9(1): 289-290.
7. Christine Moutier. American Foundation For Suicide Prevention. Несуицидальное самоповреждение (НССП). 2021 Available at: <https://www.msmanuals.com/ru/профессиональный/нарушения-психики/суицидальное-поведение-и-самоувечы/несуицидальное-самоповреждение-нссп?ruleredirectid=452> Дата обращения: 17.05.22
8. Зинчук М.С., Аведисова А.С., Гехт А.Б. Несуицидальное самоповреждающее поведение при психических расстройствах не психотического уровня: эпидемиология, социальные и клинические факторы риска. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова* 2019; 119(3): 108-119. <https://doi.org/10.17116/jnevro2019119031108>
9. Адлер А.Е. Взаимосвязь личностных характеристик с функциями и методами самоповреждения у индивидов с проявлениями несуицидального самоповреждающего поведения. *Выпускная бакалаврская работа по направлению подготовки Психология*, 2017.
10. Дарьин Е.В. Несуицидальное самоповреждающее поведение у подростков. *Медицинский вестник Юга России* 2019; 10(4): 6-14. DOI 10.21886/2219-8075-2019-10-4-6-14
11. Левина С.Д. Несуицидальные самоповреждения при расстройствах шизофренического спектра (варианты, феноменология, коморбидность). Автореф.дисс. на соискание ученой степени к.м.н. Москва, 2007. 24 с.
12. Güney E., Alniak İ., Erkıran M. Predicting factors for non-suicidal self-injury in patients with schizophrenia spectrum disorders and the role of substance use. *Asian Journal of Psychiatry* 2020; 52: 102068. DOI: 10.1016/j.ajp.2020.102068

References

1. The truth about self-harm. 2022 [Electronic resource]. Access mode: <https://www.mentalhealth.org.uk/publications/truth-about-self-harm> Accessed: 05/02/22
2. Polskaya N.A. Phenomenology and functions of self-damaging behavior in normative and disturbed mental development. Abstract of diss. for the degree of d.m.s. Moscow, 2017. 52 p.
3. Bokhan N. A., Evseev V. D., Mandel A. I., Peshkovskaya A. G. Review of studies of non-suicidal forms of self-harm according to NSSI scales and questionnaires. *Suicidology* 2020; 11(1): 70-82. doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-01(38)-70-83
4. Serova A.E., Khutoryanskaya Yu.V. Non-suicidal self-harm in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Forcipe* 2021; 4:717.
5. Pozdnyak V.V., Khutoryanskaya Yu.V., Grechany S.V. Features of non-suicidal self-damaging behavior in adolescent girls with mental disorders XVIII Mnukhin Readings. Collection of articles 2021; 109-110
6. Pozdnyak V.V., Khutoryanskaya Yu.V., Grechany S.V. Features of non-suicidal self-damaging behavior in adolescents and young people and its cultural and ethological roots. XVIII Mnukhin Readings. Digest of articles. *Children's Medicine of the North-West* 2021; 9(1): 289-290.
7. Christine Moutier American Foundation for Suicide Prevention. Non-suicidal self-harm (NSSP). 2021 Available at: <https://www.msds-manuals.com/en/professional/mental-disorders/suicidal-behavior-and-self-mutilation/non-suicidal-self-harm-nssp?ruleredirectid=452> Accessed: 05/17/22
8. Zinchuk M.S., Avedisova A.S., Gekht A.B. Non-suicidal self-injurious behavior in non-psychotic mental disorders: epidemiology, social and clinical risk factors. *Journal of Neurology and Psychiatry n.a. S.S. Korsakov* 2019; 119(3): 108-119. <https://doi.org/10.17116/jnevro2019119031108>
9. Adler A.E. The relationship of personal characteristics with the functions and methods of self-harm in individuals with manifestations of non-suicidal self-damaging behavior. Final bachelor's work in the direction of preparation Psychology, 2017.
10. Dar'in E.V. Non-suicidal self-injurious behavior in adolescents. *Medical Bulletin of the South of Russia* 2019; 10(4): 6-14. DOI 10.21886/2219-8075-2019-10-4-6-14
11. Levina S.D. Non-suicidal self-harm in schizophrenia spectrum disorders (variants, phenomenology, comorbidity). Abstract of diss. for the degree of candidate of medical sciences. Moscow, 2007. 24 p.
12. Güney E., Alniak İ., Erkıran M. Predicting factors for non-suicidal self-injury in patients with schizophrenia spectrum disorders and the role of substance use. *Asian Journal of Psychiatry* 2020; 52: 102068. DOI: 10.1016/j.ajp.2020.102068

<https://doi.org/10.25557/2074-014X.2022.07.80-84>

Оригинальное исследование [Original research]

Клинико-психологические особенности больных с онкогинекологической патологией

Тихоновская А.С. студентка 5-го курса психолого-социального факультета

Матюшина М.С. к.психол.н., доцент кафедры клинической психологии

ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
Смоленск, Россия.

Проблема рака на данный момент времени занимает одно из центральных мест в медицинской науке. Одним из самых молодых направлений исследования причин злокачественных новообразований является изучение психических факторов риска. Исследование клинико-психологических особенностей актуально не только в плане возможности возникновения опухоли, но также и в отношении возможного влияния на дальнейшее прогрессирование уже имеющейся у пациента злокачественной опухоли. В настоящем исследовании целью является изучение характерных клинико-психологических особенностей онкогинекологических больных с раком тела матки (РТМ), раком шейки матки (РШМ), раком яичников (РЯ) в хирургическом отделении № 1 ОГБУЗ «Смоленский областной онкологический клинический диспансер». Основной аспект работы заключается в предположении о том, что больным с онкогинекологической патологией свойственны клинико-психологические особенности, проявляющиеся главным образом специфическим диффузным дезадаптивным типом эмоционально-личностного реагирования на заболевание и психотравмирующие ситуации в целом, что в значительной степени снижает механизмы успешной адаптации и социализации таких больных.

Ключевые слова: клинико-психологические особенности, психические факторы, эмоциональное реагирование, онкогинекологические больные, злокачественные новообразования, отношение к болезни, рак шейки матки, рак тела матки, рак яичников.

Для цитирования: Тихоновская А.С., Матюшина М.С. Клинико-психологические особенности больных с онкогинекологической патологией. *Психическое здоровье* 2022; 17(7): 80-84.

Автор корреспонденции: Тихоновская Алина Сергеевна; **e-mail:** alya.tikhonovskaya@mail.ru

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Поступила: 19.05.2022

Clinical and psychological features of patients with oncogynecological pathology

Tikhonovskaya A.S., Matyushina M.S.

Smolensk State Medical University
Smolensk, Russia

The problem of cancer at this point in time occupies one of the central places in medical science. One of the youngest areas of research into the causes of malignant neoplasms is the study of mental risk factors. The study of clinical and psychological characteristics is relevant not only in terms of the possibility of a tumor, but also in relation to the possible impact on the further progression of a malignant tumor already present in a patient. In this study, the goal is to study the characteristic clinical and psychological characteristics of oncogynecological patients with uterine body cancer (UTC), cervical cancer (CC), ovarian cancer (OC) in surgical department No. 1 OGBUZ "Smolensk Regional Oncological Clinical Dispensary". The main aspect of the work is the assumption that patients with oncogynecological pathology are characterized by clinical and psychological features, manifested mainly by a specific diffuse maladaptive type of emotional and personal response to the disease and traumatic situations in general, which significantly reduces the mechanisms of successful adaptation and socialization of such patients.

Key words: clinical and psychological characteristics, mental factors, emotional response, gynecological cancer patients, malignant neoplasms, attitude to the disease, cervical cancer, cancer of the uterine body, ovarian cancer.

For citation: Tikhonovskaya A.S., Matyushina M.S. Clinical and psychological features of patients with oncogynecological pathology. *Psikhicheskoe zdorovie [Mental Health]* 2022; 17(7): 80-84. (In Russ.).

Corresponding author: Tikhonovskaya Alina Sergeevna; **e-mail:** alya.tikhonovskaya@mail.ru

Funding. The study had no sponsorship.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interests.

Accepted: 19.05.2022.

Введение

В Российской Федерации, как и в большинстве развитых стран, отмечается тенденция к росту заболеваемости злокачественными новообразованиями различной локализации. Смоленская область не является исключением [2,3]. По данным смоленских врачей-онкологов, в Смоленске и Смоленской области за последние десять лет прирост показателя заболеваемости злокачественными новообразованиями составил 25,6% [4].

При этом наблюдается тенденция роста числа онкологических пациентов с первично установленным диагнозом в более молодом возрасте, чем это было раньше. Данное явление характерно и для заболеваемости женщин, страдающих онкопатологией репродуктивной сферы [2, 3].

Онкогинекологический рак несет в себе угрозу психической травматизации для заболевшей женщины. Содержанием психической травмы для женщин с онкогинекологической патологией являются не только страх перед болезнью с витальной угрозой, но и, так называемый, «фемининный фактор», включающий страх потери женственности в связи с утратой органов, ее символизирующих, боязнь распада семьи, а у молодых женщин — страх потери детородной функции [2]. Кроме того, локализация онкологического процесса в гормонозависимых и гормонопродуцирующих органах нередко обуславливает развитие психоэндокринного симптомокомплекса со специфическими клиническими проявлениями [3]. Вследствие этого, женщины с указанной патологией испытывают тяжелый эмоциональный дистресс.

Целью исследования стало изучение характерных клинико-психологических особенностей онкогинекологических больных с раком тела матки (РТМ), раком шейки матки (РШМ), раком яичников (РЯ).

Задачи исследования:

Выявить наличие и определить уровень алекситимии у больных с онкогинекологической патологией;

Изучить типы отношения к болезни, у больных с онкогинекологической патологией;

Определить наличие и характер связи между клинико-психологическими особенностями больных с онкогинекологической патологией.

Методы

Исследование проводилось в городе Смоленск на базе «ОГБУЗ СООКД» в абдоминальном отделе-

нии, «Женская консультация поликлиники № 4 МЛ-ПУ». В исследовании приняли участие 40 женщин. Из них основную группу составили 20 женщин, страдающих злокачественными новообразованиями женских половых органов, в возрасте 35–50 лет (средний возраст=43±0,707), находящихся на лечении в абдоминальном отделении «ОГБУЗ СООКД» на этапе «до операции» (1–5 дней до предстоящего хирургического вмешательства). Показатели распределения испытуемых по диагнозу: рак шейки матки С 53 — 15% испытуемых (1 стадия), рак тела матки С 54 — 60% испытуемых (1 стадия), рак яичников С56 — 15% испытуемых (1 стадия). В группу сравнения вошли 20 женщин в возрасте 35–50 лет (средний возраст=42±0,938), страдающие хроническими воспалительными заболеваниями внутренних половых органов, обратившиеся за лечением в женскую консультацию.

Психодиагностическое обследование всех испытуемых проводилось с использованием методики определения типа отношения к болезни (ТОБОЛ), Торонтской алекситимической шкалы, TAS-26. Статистический анализ проводился с помощью пакета программ Excel 2007 фирмы Microsoft, Statistika 10.0. фирмы StatSoft.

Результаты исследования и их обсуждение

С помощью клинико-психологической беседы изучалась содержательная сторона переживаний пациенток. Полученные данные дополнялись результатами оригинального психодиагностического теста для оценки личностного реагирования на болезнь — методика определения типа отношения к болезни (ТОБОЛ), Торонтская алекситимическая шкала, TAS-26.

Анализ данных, полученных на основании результатов методики определения типа отношения к болезни (ТОБОЛ), свидетельствуют о том, что у онкогинекологических пациентов наблюдаются следующие наиболее выраженные типы реагирования на болезнь: сенситивный (27,85±0,675), тревожный (20,65±1,058), меланхолический (17,85±0,581), неврастенический (17,2±3,086) и эгоцентрический (14,6±0,377) (табл. 1).

Больные с вышеперечисленными типами личностного реагирования характеризуются сенсibilизированным отношением к болезни, которое, проявляется дезадаптивным поведением больных: они стесняются своего заболевания перед окружающими, «используют» его для достижения определенных целей, строят паранойяльного характера концепции относительно

причин своего заболевания и его хронического течения, проявляют гетерогенные агрессивные тенденции, обвиняя окружающих в своем недуге. Аффективно-личностная сфера отношений у больных с онкогинекологической патологией характеризуется реакциями по типу раздражительной слабости, тревожным, подавленным, угнетенным состоянием [1].

В свою очередь респонденты группы сравнения продемонстрировали эргопатический ($18,4 \pm 2,247$) тип реагирования на болезнь для которого характерно, сверхответственное, подчас одержимое, стеничное отношение к работе, которое в ряде случаев выражено еще в большей степени, чем до болезни. Избирательное отношение к обследованию и лечению, обусловленное, прежде всего стремлением, несмотря на наличие заболевания, продолжать работу, анозогнозический ($17,35 \pm 3,256$) тип, характеризующийся активным отбрасыванием мыслей о болезни, о возможных ее последствиях, вплоть до отрицания очевидного. В связи с этим нередко характерны отказ от врачебного обследования и лечения, желание «разобраться самому» и «обойтись своими средствами», надежда на то, что «само все обойдется» [1] и гармонический ($15,85 \pm 2,483$) тип реагирования на болезнь для которого свойственны – адекватная оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть,

стремление во всем активно содействовать успеху лечения [1] (табл. 1).

Результаты исследования по методике «Торонтская алекситимическая шкала, TAS-26» представлены в табл. 2.

Как видно из данных, представленных в табл. 2, показатели уровня алекситимии в основной группе и группе сравнения имеют существенные различия. У респондентов основной группы преобладает «Явно выраженная алекситимия» ($76,42 \pm 0,449$). У респондентов группы сравнения алекситимия отсутствует ($65,25 \pm 0,314$) или выражена незначительно ($50,71 \pm 6,033$). Это может свидетельствовать о том, что больные с онкогинекологической патологией отмечают трудности в идентификации и различении чувств, телесных ощущений, вербализации чувств, коммуникации с окружающими [5].

Корреляционный анализ позволили выявить наличие взаимосвязи между параметрами, характеризующими клинко-психологические особенности больных с онкогинекологической патологией (табл. 3)

Как видно из данных, представленных в табл. 3, высокая прямая корреляция отмечается между такими параметрами личностного реагирования на заболевание как: «Меланхолический (М)-Апатический (А)» ($r=0,84$) ($p<0,05$), «Меланхолический (М) – Паранойяльный

Таблица 1. Среднегрупповые значения показателей, характеризующих типы отношения к болезни респондентов основной группы и группы сравнения (M±m)

Показатели	Основная группа	Группа сравнения
	(M±m)	
	n=20	n=20
Гармоничный (Г)	5,65±2,169	15,85±2,483*
Эргопатический (Р)	2,75±0,953	18,4±2,247*
Анозогнозический (З)	1,15±0,15	17,35±3,256*
Тревожный (Т)	20,65±1,058*	3,45±1,184
Ипохондрический (И)	11,3±0,195*	3,38±0,976
Неврастенический (Н)	17,2±3,086*	4,75±0,972
Меланхолический (М)	17,85±0,581*	1,75±0,702
Апатический (А)	7,75±0,646	2,75±0,953
Сенситивный (С)	27,85±0,675*	11,5±1,446
Эгоцентрический (Э)	14,6±0,377*	5,2±1,120
Паранойяльный (П)	9,35±0,627	4,45±1,039
Дисфорический (Д)	6,45±0,373	2±0,547

Примечание: * – $P_{1,2} < 0,05$ (Непараметрический критерий Манна-Уитни)

(П)» ($r=0,61$) ($p<0,05$), «Меланхолический (М) – Сенситивный» ($r=0,45$) ($p<0,05$). Это свидетельствует о том, что эмоционально-аффективная сфера больных с онкогинекологической патологией характеризуется дезадаптивными поведенческими проявлениями: раздражительной слабостью, повышенной тревожностью, мнительностью, пониженным фоном настроения, подавленным, угнетенным состоянием.

Наряду с этим высокая прямая корреляция отмечается между такими параметрами отношения к болезни как «Неврастенический (Н) – Эгоцентрический (Э) типы реагирования» ($r=0,71$) ($p<0,05$), «Неврасте-

нический (Н) – Паранойяльный (П) типы реагирования» ($r=0,58$) ($p<0,05$), «Неврастенический (Н) – Дисфорический (Д) типы реагирования» ($r=0,56$) ($p<0,05$).

Это может говорить о том, что для больных со злокачественным новообразованием женских половых органов характерна интерпсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, также обуславливающая нарушения социальной адаптации больных [6, 7].

Проведенный корреляционный анализ позволил выявить наличие взаимосвязи между параметром «Выраженная алекситимия» и «Апатическим типом реаги-

Таблица 2. Среднегрупповые значения показателей алекситимии респондентов основной группы и группы сравнения ($M\pm m$)

Показатели	Основная группа	Группа сравнения
	$(M\pm m)$	
	n=20	n=20
Отсутствует алекситимия	0,00±0,000 ^{^*}	65,25±0,314
Возможно наличие алекситимии	67,66±8,718	50,71±6,033
Явно выраженная алекситимия	76,42±0,449 [*]	46±6,225

Примечание: $P_{1-2} < 0,05$ (Непараметрический критерий Манна-Уитни). [^] – результат всех испытуемых основной группы по параметру «Отсутствие алекситимии» составил 0 баллов.

Таблица 3. Корреляционный анализ взаимосвязи параметров, характеризующих клиничко-психологические особенности респондентов основной группы

Параметры	Основная группа n=20			
	Valid	Spearman Correlation	t (N-2)	p-level
«Меланхолический (М) – Апатический (А)» типы реагирования на заболевание	20	0,841071	3,95311	0,000407
«Меланхолический (М) – Паранойяльный (П)» типы реагирования на заболевание	20	0,603260	2,56288	0,039313
«Меланхолический (М) – Сенситивный» типы реагирования на заболевание	20	0,455978	4,13760	0,000290
«Неврастенический (Н) – Эгоцентрический (Э) типы реагирования на заболевание	20	0,711632	2,98744	0,007795
«Неврастенический (Н) – Паранойяльный (П) типы реагирования на заболевание	20	0,581664	1,860301	0,043377
«Неврастенический (Н) – Дисфорический(Д) типы реагирования на заболевание	20	0,569433	3,46502	0,000411
«Выраженная алекситимия» -«Апатический тип реагирования на заболевание» (А) типы реагирования на заболевание	20	0,588467	3,56243	0,001340
«Выраженная алекситимия» -«Меланхолический тип реагирования на заболевание» (М) типы реагирования на заболевание	20	0,564312	3,24027	0,002868
«Выраженная алекситимия» – «Сенситивный тип реагирования на заболевание» (С) типы реагирования на заболевание	20	0,425361	3,74459	0,003879

Примечание: Valid – количество допустимых случаев; Spearman Correlation – корреляция по Спирмену; t (N-2) – число степеней свободы; p-level – уровень значимости различий.

рования на заболевание» ($r=0,58$), «Меланхолическим типом реагирования на заболевание» ($r=0,56$), «Сенситивным типом реагирования на заболевание» ($r=0,42$) ($p<0,05$). Это свидетельствует о том, что алекситимия может рассматриваться в качестве одного из компонентов интегральной характеристики личности онкогинекологических больных.

Взаимосвязь данных параметров свидетельствует о том, что для женщин с онкогинекологической патологией характерен специфический диффузный дезадаптивный тип эмоционально-личностного реагирования на заболевание. Данный тип включает сочетание Апатического (А), Меланхолического (М), Сенситивного (С) типов отношения к болезни с выраженной алекситимией, которая выступает в качестве одного из компонентов интегральной характеристики личности онкогинекологических больных.

Заключение

Таким образом, результаты проведенного исследования позволяют установить, что женщинам с онкогинекологической патологией свойственны клинико-психологические особенности, проявляющиеся главным образом специфическим диффузным дезадаптивным типом эмоционально-личностного реагирования на заболевание и психотравмирующие ситуации в целом, что в значительной степени снижает механизмы успешной адаптации и социализации таких больных и требует обязательного привлечения клинического психолога к сопровождению онкологических больных на всех этапах лечения и реабилитации.

Список литературы

1. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей. СПб.: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический ин-т им. В.М. Бехтерева, 2005. С. 3-31.
2. Марилова Т.Ю. Особенности мотивационной сферы у онкологических больных (рак молочной железы). Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.психол.н. М., 1984. 26 с.
3. Менделевич Д.Б. Клиническая и медицинская психология: практическое руководство. М., 2002. 592 с.
4. Медицина. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://smolnarod.ru>. Дата обращения: 16.05.2022.
5. Lamas C., Chambry J., Nicolas I. et al. Alexithymia in infertile women. *J. of Psychosom. Obstetrics and Gynecology* 2006; 27(1): 23-30.
6. Le H., Ramos M., Muñoz R. The relationship between alexithymia and perinatal depressive symptomatology. *J. of Psychosom. Research* 2007; 62(2): 215-222.
7. Taylor G.J. Recent developments in alexithymia theory and research. *Can. J. Psychiatry* 2000; 45(2): 134-142.

References

1. Vasserman L.I., Iovlev B.V., Karpova E.B. Psychological diagnosis of attitude to the disease: a guide for doctors. SPb.: Saint-Petersburg Research Psychoneurological Institute im. V.M. Bekhtereva, 2005. P. 3-31.
2. Marilova T.Yu. Features of the motivational sphere in cancer patients (breast cancer). Abstract diss. for the degree of Ph.D. Moscow, 1984. 26 p.
3. Mendelevich D.B. Clinical and medical psychology: a practical guide. Moscow, 2002. 592 p.
4. Medicine. [Electronic resource]. Available at: <http://smolnarod.ru>. Accessed: 05/16/2022.
5. Lamas C., Chambry J., Nicolas I. et al. Alexithymia in infertile women. *J. of Psychosom. Obstetrics and Gynecology* 2006; 27(1): 23-30.
6. Le H., Ramos M., Muñoz R. The relationship between alexithymia and perinatal depressive symptomatology. *J. of Psychosom. Research* 2007; 62(2): 215-222.
7. Taylor G.J. Recent developments in alexithymia theory and research. *Can. J. Psychiatry* 2000; 45(2): 134-142.

Влияние стиля семейного воспитания на характерологические особенности подростка

Федорова Е.А. к.психол.н., доцент

Корнеенкова М.В. студент

ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России
Смоленск, Россия

Введение. Влияние семьи и семейных связей на становление и развитие личности ребенка имеет большое значение в современном мире. Большое воздействие на образование характера подростка оказывает атмосфера жизни в семье. Важнейшей характеристикой семейного воспитания является его стиль, под которым понимаются типичные для родителей система приемов и характер взаимодействия с детьми.

Цель. Изучить влияние стиля семейного воспитания на формирование характерологических черт у подростков.

Методы. В исследовании принимали участие 26 семей: подростки в возрасте 14–16 лет и их родители. Для реализации поставленной цели в работе использовались следующие методики: тест-опросник родительского отношения А.Я. Варги, В.В. Столина; методика диагностики межличностных отношений Лири; патохарактерологический диагностический опросник А.Е. Личко. Статистический анализ проводился с помощью компьютерной программы «Statistica 6.0».

Результаты. При проведении корреляционного анализа выявлено наличие умеренной взаимосвязи между: стилем сотрудничающего воспитания и гипертимным типом акцентуации; стилем сотрудничающего воспитания и лабильным типом акцентуации; великодушным стилем и психастеническим типом акцентуации; властным стилем и неустойчивым типом акцентуации; властным стилем и интровертированным типом акцентуации; между типом родительского отношения «отвержение» и возбудимым типом и гипертимным типом.

Выводы. Было установлено, что у родителей преобладает сотрудничающий, великодушный и властный стили семейного воспитания. При сотрудничающем стиле воспитания чаще встречались возбудимый, психастенический, интровертированный, неустойчивый, гипертимный, лабильный и демонстративный типы акцентуаций у подростков. При великодушном стиле чаще выявлялись сенситивный, демонстративный и лабильный типы акцентуаций. При властном стиле воспитания чаще отмечались психастенический, неустойчивый и интровертированный типы акцентуаций характера у подростков.

Ключевые слова: семья, стиль семейного воспитания, родительское отношение, акцентуация характера.

Для цитирования: Федорова Е.А., Корнеенкова М.В. Влияние стиля семейного воспитания на характерологические особенности подростка. *Психическое здоровье* 2022; 17(7): 85-88.

Для корреспонденции: Уласень Татьяна Валентиновна; **e-mail:** ulasen.tatjana@yandex.ru

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Поступила: 12.05.2022

The influence of the style of family education on the characterological characteristics of a teenager

Fedorova E.A., Korneenkova M.V.

Smolensk State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation
Smolensk, Russia

Introduction. The influence of family and family ties on the formation and development of a child's personality is of great importance in the modern world. The atmosphere of life in the family has a great impact on the formation of the character of a teenager. The most important characteristic of family education is its style, which is understood as a system of techniques typical for parents and the nature of interaction with children.

Aim. To study the influence of the style of family education on the formation of characterological traits in adolescents.

Methods. The study involved 26 families: teenagers aged 14–16 years and their parents. To achieve this goal, the following methods were used in the work: the test questionnaire of the parental relationship of A.Ya. Varga, V.V. Stolina; the method of diagnosing interpersonal relations of Leary; the pathoharacterological diagnostic questionnaire of A.E. Lichko. Statistical analysis was carried out using the computer program Statistica 6.0.

Results. The correlation analysis revealed the presence of a moderate relationship between: cooperative parenting style and hyperthymic type of accentuation; cooperative parenting style and labile type of accentuation; generous style and psychasthenic type of accentuation;

domineering style and unstable type of accentuation; domineering style and introverted type of accentuation; between the type of parental attitude «rejection» and excitable type and hyperthymic type.

Conclusion. It was found that cooperative, generous and domineering styles of family upbringing prevail among parents. With a cooperative parenting style, excitable, psychasthenic, introverted, unstable, hyperthymic, labile and demonstrative types of accentuation were more common in adolescents. With a generous style, sensitive, demonstrative and labile types of accentuations were more often revealed. With a domineering parenting style, psychasthenic, unstable and introverted types of character accentuations in adolescents were more often noted.

Key words: family, style of family education, parental attitude, accentuation of character.

For citation: Fedorova E.A., Korneenkova M.V. The influence of the style of family education on the characterological characteristics of a teenager. *Psikhicheskoe zdorovie [Mental Health] 2022; 17(7): 85-88.* (In Russ.).

Corresponding author: Tatyana V. Ulasen, e-mail: ulasen.tatjana@yandex.ru

Funding. The study had no sponsorship.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interests.

Accepted: 12.05.2022

Введение

Подростковый период один из самых интересных и сложных в развитии личности, именно в этот период происходит формирование определенных черт характера и стремление к самостоятельности. Бесспорным является тот факт, что семья — главный институт воспитания и важность влияния семьи и семейных связей на становление и развитие личности ребёнка очевидна. Важнейшей характеристикой семейного воспитания является его стиль, под которым понимаются типичные для родителей система приемов и характер взаимодействия с детьми [1,2].

На сегодняшний день сложилось убеждение, что тип детско-родительских отношений в семье является одним из основных элементов, формирующих особенности поведения ребенка и его характер. В наибольшей степени наглядно тип детско-родительских отношений проявляется при воспитании ребенка [3, 4].

Актуальность данной темы обусловлена тем, что построение на основе полученных результатов правильных стратегий воспитания, найдет свое применение в консультационной и коррекционной работе детско-родительских отношений, в повседневной практике в профессиях, связанных с воспитанием и работе с семьей и подростками.

Цель исследования: изучить влияние стиля семейного воспитания на формирование характерологических черт у подростков.

Задачи исследования:

1. Дать определение понятия стиля семейного воспитания, характера и акцентуации характера на основе анализа исследований зарубежных и отечественных авторов;

2. Изучить особенности семейного воспитания и акцентуаций характера подростков;

3. Выявить взаимосвязь характерологических черт подростков и особенностей семейного воспитания;

4. Проанализировать методы изучения влияния стиля семейного воспитания на формирование характерологических черт подростков.

Выборку исследования составили 26 семей: подростки в возрасте 14–16 лет и их родители.

Методы

В ходе исследования использовались следующие методы и методики:

— тест-опросник родительского отношения А.Я. Варги, В.В. Столина;

— методика диагностики межличностных отношений Лири (1954 г.);

— патохарактерологический диагностический опросник А.Е. Личко (1970 г.)

Статистический анализ исследования проводился с использованием программы «Statistica 12.0».

Результаты

На первом этапе исследования с помощью патохарактерологического опросника А.Е. Личко у каждого подростка был выявлен определенный тип акцентуации характера. Было установлено, что среди 26 подростков 20% имеют гипертимный тип акцентуации характера, 15% — психастенический, 15% — неустойчивый, 15% — демонстративный, 10% — интровертированный, 10% — сенситивный, 10% — лабильный, 5% — возбудимый.

На втором этапе посредством методики диагностики межличностных отношений Лири у каждого из 26 родителей был выявлен стиль семейного воспи-

тания: 50% руководствуются сотрудничающим стилем, который характеризуется компромиссным поведением, несдержанностью в излишних своего дружелюбия, поиском признания; 20% – великодушным стилем, что подразумевает готовность помогать, развитое чувство ответственности, мягкосердечность, сверхбоязливость, подчеркнутый альтруизм; 15% – властный стиль, предполагающим высокий контроль, родители ждут неукоснительного выполнения своих требований, отношения холодные, отстраненные; 5% – прямолинейно-агрессивным стилем – настойчивостью в достижении цели или чрезмерным упорством, недружелюбием и вспыльчивостью; 5% – покорным стилем – доминируют такие черты как скромность, застенчивость, склонность брать на себя чужие обязанности; и 5% – недоверчивым стилем – преобладает скептицизм, критицизм, недовольство другими и подозрительность.

Далее сопоставлялись результаты типа семейного воспитания и типа акцентуации характера у подростков где было отмечено, что в семьях с сотрудничающим стилем воспитания (50%) выявлены: гипертимная (20%), демонстративная (10%), неустойчивая (5%), лабильная (5%), психастеническая (5%), интровертированная (5%) акцентуации характера у подростков. В семьях с властным стилем воспитания (15%) отмечены: психастеническая (5%), неустойчивая (5%), интровертированная (5%) акцентуации характера. В семьях с великодушным стилем воспитания (15%) выявлены: чувствительная (5%), демонстративная (5%), лабильная (5%) акцентуации характера. В семьях с прямолинейно-агрессивным стилем (5%) отмечена психастеническая (5%) акцентуация характера. В семьях с покорным стилем (5%) отмечена чувствительная (5%) акценту-

ация характера. В семьях с недоверчивым стилем (5%) выражена неустойчивая (5%) акцентуация характера.

При проведении корреляционного анализа выявлено наличие умеренной взаимосвязи между: стилем сотрудничающего воспитания и гипертимным типом акцентуации ($r=0,41$); стилем сотрудничающего воспитания и лабильным типом акцентуации ($r=0,39$); великодушным стилем и психастеническим типом акцентуации ($r=0,37$); властным стилем и неустойчивым типом акцентуации ($r=0,34$); властным стилем и интровертированным типом акцентуации ($r=0,32$).

На третьем этапе с помощью тест-опросника родительского отношения А.Я. Варги, В.В. Столина было выяснено, что родители 26 исследованных семей имеют сравнительно низкие показатели по шкале «принятие-отвержение», средние показатели по шкале «кооперация», преимущественно низкие показатели по шкалам «симбиоз» и «маленький неудачник». По шкале «контроль» показатели представлены примерно в равных значениях по высокому, среднему и низкому уровням (рис. 1).

Далее сопоставлялись результаты типа родительского отношения и акцентуации характера у подростков. В семьях, в которых у родителей был выявлен низкий уровень по шкале «отвержение» присутствуют возбуждимый, неустойчивый, лабильный, гипертимный, демонстративный типы акцентуаций у подростков. Низкий уровень «отвержения» свидетельствует о том, что родители могут испытывать достаточно часто по отношению к ребенку такие отрицательные чувства как раздражение, злость, досаду и воспринимать ребенка плохим, неприспособленным, неудачливым. В семьях со средним уровнем по шкале «кооперация» отмечены

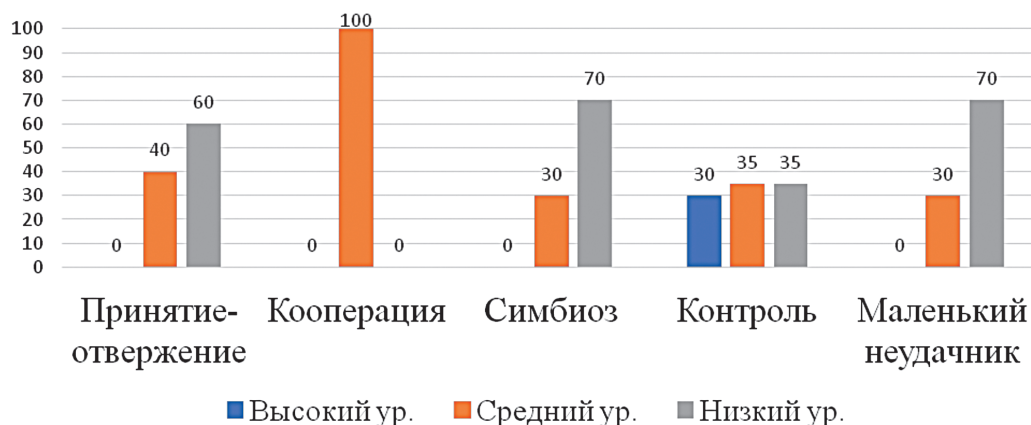


Рис. 1. Тип родительского отношения (%)

Результаты типа родительского отношения в сопоставлении с акцентуациями характера подростков, %

Тип родительского отношения	Тип акцентуации характера
Отвержение (низкий уровень)	Гипертимный (10%), Лабильный (10%) Демонстративный (7, 5%), Неустойчивый (5%) Возбудимый (2,5%)
Кооперация (средний уровень)	Психастенический (7,5%), Сенситивный (5%) Интровертированный (5%)
Контроль (низкий уровень)	Психастенический (7,5%), Демонстративный (7,5%) Интровертированный (5%), Неустойчивый (5%) Сенситивный (5%)
Контроль (высокий уровень)	Гипертимный (10%), Неустойчивый (5%) Возбудимы (2,5%)

сенситивный, психастенический, и интровертированный типы акцентуаций. Средний уровень «кооперации» говорит о том, что родители проявляют искренний интерес к тому, что интересуется ребенка, поощряют самостоятельность и инициативу. В семьях с низким уровнем по шкале «контроль» выявлены психастенический, интровертированный, неустойчивый, сенситивный, демонстративный типы акцентуаций. Низкие показатели по шкале «контроль» говорят о том, что контроль за действиями ребенка со стороны родителей практически отсутствует. В семьях с высоким уровнем по шкале «контроль» отмечены возбудимый, гипертимный, неустойчивый типы акцентуаций. Высокий уровень «контроля» свидетельствует о том, что родитель ведет себя слишком авторитарно по отношению к ребенку, требуя безоговорочного послушания и задавая ему строгие дисциплинарные рамки (таблица).

При проведении корреляционного анализа выявлено наличие умеренной взаимосвязи между типом родительского отношения «отвержение» и возбудимым типом ($r = 0,33$) и гипертимный типом ($r = 0,31$).

Выводы

1. По результатам проведенного исследования было установлено, что у родителей преобладает сотрудничающий стиль (50%), великодушный (20%) и властный стиль (15%) семейного воспитания.

При сотрудничающем стиле воспитания чаще встречались возбудимый, психастенический, интровертированный, неустойчивый, гипертимный, лабильный и демонстративный типы акцентуаций характера у подростков.

При великодушном стиле воспитания чаще выявлялись сенситивный, демонстративный и лабильный типы акцентуаций характера у подростков.

При властном стиле воспитания чаще отмечается психастенический, неустойчивый и интровертированный типы акцентуаций характера у подростков.

2. Акцентуации характера встречаются при различных типах родительского отношения, но наиболее часто возбудимый, неустойчивый, демонстративный, гипертимный и лабильный типы акцентуаций формируются при низком уровне типа родительского отношения «отвержение», а психастенический, интровертированный, неустойчивый, сенситивный и демонстративный типы акцентуаций характера формируются чаще при низком уровне типа родительского отношения «контроль».

Список литературы

1. Коленда А.Н. Основы психологии и педагогики: учебно-методическое пособие. Гомель: ГомГМУ, 2013. 66 с.
2. Мандель Б.Р. Возрастная психология: учебное пособие. 2-е издание, исправленное и дополненное. Москва: ИНФРА-М, 2021. 350 с.
3. Посысов Н.Н. Основы психологии семьи и семейного консультирования: учебник для академического бакалавриата. 2-е издание, исправленное и дополненное. Москва: Юрайт, 2018. 327 с.
4. Шнейдер Л.Б. Семейная психология: учебник для вузов. 6-е издание, исправленное и дополненное. Москва: Юрайт, 2020. 276 с.

References

1. Kolenda, A. N. Fundamentals of psychology and pedagogy: an educational and methodical manual. Gomel: GomSMU, 2013. 66 p. (In Russ.)
2. Mandel B.R. Developmental psychology: a textbook. 2nd edition, revised and enlarged. Moscow: INFRA-M, 2021. 350 p. (In Russ.)
3. Posysoev N.N. Fundamentals of family psychology and family counseling: a textbook for academic undergraduate studies. 2nd edition, revised and enlarged. Moscow: Yurayt, 2018. 327 p. (In Russ.)
4. Schneider L.B. Family psychology: a textbook for universities. 6th edition, revised and enlarged. Moscow: Yurayt, 2020. 276 p. (In Russ.)

Паркинсонизм плюс: последние достижения в невропатологии мультисистемной атрофии

Матвеев С.Д. студент
Дроздова А.В. студент
Сучкова Е.В. к.м.н., доцент кафедры «Неврология, нейрохирургия и психиатрия»
Петрова Е.В. к.м.н., доцент, заведующий кафедрой «Неврология, нейрохирургия и психиатрия»

ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет»
Пенза, Россия

Введение. «Паркинсонизм-плюс» – это группа гетерогенных нейродегенеративных расстройств, которые характеризуются признаками болезни Паркинсона, но с другими неврологическими симптомами/признаками. Примерно 10–15% случаев паркинсонизма-плюс вызываются нейродегенеративными заболеваниями, для которых характерно более обширное вовлечение нервной системы в развитие множественного поражения структур головного мозга. К этим заболеваниям по праву относится мультисистемная атрофия – спорадическое нейродегенеративное заболевание, с неумолимо прогрессирующим течением, приводящим к летальному исходу в среднем спустя семь-девять лет. В данной работе авторы анализируют современные данные о спорадической форме паркинсонизма-плюс – мультисистемной атрофии.

Методы. Проводился анализ литературы по теме в российских и зарубежных базах данных: РИНЦ/eLIBRARY.RU; Pubmed/MEDLINE, Scholar Google, Cyberleninka. Стратегия поиска включала ключевые слова: паркинсонизм-плюс, мультисистемная атрофия, паркинсонический тип, мозжечковый тип, патогенез, α -синуклеин, диагностика, терапия. Использовали только полнотекстовые публикации.

Результаты. Этиология мультисистемной атрофии до конца неизвестна. В основе патогенеза лежит накопление α -синуклеина в олигодендроцитах, сопровождаемое поражением множества структур головного и спинного мозга. В клинике обнаруживается широкий спектр нарушений вегетативной нервной системы, преобладающий над двигательными расстройствами, где наиболее характерными является поражение мочеполовой и сердечно-сосудистой систем. Диагноз «мультисистемная атрофия» основывается главным образом на собранных анамнестических, инструментальных данных и тщательного анализа клинического осмотра пациента. В терапии многообещающими терапевтическими стратегиями могут быть активная иммунизация против α Syn и комбинация с противовоспалительным лечением, применение препарата ингибитора миелопероксидазы AZD3241, генная терапия.

Заключение. Мультисистемную атрофию часто путают с идиопатической болезнью Паркинсона. Знание отличительных особенностей этих двух состояний важно для точного диагноза и прогноза. Исследования и клинические испытания в области этой патологии увеличиваются, вселяя надежду на новые открытия и разработки в области лечения этого серьезного заболевания.

Ключевые слова: паркинсонизм-плюс, мультисистемная атрофия, паркинсонический тип, мозжечковый тип, патогенез, α -синуклеин, диагностика, терапия.

Для цитирования: Матвеев С.Д., Дроздова А.В., Сучкова Е.В., Петрова Е.В. Паркинсонизм плюс: последние достижения в невропатологии мультисистемной атрофии. *Психическое здоровье* 2022; 17(7): 89-98.

Автор для корреспонденции: Матвеев Сергей Денисович; **e-mail:** an1907na@mail.ru

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Поступила: 12.05.2022

Parkinsonism plus: recent advances in the neuropathology of multisystem atrophy

Matveev S.D., Drozdova A.V., Suchkova E.V., Petrova E.V.

Penza State University
Penza, Russia

Introduction. «Parkinsonism-plus» is a group of heterogeneous neurodegenerative disorders that are characterized by signs of Parkinson's disease, but with other neurological symptoms/signs. Approximately 10–15% of cases of parkinsonism-plus are caused by neurodegenerative diseases, which are characterized by a more extensive involvement of the nervous system in the development of

multiple lesions of brain structures. These diseases rightfully include multisystem atrophy – a sporadic neurodegenerative disease, with an inexorably progressive course, leading to a fatal outcome on average after seven to nine years. In this paper, the authors analyze current data on the sporadic form of parkinsonism-plus – multisystem atrophy.

Methods. The literature on the topic was analyzed in Russian and foreign databases: RSCI/eLIBRARY.RU; Pubmed/MEDLINE, Scholar Google, Cyberleninka. The search strategy included the keywords: parkinsonism-plus, multisystem atrophy, parkinsonian type, cerebellar type, pathogenesis, α -synuclein, diagnosis, therapy. Only full-text publications were used.

Results. The etiology of multisystem atrophy is not fully known. The pathogenesis is based on the accumulation of α -synuclein in oligodendrocytes, accompanied by damage to many structures of the brain and spinal cord. In the clinic, there is a wide range of disorders of the autonomic nervous system, which prevails over motor disorders, where the most characteristic is the defeat of the genitourinary and cardiovascular systems. The diagnosis of «multisystem atrophy» is based mainly on the collected anamnestic, instrumental data and a thorough analysis of the patient's clinical examination. In therapy, active immunization against aSyn and combination with anti-inflammatory treatment, the use of the myeloperoxidase inhibitor drug AZD3241, and gene therapy may be promising therapeutic strategies.

Conclusion. Multisystem atrophy is confused with idiopathic Parkinson's disease. Knowing the distinctive features of these two conditions is important for an accurate diagnosis and from a prognostic point of view. Research and clinical trials in the field of MCA are increasing, giving hope for new discoveries and developments in the treatment of this serious disease.

Key words: parkinsonism-plus, multisystem atrophy, parkinsonian type, cerebellar type, pathogenesis, α -synuclein, clinical diagnostics, therapy.

For citation: Matveev S.D., Drozdova A.V., Suchkova E.V. Parkinsonism plus: Recent achievements in neuropathology of multisystem atrophy. *Psikhicheskoe zdorovie [Mental Health] 2022; 17(7): 89-98.* (In Russ.).

Corresponding author: Sergey D. Matveev; e-mail: an1907na@mail.ru

Funding. The study had no sponsorship.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interests.

Accepted: 12.05.2022

Введение

Блезнь Паркинсона – распространенное нейродегенеративное заболевание, характеризующееся двигательными симптомами, возникающими в результате потери нейронов, продуцирующих дофамин в среднем мозге.

Паркинсонизм-плюс (синоним *атипичный паркинсонизм*) – это группа гетерогенных нейродегенеративных расстройств, которые характеризуются признаками болезни Паркинсона, но с другими неврологическими симптомами/признаками. Это могут быть мозжечковые, глазодвигательные, вегетативные, корковые нарушения, апраксия и двигательные расстройства, а также пирамидные, сенсорные, бульбарные, когнитивные и психиатрические осложнения. Эти заболевания плохо реагируют на леводопу и в основном имеют довольно характерные особенности нейровизуализации.

Считается, что 10-15% случаев паркинсонизма-плюс вызывается нейродегенеративными заболеваниями, для которых характерно более обширное вовлечение нервной системы в развитие множественного поражения структур головного мозга [1].

Всё вышеперечисленное позволяет с уверенностью сказать, что атипичный паркинсонизм считается одной из наиболее актуальных проблем в настоящее время. Объясняется данное решение тем, что названная патология, в отличие от идиопатического паркин-

сонизма, проявляется более быстрым прогрессирующим течением, приводящим к снижению продолжительности жизни. Причиной этого является наличие у таких больных трудно диагностируемых и плохо поддающихся терапии заболеваний: прогрессирующий супрануклеарный паралич, болезнь диффузных телец Леви, в том числе, и мультисистемная атрофия.

Цель: провести анализ литературы и предоставить современные данные о спорадической форме паркинсонизма-плюс – мультисистемной атрофии (МСА).

Методы

Проведен анализ литературы по теме в российских и зарубежных базах данных: РИНЦ/eLIBRARY.RU; Pubmed/MEDLINE, Scholar Google, Cyberleninka. Стратегия поиска включала ключевые слова: паркинсонизм-плюс, мультисистемная атрофия, паркинсонический тип, мозжечковый тип, патогенез, α -синуклеин, диагностика, терапия. Использовали только полнотекстовые публикации.

Результаты исследования и их обсуждение

МСА – спорадическое нейродегенеративное заболевание, с неумолимо прогрессирующим течением.

ем, приводящим к летальному исходу в среднем спустя семь-девять лет, клинически характеризующееся быстро нарастающими вегетативными и двигательными дисфункциями. Патологическим признаком МСА, специфической формы α -синуклеинопатии, является аномальное накопление фибриллярного α -синуклеина (aSyn) в олигодендроцитах в виде глиальных цитоплазматических включений [2].

Эпидемиология

По данным литературы, МСА встречается в 10–12% случаев синдрома Паркинсона. МСА является редким заболеванием с предполагаемой частотой 0.6–0.7/100,000 тысяч человек в год, хотя исследования, проведенные в России и Северной Швеции, показали, что заболеваемость составляет примерно 0,1 и 2,4 на 100 000 человеко-лет соответственно. Частота МСА в США: 3–5/100000 [3]. В соответствии с преобладанием тех или иных двигательных нарушений можно выделить два типа МСА: паркинсонический, или стриатонигральный тип МСА (МСА-П), когда в патологический процесс вовлекаются базальные ганглии, а также мозжечковый тип МСА (МСА-М), при котором помимо обширного поражения мозжечка захватывается и часть ствола головного мозга. При этом МСА-П составляет 70–80% случаев в Европе и Северной Америке, тогда как МСА-М чаще встречается в азиатских популяциях (67–84%) с довольно частыми смешанными фенотипами, вероятно, из-за генетических и экологических факторов [4]. Средний возраст начала заболевания от 55 до 58 лет, и никогда – в возрасте моложе 30 лет, проявляется относительно быстрым прогрессированием патологии. Средняя продолжительность жизни с данным заболеванием составляет от 7 до 9 лет [5].

Этиология и патогенез

Этиология МСА достаточно не изучена, но считается, что возникновению могут способствовать комбинации генетических и экологических факторов. Данная патология раньше обычно считалась спорадическим заболеванием, но согласно зарубежной литературе в Европе и Азии были зарегистрированы родословные МСА как с аутосомно-доминантным, так и с аутосомно-рецессивным типом наследования [6]. Это связано с возможной мутацией гена *COQ2* в семейных и спорадических случаях. Эпидемиологические исследования показали, что токсины окружающей среды также могут быть связаны с риском МСА, но нет убедительных данных, коррелирующих повышенный риск мультисистемной атрофии с воздействи-

ем пестицидов, растворителей, других токсинов или потреблением алкоголя [7].

Несмотря на многочисленные исследования, на сегодняшний день понимание процессов, лежащих в основе патогенеза МСА, остается неполным. Большое значение привнесли данные 1989г., когда в олигодендроцитах больных с различными вариантами МСА были обнаружены аргирофильные глиальные цитоплазматические включения [5]. В основе этих включений, как выяснилось при дальнейших исследованиях, лежит накопление α -синуклеина в олигодендроцитах, т.е. нейронального белка, который локализуется преимущественно в пресинаптических терминалях, где связывает липиды и регулирует процесс выделения нейромедиаторов из синаптических везикул. На особую роль в развитии данной патологии указывает и фосфопротеин-25-а, который в норме участвует в процессах миелинизации волокон центральной нервной системы. Уже на ранних стадиях заболевания фосфопротеин-25-а перемещается из миелиновой оболочки в цитоплазму олигодендроцитов, вызывая тем самым стимуляцию процесса агрегации α -синуклеина в данных клетках [8,9]. Множество проведенных экспериментальных исследований олигодендроглии показали, что её клетки, по-видимому, способны продуцировать данный α -синуклеин на раннем этапе своего развития, но в последующем эта функция начинает страдать, до полного её исчезновения [10,11].

До сих пор нет единого мнения о том, каким образом α -синуклеин накапливается в клетках олигодендроглии, так одни данные указывают на патологическую экспрессию его мРНК в олигодендроцитах, другие свидетельствуют в пользу его транслокации из нейронов. В здоровых клетках он также встречается, но находится в них в виде мономера или тетрамера, тогда как образовавшиеся патологические его формы, такие как олигомеры и фибриллы могут оказывать токсический эффект. Возможно, что генетические факторы также определяют повышенную чувствительность ЦНС к внешним токсичным воздействиям. Так, Р. Наппа и соавт. проанализировали сведения о 100 больных с МСА и отметили высокое число (11%) лиц, контактировавших с токсичными веществами, в том числе с органическими растворителями (п-гексан, бензен и др.), пестицидами, формальдегидом [12]. В связи с этим поражение олигодендроглии приводит к вторичной дегенерации нейронов и, как следствие, к запуску процесса нейровоспаления, включая активацию микроглии и выброс провоспалительных цитокинов. Токсичный α -синуклеин далее может распространяться прионоподобным путем в другие функционально связанные области головного мозга,

приводя к мультисистемному поражению [13]. В результате этого, в такой дегенеративный процесс при МСА вовлекается большое количество структур: базальные ганглии, нижние оливы, мост, мозжечок, боковые рога спинного мозга, а также группа нейронов крестцового отдела спинного мозга, отвечающих за процессы мочеиспускания и удержания дефекации (ядро Онуфа).

Таким образом, избирательность нейродегенерации при МСА определяется взаимодействием множества вредных факторов. Некоторые из этих патогенетических факторов включают: эктопическое накопление α -синуклеина в олигодендроцитах и нейронах, «прионоподобное» распространение специфических для заболевания штаммов неправильно свернутого α -синуклеина, нацеленных на различные области мозга и типы клеток, нарушение деградации белка, протеасомные и митохондриальные дисфункции, дисфункция липидов, участвующих в синтезе миелина, генетический полиморфизм, активация микроглии, нейровоспаление, нарушение регуляции микроРНК, приводящее к воспалению, разрушению миелина и способствующее накоплению α Syn через нарушение регуляции механизмов аутофагии и прионов и множество других причин. Вышеуказанные и множество других механизмов взаимодействуют между собой, приводя к системно-специфической модели нейродегенерации при МСА [14].

Важным является и то, что в отличие от болезни Паркинсона при МСА наряду с поражением черного вещества одновременно разрушаются дофаминовые рецепторы в скорлупе. При МСА данный процесс происходит раньше и быстрее, из-за чего говорят о «постсинаптическом паркинсонизме» в отличие от «пресинаптического паркинсонизма». Это приводит к тому, что из-за множественного поражения дофаминовых рецепторов при МСА заместительная терапия дофаминергическими препаратами является малоэффективной [15].

Клиническая картина

Наиболее распространенным признаком мультисистемной атрофии считается атаксическая походка, увеличение площади опоры. У половины больных МСА может возникать нерегулярный постуральный тремор и тремор действия, который может нарастать при приближении к цели, что характерно для МСА-М [10].

Полиминимиклонус, не включенный в текущие диагностические критерии мультисистемной атрофии, в настоящее время признан специфическим клиническим признаком МСА.

Начало двигательных симптомов составляет 56 ± 9 лет, причем оба пола страдают одинаково [16]. Было выяв-

лено, что у части пациентов признаки поражения мозжечка достаточно ярко выражены в начале развития патологии, а затем начинают угасать по мере нарастания у больного других проявлений паркинсонизма.

У пациентов с МСА часто отмечается нарушение речи, сопровождаемое развитием хриплого, дрожащего голоса, который постепенно приобретает смазанный характер. Данные расстройства речи при мультисистемной атрофии называют дизартрофонией, и нередко они проявляются вместе с проблемами, связанными с глотанием и приемом пищи (дисфагия).

На более поздних стадиях развития МСА у 60% больных дополнительные неврологические признаки могут включать повышенные рефлексы (гиперрефлексия) и повышенный мышечный тонус (спастичность), которые в совокупности называются пирамидными признаками, которые могут способствовать замедлению и скованности таких больных. Также могут определяться произвольные длительные мышечные спазмы (дистония) лица, челюсти, шеи, туловища или конечностей, вызывающие ненормальные, иногда болезненные движения и позы [17].

В клинике может иметь место широкий спектр нарушений вегетативной нервной системы, преобладающий над двигательными расстройствами, где наиболее характерными является поражение мочеполовой и сердечно-сосудистой систем. Из наиболее частых симптомов, у пациентов наблюдаются неполное опорожнение мочевого пузыря, императивное и учащенное мочеиспускание, а также дополнительные нарушения, к которым можно отнести — необходимость пропускать воду ночью, повышенную дневную частоту мочеиспускания, повышенную срочность мочеиспускания. Эректильная дисфункция встречается почти повсеместно и, как правило, на ранней стадии у пораженных мужчин. Также могут присутствовать запоры [15].

Ортостатическая гипотензия с рецидивирующим обмороком, возникающая после появления урогенитальных симптомов, является отличительной чертой МСА; также может отмечаться ночная гипертензия или постпрандиальная гипотензия, фиксированный пульс менее же специфичными являются головокружение и тошнота. Другими симптомами являются ангідроз, желудочно-кишечная дисфункция с ранней дисфагией, вегетативное поражение зрачков с помутнением зрения и сухостью глаз [18].

Среди немоторных проявлений у больных с МСА можно отнести охриплость и высокое голосовое дыхание (стридор), возникающий вследствие паралича и дистонии голосовых связок. У 40% пациентов на-

блюдаются синдромы апноэ во сне как обструктивного, так и центрального генеза, что часто становится причиной внезапной ночной смерти.

У трети пациентов может определяться умеренная потеря когнитивных способностей (например, потеря памяти) и/или зрительно-пространственные нарушения. Среди эмоциональных нарушений при МСА встречаются чувства тревоги и депрессии, нередко бессонница, галлюцинации и панические атаки [19].

Распознавание пациентов с ранним или возможным МСА может быть поддержано одним или несколькими «красными флагами» (предупреждающими знаками), которые дать важные подсказки для правильного и раннего диагноза. Они включают орорациальную дистонию; признаки инспирации, контрактуры кистей и стоп, судорожный миоклонический тремор осанки/движения, полиминимиоклонус, низкий ответ на леводопу, тяжелую дисфонию и ди-

зартрию, патологический смех и плач, храп, непропорциональную переднюю коллизию, камптокормию и/или синдром Пизы, а также холодные руки, ноги и другие проявления.

Диагностика

Диагноз мультисистемная атрофия в основном основан на клинических критериях, хотя несколько диагностических исследований могут быть полезны для подтверждения диагноза или исключения других заболеваний.

В последние годы некоторые функции магнитно-резонансной томографии головного мозга (МРТ) были описаны как полезные в дифференциальной диагностике паркинсонических синдромов. Они включают атрофию скорлупы, червя и средней ножки мозжечка, дилатацию четвертого желудочка и различные вариации интенсивности сигнала на МРТ (рис. 1).

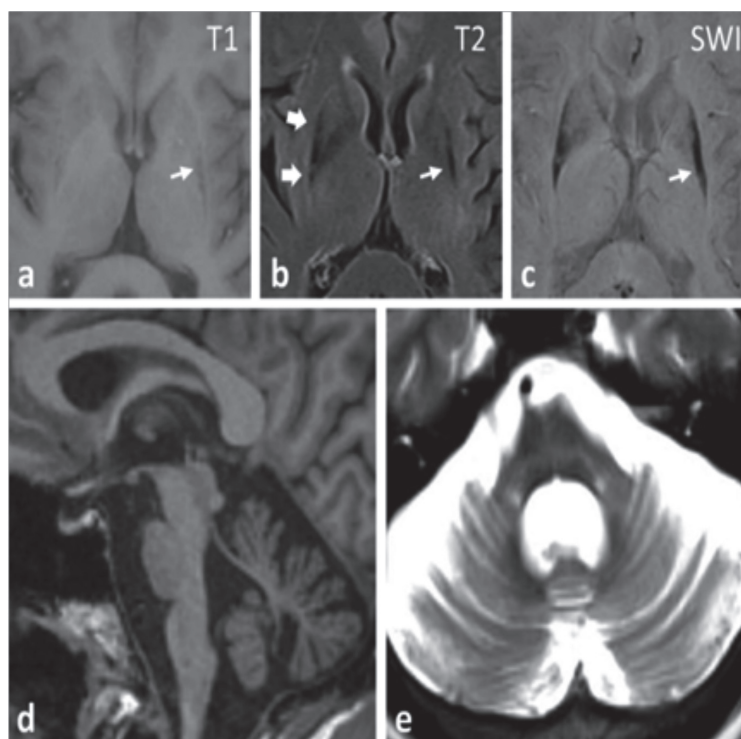


Рис. 1. МРТ головного мозга при МСА-П (А–С) демонстрирует атрофию путаминального отдела (маленькая стрелка) с сигналом гипоинтенсивного Т1/Т2 и признаком гиперинтенсивного Т2 сигнала (большие стрелки). (С) SWI показывает плотное заднее отверстие с гемосидерином. (D) Оливопонтоцереbellарная атрофия при МСА-М. (E) Изображение Т2 с атрофией понтина, глиозом и знаком «булочка с горячим крестом» (цитирование по V. Chelban) [21].

Fig. 1. MRI of the brain in MSA-P (A–C) occurs with putaminal atrophy (small arrow) with hypointense T1/T2 signal and on exposure to hyperintense T2 signal (large arrows). (C) SWI shows a dense posterior foramen with hemosiderin. (D) Olivopontocerebellar atrophy in MSA-M. (E) T2 image with pontine atrophy, gliosis, and warm cross bun sign (citation according to V. Chelban) [21].

К нейровизуальным признакам возможной МСА-М при исследовании аксиальных срезов моста в режимах T2 и FLAIR можно отнести гиперинтенсивность средней мозжечковой ножки и знак «пасхальной булочки» или «симптом креста». При МСА-П в T2-режиме отмечается «признак путаминального обода», который проявляется гиперинтенсивным окаймлением дорсолатеральных краев скорлупы — это является признаком, высокоспецифичным для МСА, но его можно отметить у незначительного количества пациентов [20,21].

У пациентов с МСА при наличии противопоказаний к проведению МРТ могут быть проведены такие исследования, как позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ) и однофотонная эмиссионная компьютерная томография (ОФЭКТ). ПЭТ, использующая фтордезоксиглюкозудля измерения регионального метаболизма глюкозы в мозге, разрабатывается в качестве инструмента для дифференциации дегенеративных состояний Паркинсона. Так при МСА можно заметить отчетливое снижение метаболизма глюкозы в стволе мозга, скорлупе и мозжечке. ОФЭКТ с использованием индикатора для транспортера дофамина в головном мозге может предоставить доказательства потери нейронов в черной субстанции, которая поражается у всех пациентов с МСА [8].

Обязательным критерием для подтверждения диагноза у больных с МСА является определение у них симптоматики вегетативной недостаточности, которая, однако на ранних этапах заболевания может не давать проявлений. Так, для определения нарушений в вегетативной иннервации сердца и сосудов могут быть применены: проба с пассивным ортостазом, осуществлен СМАД и суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру. Проведение сцинтиграфии сердца с аналогом нордреналина I-123 MIBG считается полезным для дифференциации между болезнью Паркинсона и МСА на ранних стадиях после возникновения вегетативной дисфункции. Пациенты с болезнью Паркинсона имеют значительно более низкое сердечное поглощение I-123 MIBG, чем пациенты с МСА [22].

На ранних стадиях заболевания часто встречаются позывы к мочеиспусканию и их повышенная частота. У подгруппы пациентов с МСА с ранней задержкой мочи заболевание может начаться в крестцовом отделе спинного мозга и распространиться на другие области, поэтому всем пациентам без исключения проводится УЗИ мочевого пузыря с определением количества остаточной мочи для последующего правильного подбора лекарственной терапии. При проведении электромиографии уретрального сфинктера могут быть обнару-

жены признаки дегенерации преганглионарных парасимпатических нейронов крестцового отдела спинного мозга [5,23].

Пациенты с нарушениями сна по типу апноэ или нарушений поведения в фазу быстрого сна проводят полисомнографию в специальных лабораториях сна [24].

В настоящее время набирают обороты и другие подходы к исследованию данной патологии, к ним относятся — протеомика и метаболомика ликвора и других биологических жидкостей организма человека. Данные методы основаны на изучении их белкового состава, что позволяет оценить нейропатохимию головного мозга должным образом, чтобы в будущем стать основой для кардинально новой классификации нейродегенеративных заболеваний и определить путь в лечении этих расстройств.

Таким образом, исследуя критерии диагностики МСА можно выделить основные: синдром паркинсонизма или мозжечковая атаксия в сочетании с минимум одним подтвержденным проявлением вегетативной недостаточности. Для большей убедительности в правильности постановки диагноза выделяют дополнительные симптомы. Этими дополнительными симптомами могут стать полиминимиклонус, стридор, низкая откликаемость на леводопу, тяжелая дисфония и дизартрия, на МРТ атрофия скорлупы, ствола мозга или мозжечка, гиперметаболизм в данных областях мозга по результатам позитронно-эмиссионной томографии [25].

Лечение

В настоящее время доступных для МСА новых методов лечения, которые влияли бы на причину заболевания, до сих пор не разработано, однако исследования в данной области не прекращаются. При этом симптоматическая терапия данного заболевания резко ограничена. Первой линией препаратов для лечения гипокинетически-ригидного синдрома при МСА является дофаминергическое лечение препаратом L-допой, первоначальная реакция на которое отмечена у 83% пациентов с МСА, но его эффект обычно преходящий, и только у 31% наблюдался ответ в течение 3,5 лет. Реакция на L-допу наблюдалась у 42-57% пациентов с МСА-П и у 13-25% пациентов с МСА-М [19]. Считается, что недостаточность L-допы может быть вызвана ранним и стремительным поражением черного вещества одновременно с разрушением дофаминовых рецепторов в скорлупе. Агонисты дофамина не считаются терапевтическим вариантом лечения, поскольку демонстрируют низкую эффективность и могут вызывать

серьезные побочные эффекты, в частности ухудшение ортостатической гипотензии, которая часто отмечается у этих пациентов [26]. Лишь препараты мидодрина гидрохлорид (проаматин) и дроксидопа были одобрены для лечения ортостатической гипотензии, связанной с МСА, согласно проведенным анализам в США. Высококачественных крупных клинических исследований на больных с МСА для подтверждения эффективности симптоматической терапии до сих пор проведено не было, поэтому имеющиеся рекомендации в большей своей степени основаны на наблюдательных, экспериментальных, описательных и других исследованиях [27]. Эффективного медикаментозного лечения для лечения мозжечковых симптомов также не существует. Глубокая стимуляция мозга у пациентов с МСА показала лишь временное улучшение двигательных симптомов. Немедикаментозные методы лечения, такие как физиотерапия и эрготерапия, играют важную роль в улучшении симптомов и качества жизни пациентов и должны быть интегрированы в терапевтическую концепцию [28,29].

Основываясь на современных знаниях о патогенезе МСА и различных результатах, полученных на животных моделях, был предложен ряд новых терапевтических стратегий и подходов. Основываясь на способности альфа-синуклеина переноситься из клетки в клетку и распространяться по мозгу прионоподобным образом, ингибирование олигомеризации и агрегации α Syn может представлять собой многообещающую терапевтическую стратегию для борьбы с данным заболеванием, и в этом направлении были предприняты интересные усилия [8,30]. К ним относятся ингибирование альфа-синуклеина, усиление деградации α Syn, промежуточное нейровоспаление и потеря нейронов.

Среди препаратов, нацеленных на агрегацию α Syn, исследования PROMESA по влиянию эпигаллокатехина галлата, полифенола, содержащегося в зеленом чае, который уменьшает агрегацию и токсичность олигомеров альфа-синуклеина, не повлияли на прогрессирование заболевания. Среди соединений, усиливающих деградацию данного нейронального белка, рапамицин, усилитель аутофагии, показал уменьшение агрегатов альфа-синуклеина в некоторых областях мозга в доклинических исследованиях и в настоящее время проходит клинические испытания [31,32]. Нацеливание на нейровоспаление, ингибирование миелопероксидазы, а также снижение TNF α -зависимых реакций являются многообещающими мишенями для модификации заболевания и проходят клинические испытания

у пациентов с МСА. Для этого был опробован подход внутривенного введения иммуноглобулина, но результаты не увенчались успехом и являлись неубедительными. Соединение FTY720-Mitoxu, одобренное управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов в США иммуносупрессивное средство для лечения рассеянного склероза, уменьшало паркинсонизм за счет увеличения нейротрофического фактора головного мозга [14].

Несколько исследований успешно доказали терапевтический потенциал иммунотерапии против альфа-синуклеина путем предотвращения его распространения [30]. Основываясь на том факте, что активная иммунизация мышей основным белком миелина уменьшала накопление альфа-синуклеина и нейродегенерацию, две вакцины против α -синуклеина вакцинами AFFITOPE PD03A, PD01A были оценены в исследованиях фазы I с пациентами с МСА и болезнью Паркинсона и показали хорошую безопасность и переносимость при их подкожном введении [33]. II фаза исследования проводилась с использованием ингибитора миелопероксидазы AZD3241, с целью оценки его способности уменьшать окислительный стресс и подавлять нейровоспаление. Результаты оценивались по объему распределения транслокаторного белка в стриатуме до и после лечения, которые определялись при помощи позитронно-эмиссионной томографии. Влияние препарата ингибитора миелопероксидазы AZD3241 на функцию глии определить не удалось. Однако, было замечено, что у пациентов получавших препарат, наблюдался более медленный темп прогрессирования заболевания, что требует дальнейшего изучения полученного эффекта [10,12]. Активная иммунизация против α Syn и комбинация с противовоспалительным лечением также могут быть многообещающими терапевтическими стратегиями [34].

Генная терапия может представлять собой еще один возможный подход к уменьшению эксайтотоксичности оксидативного стресса и последующей потери нейронов, но ни одно из используемых соединений не продемонстрировало влияния на прогрессирование заболевания и лежащую в его основе нейродегенерацию [10].

Из этого следует существенная настоятельная необходимость в уточнении патогенетических механизмов МСА для разработки новых вариантов терапевтической стратегии, включая комбинированные подходы, нацеленные на различные патогенетические эффекты, специфичные для этой патологии.

Заключение

Мультисистемная атрофия – редкая синуклеинопатия, связанная с вегетативной дисфункцией и переменным присутствием плохо реагирующего на леводопу паркинсонизма и/или мозжечковой атаксии. Данное расстройство чаще всего путают с идиопатической болезнью Паркинсона. Знание отличительных особенностей этих двух состояний важно для точного диагноза и с прогностической точки зрения.

Так, недавние исследования с использованием моделей на животных, которые лишь частично воспроизводят патологию человека и молекулярную динамику нейродегенеративного процесса, обеспечили небольшой прогресс в понимании патогенеза МСА. При этом, роль α -синуклеина в опосредованной олигодендроцитами нейродегенерации остается до сих пор неясной. Источник образования aSyn и причина патогенного каскада, приводящего к «прионоподобному» распространению его штаммов, которые способствуют прогрессированию заболевания, нуждаются в дальнейшем выяснении. Стоит отметить, что убедительных доказательств того, что МСА является чисто прионным заболеванием в настоящий момент не существует.

Диагноз МСА в основном основывается на клинических критериях, хотя несколько диагностических исследований могут быть полезны для подтверждения диагноза или исключения других заболеваний. Методы визуализации головного мозга, такие как МРТ и ФДГ-ПЭТ, часто используются и могут быть полезны, особенно в случаях с нетипичными признаками. В настоящее время всю большую популярность набирают протеомика и метаболомика биологических жидкостей организма, которые могут стать основой для создания новых классификаций нейродегенеративных расстройств центральной нервной системы, а также сформировать предпосылки для создания новых методов лечения. Будущие клинические исследования должны попытаться определить ранний диагноз мультисистемной атрофии с помощью комбинации клинических, визуализационных и молекулярных маркеров.

Лечение МСА остается также сложной задачей и требует междисциплинарного подхода, включающего работу смежных медицинских работников, реабилитацию и поддерживающую терапию. Текущие и будущие исследования направлены на выявление биомаркеров и разработку методов лечения, модифицирующих заболевание. В терапии многообещающими терапевтическими стратегиями могут быть активная иммунизация против aSyn и комбинация с противовоспалительным

лечением, применение препарата ингибитора миелопероксидазы AZD3241, генная терапия. Клинические исследования в области МСА набирают обороты, вселяя надежду на новые открытия и разработки в области лечения этого серьезного заболевания.

Список литературы

1. Болезнь Паркинсона: пособие для пациентов и их родственников. Под ред. проф. О.С. Левина. М.: МЕДпресс-информ, 2014. 128 с.
2. Trojanowski J.Q., Revesz T. Proposed neuropathological criteria for the post mortem diagnosis of multiple system atrophy. *Neuropathol Appl Neurobiol* 2007; (33): 615-620. doi: 10.1111/j.1365-2990.2007.00907.x.
3. Wenning G.K. The natural history of multiple system atrophy: a prospective European cohort study. *Lancet Neurol* 2013; (12): 264-274. doi: 10.1016/S1474-4422(12)70327-7
4. Lemos M. Targeting α -synuclein by PD03 AFFITOPE® and Anle138b rescues neurodegenerative pathology in a transgenic mouse: clinical relevance. *Transl Neurodegener in press* 2020; (12): 264-274. doi: 10.1186/s40035-020-00217-y.
5. Левин О.С., Амосов Н.А. Современные представления о механизмах нейродегенерации при прогрессирующем надъядерном параличе и мультисистемной атрофии. *Невролог журн* 2003; (4): 50-57.
6. Koga S., Dickson D.W. Recent advances in neuropathology, biomarkers and therapeutic approach of multiple system atrophy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2017; 89 (2):175-184. doi 10.1136/jnnp-2017-315813.
7. Valera E. Combination of alpha-synuclein immunotherapy with anti-inflammatory treatment in a transgenic mouse model of multiple system atrophy. *Acta Neuropathol Commun* 2017; 5(1): 2. doi: 10.1186/s40478-016-0409-1.
8. Krismer F, Wenning GK. Multiple system atrophy: insights into a rare and debilitating movement disorder. *Nature Reviews. Neurology* 2017; 13(4): 232-243. doi: 10.1038/nrneurol.2017.26
9. Stefanova N, Bücke P, Duerr S, Wenning GK. Multiple system atrophy: an update. *The Lancet. Neurology* 2009; 8(12): 1172-1178. doi: 10.1016/S1474-4422(09)70288-1
10. Левин О.С., Докадина Л.В. Эпидемиология паркинсонизма и болезни Паркинсона. *Невролог. журн.* 2005; (5): 41-49.
11. Coon E.A., Singer W. Synucleinopathies. *Continuum* 2020; №26 (1): 72-92. doi: 10.1212/CON.0000000000000819
12. Abstracts of the 6th International MSA (Multiple System Atrophy) Congress. *Clinical Autonomic Research* 2018; (28): 137-160. doi: 10.1007/s10286-018-0501-7
13. Jellinger KA. Neuropathology of multiple system atrophy: new thoughts about pathogenesis. *Movement Disorders* 2014; 29(14): 1720-1741. doi: 10.1002/mds.26052
14. Vidal-Martinez G. FTY720-Mitoxo reduces synucleinopathy and neuroinflammation, restores behavior and mitochondria function, and increases GDNF expression in multiple system atrophy mouse models. *Exp Neurol* 2020; (325): 113-120. doi: 10.1016/j.expneurol.2019.113120
15. Ёлкин М.Н. Множественная системная атрофия. *Невролог. журн.* 1997; (6): 46-51.
16. Quinn N. Multiple system atrophy--the nature of the beast. *J Neurol Neurosurg Psychiatry Suppl* 1989; (1): 78-89. doi: 10.1136/jnnp.52.suppl.78

17. Валикова Т.А., Пугаченко Н.В., Королёва Е.С. Мультисистемная атрофия: клинические проявления, вопросы этиопатогенеза. *Бюллетень сибирской медицины* 2010; (4): 100-103.
18. Osaki Y., Wenning G.K., Daniel S.E., Hughes A., Lees A.J., Mathias C.J., Quinn N. Do published criteria improve clinical diagnostic accuracy in multiple system atrophy? *Neurology* 2002; 59(14): 86-91. doi: 10.1212/01.wnl.0000028690.15001.00
19. Winter Y., Bezdolnyy Y., Katunina E., Avakjan G., Reese J.P., Klotsche J., Oertel W.H., Dodel R., Gusev E. Incidence of Parkinson's disease and atypical parkinsonism: Russian population-based study. *Movement Disorders* 2010; 25(3): 349-356. doi: 10.1002/mds.22966
20. Brooks D.J., Seppi K.; Neuroimaging Working Group on MSA. Proposed neuroimaging criteria for the diagnosis of multiple system atrophy. *Movement Disorders* 2009; 24(7): 949-964. doi: 10.1002/mds.22413
21. Chelban V., Bocchetta M., Hassanein S., Haridy N.A., Houlden H., Rohrer J.D. An update on advances in magnetic resonance imaging of multiple system atrophy. *J Neurol* 2019; (266): 1036-1045. doi: 10.1007/s00415-018-9121-3
22. Treglia G., Stefanelli A., Cason E., Cocciolillo F., Di Giuda D., Giordano A. Diagnostic performance of iodine-123-metaiodobenzylguanidine scintigraphy in differential diagnosis between Parkinson's disease and multiple-system atrophy: a systematic review and a meta-analysis. *Clinical Neurology and Neurosurgery* 2011; 113(82): 3-9. doi: 10.1016/j.clineuro.2011.09.004
23. Vodusek D.B. Sphincter EMG and differential diagnosis of multiple system atrophy. *Movement Disorders* 2001; 164(60): 1-7. doi: 10.1002/mds.1121
24. Ghorayeb I., Yekhelef F., Chrysostome V., Balestre E., Bioulac B., Tison F. Sleep disorders and their determinants in multiple system atrophy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2002; (72): 798-800. doi: 10.1136/jnnp.72.6.798
25. Голубев В.Л. Атипичный паркинсонизм. Лекция. *Медицинский Совет*. 2015. 46с.
26. Flabeau O. Multiple system atrophy: current and future approaches to management. *Ther Adv Neurol Disord* 2010; 3(2) 49-63. doi: 10.1177/1756285610375328
27. Ершова М.В., Ахмадуллина Д.Р., Федотова Е.Ю., Иллариошкин С.Н. Современные представления о мультисистемной атрофии. *Нервные болезни* 2018; (4): 3-7. doi: 10.24411/2071-5315-2018-12051
28. Meissner W.G. Outcome of deep brain stimulation in slowly progressive multiple system atrophy: A clinico-pathological series and review of the literature. *Parkinsonism Relat Disord* 2016; (24): 69-75. doi: 10.1016/j.parkreldis.2016.01.005
29. Miki Y. Improving diagnostic accuracy of multiple system atrophy: a clinicopathological study. *Brain* 2019; 142(28): 13-27. doi: 10.1093/brain/awz189
30. Heras-Garvin A., Stefanova N. MSA: From basic mechanisms to experimental therapeutics. *Parkinsonism Relat Disord* 2020; (73): 94-104. doi: 10.1016/j.parkreldis.2020.01.010.
31. Levin J. Safety and efficacy of epigallocatechin gallate in multiple system atrophy (PROMESA): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet Neurol* 2019; 18 (7): 24-35. doi: 10.1016/S1474-4422(19)30141-3
32. Palma J.A. A futility trial of sirolimus in multiple system atrophy: protocol, recruitment and preliminary adverse event profile. *Neurology* 2019; (3): 8-19.
33. Valera E. Review: Novel treatment strategies targeting alpha-synuclein in multiple system atrophy as a model of synucleinopathy. *Neuropathol Appl Neurobiol* 2016; (42): 95-106. doi: 10.1111/nan.12312
34. Vidal J.S. Risk factors of multiple system atrophy: a case-control study in French patients. *Mov Disord* 2008; (23): 797-803. doi: 10.1002/mds.21857

References

1. Parkinson's disease: a manual for patients and their relatives. Edited by prof. O.S.Levin. M: *Medpress-inform*, 2014. 128 p. (In Russ.)
2. Trojanowski J.Q., Revesz T. Proposed neuropathological criteria for the post mortem diagnosis of multiple system atrophy. *Neuropathol Appl Neurobiol* 2007; (33): 615-620. doi: 10.1111/j.1365-2990.2007.00907.x.
3. Wenning G.K. The natural history of multiple system atrophy: a prospective European cohort study. *Lancet Neurol* 2013; (12): 264-274. doi: 10.1016/S1474-4422(12)70327-7
4. Lemos M. Targeting a-synuclein by PD03 AFFITOPE® and Anle138b rescues neurodegenerative pathology in a transgenic mouse: clinical relevance. *Transl Neurodegener in press* 2020; (12): 264-274. doi: 10.1186/s40035-020-00217-y
5. Levin O.S., Amosov N.A. Modern ideas about the mechanisms of neurodegeneration in progressive supranuclear paralysis and multiple system atrophy. *Neurol Journal*. 2003; (4): 50-57. (In Russ.)
6. Koga S., Dickson D.W. Recent advances in neuropathology, biomarkers and therapeutic approach of multiple system atrophy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2017; 89 (2):175-184. doi 10.1136/jnnp-2017-315813.
7. Valera E. Combination of alpha-synuclein immunotherapy with anti-inflammatory treatment in a transgenic mouse model of multiple system atrophy. *Acta Neuropathol Commun* 2017; 5(1): 2. doi: 10.1186/s40478-016-0409-1.
8. Krismer F, Wenning GK. Multiple system atrophy: insights into a rare and debilitating movement disorder. *Nature Reviews. Neurology* 2017; 13(4): 232-243. doi: 10.1038/nrneurol.2017.26
9. Stefanova N, Bücke P, Duerr S, Wenning GK. Multiple system atrophy: an update. *The Lancet. Neurology* 2009; 8(12): 1172-1178. doi: 10.1016/S1474-4422(09)70288-1
10. Levin O.S., Dokadina L.V. Epidemiology of Parkinsonism and Parkinson's disease. *Neurol. Journal*. 2005; (5): 41-49. (In Russ.)
11. Coon E.A., Singer W. Synucleinopathies. *Continuum* 2020; №26 (1): 72-92. doi: 10.1212/CON.0000000000000819
12. Abstracts of the 6th International MSA (Multiple System Atrophy) Congress. *Clinical Autonomic Research* 2018; (28): 137-160. doi: 10.1007/s10286-018-0501-7
13. Jellinger KA. Neuropathology of multiple system atrophy: new thoughts about pathogenesis. *Movement Disorders* 2014; 29(14): 1720-1741. doi: 10.1002/mds.26052
14. Vidal-Martinez G. FTY720-Mitoxoy reduces synucleinopathy and neuroinflammation, restores behavior and mitochondria function, and increases GDNF expression in multiple system atrophy mouse models. *Exp Neurol* 2020; (325): 113-120. doi: 10.1016/j.expneurol.2019.113120
15. Elkin M.N. Multiple systemic atrophy. *Neurol Journal* 1997; (6): 46-51. (In Russ.)
16. Quinn N. Multiple system atrophy--the nature of the beast. *J Neurol Neurosurg Psychiatry Supp* 1989; (1): 78-89. doi: 10.1136/jnnp.52. suppl.78
17. Valikova T.A., Pugachenko N.V., Koroleva E.S. Multisystem atrophy: clinical manifestations, etiopathogenesis. *Bul of Sib Medicine* 2010; (4): 100-103 (In Russ.).
18. Osaki Y., Wenning G.K., Daniel S.E., Hughes A., Lees A.J., Mathias C.J., Quinn N. Do published criteria improve clinical diagnostic

- accuracy in multiple system atrophy? *Neurology* 2002; 59(14): 86-91. doi: 10.1212/01.wnl.0000028690.15001.00
19. Winter Y., Bezdolnyy Y., Katunina E., Avakjan G., Reese J.P., Klotzsche J., Oertel W.H., Dodel R., Gusev E. Incidence of Parkinson's disease and atypical parkinsonism: Russian population-based study. *Movement Disorders* 2010; 25(3): 349-356. doi: 10.1002/mds.22966
 20. Brooks D.J., Seppi K.; Neuroimaging Working Group on MSA. Proposed neuroimaging criteria for the diagnosis of multiple system atrophy. *Movement Disorders* 2009; 24(7): 949-964. doi: 10.1002/mds.22413
 21. Chelban V., Bocchetta M., Hassanein S., Haridy N.A., Houlden H., Rohrer J.D. An update on advances in magnetic resonance imaging of multiple system atrophy. *J Neurol* 2019; (266): 1036-1045. doi: 10.1007/s00415-018-9121-3
 22. Treglia G., Stefanelli A., Cason E., Cocciolillo F., Di Giuda D., Giordano A. Diagnostic performance of iodine-123-metaiodobenzylguanidine scintigraphy in differential diagnosis between Parkinson's disease and multiple-system atrophy: a systematic review and a meta-analysis. *Clinical Neurology and Neurosurgery* 2011; 113(82): 3-9. doi: 10.1016/j.clineuro.2011.09.004
 23. Vodusek D.B. Sphincter EMG and differential diagnosis of multiple system atrophy. *Movement Disorders* 2001; 164(60): 1-7. doi: 10.1002/mds.1121
 24. Ghorayeb I., Yekhlif F., Chrysostome V., Balestre E., Bioulac B., Tison F. Sleep disorders and their determinants in multiple system atrophy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2002; (72): 798-800. doi: 10.1136/jnnp.72.6.798
 25. Golubev V.L. Atypical parkinsonism. Lecture. M: *Medical advice*, 2015. 46 p. (In Russ.)
 26. Flabeau O. Multiple system atrophy: current and future approaches to management. *Ther Adv Neurol Disord* 2010; 3(2) 49-63. doi: 10.1177/1756285610375328
 27. Ershova M.V., Akhmadullina D.R., Fedotova E.Y., Illarionovskiy S.N. Modern ideas about multisystem atrophy. *Journal Nerv Dis* 2018; (4): 3-7. doi: 10.24411/2071-5315-2018-12051 (In Russ.)
 28. Meissner W.G. Outcome of deep brain stimulation in slowly progressive multiple system atrophy: A clinico-pathological series and review of the literature. *Parkinsonism Relat Disord* 2016; (24): 69-75. doi: 10.1016/j.parkreldis.2016.01.005
 29. Miki Y. Improving diagnostic accuracy of multiple system atrophy: a clinicopathological study. *Brain* 2019; 142(28): 13-27. doi: 10.1093/brain/awz189
 30. Heras-Garvin A., Stefanova N. MSA: From basic mechanisms to experimental therapeutics. *Parkinsonism Relat Disord* 2020; (73): 94-104. doi: 10.1016/j.parkreldis.2020.01.010
 31. Levin J. Safety and efficacy of epigallocatechin gallate in multiple system atrophy (PROMESA): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet Neurol* 2019; 18 (7): 24-35. doi: 10.1016/S1474-4422(19)30141-3
 32. Palma J.A. A futility trial of sirolimus in multiple system atrophy: protocol, recruitment and preliminary adverse event profile. *Neurology* 2019; (3): 8-19.
 33. Valera E. Review: Novel treatment strategies targeting alpha-synuclein in multiple system atrophy as a model of synucleinopathy. *Neuropathol Appl Neurobiol* 2016; (42): 95-106. doi: 10.1111/nan.12312
 34. Vidal J.S. Risk factors of multiple system atrophy: a case-control study in French patients. *Mov Disord* 2008; (23): 797-803. doi: 10.1002/mds.21857