

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ДОНЕЦКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ЖУРНАЛ ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

JOURNAL OF PSYCHIATRY AND MEDICAL PSYCHOLOGY

Научно-практический журнал

Основан в 1995 году

№ 3 (63), 2023

Донецк • 2023

Главный редактор:

В. А. Абрамов

Заместитель главного редактора:

Т. Л. Ряполова

Ответственный секретарь:

А. А. Бойченко

Редакционная коллегия:

А. В. Абрамов (Донецк)
Т. И. Букановская (Владикавказ)
Р. А. Грачев (Донецк)
Н. Л. Зуйкова (Москва)
Л. К. Максимов (Волгоград)
Г. С. Рачкаускас (Луганск)
В. В. Свиридова (Донецк)
С. В. Титиевский (Донецк)
Т. В. Черникова (Волгоград)
Е. В. Киосева (Донецк)

Редакционный совет:

Ю. А. Александровский (Москва)
Г. А. Игнатенко (Донецк)
А. Э. Багрий (Донецк)
В. Г. Заика (Ростов-на-Дону)
Д. О. Ластков (Донецк)
Д. В. Плотников (Курск)
Б. С. Положий (Москва)
В. А. Солдаткин (Ростов-на-Дону)
И. И. Шереметьева (Барнаул)
А. Г. Соловьев (Архангельск)
С. В. Ваулин (Смоленск)
А. В. Сахаров (Чита)
О. В. Кремлева (Екатеринбург)

Журнал психиатрии и медицинской психологии
Рецензируемый научно-практический
медицинский журнал

Journal of Psychiatry and Medical Psychology
Peer-reviewed scientific practical
medical journal

Основатель и издатель:

Федеральное государственное
бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Донецкий
государственный медицинский университет
имени М. Горького» Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Адрес издателя:

Российская Федерация,
283001, Донецкая Народная Республика,
г. Донецк, пр. Ильича, 16.

Адрес редакции:

Российская Федерация,
283008, Донецкая Народная Республика,
г. Донецк, ул. Одинцова, 19.
Республиканская клиническая психиатрическая
больница МЗ ДНР. Кафедра психиатрии,
наркологии и медицинской психологии
ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России.

Журнал включен в Перечень рецензируемых
научных изданий, в которых должны быть
опубликованы основные научные результаты
диссертаций (Приказ Министерства образова
ния и науки Донецкой Народной Республики
№ 1075 от 05.12.2018 г.).

Журнал зарегистрирован и индексируется
в Российском индексе научного цитирования
(РИНЦ), Google Scholar, Ulrich's Periodicals
Directory.

Рекомендовано к изданию Ученым советом
ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России.

Подписано в печать 25.10.2023.

Формат 60x84/8. Усл. печ. л. 14,88.

Тираж 100 экз. Зак. № 02-12.

Отпечатано в типографии ФЛП Кириенко С.Г.
Государственная регистрация РФ от 10.01.2023 г.
ОРГНИП 323930100004282
283014, г. Донецк, пр. Дзержинского, 55/105.

Распространяется бесплатно.

СОДЕРЖАНИЕ

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ПСИХИАТРИИ	Стр.	GENERAL QUESTIONS OF PSYCHIATRY
В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, А. В. Абрамов Психическое расстройство как субъективное пространство дисфункциональных личностных паттернов	5	V. A. Abramov, I. V. Zhigulina, A. V. Abramov Mental disorder as a subjective space of dysfunctional personality patterns
ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ В ПСИХИАТРИИ		QUESTIONS OF DIAGNOSTICS, TREATMENT AND REHABILITATION IN PSYCHIATRY
Т. Л. Ряполова, А. А. Бойченко, О. Г. Токарева Влияние травматического стресса на адаптационный ресурс у лиц молодого возраста	16	T. L. Ryapolova, A. A. Boychenko, O. G. Tokareva The effect of traumatic stress on the adaptive resource in young people
О. Н. Голоденко, В. Ал. Абрамов Анализ корреляционной связи между показателями ресурсов саморегуляции и стилями совладающего поведения у лиц молодого возраста с непатологической психической дезадаптацией в условиях хронического стресса военного времени	24	O. N. Golodenko, V. Al. Abramov Correlational analysis between indicators of self-regulation resources and styles of coping behavior in young people with non-pathological mental maladaptation in conditions of chronic wartime stress
В. В. Мельниченко Механизмы психологической защиты у военнослужащих с психическими нарушениями в условиях экстремального травматического стресса	31	V. V. Melnichenko Psychological defense mechanisms in military servicemen with mental disorders under conditions of extreme traumatic stress
Е. О. Трошина Факторы, оказывающие влияние на развитие тревоги у студентов медицинского университета в условиях пандемии COVID-19	40	E. O. Troshina factors affecting the development of anxiety in medical university students during the COVID-19 pandemic
К. В. Ковалева Взаимосвязь ранних дезадаптивных схем, нервно-психической адаптации и особенностей совладающего поведения молодых людей в условиях пандемии COVID-19	46	K. V. Kovaleva The correlation of early maladaptive schemas, neuropsychic adaptation and coping behavior of young people in the COVID-19 pandemic conditions
Е. В. Бабура Ситуация боевого травматического стресса: когнитивная репрезентация и интенсивность клинических последствий	57	E. V. Babura The situation of combat traumatic stress: cognitive representation and intensity of clinical consequences
С. А. Вильдгрубе, Е. В. Крамаренко, Г. М. Фирсова Психологические особенности личности с ПТСР в условиях многокомпонентного стресса	67	S. A. Wildgrube, E. V. Kramarenko, G. M. Firsova Psychological features of a person with PTSD in conditions of multicomponent stress FSBI

	Стр.	
М. В. Забиров, И. В. Бабенко-Сорокопуд Личностные предпосылки эффективности психотерапии на примере рациональной психотерапии. Проблемная статья	75	M. V. Zabiroy, I. V. Babenko-Sorokopud Personal prerequisites for the effectiveness of psychotherapy on the example of rational psychotherapy. Problem article
А. И. Мелёхин Болезнь жжения во рту или синдром пылающего рта: взгляд клинического психолога	89	A. I. Melekhin Burning mouth disease or burning mouth syndrome: the view of a clinical psychologist
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ		CLINICAL CASE
С. В. Титиевский, В. С. Воеводина, И. М. Гостюк, И. В. Федоровская Применимость современных представлений о мультимодальных галлюцинациях при психозах при анализе клинического случая	95	S. V. Titievsky, V. S. Voyevodina, I. M. Gostyuk, I. V. Fedorovskaya Applicability of modern concepts on multimodal hallucinations in psychosis in relation to case study
КОРОТКИЕ СООБЩЕНИЯ	109	SHORT ARTICLES

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ПСИХИАТРИИ

УДК: 159.96+616.89-008:355.01+141.32

В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, А. В. Абрамов

ПСИХИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО КАК СУБЪЕКТИВНОЕ ПРОСТРАНСТВО ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЛИЧНОСТНЫХ ПАТТЕРНОВ

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Донецк, Российская Федерация*

Согласно критериям ВОЗ, психические расстройства определяются как степень отклонения взятого за основу понятия «психическое здоровье». Эти критерии рассматривают психическое здоровье как динамический процессуальный феномен, включающий только позитивные качества, характеризующие целостную личность, ее активность и функциональные возможности. Диапазон этих возможностей простирается от уровня оптимально психологически зрелой и полноценно функционирующей личности, реализующей свой потенциал и движущейся к полному познанию себя и сферы своих переживаний, до состояний беспомощности и других дисфункциональных личностных феноменов.

В международной классификации психических и поведенческих расстройств (МКБ-10) психическое расстройство определяется как «клинически определенная группа симптомов или поведенческих признаков, которые в большинстве случаев причиняют страдание и препятствуют личностному функционированию; изолированные социальные отклонения без личностной дисфункции не должны включаться в группу психических расстройств». Таким образом, международный диагностический стандарт к обязательным признакам психического расстройства, помимо психопатологических симптомов, относит личностные дисфункции и страдания.

Психопатологические симптомы — это признаки психического расстройства, выявляемые врачом-психиатром. Традиционно, хотя и не совсем обоснованно, эти признаки считаются объективной оценкой психического состояния пациента. Страдания и личност-

ные дисфункции — это составляющие психического расстройства, относящиеся к субъективным переживаниям, структурирующим субъективное жизненное пространство личности (ее внутренний мир). Возможность их объективной оценки, по меньшей мере, сомнительна.

Страдание — особые экзистенциально-фрустрирующие переживания невозможности исполнить свою экзистенцию, свою сущность, переживания глубокой неудовлетворенности собственной жизнью, утраты способности реализовать потенциал своей личности; это апогей негативных переживаний (пиковых по А. Маслоу): потеря точки опоры, смысла жизни, крушения жизненных надежд, самоотчуждение, социальное исключение, невозможность реализации широкого спектра жизненно важных потребностей, дальнейшего личностного роста, вынужденный отказ от многих приоритетных до болезни ценностей (разрушение ценностно-смысловой системы).

Следует отметить, что страдания, если и не идентифицируются с состояниями личностной аномальности, то, несомненно, феноменологически структурируют ее и лежат в основе личностного дистресса. В этой связи примечательно выражение К. Шнайдера (1928): «психопат (современное — дисфункциональная личность) — это субъект, который вследствие патологии своего характера страдает сам и/или заставляет страдать других». А применительно к проблеме стигмы, страдания из-за тяжелого психического расстройства оформляются в виде самостоятельной диагностической категории, отражающей деформацию личностного развития (хроническое из-

менение личности после психической болезни — F62.1). В связи с этим, при дальнейшем изложении анонсированной проблемы мы не будем специально выделять один из ее аспектов «стигма-страдание», а обратимся, в основном, к анализу субъективного пространства дисфункциональных личностных паттернов (дезадаптивных схем и режимов функционирования) у лиц с психическими расстройствами. При этом учитывалось, что образ субъективной реальности пациента с психическим расстройством — это совокупность образов (переживаний), непосредственно связанных (или искаженно связанных) с осознанием реально происходящих событий; они отражают нарушение фундаментальных функций личности, ее дисфункцию.

«Препятствие личностному функционированию» как составляющая психического расстройства по определению МКБ-10 означает нарушение личностного функционирования (личностную дисфункцию), которое в научной литературе не оформилось в качестве общепринятого клиничко-диагностического понятия. Существует многообразие терминов, при помощи которых обозначаются нарушения личности: изменения личности особого типа, деградация личности, дисгармоничность, десоциализация, дезинтеграция, расщепление, снижение уровня личности, деструкция, дефект личности, дезорганизация, диссоциация, специфическое расстройство личности, девиация, дискордантность, деформация. На наш взгляд, эти термины отражают не столько своеобразие клинических проявлений и механизмов личностных дисфункций, сколько понятийные предпочтения автора. Более чем убедительный пример недифференцированного и некритичного употребления этих терминов содержится в руководстве по психиатрии под редакцией А. В. Снежневского [11]: «В картине шизофренического психоза и в непсихотических дефектных стадиях болезни выявляется типичная *дискордантность* психических функций — *рассогласование* и *дисгармоничность* мышления, эмоций, моторики, своеобразное *расщепление*. *Диссоциативность* психических функций придает особую «шизофреническую» окраску всему поведению больных...».

В этом перечне в целом синонимичные понятия (дискордантность, дисгармоничность, расщепление, диссоциация) выступают как особые, имеющие определенную специфику, характеристики психических

функций, практически никак не отражающие сущности субъективных переживаний смысловой целостности личности. Такое произвольное нагромождение терминов, не вносящих ясности в оценку базисных характеристик личностного потенциала пациентов и не раскрывающих сущности и клиничко-психологического содержания аномальных личностных проявлений, значительно затрудняет не только диагностический процесс, но и осуществление целенаправленных лечебно-реабилитационных мероприятий. Это делает необходимым использование унифицированного терминологического обозначения этих нарушений с уточнением их феноменологической принадлежности. Наиболее предпочтительным является термин «личностная дисфункция», которым обозначается ряд клинически значимых состояний, являющихся выражением присущего индивиду дезадаптивного стиля жизни и способа отношения к себе и другим.

Личностная дисфункция — обобщенный термин, отражающий вариативные нарушения смысловой целостности личности и ее ресурсов; нарушение целостности (идентичности) личности или способности быть автономным, саморегулируемым субъектом активности. Критерии личностной дисфункции: нарушение интеграции, целостности и синергичности различных составляющих личности (личностного потенциала, позитивных аспектов психического здоровья).

При разработке классификации и содержательного описания различных видов дисфункциональных состояний личности следует учитывать критерии надежности [8] и адекватной мобилизации [1] психологических ресурсов человека, а также уровень динамического рассогласования [2] возможностей (способностей) личности и «функциональную цену» такого рассогласования [8, 7]. Состояние адекватной мобилизации характеризуется полным соответствием уровня активации (актуализации) позитивных сторон личности требованиям сложившейся ситуации (в частности, ситуации болезни), а состояние динамического рассогласования проявляется утратой целостности и интегрированности различных компонентов субъективного жизненного пространства личности (СЖПЛ). Критерии надежности функционального состояния отражают способность личности быть функциональной — успешно осуществлять свою жизнедеятельность и ис-

пытывать чувство субъективного благополучия. Цена изменившегося функционального состояния (дисфункциональности) — степень истощения личностных ресурсов и возможности их восстановления.

Для исследования дисфункциональных состояний личности и насыщенности их конкретным содержанием необходимо обращение к анализу специфических видов этих состояний. Исходной представляется идея о существовании некоторого упорядоченного множества или континуума состояний функциональности/дисфункциональности. С этих позиций та или иная степень дисфункциональности с соответствующими качественными содержательными характеристиками может быть представлена в виде подвижной точки внутри гипотетического континуума. Акцент при этом должен ставиться на необходимости получения целостного впечатления об исследуемом состоянии в виде специфического личностного дисфункционального синдрома. Важно при этом увидеть за внешне наблюдаемой функциональной мозаикой частных сдвигов закономерные тенденции в характере соотношения между ними.

Критериями изменения функционального состояния СЖПЛ не могут быть динамика отдельных его составляющих или набор «критических значений» для каждого измеряемого параметра, выход, за пределы которого свидетельствовал бы о формировании дисфункциональности. Такой подход не учитывает системных свойств и системного эффекта СЖПЛ. Адекватные критерии личностной дисфункции, на наш взгляд, должны соответствовать принципам эмерджентности и количественным, и качественным характеристикам самореализации и самоэффективности пациента. Именно в этом направлении должен вестись поиск адекватных методических средств для оценки степени выраженности и содержательных характеристик функционального состояния личности и индикаторов ее дисфункциональности.

Говоря о самоэффективности и эффективности деятельности как основном критерии оценки изменения состояния, необходимо точнее определить содержание понятия «эффективность». В широком смысле эффективность характеризует приспособленность системы к достижению поставленной перед ней задачи. Степень приспособленности определяется наличием и использованием внутренних оптимальных средств для реали-

зации деятельности, обеспечивающих полноценное решение задачи при минимальных затратах. Важное значение при этом имеет «гибкость» функциональных систем, включенных в деятельность, позволяющая быстро адаптироваться и действовать в соответствии с меняющимися условиями окружения. Степень адекватности ответа требованиям, определяемым содержанием деятельности и условием осуществления, является одним из показателей эффективности.

Важным при этом является оптимальность способа функционирования каждой из включенной в деятельность систем и согласованности друг с другом. Для того чтобы дать правильную интерпретацию наблюдаемым фактам, надо проанализировать структурные перестройки, происходящие на уровне включенных в деятельность систем, и складывающиеся между ними отношения.

По данным проведенного нами теоретического анализа дихотомии «функциональность/дисфункциональность», к основным онтологическим признакам дисфункциональной трансформации личности относятся:

- нарушение формирования целостных образований психического опыта личности, ее субъектности и ценностно-смысловой организации и восприятия личностью своих включений в ситуации социальной реальности;
- интегративная совокупность вариативных нарушений смысловой целостности личности, способности быть автономным, саморегулируемым субъектом активности;
- нарушение экзистенции (ядра личности) с отчуждением от бытия, собственной уникальности и неповторимости (деидентификация);
- объективный и рефлексивно осознаваемый распад смыслонаправленности личности — главного стимула человеческой активности;
- изменение функциональных возможностей личности, связанных с формированием дезадаптивных образов этих возможностей;
- рассогласование между смысловой сферой и объективной действительностью, приводящее к нарушению целостности идентичности личности и ее жизненного самоосуществления;
- несоответствие онтогенетически сложившегося индивидуального образа

жизненного мира аномальным переживаниям, интериоризирующимся в ценностно-смысловые структуры личности.

С онтологической точки зрения дисфункциональность личности, как системообразующего фактора, сформированной в результате болезни субъектности, можно рассматривать многоаспектно, в т. ч. как:

- системную методологию исследования личности как психического конструкта;
- результат аномального функционирования личности как функционального организма;
- интегральную конституирующую основу возникновения и развития большинства психических расстройств;
- нарушение целостности и ценностно-смысловой организации личности;
- нарушение глубинных (экзистенциальных) механизмов регуляции личности;
- гипотетический конструкт и основу нарушений степеней свободы функциональных органов индивида;
- деформацию смысловых дименсиональных единиц;
- возможность унифицированного обозначения сущности и феноменологической структуры психических расстройств с учетом критериев ВОЗ;
- способ существования патологического психического опыта как паттернов дисфункциональных состояний личности.

Приоритетную роль в формировании онтологического содержания и механизмов личностных дисфункций играют нарушения таких психологических конструктов как экзистенция, идентичность и ценностно-смысловая регуляция личности, обеспечивающие интегративные интрапсихические процессы и определяющие целостность и функциональность личности.

Личность как отражение бытия отдельного, уникального и неповторимого человека, по своей сути экзистенциальна. А. Сервера Эспиноза понимает под «экзистенциальным» все то, что в качестве внутреннего и постоянного условия, возможности и предела предшествует свободной реализации личности, независимо от того, лежит ли оно в основе структуры человека, или исторически в силу обстоятельств дается заранее как нечто, оказывающее внутреннее воздействие на сущ-

ность человека, но не вытекающее из нее...» Экзистенциальное — это то, что присутствует всегда в любом человеке, во всяком месте в любое время. Первым моментом бытийности является «заброшенность» человека в мир (М. Хайдеггер). Способность человека «вести» свою собственную жизнь, будучи «заброшенным в мир», подкреплена единством сущности и существования. Фактически это вопрос о специфически человеческих способах осуществления в реальности, которые проявляются в мире человеческую природу. Это вопрос о сути человеческой экзистенции.

Дисфункциональная личность — это личность с нарушенной экзистенцией. Согласно определению психического расстройства в МКБ-10, личностная дисфункция, как обязательная составляющая психического расстройства, сопряжена со страданиями пациента, которые можно расценивать как экзистенциальные проявления дисфункциональности личности или как результат процесса самостигматизации. При этом страдание как экзистенциальное свойство не отражает (не раскрывает) экзистенцию, а апеллирует к ее возможностям.

Экзистенция (страдание) как бытийное ядро личности или особый род бытия, вырывая пациента из привычного мира повседневности, делает неизбежным осознание собственной несущественности и неспособности вести свою собственную жизнь. Дисфункциональность личности (нарушение ее целостности) — это отчуждение от бытия в целом, от собственной уникальности и неповторимости. Именно в этом заключается онтологическое основание дисфункциональности личности и ее страданий. Личность, ее бытие деперсонализируется в силу ограничений самотрансценденции как фундаментального феномена для понимания человека и из субъекта превращается в объект, открывая возможность для манипулирования ею. Нарушение процесса самотрансценденции, т.е. способности выходить за собственные пределы, является единственным механизмом отчуждения от жизненных реалий как следствие самостигматизации больного. Поскольку существовать для человека — значит постоянно выходить за пределы самого себя, то нарушение этого механизма свидетельствует об искажении, деперсонализации его бытия. В содержательном онтологическом отношении речь идет о деструктивных для личности проявлениях, главным из которых является и объективно,

и рефлексивно осознаваемый распад смысло-направленности личности — главного стимула человеческой активности.

Научный подход отождествляет экзистенцию с эмпирическим сущим или с сознанием вообще. Превращение личности в предмет познания и научного исследования предполагает абстрагирование от экзистенции — внутреннего жизненного психического (душевного) опыта. В то же время, согласно К. Ясперсу, единственным способом, каким можно эмпирически охарактеризовать экзистенцию (экзистенциальные переживания), является оценка «экзистенциального проявления» или «экзистенциальной исполненности». В качестве операциональных аналогов этого феномена могут рассматриваться и все составляющие личностного потенциала или базовые способности личности, формально определяемые как «критерии психического здоровья».

Как уже было отмечено, в основе разнообразных личностных дисфункций у больных с психическими расстройствами лежит процесс внутренней деятельности переживаний стигмы, страданий, обусловленных драматическими событиями «жизни с болезнью». Исходя из того, что широкий спектр функционирования человека охватывают смыслы [9], (в т. ч. смысл действий, смысл деятельности, смысл существования и т. д.), можно предположить, что основной механизм этих переживаний связан с рассогласованием между смысловой сферой и объективной действительностью, приводящим к нарушению целостности идентичности личности и ее жизненного самоощущения [5].

Учитывая, что смыслы являются системообразующим компонентом структуры идентичности [4], а способность человека анализировать и сопоставлять смыслы прошлого и будущего рассматривается как мера целостности идентичности личности [10], правомерно рассматривать механизмы формирования личностных дисфункций с использованием конструкта самокатегоризации или отнесения себя к определенной социальной группе (в данном случае — к стигматизированной группе психически больных) [12]. Стигматизированная дисфункциональная личность теряет способность актуализации Я-концепции личностной идентичности. Это происходит в условиях, усиливающих выраженность у больных процессов групповой самокатегоризации с когортой лиц с психическими расстройствами, что ведет к увеличению воспри-

нимаемого тождества между собой и членами этой группы и деперсонализации индивидуального самовосприятия. Параллельно, через механизмы самостереотипизации, эти пациенты перестают воспринимать себя как уникальных личностей. Определяющую роль в описанной трансформации личности играет осмысление идентификационных объектов, окружающих больного (семья, мед. персонал, пациенты и т. д.) и утраты способности анализировать и сопоставлять смыслы прошлого и настоящего [10]. Из этого вытекает, что смысл (смыслонаполненность жизни) как основа конструирования человека, главный стимул его активности и «точки сборки» человеческой целостности, является одним из механизмов преодоления личностных дисфункций.

Приведенные данные являются теоретической основой для понимания субъективного пространства дисфункциональных личностных паттернов (личностно-аномальных синдромов) в контексте научно-методологических подходов, отражающих когнитивно-смысловой дефицит, нарушения целостности и когнитивного опыта личности.

В этой связи открывается возможность на основе когнитивных теорий личности и когнитивно-поведенческой направленности психотерапии, на концептуальном уровне рассмотреть особенности субъективного пространства дисфункциональных личностных паттернов и режимов функционирования в контексте таких взаимозаменяемых понятий как убеждения, схемы, правила, когнитивные паттерны [3].

Сторонники медико-биологических моделей психических расстройств и причинной их связи с нарушениями церебрального субстрата в качестве убедительного, на их взгляд, доказательства этого приводят включение в официальные классификации психических расстройств диагностической рубрики «Органические психические расстройства». В МКБ-10 подчеркивается наличие у этих расстройств «общей четкой этиологии, заключающейся в церебральных заболеваниях, мозговых травмах и других повреждениях, приводящих к церебральной дисфункции».

Однако факт возникновения этих расстройств при соматических заболеваниях не может однозначно рассматриваться как этиологический фактор. Все заболевания головного мозга проявляются неврологическими симптомами, причинно и клинически

связанными с преимущественной зоной его поражения. Сопутствующие им психопатологические нарушения в виде личностных дисфункций, в той или иной мере охватывающих весь спектр психических и поведенческих расстройств (допущение: психическое расстройство можно идентифицировать как дисфункциональное состояние личности) не может иметь линейную зависимость от церебральной патологии (включая тотальный распад личности при деменциях) хотя бы потому, что личность духовна и находится за пределами здоровья и болезни. Скорее всего, речь в этих случаях идет о том, что состояние «психофизического организма» является не причиной, а лишь непременным условием для полноценного функционирования личности и раскрытия человеческой духовности. Тогда и церебральная дисфункция может рассматриваться как обязательное условие для возникновения психических расстройств, а не как их причина. Истинной их причиной, на наш взгляд, являются нарушения глубинных (экзистенциальных) механизмов психической регуляции и ценностно-смысловой организации личности, ее тотальный или фрагментарный распад, а, следовательно, нарушение возможности к реализации личностного потенциала, переживание невозможности исполнить свою экзистенцию. Церебральные, психофизические процессы в этих случаях, несомненно, связаны с личностью, в определенной мере ее обуславливают, однако не являются причиной личностных дисфункций и не могут оказывать на личность непосредственное влияние. Причиной психических расстройств могут быть только психические (экзистенциально-личностные) факторы, в то время как все прочие факторы являются условиями для их реализации.

Эта точка зрения о соотношении биологического и психологического тем более актуальна при психических расстройствах, не имеющих очевидной (доказанной) связи с церебральной дисфункцией, в том числе при ПТСР. С позиции значимости духовно-душевных (экзистенциально-личностных) аспектов переживания экстремального травматического стресса в жизнеугрожающих условиях, в качестве наиболее вероятных механизмов посттравматических стрессовых состояний можно рассматривать различные варианты (модальности) фрагментации (утраты целостности) личности, разрушения фундаментальных экзистенциальных мотиваций и личностной

идентичности. Дисфункциональность личности, формирующаяся в условиях длительного травматического опыта и клинически обозначаемая как ПТСР, является выражением и системообразующим фактором, изменившейся под воздействием экстремального стресса субъектности как аномальной функциональной системы субъективного жизненного пространства личности. Как интегративная совокупность вариативных нарушений смысловой целостности, способности быть автономным саморегулируемым субъектом активности, личностная дисфункциональность обусловлена не клиническими или психофизиологическими обусловленными процессами, а непосредственными нарушениями психической регуляции в условиях хронического экстремального стресса.

Дисфункциональность личности (СЖПЛ) как системообразующий фактор сформированной в результате болезни субъектности можно рассматривать многоаспектно, в т. ч. как:

- системную методологию исследования СЖПЛ;
- результат аномального функционирования системы СЖПЛ;
- интегральную конституирующую основу возникновения и развития большинства психических расстройств;
- нарушение целостности и ценностно-смысловой организации личности;
- нарушение глубинных (экзистенциальных) механизмов регуляции личности;
- гипотетический концепт и основу нарушений степеней свободы функциональных органов индивида;
- деформацию смысловых-dimensionalных единиц.

С позиции субъективно-онтологического подхода в основе личностных дисфункций лежат механизмы, обеспечивающие аномальный характер индивидуальных переживаний пациента, создающих препятствие непрерывности целостного образа реальности. В эти переживания оказываются вовлеченными все слои субъективного жизненного пространства (субъективного опыта) личности, включая смыслообразующие конструкты и в целом глубинные структуры образа мира.

Наибольшее значение для понимания глубины и качественных характеристик личностных дисфункций имеет изучение таких механизмов как системная организация личности (целостность), согласованность всех составляющих личностного потенциала (ин-

теграция) и синергичность позитивных личностных качеств, обеспечивающих тот или иной уровень функциональности/дисфункциональности личности. Дисфункциональная направленность этих механизмов лежит в основе блокирования фундаментальных мотивов и ценностей, изменения системы самоидентификации (самостигматизации), невозможности выполнения привычных социальных ролей (смыслотраты, отчуждение).

Диагностика этих состояний, на наш взгляд, должна осуществляться не в терминах, обозначающих нарушение психических процессов, в рамках клинико-психопатологического метода, а с использованием субъективно-личностных, самооценочных методов исследования, отражающих уровень функциональности психического опыта больного, дефицитарность или дезинтеграцию его личностных ресурсов. Диссоциация личности в этих случаях выступает как системообразующий фактор субъектности человека, трансформированной под воздействием травматического опыта и аномально функционирующей системы субъективного жизненного пространства личности.

В качестве одного из механизмов запуска психопатологии можно привести механизм активации ранних дезадаптивных когнитивных схем [18, 6], представляющих собой психологический (личностный) конструкт, отражающий формирующуюся в онтогенезе дисфункциональность базисных когнитивных убеждений и схем, и глубинные установки личности по отношению к самому себе и окружающему миру. По мнению ряда исследователей, развитие таких заболеваний как расстройства личности [15], биполярное расстройство [14], расстройство пищевого поведения [17], тревожное расстройство [13] связано с дезадаптивными когнитивными схемами, сформированными в раннем возрасте, а не с биологическими факторами.

Понятие когнитивной схемы как структуры, посредством которой осуществляется репрезентация окружающего мира и образа собственного Я в сознании индивида, стало одним из объяснительных конструктов, описывающих факторы развития психопатологии. Для понимания психопатологии через конструкт схемы важно, что схемы развиваются и изменяются в онтогенезе, они участвуют в протекании когнитивных и эмоциональных процессов, а также в формировании поведенческих актов.

Психопатологические феномены могут возникать тогда, когда-либо происходит нарушение функционирования имеющихся у индивида схем, либо существует их дефицит (требующиеся для нормального психического функционирования схемы отсутствуют или недоразвиты), либо схемы конфликтуют между собой. В результате репрезентации образа Я и окружающего мира становятся дисфункциональными, что приводит к отклонениям на когнитивном, эмоциональном и поведенческом уровнях [16].

Придерживаясь взглядов о том, что материальные (физические, нейродинамические) процессы, протекающие в головном мозге, никак не могут трансформироваться в идеальные конструкты, отражающие ценностно-смысловые аспекты внутреннего мира человека, можно прийти к выводу о том, что этот мир, а, следовательно, и его нарушения не имеют непосредственной связи с нейронной трансмиссией и не может быть выражен исключительно в тех или иных симптомах. Головной мозг как материальная субстанция, подчиняющаяся одним законам существования, не может трансформироваться в иную (субъективную, нематериальную) форму существования, определяемую как целостная личность. Поэтому субъективно-личностные процессы и их изменения (нарушения) могут быть детерминированы только психическими, субстанционально родственными (нематериальными) процессами.

Таким образом, сами по себе материальные объекты не содержат в себе каких-либо субъективно-ориентированных конструктов, хотя между головным мозгом, психическими явлениями и личностью есть определенная связь. Но это не причинно-следственная связь. Эта связь может рассматриваться как отношения (взаимная связь разных величин, предметов, явлений), связь, но не зависимость, связь по типу отношений, которые позволяют представлять целостную личность в ее биопсихосоциальном контексте. Эта связь может создавать для формирования духовности человека, его личности, но она не в силах на нее влиять и быть ее источником.

С другой стороны, болеть может только психофизический организм (головной мозг и связанные с ним элементарные психические процессы), а не духовная личность, находящаяся за пределами здоровья и болезни (В. Франкл). Личность не может заболеть, она может утратить целостность, способность

к самореализации, идентичность и т. п. Поэтому все попытки говорить о патологически (болезненно) измененной личности не могут быть конгруэнтны представлениям о личности как совокупности качеств человеческого духа, т. е. нематериальной субстанции. Дисфункциональная личность страдает, а не болеет.

Однако следует все же отметить, что для раскрытия и функционирования человеческой духовности в качестве обязательного условия требуется работоспособный психофизический организм, т. к. дух и тело неотделимы друг от друга, т. е. дух обусловлен психофизическим организмом как его носителем (В. Франкл). из этого можно сделать вывод о том, что при большинстве психических расстройств, включая ПТСР, духовная личность страдает (не заболевает) только при условии функциональных психофизических нарушений, которые делают невозможным личности самовыразиться и реализовать свой потенциал. Другими словами, в основе личностных дисфункций лежат психофизические механизмы, которые, сами по себе, не являются причиной психического расстройства, а лишь создают непереносимые условия для их возникновения. Непосредственной причиной психического расстройства (аномального функционирования личности) является, на наш взгляд, ее неспособность как духовной сущности самовыразиться, выразить свою самость (свое «Я»), сохранить целостность.

Наиболее показательны представления о связи между психофизическим и личностным при так называемых органических психических расстройствах, в частности, при деменциях. В качестве примера можно привести болезнь Альцгеймера, которая является первичным дегенеративным церебральным заболеванием неизвестной этиологии с характерными нейропатологическими и нейрохимическими признаками. Клиническая

картина этого заболевания характеризуется, прежде всего, неврологической симптоматикой (дисфазии, апраксии и т. п.), поэтому оно в МКБ-10 включено в раздел «нервные болезни». Что касается психопатологии (деменции), возникающей, по данным МКБ, «при болезни Альцгеймера», то, во-первых, приставка «при», а не «вследствие», сама по себе, означает относительную автономность (недетерминированность) деменции по отношению к основному заболеванию, во-вторых, сущность деменции с позиции целостного человека проявляется не столько в клинически определяемом когнитивном распаде, сколько с холистической точки зрения в тотальной дезорганизации целостной личности.

Что же тогда является непосредственной причиной деменции (прогрессирующего и тотального распада личности), наступающей как сказано в МКБ-10 «вслед (!) за любым органическим заболеванием мозга»? Если ориентироваться на органические (неврологические) изменения и сопутствующие им клинико-психопатологические признаки, охватывающие в основном распад когнитивной системы (высших корковых функций, включая память, мышление, ориентировку, понимание, счет, способность к обучению, язык, суждения), то это, по-видимому, причинно связанные явления. Но если представлять деменцию как тотальную дезорганизацию личности, разрушение ее целостности, идентичности, способности к саморегуляции и самореализации, то есть, как экзистенциально ущербную личностную конструкцию, то эти онтологические (бытийные) характеристики, которые по определению не могут быть рассмотрены с точки зрения их причинной связи с дегенеративными процессами в мозге. Другими словами, детерминированность личностного распада органическим атрофическим процессом в принципе недоказуема.

В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, А. В. Абрамов

ПСИХИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО КАК СУБЪЕКТИВНОЕ ПРОСТРАНСТВО ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЛИЧНОСТНЫХ ПАТТЕРНОВ

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Донецк, Российская Федерация*

Личностная дисфункция — ряд клинически значимых состояний, являющихся выражением присущего индивиду дезадаптивного стиля жизни и способа отношения к себе и другим. Это обобщенный термин, отражающий вариативные нарушения смысловой целостности личности и ее ресурсов; нарушение целостности (идентичности) личности или способности быть автономным, саморегулируемым субъектом активности.

Для исследования дисфункциональных состояний личности и насыщенности их конкретным содержанием необходимо обращение к анализу специфических видов этих состояний. Та или иная степень дисфункциональности с соответствующими качественными содержательными характеристиками может быть представлена в виде подвижной точки внутри гипотетического континуума. Акцент при этом должен ставиться на необходимости получения целостного впечатления об исследуемом состоянии в виде специфического личностного дисфункционального синдрома. Адекватные критерии личностной дисфункции должны соответствовать принципам эмерджентности и количественным, и качественным характеристикам самореализации и самоэффективности пациента.

Приоритетную роль в формировании онтологического содержания и механизмов личностных дисфункций играют нарушения таких психологических конструктов как экзистенция, идентичность и ценностно-смысловая регуляция личности, обеспечивающие интегративные интрапсихические процессы и определяющие целостность и функциональность личности.

Приведенные в статье данные являются теоретической основой для понимания субъективного пространства дисфункциональных личностных паттернов (личностно-аномальных синдромов) в контексте научно-методологических подходов, отражающих когнитивно-смысловой дефицит, нарушения целостности и когнитивного опыта личности.

Истинной причиной психических расстройств являются нарушения глубинных (экзистенциальных) механизмов психической регуляции и ценностно-смысловой организации личности, ее тотальный или фрагментарный распад, а, следовательно, нарушение возможности к реализации личностного потенциала, переживание невозможности исполнить свою экзистенцию.

С позиции субъективно-онтологического подхода в основе личностных дисфункций лежат механизмы, обеспечивающие аномальный характер индивидуальных переживаний пациента, создающих препятствие непрерывности целостного образа реальности.

Придерживаясь взглядов о том, что материальные (физические, нейродинамические) процессы, протекающие в головном мозге, никак не могут трансформироваться в идеальные конструкты, отражающие ценностно-смысловые аспекты внутреннего мира человека, можно прийти к выводу о том, что этот мир, а, следовательно, и его нарушения не имеют непосредственной связи с нейронной трансмиссией и не может быть выражен исключительно в тех или иных симптомах.

Другими словами, в основе личностных дисфункций лежат психофизические механизмы, которые, сами по себе, не являются причиной психического расстройства, а лишь создают необходимые условия для их возникновения.

Ключевые слова: психическое расстройство, субъективный, дисфункциональные личностные паттерны.

V. A. Abramov, I. V. Zhigulina, A. V. Abramov

MENTAL DISORDER AS A SUBJECTIVE SPACE OF DYSFUNCTIONAL PERSONALITY PATTERNS

*Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «M. Gorky Donetsk State Medical University»
of the Ministry of Health of the Russian Federation, Donetsk, Russian Federation*

Personal dysfunction is a number of clinically significant conditions that are an expression of an individual's inherent maladaptive lifestyle and way of treating oneself and others. This is a generalized term reflecting variable violations of the semantic integrity of a person and its resources; violation of the integrity (identity) of a person or the ability to be an autonomous, self-regulating subject of activity.

To study the dysfunctional states of personality and the saturation of their specific content, it is necessary to turn to the analysis of specific types of these states. One or another degree of dysfunctionality with corresponding qualitative content characteristics can be represented as a moving point within a hypothetical continuum. The emphasis should be placed on the need to obtain a holistic impression of the condition under study in the form of a specific personal dysfunctional syndrome. Adequate criteria for personal dysfunction must comply with the principles of emergence and the quantitative and qualitative characteristics of self-realization and self-efficacy of the patient.

Violations of such psychological constructs as existence, identity and value-semantic regulation of personality, providing integrative intrapsychic processes and determining the integrity and functionality of personality, play a priority role in the formation of the ontological content and mechanisms of personal dysfunctions.

The data presented in the article are the theoretical basis for understanding the subjective space of dysfunctional personality patterns (personality-abnormal syndromes) in the context of scientific and methodological approaches reflecting cognitive and semantic deficits, violations of the integrity and cognitive experience of the individual.

The true cause of mental disorders are violations of the deep (existential) mechanisms of mental regulation and value-meaning organization of the personality, its total or fragmentary disintegration, and, therefore, a violation of the possibility of realizing personal potential, the experience of the inability to fulfill one's existence.

From the standpoint of the subjective-ontological approach, personality dysfunctions are based on mechanisms that ensure the abnormal nature of the patient's individual experiences, creating an obstacle to the continuity of a holistic image of reality.

Adhering to the views that the material (physical, neurodynamic) processes occurring in the brain can never be transformed into ideal constructs reflecting the value-meaning aspects of the inner world of a person, one can conclude that this world, and, consequently, its disorders, have no direct connection with the neural transmission and cannot be expressed exclusively in certain symptoms

In other words, personality dysfunctions are based on psychophysical mechanisms, which, in themselves, are not the cause of a mental disorder, but only create indispensable conditions for their occurrence.

Keywords: *mental disorder, subjective, dysfunctional personality patterns.*

Литература

1. Александрова Л. А. Психологические ресурсы адаптации личности к условиям повышенного риска природных катастроф: Автореф. дис.... канд. психол. наук. М., 2014.
2. Анцыферова Л. Г. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита. Психологический журнал. 1994. 1. 3-16.
3. Бек А., Фримен А. Когнитивная психотерапия расстройств личности: Практикум по психотерапии. СПб.: Питер; 2002. 544.
4. Григорьева Е. В. Идентичность личности как детерминанта смыслоценностных ориентаций и проблемной сферы. Вестник интегративной психологии. Журнал для психологов. 2007. Вып. 5. 80-81.
5. Ключко В. Е. Самоорганизация в психологических системах: проблемы становления ментального пространства личности (введение в трансспективный анализ). Томск: Томский государственный университет; 2005. 174.
6. Коцюбинский А. П., Еричев А. Н., Клайман В. О., Шмоница О. Д. Биопсихосоциальная модель шизофрении и ранние малоадаптивные схемы. Часть 2. Ранние малоадаптивные схемы у больных шизофренией. Обзор психиатрии и медицинской психологии. 2017. 1. 81-88.
7. Леонтьев Д. А. Личность как преодоление индивидуальности: основы неклассической психологии личности. Психологическая теория деятельности: вчера, сегодня, завтра; Под ред. Д. А. Леонтьева. М.: Смысл; 2006. 134-147.
8. Лушин П. В. Личностные изменения как процесс: теория и практика. Одесса. Аспект. 2005. 334.
9. Мясищев В. Н. Психология отношений. М., Воронеж: Институт практической психологии; 1995. 356.
10. Серый А. В. Система личностных смыслов: структура, функции, динамика. Кемерово: Кузбассвузиздат; 2004. 272.
11. Снежневский А. В. Руководство по психиатрии. М.: Медицина. 1983. Т. 1.
12. Тэрнер Дж. Структура социологической теории. Прогресс. 1985.
13. Delattre V., Servant D., Rusinek S., Lorette G., Parquet P.J., Coudemand M., Hautekeete M. The early maladaptive schemas: a study in adult patients with anxiety disorders. L'Encephale. 2004.
14. Hawke L. D., Provencher M. D. Early maladaptive schemas among patients diagnosed with bipolar disorder. Journal of Affective Disorders. 2012. 136. 803-811.
15. Jovev M., Jackson H. J. Early maladaptive schemas in personality disordered individuals. Journal of Personality Disorders. 2004. 18. 467-478.

16. Stein D.J. Schemas in the cognitive and clinical sciences: an integrative construct. *Journal of Psychotherapy Integration*. 1992. 2. 45-63.
17. Yooseti N., Etemadi O., Bahrami F., Fatehizade M.A., Ahmadi S.A. An investigation on early maladaptive schema in marital relationship as predictors of divorce. *Journal of Divorce and Remarriage*. 2010. 51. 5. 269-292.
18. Young J.E., Jeffrey E. Schema therapy: a practitioner guide. *Counseling Psychology Quarterly*. 2014. 17.1. 1-11.

References

1. Aleksandrova L.A. Psihologicheskie resursy adaptacii lichnosti k uslovijam povyshennogo riska prirodnyh katastrof: Avtoref. dis.... kand. psihol. nauk. M., 2014 (in Russian).
2. Ancyferova L.G. Lichnost' v trudnyh zhiznennyh uslovijah: pereosmyslivanie, preobrazovanie situacij i psihologicheskaja zashhita. *Psihologicheskij zhurnal*. 1994. 1. 3-16 (in Russian).
3. Bek A., Frimen A. Kognitivnaja psihoterapija rasstrojstv lichnosti: Praktikum po psihoterapii. SPb.: Piter; 2002. 544 (in Russian).
4. Grigor'eva E.V. Identichnost' lichnosti kak determinanta smyslocennostnyh orientacij i problemnoj sfery. *Vestnik integrativnoj psihologii. Zhurnal dlja psihologov*. 2007. Vyp. 5. 80-81 (in Russian).
5. Klochko V.E. Samoorganizacija v psihologicheskikh sistemah: problemy stanovlenija mental'nogo prostranstva lichnosti (vvedenie v transspektivnyj analiz). Tomsk: Tomskij gosudarstvennyj universitet; 2005. 174 (in Russian).
6. Kocjubinskij A.P., Eriчев A.N., Klajman V.O., Shmonina O.D. Biopsihosocial'naja model' shizofrenii i rannie maloadaptivnye shemy. Chast' 2. Rannie maloadaptivnye shemy u bol'nyh shizofreniej. *Obozrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii*. 2017. 1. 81-88 (in Russian).
7. Leont'ev D.A. Lichnost' kak preodolenie individual'nosti: osnovy neklassicheskoy psihologii lichnosti. *Psihologicheskaja teorija dejatel'nosti: vchera, segodnja, zavtra; Pod red. Leont'eva D.A.* M.: Smysl; 2006. 134-147 (in Russian).
8. Lushin P.V. Lichnostnye izmenenija kak process: teorija i praktika. Odessa. Aspekt. 2005. 334 (in Russian).
9. Mjasishhev V.N. *Psihologija otnoshenij*. M., Voronezh: Institut prakticheskoy psihologii; 1995. 356 (in Russian).
10. Seryj A.V. *Sistema lichnostnyh smyslov: struktura, funkcii, dinamika*. Kemerovo: Kuzbassvuzizdat; 2004. 272 (in Russian).
11. Snezhnevskij A.V. *Rukovodstvo po psihiatrii*. M.: Medicina. 1983. T. 1 (in Russian).
12. Tjerner Dzh. *Struktura sociologicheskoy teorii*. Progress. 1985 (in Russian).
13. Delattre V., Servant D., Rusinek S., Lorette G., Parquet P.J., Coudemand M., Hautekeete M. The early maladaptive schemas: a study in adult patients with anxiety disorders. *L'Encephale*. 2004.
14. Hawke L.D., Provencher M.D. Early maladaptive schemas among patients diagnosed with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2012. 136. 803-811.
15. Jovev M., Jackson H.J. Early maladaptive schemas in personality disordered individuals. *Journal of Personality Disorders*. 2004. 18. 467-478.
16. Stein D.J. Schemas in the cognitive and clinical sciences: an integrative construct. *Journal of Psychotherapy Integration*. 1992. 2. 45-63.
17. Yooseti N., Etemadi O., Bahrami F., Fatehizade M.A., Ahmadi S.A. An investigation on early maladaptive schema in marital relationship as predictors of divorce. *Journal of Divorce and Remarriage*. 2010. 51. 5. 269-292.
18. Young J.E., Jeffrey E. Schema therapy: a practitioner guide. *Counseling Psychology Quarterly*. 2014. 17.1. 1-11.

Поступила в редакцию 01.09.2023 г.

ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ В ПСИХИАТРИИ

УДК 616-001-003.96:159.94

Т.Л. Ряполова, А.А. Бойченко, О.Г. Токарева

ВЛИЯНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА НА АДАПТАЦИОННЫЙ РЕСУРС У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Донецк, Российская Федерация

Актуальность. Стресс, связанный с многочисленными вызовами нового времени, является острейшим экстремальным фактором, который оказывает значительное влияние на психику населения.

К наиболее тяжелым экстремальным ситуациям относятся события, связанные с вооруженными конфликтами. Значимыми аспектами данных чрезвычайных ситуаций становится то, что они затрагивают большое количество людей, сопровождаются разрушением инфраструктуры, тяжелыми стрессовыми переживаниями и многочисленными посттравматическими состояниями.

Вооруженный конфликт и все связанные с ним обстоятельства представляют собой аномальный процесс, содержащий в себе высокие риски для жизни и здоровья человека, носящие как кратковременный, так и долгосрочный характер. Данный процесс включает в себя переживание критических жизненных ситуаций, представляющих реальную угрозу физическому существованию индивида. Это не обычный, повседневный стресс, связанный с бытовыми конфликтами. Это стресс чрезвычайных ситуаций или экстремально-экзистенциальный стресс — состояние, в котором личность оказывается в условиях, препятствующих ее самоактуализации, когда глубинное ощущение человеком себя превышает порог субъективного Я, своей идентичности [1].

Как полагает В.А. Абрамов и соавторы, «в субъективной реальности людей, проживающих эти критические стрессогенные ситуации значительно возрастает риск накопления негативного травматического опыта их

переживаний, который психофизиологически оформляется как стресс-реакции, стресс-синдромы и стойкие посттравматические стрессовые состояния (ПТСС)» [2].

Посттравматические стрессовые состояния имеют различные причинные факторы и многообразные внутренние и внешние поведенческие проявления, причем некоторые из них могут быть сходны с симптомами посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Отмечено, что такие феномены, в отличие от развернутого ПТСР, распространены достаточно широко и встречаются более чем у 13 % населения [3].

Помимо посттравматического стресса существует и, так называемый, «посттравматический рост», проявляющийся позитивными психологическими изменениями. Люди, переживающие посттравматический рост, испытывают ощущение возросшей личностной силы, улучшение навыков коммуникации, формирование нового вектора смысловых и жизненных ориентаций, стремление к духовному и физическому развитию [4, 5].

В настоящее время уделяется достаточно внимания проблеме влияния экстремальных ситуаций на адаптационные возможности личности, однако, необходимо отметить, что, наряду со взрослыми людьми, в условиях психотравмирующей ситуации оказываются и лица молодого возраста. Возникает высокая потребность в изучении воздействия таких ситуаций на адаптационные возможности молодой личности, для оценки истинного влияния стресса на личностные ресурсы, а также дальнейшую разработку стратегий по повышению актуальных способов совладания.

Большой интерес представляет изучение феноменов посттравматического стресса и его влияние на адаптационные возможности у лиц именно молодого возраста, поскольку данная группа населения является базовой движущей силой общества в настоящий момент. В связи с чем необходимо иметь полное представление относительно трудностей этой группы для развития профилактических и терапевтических мер.

Целью исследования явилось изучение влияния феноменов посттравматического стресса на адаптационные ресурсы лиц молодого возраста.

Материалы и методы. Контингент исследуемых представлен студентами 1-6 курса в возрасте от 18 до 29 лет (средний возраст — 20 лет), проходившими исследование на базе Лаборатории психического здоровья ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России в конце февраля 2023 года.

Респонденты оценивали свое место пребывания на момент начала эскалации конфликта: 182 (40,4 %) — в зоне повышенного риска, 253 (56,3 %) — в зоне относительно риска, 15 (3,3 %) находились за пределами Донбасса. 353 испытуемых (78,4 %) становились непосредственными свидетелями обстрелов. 121 респондент (26,8 %) был вынужден сменить место жительства из-за нестабильности обстановки. У 81 студента (18 %) в результате обстрелов близкие люди получили ранения, а у 84 респондентов (18,6 %) среди близких есть погибшие. 131 испытуемый (29,1 %) проводил за чтением новостей о тревожащих событиях более 30 минут в день, при этом 60 из них (13,3 %) читали новости практически постоянно.

385 обучающихся (85,6 %) смотрели в интернете фото и видео, где показаны последствия обстрелов, 330 из них (73,3 %) — фото и видео, где показаны лица, пострадавшие в результате обстрелов (с летальным исходом и без).

По шкале от 1 до 10 респонденты оценили свой уровень стресса в связи с актуальной ситуацией: 1-5 баллов — 138 человек (30,6 %), 6-10 баллов — 312 человек (69,4 %), причем 196 испытуемых (43,5 %) оценили свой уровень стресса от 8 до 10 баллов.

Для оценки выраженности посттравматических стрессовых состояний использовался «Опросник травматического стресса» И. О. Котенёва, предназначенный для изучения состояний человека после воздействия

чрезвычайных факторов, а именно — нахождения в экстремальных условиях. При помощи данной методики устанавливался сам факт переживания травматического события, происходит актуализация индивидуального травматического опыта и сопутствующих ему феноменов. Опросник включал в себя 110 утверждений, в которых испытуемому предлагается выбрать один из ответов по 5-балльной шкале Ликерта (от «Абсолютно не верно» к «Абсолютно верно»). Подсчет итоговых баллов производился путем простого суммирования пунктов, которые соответствуют шкалам, в соответствии с ключом методики. Некоторые из них были инвертированы. Оценка выраженности переживаний проводилась в сравнении с нормативными показателями методики по шкалам: «Ложь», «Агрравация», «Диссимуляция», «Депрессия», «Событие травмы», «Вторжение», «Избегание», «Гиперактивация», «Дистресс (дезадаптация)», а также общему показателю посттравматического стресса (ПТС) [6].

Оценка адаптационных ресурсов производилась с помощью «Теста смысловых ориентаций» Д. А. Леонтьева и опросника «Стратегии преодоления стрессовых ситуаций» С. Хобфолла, в адаптации Н. Е. Водопьяновой и Е. С. Старченковой, который разработан на основе многоосевой модели «поведения преодоления» С. Хобфолл [7, 8].

Социально-демографические данные собирались при помощи анкетного комплекса, специально разработанного для целей исследования.

Основная группа составила 279 студентов (62 %), имеющих значения показателей по общей шкале ПТС выше нормативных ($96,2 \pm 20,1$). Среди них 220 женщин (78,9 % от основной группы) с медианой (Me) по шкале ПТС, равной 137 баллов (Q1-Q3: 129-152), и 59 мужчин (21,1 % от основной группы) с медианой по шкале ПТС, равной 135 баллов (126-142).

Группу сравнения составил 171 обучающийся, имеющий значения показателей по шкале ПТС в пределах нормативных (менее 116 баллов). Всего среди них было 126 женщин (73,7 %) с медианой по шкале ПТС, равной 95 баллов (81-106), и 45 мужчин (26,3 %) со средним уровнем ПТС ($M \pm \sigma$), равным $90,4 \pm 13,6$ баллов.

Статистический анализ полученных данных проводился в пакете статистической обработки «MedStat». В первую очередь про-

изводилась проверка распределения на нормальность: если распределение не отличалось от нормального — использовался критерий Стьюдента, в ином случае применялся критерий Манна-Уитни. Отличия считались статистически значимым на уровне значимости $p \leq 0,05$. Корреляционный анализ проводился с помощью показателя ранговой корреляции Спирмена.

Результаты и обсуждение. Выполнялся сравнительный анализ групп внутри методики «Опросник травматического стресса» И. О. Котенёва (таблица 1).

В основной группе баллы были статистически значимо выше ($p < 0,001$) показатели по шкалам «Аггравация», «Депрессия», «Событие травмы», «Вторжение», «Избегание», «Гиперактивация», «Дезадаптация» и по общей шкале посттравматического стресса. В группе сравнения статистически значимо выше был показатель шкалы «Ложь». Средние значения в группе сравнения находились в пределах нормативных по всем шкалам. В основной группе средние значения превышали нормативные показатели практически по всем шкалам, кроме шкалы «Ложь», «Диссимуляция», «Событие травмы» (табл. 1).

Таблица 1

Средние значения и статистическая значимость различий исследуемых групп по методике «Опросник травматического стресса»

Параметр	Основная группа M±σ Me (Q1-Q3) (n = 279 человек)	Нормативные значения методики	Группа сравнения M±σ Me (Q1-Q3) (n = 171 человек)
Ложь*	12 (9-15)	9,63-16,53	13,46±3,78
Аггравация*	8,01±2,25	3,54-7,94	6 (4-7)
Диссимуляция	9,14±2,26	9,09-13,49	9,55±2,22
Депрессия*	45 (41-49)	23,06-38,46	27 (21-33)
Событие травмы*	9,41±2,78	4,65-10,85	6 (4-8)
Вторжение*	30 (26-33)	15,23-26,23	17,85±4,41
Избегание*	36 (33-41)	19,3-30,5	23,97±5,59
Гиперактивация*	44 (40-50)	22,98-37,58	30,34±7,02
Дезадаптация*	19 (18-22)	9,04-16,04	13,11±3,31
ПТС*	136 (128-150)	76,1-116,3	94 (80-105)

Примечание: * — статистическая значимость различий на уровне $p < 0,001$.

Полученные данные показывают, что у респондентов основной группы значительно более ярко, чем у группы сравнения, выражены базовые постстрессовые феномены, а также симптомы депрессии, однако обращает на себя внимание тот факт, что переживание непосредственно события травмы для них находится в пределах нормативных значений. Вероятно, это возникает из-за специфики переживаемых травматических событий, которые имеют пролонгированный характер и продолжаются в настоящий момент.

Респонденты основной группы значительно чаще переживают настойчивые воспоминания о травмирующих событиях, вы-

ражающиеся в сновидениях, навязчивых мыслях о своей неспособности помочь, беспомощности, о будущем и решениях в прошлом. У студентов основной группы крайне выражено избегание травматических событий и ситуаций. Они стремятся минимизировать контакты с окружающими и вероятность оказаться в ситуациях, наиболее угрожающих их жизни, в связи с чем вынуждены много времени проводить дома либо менять место жительства, что имеет серьезные последствия для построения жизненной траектории и препятствует долгосрочному планированию. Им также присуще состояние повышенной настороженности, нарушения концентрации внима-

ния, нарушения ритма сон-бодрствование, что способствует развитию астенизации, раздражительной слабости, а также является predisposing фактором для развития соматических и психических расстройств.

Проводился статистический анализ по шкалам методик, оценивающих адаптационные ресурсы в исследуемых группах (таблица 2).

Таблица 2

Средние значения и статистическая значимость различий в исследуемых группах по адаптационным ресурсам

Шкалы	Основная группа M ± σ / Me (Q1-Q3) (n = 279 человек)	Группа сравнения M ± σ / Me (Q1-Q3) (n = 171 человек)	Статистическая значимость различий
<i>Тест смысловых ориентаций</i>			
ОЖ	83,4±16,5	110 (100-119)	p ≤ 0,001
ЦЖ	25,9±6,7	35 (31-39)	p ≤ 0,001
ПЖ	24 (20-27)	30,9±5,8	p ≤ 0,001
РЖ	21 (18-23)	28 (25-31)	p ≤ 0,001
ЛКЯ	16,9±4,1	23 (20-25)	p ≤ 0,001
ЛКЖ	25,4±5,9	33 (31-37)	p ≤ 0,001
<i>Стратегии преодоления стрессовых ситуаций</i>			
АсД	18,9±3,3	21±3,6	p ≤ 0,001
ВСК	21 (18-24)	23 (20-25)	p ≤ 0,05
ПСП	22 (18-25)	24 (21-27)	p ≤ 0,001
ОД	20,9±4,0	22 (20-24)	p ≤ 0,05
ИД	18,5±3,4	17,2±3,5	p ≤ 0,001
И	18 (16-21)	15±4,5	p ≤ 0,001
МД	19,7±4,3	17,9±4,4	p ≤ 0,001
АсоцД	18±4,3	16,8±4,8	p ≤ 0,05
АгД	20±4,5	15,6±4,7	p ≤ 0,001
ИК	1,07 (0,96-1,22)	1,41 (1,18-1,67)	p ≤ 0,001

Выявлена высокая значимость различий (p ≤ 0,001) по всем шкалам методики «Тест смысловых ориентаций» («Цель жизни» (ЦЖ), «Процесс жизни» (ПЖ), «Результат жизни» (РЖ), «Локус контроля — Я» (ЛКЯ), «Локус контроля — жизнь» (ЛКЖ)), а также по общему показателю осмысленности жизни (ОЖ). В основной группе отмечается снижение всех показателей ниже нормативных: ЦЖ — на 30 %, ПЖ — на 25 %, РЖ — на 22 %, ЛКЯ — на 24 %, ЛКЖ — на 14 %, ОЖ — на 25 %.

Полученные результаты показывают, что у студентов, которые имеют высокий уровень травматического стресса значительно снижа-

ется степень осмысленности жизни. Им гораздо труднее ставить краткосрочные и долгосрочные цели, осознавать процесс их выполнения, а также оценивать полученные результаты. Они также испытывают трудности в том, чтобы взять ответственность за свою жизнь на себя, им кажется, что все решения были приняты за них кем-то другим. Однако, довериться миру в поисках решений им также тяжело, что может быть связано с трудной социально-политической обстановкой.

Выявлена высокая статистическая значимость различий (p ≤ 0,001) по шкалам опросника «Стратегии преодоления стрессовых

ситуаций»: «Ассертивные действия» (АсД), «Поиск социальной поддержки» (ПСП), «Импulsive действия» (ИД), «Избегание» (И), «Манипулятивные действия» (МД), «Агрессивные действия» (АгД), а также по индексу конструктивности (ИК). Выявлена менее выраженная значимость различий ($p \leq 0,05$) по шкалам «Вступление в социальный контакт» (ВСК), «Осторожные действия» (ОД) и «Асоциальные действия» (АсоцД). Отмечается, что показатели основной группы выше в тех шкалах, которые соответствуют малоадаптивным, дезорганизирующим, асоциальным копингам. При сравнении с нормативными показателями преобладает средняя степень выраженности стратегий поведения в большинстве шкал, однако по шкале ВСК у основной группы наблюдается низкая степень выраженности стратегии, по шкале И — высокая степень, по шкале АгД — высокая степень. Кроме того, индекс конструктивности для основной группы соответствует значению «Средняя конструктивность», а для группы сравнения «Высокая конструктивность».

Полученные данные показывают, что для лиц, у которых более выражен посттравматический стресс, характерны скорее дезадаптивные копинг-стратегии. Среди прочих — наиболее ярко выражена стратегия избегания и агрессивности, а наименее выражена стратегия вступления в социальный контакт.

Кроме того, был проведен корреляционный анализ между уровнем посттравматического стресса (и его составляющих) у всей выборки респондентов и показателями всех шкал вышеописанных методик. Отдельно был проведен корреляционный анализ в исследуемых группах (см. табл. 3). Все описываемые результаты имеют статистическую значимость на уровне $p \leq 0,05$.

По всем шкалам методики «Тест смысло-жизненных ориентаций» определяется отрицательная корреляционная связь. При оценке общих показателей исследуемого контингента выявляется, что присутствует сильная отрицательная статистическая взаимосвязь между шкалой, отражающей осмысленность жизни в целом, и явлениями избегания. Также присутствует средняя статистическая взаимосвязь между всеми шкалами методики и феноменами избегания, дезадаптации и ПТС в целом. Обращают на себя внимание несколько более высокая взаимосвязь описываемых феноменов в группе сравнения, а также положительная очень слабая статистическая взаимосвязь

по шкале «Локус контроля — Я» с событиями травмы.

Полученные данные свидетельствуют о значительном снижении осмысленности жизни при усилении травматического стресса. Наиболее негативное влияние на респондентов оказывают явления избегания. В попытках минимизировать влияние травматического стресса молодые люди теряют изначально поставленные цели, не могут в полной мере почувствовать процесс реализации задачи и оценить полученный результат.

По шкале «Агрессивные действия» опросника «Стратегии преодоления стрессовых ситуаций» наблюдается средняя прямая статистическая взаимосвязь по шкале «Гиперактивация» в группе сравнения, а также выборке в целом. Кроме того, выявлена средняя прямая связь с общим показателем ПТС у всего контингента испытуемых.

Индекс конструктивности демонстрирует среднюю обратную статистическую взаимосвязь у всей выборки по общему показателю ПТС, а также по шкале «Избегание».

Полученные данные свидетельствуют о значительной склонности к агрессивным паттернам поведения у исследуемого контингента, причем более склонны к таким действиями лица, имеющие значения показателей по шкале посттравматического стресса в пределах нормативных. Раздражительность и гневливость выходят на первый план среди прочих стратегий поведения, что, вероятно, связано как со спецификой эмоционального состояния, которое трудно контролировать, так и с активным влиянием информационной среды на лиц молодого возраста.

Выводы.

Влияние посттравматического стресса на основные личностные ресурсы имеет ярко выраженный, дезадаптирующий характер. Среди наиболее значимых трудностей, которые могут возникать у лиц молодого возраста — искажение смысло-жизненного вектора, отсутствие явных опор и ориентиров жизни, что в перспективе может приводить к формированию депрессивного расстройства. Другой немаловажной трудностью становится стремление молодых людей к избеганию социальных контактов и бытовых трудностей, что приводит к развитию некоторой аутизации и социальной депривации. В дальнейшем это может способствовать серьезной дезадаптации лиц молодого возраста как в межличностной, так и профессиональной сферах.

Таблица 3

Взаимосвязь ПТС и его компонентов с адаптационными ресурсами респондентов

Шкалы	Группа	Событие травмы	Вторжение	Избегание	Гипер-активация	Дистресс	ПТС
<i>Тест смысложизненных ориентаций</i>							
ОЖ	Общая	-0,26	-0,5	-0,72	-0,51	-0,63	-0,65
	Основная	—	—	-0,48	—	-0,35	-0,31
	Сравнения	—	-0,15	-0,55	-0,26	-0,45	-0,40
ЦЖ	Общая	-0,17	-0,45	-0,62	-0,42	-0,54	-0,55
	Основная	—	—	-0,35	—	-0,23	-0,20
	Сравнения	—	—	-0,49	-0,19	-0,38	-0,32
ПЖ	Общая	-0,29	-0,44	-0,68	-0,49	-0,59	-0,61
	Основная	-0,13	—	-0,49	-0,15	-0,37	-0,32
	Сравнения	—	—	-0,51	-0,32	-0,44	-0,45
РЖ	Общая	-0,25	-0,49	-0,69	-0,53	-0,62	-0,63
	Основная	—	—	-0,43	-0,16	-0,36	-0,27
	Сравнения	—	-0,17	-0,45	-0,23	-0,37	-0,35
ЛКЯ	Общая	-0,18	-0,43	-0,61	-0,42	-0,56	-0,54
	Основная	—	—	-0,35	—	-0,28	-0,18
	Сравнения	0,16	—	-0,46	-0,17	-0,43	-0,30
ЛКЖ	Общая	-0,28	-0,49	-0,66	-0,47	-0,56	-0,6
	Основная	—	-0,15	-0,45	—	-0,26	-0,29
	Сравнения	—	-0,20	-0,43	-0,21	-0,39	-0,36
<i>Стратегии преодоления стрессовых ситуаций</i>							
АсД	Общая	—	-0,25	-0,32	-0,23	-0,31	-0,29
	Основная	0,14	—	—	—	—	—
	Сравнения	—	-0,23	-0,32	-0,23	-0,35	-0,30
ВСК	Общая	—	—	-0,2	-	-0,11	-0,1
	Основная	0,18	—	—	0,18	—	—
	Сравнения	—	—	-0,22	—	-0,18	—
ПСП	Общая	—	-0,13	-0,31	—	-0,15	-0,16
	Основная	—	—	-0,18	0,22	-	-
	Сравнения	—	—	-0,36	—	-0,21	-0,15
ОД	Общая	—	—	—	—	—	—
	Основная	0,23	—	—	0,21	0,22	0,22
	Сравнения	—	-	-0,16	-0,19	-0,20	-0,22
ИД	Общая	—	0,19	0,1	0,19	0,12	0,17
	Основная	—	—	—	—	—	—
	Сравнения	—	—	—	—	—	—
И	Общая	0,19	0,37	0,41	0,38	0,41	0,43
	Основная	-	0,15	0,20	0,15	0,20	0,24
	Сравнения	-	0,26	0,30	0,34	0,35	0,38
МД	Общая	0,24	0,21	0,24	0,24	0,21	0,27
	Основная	0,21	0,16	0,17	0,23	0,23	0,27
	Сравнения	—	—	—	—	—	—
АсоцД	Общая	0,18	0,19	0,11	0,17	—	0,17
	Основная	0,12	0,20	—	0,15	—	0,15
	Сравнения	—	—	—	—	—	—
АгД	Общая	0,24	0,42	0,38	0,59	0,45	0,52
	Основная	—	0,17	—	0,44	0,27	0,33
	Сравнения	—	—	0,17	0,51	—	0,37
ИК	Общая	-0,2	-0,45	-0,54	-0,47	-0,48	-0,54
	Основная	—	-0,16	-0,27	-0,14	-0,15	-0,24
	Сравнения	—	—	-0,41	-0,38	—	-0,41

Примечание: полужирный шрифт — средняя и сильная статистическая взаимосвязь.

Мероприятия, проводимые Лабораторией психического здоровья ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, направлены на повышение личностных ресурсов обучающихся.

В индивидуальном и групповом формате со студентами проводятся мероприятия, направленные на поиск новых жизненных ориентиров, которые могут быть доступны в актуальных условиях. Кроме того, проводятся

тренинги коммуникативных навыков, а также направленные на выработку проблемно-решающего поведения. С молодыми людьми проводятся образовательные мероприятия различной направленности, касающиеся как мер психопрофилактики и раннего выявления симптомов психических расстройств, так и направленные на повышение мотивации и актуализацию имеющегося внутреннего ресурса.

Т. Л. Ряполова, А. А. Бойченко, О. Г. Токарева

ВЛИЯНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА НА АДАПТАЦИОННЫЙ РЕСУРС У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Донецк, Российская Федерация

В статье рассматривается влияние травматического стресса на адаптационные ресурсы лиц молодого возраста. Для оценки выраженности посттравматических стрессовых состояний использовался «Опросник травматического стресса» И. О. Котенёва. Оценка адаптационных ресурсов производилась с помощью «Теста смысловых ориентаций» Д. А. Леонтьева и опросника «Стратегии преодоления стрессовых ситуаций» С. Хобфолла, в адаптации Н. Е. Водопьяновой и Е. С. Старченковой. Результаты показывают значительное влияние травматического стресса на формирование жизненного вектора, построение целей и оценку предыдущего опыта. Среди основных паттернов поведения респондентов превалирует избегание и агрессивность. Приводятся мероприятия, реализуемые университетом, для стабилизации состояния студентов.

Ключевые слова: *травматический стресс, смысловые ориентации, копинг-стратегии, студенты, лица молодого возраста.*

T. L. Ryapolova, A. A. Boychenko, O. G. Tokareva

THE EFFECT OF TRAUMATIC STRESS ON THE ADAPTIVE RESOURCE IN YOUNG PEOPLE

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «M. Gorky Donetsk State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Donetsk, Russian Federation

The article examines the influence of traumatic stress on the adaptive resources of young people. I. O. Kotenev's «Traumatic Stress Questionnaire» was used to assess the severity of post-traumatic stress conditions. The assessment of adaptive resources was carried out using the «Test of life orientations» by D. A. Leontiev and the questionnaire «Strategies for overcoming stressful situations» by S. Hobfall, in adaptation by N. E. Vodopyanova and E. S. Starchenkova. The results show a significant impact of traumatic stress on the formation of a life vector, the construction of goals and the assessment of previous experience. Avoidance and aggressiveness prevail among the main patterns of respondents' behavior. The measures implemented by the university to stabilize the condition of students are given.

Keywords: *traumatic stress, life-meaning orientations, coping strategies, students, young people.*

Список литературы

1. Абрамов В. А., Абрамов А. В., Бабура Е. В., Пацкань И. И. Боевой экстремальный стресс как предиктор боевой психической травмы — острого травматического стрессового расстройства. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2023; 2(62): 4-13.
2. Абрамов В. А., Мельниченко В. В., Бабура Е. В. Посттравматические стрессовые расстройства, связанные с боевыми действиями, с позиций экзистенциально-гуманистического подхода. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2022; 4(60): 5-19.

3. Казымова Н. Н. Посттравматический стресс и предшествующий травматический опыт в раннем взрослом возрасте. *Общество: социология, психология, педагогика.* 2020; 12(80): 157-160. DOI 10.24158/spp.2020.12.29.
4. Трусова А. Д., Фаустова А. Г. Влияние генеза психологической травмы на проявления посттравматического роста: теоретический обзор. *Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие.* 2021; 4 (35): 355-365.
5. Peters J., Bellet B. W., Jones P. J., Wu G. W. Y., Wang L., McNally R. J. Posttraumatic stress or posttraumatic growth? Using network analysis to explore the relationships between coping styles and trauma outcomes. *J Anxiety Disord.* 2021; 78:102359. doi:10.1016/j.janxdis.2021.102359.
6. Котенёв И. О. Психологическая диагностика посттравматических стрессовых состояний (ОСР и ПТСР). *Журнал практического психолога.* 2019; 2: 41-58.
7. Водопьянова Н. Е. Психодиагностика стресса. СПб.: Питер; 2009. 336.
8. Леонтьев Д. А. Тест смысло-жизненных ориентации (СЖО). М.: Смысл; 2000. 18.

References

1. Abramov V. A., Abramov A. V., Babura E. V., Patskan' I. I. Bоеvoi ekstremal'nyi stress kak prediktor боевой psikhicheskoi travmy — ostrogo travmaticheskogo stressovogo rasstroistva. *Zhurnal psikhiiatrii i meditsinskoi psikhologii.* 2023; 2(62): 4-13 (in Russian).
2. Abramov V. A., Mel'nichenko V. V., Babura E. V. Posttravmaticheskie stressovye rasstroistva, svyazannye s boevymi deistviyami, s pozitsii ekzistentsial'no-gumanisticheskogo podkhoda. *Zhurnal psikhiiatrii i meditsinskoi psikhologii.* 2022; 4(60): 5-19 (in Russian).
3. Kazymova N. N. Posttravmaticheskii stress i predshestvuyushchii travmaticheskii opyt v rannem vzrosлом vozraste. *Obshchestvo: sotsiologiya, psikhologiya, pedagogika.* 2020; 12(80): 157-160. DOI 10.24158/spp.2020.12.29 (in Russian).
4. Trusova A. D., Faustova A. G. Vliyanie geneza psikhologicheskoi travmy na proyavleniya posttravmaticheskogo rosta: teoreticheskii obzor. *Lichnost' v menyayushchemsya mire: zdorov'e, adaptatsiya, razvitie.* 2021; 4 (35): 355-365 (in Russian).
5. Peters J., Bellet B. W., Jones P. J., Wu G. W. Y., Wang L., McNally R. J. Posttraumatic stress or posttraumatic growth? Using network analysis to explore the relationships between coping styles and trauma outcomes. *J Anxiety Disord.* 2021; 78: 102359. doi:10.1016/j.janxdis.2021.102359
6. Kotenev I. O. Psikhologicheskaya diagnostika posttravmaticheskikh stressovykh sostoyanii (OSR i PTSR). *Zhurnal prakticheskogo psikhologa.* 2019; 2: 41-58 (in Russian).
7. Vodop'yanova N. E. Psikhodiagnostika stressa. SPb.: Piter; 2009. 336 (in Russian).
8. Leont'ev D. A. Test smyslozhiznennykh orientatsii (SZhO). М.: Smysl; 2000. 18 (in Russian).

Поступила в редакцию 04.09.2023 г.

УДК 159.922/.925.9.05-058.81:[159.944.4:355.01]

О. Н. Голоденко, В. Ал. Абрамов

АНАЛИЗ КОРРЕЛЯЦИОННОЙ СВЯЗИ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ РЕСУРСОВ САМОРЕГУЛЯЦИИ И СТИЛЯМИ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С НЕПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИЕЙ В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Донецк, Российская Федерация*

Первостепенные особенности личностной регуляции — это осознанное понимание и раскрытие собственных потенциальных возможностей, а также самостоятельный выбор своей направленности самореализации, принятие ответственности за сделанный выбор. Без этого невозможна активность в расширении психических, психофизиологических возможностей и целевых социально или лично значимых установок, перспектив будущего и гуманистических ценностей. Вследствие осознанного отношения к себе, внутренний образ психической и физиологической активности, ритмы жизнедеятельности, выработанные в процессе филогенеза и онтогенеза насыщаются независимыми, взаимосвязанными и предрасположенными на разрешение первоочередных жизненных задач социального и трудового функционирования, формами [1, с. 94].

Выделяют три уровня психологической регуляции личности — инструментально-экспрессивный, смысловой и экзистенциальный [2, с. 156; 3, с. 115]. Характерологические особенности индивида, его способности и исполняемые им социальные роли служат адаптации к конкретным окружающим условиям и обстоятельствам. Они лежат в основе инструментально-экспрессивного уровня регуляции и обеспечивают логику характера и роли человека в повседневной жизни. Внутренний мир, смысловая сфера личности связывают её с реальностью мира, как целого, и составляют основу смыслового уровня регуляции жизнедеятельности. Данный уровень определяет смысловую логику жизненной необходимости человека. Возможность личностного выбора и самостоятельного функционирования обеспечивает только важнейший экзистен-

циальный аспект регуляции. Данный уровень личностной саморегуляции оценивается как главный фактор развития автономной личности, который превалирует над предыдущими уровнями.

Данный научный анализ исходил из того, что инструментально-экспрессивный уровень регуляции отражает особенности использования личностного адаптационного потенциала как внутренней психической активности субъекта. Кроме этого, способ саморегуляции обнаруживается в наиболее значимых для человека индивидуальных особенностях самоорганизации и управления внешней и внутренней целевой направленности активностью, обнаруживающейся в ситуации пролонгированного стресса военно-политического конфликта. Семантический показатель саморегуляции требует также изучения жизнестойкости личности. Выраженность этой диспозиции препятствует возникновению внутреннего напряжения в ситуации стресса за счёт стойкого совладания и снижения его значимости. Экзистенциальный путь развития личности является достаточно протяжённым во времени, механизмы личностной саморегуляции этого уровня характеризуются неограниченностью, что делает невозможным их измерение. В этом контексте была осуществлена попытка установления взаимосвязи копинг-стратегий и стилевых особенностей саморегуляции как личностного копинг-ресурса.

Заслуженное внимание отечественные и зарубежные авторы уделяют оценке ресурсных возможностей и защитных стратегий преодоления в различных стрессогенных ситуациях у лиц молодого возраста [4, с. 46; 5; 6, с. 508]. Однако, на сегодняшний день, исследования, посвященные динамике механизмов ресурс-

ной защиты и формирования совладающего поведения в ситуации хронического стресса военного времени у лиц молодого возраста, недостаточны и бедны [7, с. 201]. Учитывая возрастные особенности личностного становления в период ранней зрелости [8, с. 78; 9], данный контингент попадает в группу риска возникновения клинических связанных со стрессом военного времени расстройств.

Объект и методы исследования. В исследовании приняли участие лица молодого возраста находившиеся на территории военно-политического конфликта на Донбассе с 2014 года по 2019 год. Основная группа (острая фаза стресса) составила 250 человек, средний возраст — $21,0 \pm 2,3$ год, 74,4% (186 человек) — женщины, 25,6% (64 человека) — мужчин. Катамнестическая группа (хроническая фаза стресса) — 252 человека, средний возраст — $20,2 \pm 0,6$ лет, 57,1% (144 человека) — женщин, 42,9% (108 человек) — мужчин.

Оценка ресурсов саморегуляции проводилась путем выявления стиля саморегуляции поведения (ССП-98 В. И. Моросановой, 1988) и уровня жизнестойкости («Hardiness Survey» S. Maddi, 1984, адаптация Д. А. Леонтьева и Е. И. Рассказовой, 2006). Способ совладающего поведения оценивался по методике Р. Лазаруса и С. Фолкмана, 1988 (адаптация Л. И. Васермана, 2007).

Метод математической обработки данных предусматривал создание компьютерного банка данных 502 респондентов и дальнейшую статистическую обработку полученных результатов. Расчёты проводились с использованием лицензированных пакетов статистического анализа — «Statistica 5.5» (StatSoft), «MedStat» (Альфа) на IBM PC/AT. Для количественного анализа полученных в исследовании данных использовались статистические методы и Пакет анализа табличного процессора MS Excel. Для сравнения средних значений баллов с интервалом в 4 года использовался *t*-критерий Стьюдента. Нормальность закона распределения экспериментальных данных проверена с использованием графического и статистического (тест хи-квадрат) методов. Для оценки корреляционной связи между выборками использован параметрический тест критерий согласия Пирсона.

Результаты и их обсуждение. На основании полученных данных, были выявлены следующие статистически значимые взаимосвязи копинг-стратегий со стилевыми особенностями саморегуляции (см. табл. 1). Как видно

из представленной таблицы, статистически достоверных корреляционных связей между копинг-стратегиями планирования решения проблемы и положительной переоценки, и регуляторно-личностными свойствами в обеих группах выявлено не было ($p > 0,05$).

В то же время, в обеих группах нами была выявлена статистически значимая (показатель корреляции статистически значимо отличается от 0,09, $p < 0,05$) положительная связь между копинг-стратегией самоконтроля и регуляторными процессами планирования и моделирования (ОФС: $r = 0,24$, ХФС: $r = 0,21$ и ОФС: $r = 0,18$, ХФС: $r = 0,14$, соответственно). Это означает, что при высокой степени сформированности потребности в осознанном планировании своей деятельности и способности выделять внешние и внутренние значимые условия достижения целей, респонденты для преодоления стрессогенной ситуации военного времени выбирали стратегию самоконтроля с преобладанием рационального, с минимальным расходом эмоций, подхода к преодолению стрессовой ситуации. По нашему мнению, развитая способность к планированию и моделированию облегчала контроль и сдерживала эмоции, формируя высокий контроль поведения. Однако она не исключала и негативного их влияния, вследствие формирования сверхконтроля поведения с чрезмерной требовательностью к себе и трудностями выражения переживаний, потребностей и побуждений в трудных жизненных ситуациях вооружённого конфликта.

Копинг-стратегии принятия ответственности, поиска социальной поддержки и бегства-избегания имели статистически значимую (показатель корреляции статистически значимо отличается от 0,09, $p < 0,05$) отрицательную связь с регуляторным процессом моделирования (ОФС: $r = -0,18$, ХФС: $r = -0,23$; ОФС: $r = -0,16$, ХФС: $r = -0,24$; ОФС: $r = -0,21$, ХФС: $r = -0,17$, соответственно). Моделирование характеризует индивидуальную развитость представлений о внутренних и внешних значимых условиях достижения целей, как в текущей ситуации, так и перспективе, степени их осознанности. При высокой сфорсированности моделирование является одним из факторов надёжности осознанной саморегуляции в препятствии формированию острого стресса. Полученные результаты показывают, что при низкой развитости регуляторного процесса моделирования, респонденты с большей выраженностью предпочитали мало адаптивные

Таблица 1

Корреляционная связь ресурсов саморегуляции (опросник «Стиль саморегуляции поведения» и «Тест жизнестойкости») и способов совладающего поведения у лиц молодого возраста в условиях хронического стресса военного времени

Виды копинга / Показатели методик		К	Д	Ск	ПСП	ПО	Б-И	ПРП	ПП
<i>Опросник «Стиль саморегуляции поведения»</i>									
Пл	ОФС	0,07	-0,06	0,24*	-0,05	-0,08	-0,07	0,05	0,08
	ХФС	-0,06	-0,08	0,21*	-0,07	-0,07	-0,04	0,05	0,06
М	ОФС	-0,17*	-0,04	0,18*	-0,16*	-0,18*	-0,21*	0,08	-0,05
	ХФС	-0,21*	-0,06	0,14*	-0,24*	-0,23*	-0,17*	0,06	-0,08
Пр	ОФС	0,06	0,04	0,08	-0,06	-0,07	-0,07	0,05	0,05
	ХФС	0,08	0,05	0,02	-0,05	-0,07	-0,05	0,04	0,06
ОР	ОФС	-0,06	0,05	0,08	-0,07	-0,05	-0,07	-0,06	-0,05
	ХФС	-0,05	0,07	0,07	-0,05	-0,08	-0,08	-0,06	-0,07
Г	ОФС	-0,13*	0,15*	0,06	0,02	0,07	0,06	0,07	0,05
	ХФС	-0,18*	0,17*	0,05	0,08	0,05	0,06	0,07	0,07
С	ОФС	0,20*	0,06	-0,08	-0,04	0,06	0,06	0,05	0,07
	ХФС	0,23*	0,08	-0,06	-0,08	0,07	0,05	0,08	0,06
ОУ	ОФС	-0,08	0,02	0,15*	-0,08	-0,05	-0,08	0,04	0,04
	ХФС	-0,06	0,05	0,19*	-0,07	-0,08	-0,05	0,03	0,05
<i>«Тест жизнестойкости»</i>									
Жс	ОФС	-0,07	0,05	-0,07	-0,06	-0,25*	-0,19*	0,08	0,07
	ХФС	-0,08	0,07	-0,05	-0,08	-0,22*	-0,15*	0,07	0,08
Вв	ОФС	-0,06	-0,08	-0,02	-0,07	-0,18*	-0,19*	0,06	0,05
	ХФС	-0,07	-0,06	-0,06	-0,05	-0,24*	-0,21*	0,07	0,06
Кн	ОФС	-0,08	-0,05	-0,08	-0,05	-0,18*	-0,25*	0,05	0,06
	ХФС	-0,08	-0,04	-0,05	-0,08	-0,30*	-0,19*	0,05	0,08
ПР	ОФС	-0,08	0,07	-0,07	-0,05	-0,22*	-0,19*	-0,03	0,06
	ХФС	-0,07	0,04	-0,07	-0,08	-0,19*	-0,23*	-0,05	0,06

Примечание: Пл — Планирование, М — Моделирование, Пр — Программирование, ОР — Оценивание результатов, Г — Гибкость, С — Самостоятельность, ОУ — общий уровень саморегуляции поведения; Жс — жизнестойкость, Вв — вовлеченность, Кн — контроль, ПР — принятие риска; * — корреляция статистически значима ($p \leq 0,05$) (использован непараметрический тест хи-квадрат).

и неадаптивные стратегии принятия ответственности, поиска социальной поддержки и бегства-избегания для преодоления стрессовых ситуаций.

Также были выявлены статистически значимые (показатель корреляции статистически значимо отличается от 0,09, $p < 0,05$) отрицательные связи между выраженностью предпочтения копинг-стратегии конфронтации и такими регуляторно-личностными свойствами осознанной саморегуляции как гибкость (ОФС: $r = -0,13$, ХФС: $r = -0,18$) и моделирование (ОФС: $r = -0,17$, ХФС: $r = -0,21$),

и положительная связь с показателями самостоятельности (ОФС: $r = 0,20$, ХФС: $r = 0,23$). Низкая пластичность регуляторных процессов, на фоне излишней автономности в организации активности при недостаточной способности к моделированию в стрессогенных условиях, являлась предиктором предпочтения стратегии конфронтации с недостаточной целенаправленностью в поведении, которая становилась преимущественно механизмом для разрядки эмоционального напряжения.

Выявленная статистически значимая (показатель корреляции статистически значимо

отличается от 0,09, $p < 0,05$) положительная связь копинг-стратегии дистанцирования с регуляторно-личностным свойством гибкостью (ОФС: $r = 0,15$, ХФС: $r = 0,17$), позволяла предположить, что высокий уровень развития психологической пластичности в стрессогенной ситуации предопределяет выбор стратегии дистанцирования, т.е. способствует эмоциональной отстранённости, вплоть до обесценивания сложившихся трудных жизненных событий.

Копинг-стратегии самоконтроля и конфронтации в наибольшей степени определяются ресурсами саморегуляции. Стратегия конфронтации чаще использовалась при недостаточно развитых регуляторно-личностных свойствах гибкости и моделирования, а также при наличии выраженной способности к самостоятельности. Стратегия самоконтроля определяла развитую способность к планированию, моделированию, а также высокий общий уровень саморегуляции.

Недостаточно развитая способность к моделированию, предопределяющая трудности в дифференцировке значимых внешних и внутренних условий, с резкими перепадами отношения к ситуации и последствиям своих действий, способствовала использованию в ситуации стресса или недостаточно конструктивных стратегий поиска социальной поддержки и принятия ответственности, или неконструктивных стратегий конфронтации и бегства-избегания.

Семантический показатель саморегуляции требует также изучения жизнестойкости личности. Выраженность этой диспозиции препятствует возникновению внутреннего напряжения в ситуации стресса за счёт стойкого совладания и снижения его значимости.

Жизнестойкость отражает собой систему убеждений о себе, мире, отношениях с ним. Эта комплексная единица включает в себя три сравнительно самостоятельных компонента: вовлечённость, контроль, принятие риска. Выраженность этих составляющих, и жизнестойкости в целом, ограничивает развитие внутреннего напряжения в стрессогенных ситуациях за счет стойкого совладания со стрессами и субъективного снижения их значимости [10, с. 239; 11, с. 300].

Таблица 1 представляет результаты корреляционного анализа, направленного на определение взаимосвязей между выраженностью предпочтения различных копинг-стратегий и уровнем жизнестойкости.

В данном анализе показатели жизнестойкости в острую и хроническую фазы стресса статистически значимо ($p < 0,05$) отрицательно коррелировали с выраженностью копинга принятия ответственности (вовлечённость — $r_o = -0,18$, $r_x = -0,24$; контроль — $r_o = -0,18$, $r_x = -0,30$; принятие — $r_o = -0,22$, $r_x = -0,19$; жизнестойкость — $r_o = -0,25$, $r_x = -0,22$; соответственно фазам стресса) и бегства-избегания (вовлечённость — $r_o = -0,19$, $r_x = -0,21$; контроль — $r_o = -0,25$, $r_x = -0,19$; принятие — $r_o = -0,19$, $r_x = -0,23$; жизнестойкость — $r_o = -0,19$, $r_x = -0,15$; соответственно фазам стресса).

Чем более представленными в личности респондентов были такие диспозиционные компоненты как вовлечённость в происходящее с умением получать удовольствие от собственной деятельности, убеждённость в необходимости борьбы за желаемый результат, принятие риска в действиях по приобретению опыта и развитию, а также жизнестойкость как система убеждений о себе, мире и отношениях с ним, способствующая гармонизации отношения к жизни за счет препятствия возникновению внутреннего напряжения, тем менее вероятным было использование условно-конструктивной стратегии принятия ответственности как способствующей неоправданной самокритике, переживанию чувства вины и неудовлетворённости собой; и неконструктивной стратегии бегства-избегания с уклонением от ответственности и действий по разрешению возникших трудностей и проблем. Однако положительного влияния жизнестойкости и её компонентов на выбор стратегии совладания со стрессогенной ситуацией не было выявлено.

Заниженные показатели жизнестойкости влияли на формирования условно конструктивного копинга принятия ответственности и дезадаптивного — бегства-избегания, причём в острую фазу стресса данные копинги оказывали положительное влияние в процессе преодоления стресса, а в хроническую — занимали сугубо деструктивную позицию. В данном анализе влияния саморегуляции и жизнестойкости на формирование стратегий преодоления стресса военного времени у лиц молодого возраста, не было выявлено различий в выборе копинг-стратегий в стрессогенные ситуации с различной длительностью (острый и хронический стресс). Таким образом, можно утвердительно сказать, что ресурсы саморегуляции, сформировавшиеся у респондентов молодого возраста, имели

устойчивую позицию и, подтверждая мнение сторонников диспозиционного подхода, повлияли на функционирование установившегося комплекса стратегий преодоления трудных жизненных ситуаций.

Совпадающий выбор стратегий преодоления в стрессогенной ситуации значительных изменений в жизни с различной длительностью, на фоне выраженных диспозиционных компонентов жизнестойкости и саморегуляции, подтверждает мнение сторонников диспозиционного подхода, утверждающих, что стиль совладания относительно стабилен во времени и тесно связан с чертами личности, в частности, с ресурсами саморегуляции.

Заключение. Использование респондентами стратегий конфронтации, поиска социальной поддержки, бегства-избегания и принятия ответственности, с переживанием чувства вины и неудовлетворенности собой, являлись фактором развития непатологической психической дезадаптации.

Стилевые особенности осознанной саморегуляции выступали значимыми факторами выбора копинг-стратегий в преодолении стрессогенных ситуаций. В то же время, результаты корреляционного анализа показали, что преодолевающее поведение следует рассматривать как реакцию целостной личности. Подтверждением этого является наличие разносторонних и разнонаправленных корреляционных связей, образуемых копинг-стратегиями в системе личностной и смысловой регуляции, не меняющихся за время длительного стрессогенного воздействия. При этом

копинг-стратегии выступают одновременно как в качестве способов личностной регуляции адаптационных процессов, так и способов организации её компонентов в структуре адаптационного ответа.

Заниженные показатели жизнестойкости влияли на формирование условно конструктивного копинга принятия ответственности и дезадаптивного — бегства-избегания, причем в острую фазу стресса данные копинги оказывали положительное влияние в процессе преодоления стресса, а в хроническую — занимали сугубо деструктивную позицию. Корреляционный анализ влияния саморегуляции и жизнестойкости на формирование стратегий преодоления экстремального стресса, не выявило различий в выборе копинг-стратегий в стрессогенные ситуации с различной длительностью (острый и хронический стресс). Таким образом, ресурсы саморегуляции, сформировавшиеся у респондентов молодого возраста, имели устойчивую позицию и, подтверждая мнение сторонников диспозиционного подхода, влияли на функционирование установившегося, на начальных этапах стресса, комплекса стратегий преодоления трудных жизненных ситуаций.

Полученные данные о значимом влиянии ресурсов саморегуляции на формирование и переопределение продуктивности стратегий преодоления должны быть учтены при составлении программы психокоррекции и психопрофилактики лиц молодого возраста, в условиях хронического стресса военного времени.

О. Н. Голоденко, В. Ал. Абрамов

АНАЛИЗ КОРРЕЛЯЦИОННОЙ СВЯЗИ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ РЕСУРСОВ САМОРЕГУЛЯЦИИ И СТИЛЯМИ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С НЕПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИЕЙ В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

«Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького»

Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Донецк, Российская Федерация

Аннотация. В данной статье рассмотрена корреляционная связь между показателями ресурсной активности саморегуляции и копинг-стратегиями у лиц молодого возраста с непатологической психической дезадаптацией, в условиях хронического стресса военного времени. Оценивалась взаимосвязь показателей методик «Стиль саморегуляции поведения» и «Тест жизнестойкости» с данными опросника «Способы совладающего поведения». Выявлены статистически значимые корреляционные связи между исследуемыми параметрами, подтверждающие важную роль ресурсной активности в формировании стратегий совладающего поведения.

Ключевые слова: ресурсы саморегуляции, жизнестойкость, копинг-стратегии, лица молодого возраста, хронический стресс военного времени.

O. N. Golodenko, V. A. Abramov

CORRELATIONAL ANALYSIS BETWEEN INDICATORS OF SELF-REGULATION RESOURCES AND STYLES OF COPING BEHAVIOR IN YOUNG PEOPLE WITH NON-PATHOLOGICAL MENTAL MALADAPTATION IN CONDITIONS OF CHRONIC WARTIME STRESS

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «M. Gorky Donetsk State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Donetsk, Russian Federation

Annotation. This article discusses the correlation between indicators of resource activity of self-regulation and coping strategies in young people with non-pathological mental maladjustment, under conditions of chronic wartime stress. The interrelation of the indicators of the methods «Style of self-regulation of behavior» and «Test of hardiness» with the data of the questionnaire «Methods of coping behavior» was assessed. Statistically significant correlations between the studied parameters were revealed, confirming the important role of resource activity in the formation of coping behavior strategies.

Key words: self-regulation resources, resilience, coping strategies, young people, chronic wartime stress.

Список литературы

1. Резникова Е. Особенности личностной регуляции совладающего поведения студентов. К.: «Освіта регіону». 2013. №3. 242.
2. Леонтьев Д. А. Самореализация и сущностные силы человека / Д. А. Леонтьев // Психология с человеческим лицом: гуманистическая перспектива в постсоветской психологии. 1999. 156-176.
3. Калитеевская Е. Р. Адаптация или развитие: выбор психотерапевтической стратегии. Психологический журнал. 1995. №1. 115-121.
4. Борисова Н. М. Возрастные особенности копинга и связь возраста и стратегий совладающего поведения. Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Познание №9. 2019. 46-50. URL: 2a4a6d24-4913-4925-b320-58cda3d8cfa7 (nauteh-journal.ru) (дата обращения: 20.02.2023).
5. Осаволюк Е. Ю. Роль когнитивной гибкости в проявлении атрибутивного стиля и стратегиях совладающего поведения в период ранней зрелости. Психологические исследования, 2020, 13, № 74. URL: https://www.researchgate.net/publication/363089544_Rol_kognitivnoj_fleksibilnosti_v_proavlenii_atributivnogo_stila_i_strategiah_sovladaushego_povedeniya_v_period_rannej_vzroslosti (дата обращения: 21.02.2023).
6. Kruczek A., Basińska M. A., Janicka M. Cognitive flexibility and flexibility in coping in nurses — the moderating role of age, seniority and the sense of stress. International journal of Occupational Medicine and Environmental Health 2020;33(4):507—521. URL: <https://doi.org/10.13075/ijom.1896.01567> (дата обращения: 25.06.2022).
7. Александрова Л. А. Личностные ресурсы и индивидуальные стратегии адаптации студентов к условиям повышенной опасности природных бедствий и катастроф. 2-я Всероссийская научно-практическая конференция по экзистенциальной психологии: материалы сообщений. 2004. 201-204.
8. Баксанский О. Е., Скоробогатова А. В. Психологические особенности развития личности в период молодости. Образовательные технологии. № 2/2020. 77-86. URL: Психологические особенности развития личности в период молодости (iedtech.ru) (дата обращения: 24.07.2021).
9. Абрамов В. А., Ряполова Т. Л., Голоденко О. Н. и др. Психическое здоровье и личностные ресурсы в экстремальных условиях жизнедеятельности: Монография. Донецк, 2017. 352 с.
10. Бодров В. А. Личностная детерминация развития и преодоления психологического стресса. Совладающее поведение: Современное состояние и перспективы. 2008. 235-256.
11. Крюкова Т. Л. Стили совладающего поведения в трудных жизненных ситуациях. Актуальные проблемы психологии труда, инженерной психологии и эргономики. 2009. Вып. 1. 298-316.

References

1. Reznikova E. Osobennosti lichnostnoy regulyatsii sovladayushchego povedeniya studentov. K.: «Osvita regionu». 2013. #3. 242.
2. Leontev D. A. Samorealizatsiya i suschnostnyie silyi cheloveka / D. A. Leontev // Psihologiya s chelovecheskim litsom: gumanisticheskaya perspektiva v postsovetskoj psihologii. 1999. 156-176.
3. Kaliteevskaya E. R. Adaptatsiya ili razvitie: vyibor psihoterapevticheskoy strategii. Psihologicheskij zhurnal. 1995. #1. 115-121.

4. Borisova N. M. Vozrastnyie osobennosti kopinga i svyaz vozrasta i strategiy sovladayuschego povedeniya. *Sovremennaya nauka: aktualnyie problemyi teorii i praktiki. Seriya: Poznanie* #9. 2019. 46-50. URL: 2a4a6d24-4913-4925-b320-58cda3d8cfa7 (nauteh-journal.ru) (data obrascheniya: 20.02.2023).
5. Osavolyuk E. Yu. Rol kognitivnoy fleksibilnosti v proyavlenii atributivnogo stilya i strategiayah sovladayuschego povedeniya v period ranney vzroslosti. *Psihologicheskie issledovaniya*, 2020, 13, # 74. URL: https://www.researchgate.net/publication/363089544_Rol_kognitivnoy_fleksibilnosti_v_proavlenii_atributivnogo_stila_i_strategiayah_sovladausego_povedenia_v_period_rannej_vzroslosti (data obrascheniya: 21.02.2023).
6. Kruczek A., Basińska M. A., Janicka M. Cognitive flexibility and flexibility in coping in nurses — the moderating role of age, seniority and the sense of stress. *International journal of Occupational Medicine and Environmental Health* 2020;33(4):507—521. URL: <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.01567> (дата обращения: 25.06.2022).
7. Aleksandrova L. A. Lichnostnyie resursyi i individualnyie strategii adaptatsii studentov k usloviyam povyishennoy opasnosti prirodnyih bedstviy i katastrof. 2-ya Vserossiyskaya nauchno-prakticheskaya konferentsiya po ekzistsentsialnoy psikhologii: materialyi soobscheniy. 2004. 201-204.
8. Baksanskiy O. E., Skorobogatova A. V. Psihologicheskie osobennosti razvitiya lichnosti v period molodosti. *Obrazovatelnyie tehnologii*. # 2/2020. 77-86. URL: [Psihologicheskie osobennosti razvitiya lichnosti v period molodosti \(iedtech.ru\)](https://psihologicheskie-osobennosti-razvitiya-lichnosti-v-period-molodosti.iedtech.ru) (data obrascheniya: 24.07.2021).
9. Abramov V. A., Ryapolova T. L., Golodenko O. N. i dr. Psihicheskoe zdorove i lichnostnyie resursyi v ekstremalnyih usloviyah zhiznedeyatelnosti: Monografiya. Donetsk, 2017. 352 s.
10. Bodrov V. A. Lichnostnaya determinatsiya razvitiya i preodoleniya psihologicheskogo stressa. *Sovladayushee povedenie: Sovremennoe sostoyanie i perspektivy*. 2008. 235-256.
11. Kryukova T. L. Stili sovladayuschego povedeniya v trudnyih zhiznennyih situatsiyah. *Aktualnyie problemyi psikhologii truda, inzhenernoy psikhologii i ergonomiki*. 2009. Vyip.1. 298-316.

Поступила в редакцию 10.05.2023 г.

УДК [159.943:613.86]:159.944.4-057.36: 355.514

В. В. Мельниченко

МЕХАНИЗМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕМАЛЬНОГО ТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Донецк, Российская Федерация

Участие в боевых действиях всегда сопровождается угрозой смерти, что является наиболее значимым и травматическим событием для психики человека. Поэтому, то что называется боевой психической травмой — по существу, травма экзистенциального характера, отражающая переживание ситуации смертельной угрозы.

Наличие боевой психической травмы обязательно при диагностике посттравматических стрессовых расстройств, однако присутствие экстремального события не обязательно влечет за собой травматическое расстройство, а может способствовать развитию иной психиатрической патологии, к примеру, тревожно-депрессивной и/или диссоциативной. При этом термин «боевая психическая травма» не является диагностической категорией, хотя семантически не отличается от категории «физическая травма», что особенно ярко отразилось в результатах текущего исследования. Кроме того, психическая травма может быть реакцией на внешние события, а может быть кумулятивной травмой, полученной постоянным или систематическим травмированием психики. Например, именно такой характер боевой травмы чаще всего мы определяем у жителей Донецкой Народной Республики, в течение многих лет проживающих в условиях военных действий.

Боевая психическая травма (БПТ), в отличие от однократного экстремального воздействия, компенсирующегося за счет имеющихся внутренних ресурсов личности, представляет собой первичное проявление нередко длительного процесса глубокой адаптационной перестройки функциональных систем человека. Вслед за естественной реакцией на экстремальный стресс, возникает патологическое состояние (БПТ) как реакция на экстремальной воздействию, превышающее адаптационный потенциал конкретной личности.

Структурно БПТ, ее клинические проявления (в том числе и посттравматические состояния) охватывают широкий спектр личностно-средовых отношений и конфликтного реагирования на травматическую ситуацию.

Концептуализация проблемы боевой психической травмы связана с представлениями о ней в рамках различных методологических подходов. В связи с многообразием факторов военного времени и их травматическим воздействием на организм, психику, личность и поведение человека, широким спектром возможных механизмов психических расстройств, связанных со стрессом, наши воззрения на психическую травмы были сфокусированы в рамках двух основных подходов: 1) естественнонаучном, который трактует психическую травму со смешанных медико-биологических психологических позиций как событие в жизни человека, которое выходит за рамки обычных житейских переживаний и возможностей; 2) экзистенциальном, где психическая травма — это угроза существования «Я» и субъективного мира, разрушение всех экзистенциальных структур личности. При чем последняя парадигма позволяет рассмотреть и БПТ и посттравматические стрессовые состояния с опорой на ценностно-смысловую уникальность пациента, не объяснимую одними только научными и медицинскими понятиями [1] Так, если в рамках клинко-психологического измерения психическое расстройство — это нарушение психических процессов и использование неконструктивных механизмов психологической защиты, то с позиции экзистенциального анализа психическое расстройство — это конфликт на уровне ценностно-смысловых констант человека, его субъективно-личностного пространства.

Боевая психическая травма и ее последствия в экзистенциальном смысле — это ре-

зультат личностно-опустошающего воздействия экстремальных стрессогенных переживаний. До определенного момента эти переживания отражают нормальные стресс-реакции на трудную жизненную ситуацию. Однако при неблагоприятном стечении обстоятельств стресс перестает быть мобилизующим стрессом, а становится травматическим, когда негативные переживания достигают своей максимальной выраженности, затрагивая наиболее значимые смысловые структуры внутреннего мира человека, дезорганизуют базовые измерения экзистенции.

Чтобы отразить «обыденность» экстремальных стрессогенных переживаний индивида обратимся к нейробиологическим исследованиям острого стресса и стрессоустойчивости [2-4]. Каскад физиологических реакций на стрессовое воздействие в высшей степени адаптивен в большинстве случаев. Например, учащение дыхания, частоты сердечных сокращений, кровяного давления, расширение зрачков, мобилизация иммунных комплексов и энергетического потенциала организма, сосредоточенность внимания — все это функционирует согласованно, способствуя успешной реакции «бей или беги», повышая шансы человека на выживание. Из этого следует, что индивидуальная стрессоустойчивость не подразумевает отсутствие реакции на стресс. Наоборот высокий уровень стрессоустойчивости задерживает «переломный момент» между адаптивными и неадаптивными реакциями, что облегчает и сокращает время на восстановление после воздействия интенсивного стрессора. Стивен Ф. Майер и его команда [5-6] предъявили доказательства, подтверждающие идею о том, что степень контроля человеческого поведения над стрессором, возможно, является самой мощной переменной, модулирующей воздействие стрессора. Их результаты подтверждают предположение о том, что преодоление стресса вызывает нейроадаптацию в кортиколимбических областях мозга, участвующих в когнитивных и нейроэндокринных аспектах регуляции эмоций. Хотя стресс обычно подавляет пролиферацию новых клеток и, следовательно, снижает нейрогенез в гиппокампе, преодоление трудностей в условиях, обогащенных новизной и сложностью, по-видимому, преодолевает подавляющее воздействие стресса.

С другой стороны, способность к саморегуляции и межличностному регулированию была предложена в качестве решающего фак-

тора для предотвращения психологических расстройств у лиц, подвергшихся множественному воздействию стрессогенных переживаний [7-8]. Такая саморегуляция сосредоточена и на явной регуляции эмоций (сознательных стратегиях преодоления тревожных переживаний), и включает в себя имплицитную регуляцию эмоций (бессознательные когнитивные и аффективные процессы), направленную на изменение интенсивности и/или продолжительности эмоциональных реакций, связанных с неблагоприятными переживаниями. Имплицитная регуляция эмоций неразрывно связана с механизмами психологической защиты (МПЗ). МПЗ являются автоматическими и бессознательными процессами, предназначенными для защиты личности от внутренних или внешних угроз и неприятных эмоций с целью уменьшения психологического стресса. МПЗ признаны за их клиническую полезность, а прогностическая ценность позитивной адаптации из-за их использования является глубинной и непосредственной. Защитные механизмы включают континуум в соответствии с их уровнем зрелости и адаптивности на трех уровнях: незрелом, невротическом и зрелом. Влияние МПЗ на психические симптомы у политравматизированных людей показывает, что более высокие уровни незрелых защит связаны с повышенной тяжестью психических симптомов у лиц, подвергшихся воздействию экстремального травматического стресса. И наоборот, более высокие уровни зрелых защит коррелируют с более низким психологическим стрессом. Также высокие уровни незрелых МПЗ были обнаружены у лиц с диагнозом посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) после воздействия травмы, связанной с войной, и пациентов с диагнозом комплексного ПТСР [9-10].

Связь между механизмами психологической защитой и последствиями экстремального травматического стрессового воздействия в последнее время вызывает растущий интерес в эмпирических исследованиях, особенно в странах с растущей боевой мобилизацией. Из указанного выше, можно предположить, что травматическое воздействие связано с низким уровнем зрелых защит и высоким уровнем незрелых форм. Это может быть связано с регрессом зрелых защит на более раннюю стадию или путем активизации развертывания простых, незрелых форм, служащих выживанию [11]. В частности, более широкое

использование незрелых механизмов может быть попыткой справиться с контекстом повторной или множественной травматизации путем бегства или избегания от нежелательных чувств, связанных с жестоким и неблагоприятным опытом, путем искажения или отказа признать личные потери и/или стрессоры, создавая при этом иллюзию контроля над общим насилием и невзгодами [12].

На наш взгляд, существует острая потребность в исследованиях взаимосвязи между МПЗ, психосоциальными переменными и симптомами стрессовых нарушений, включая депрессивные и посттравматические состояния у военнослужащих, прошедших специальную военную операцию (СВО). Учитывая результаты, представленные выше, разумно предположить, что развитие данных симптомов в контексте многократного воздействия экстремальных стрессогенных факторов может быть опосредовано специфическим развитием МПЗ.

Цель исследования: изучить основные механизмы психологической защиты в условиях действия на личность травматической стрессогенной боевой среды (СВО), определить частоту их использования, а также статистическую значимость в выборках военнослужащих с симптомами посттравматических стрессовых расстройств, депрессивных и диссоциативных нарушений.

Материал и методы исследования. Исследование было проведено на базе Республиканской клинической психиатрической больницы. Критериями включения служили: способность выполнить диагностические методики за длительный промежуток времени (в течение трех часов за одну диагностическую сессию) и дать информированное согласие на участие в исследовании; психическое состояние пациентов позволяет продолжительный клинический контакт (не наблюдаются состояния психомоторного возбуждения, агрессии или острых транзиторных психотических расстройств). Критерии исключения составили: установленная выраженная зависимость от употребления психоактивных веществ, умеренная и/или более значимая степень развития органической психической патологии, возраст более 60 лет.

Всего приняло участие в исследовании 64 пациента отделения медико-социальной реабилитации. Два пациента были исключены в силу нарастания последствий черепно-мозговой травмы (в анамнезе ЧМТ с потерей

сознания), четверо больных добровольно отказались продолжать участие в исследовании (в одном случае — клинически ухудшалось психическое состояние из-за тяжести депрессивной симптоматики с суицидальным радикалом; в двух — установлены резидуальные и амотивационные последствия злоупотребления крепкими спиртными напитками; еще в одном случае — клинико-диагностически подтвердились подозрения на наличие у пациента латентной формы шизофренического процесса).

В завершеном виде выборка составила 58 пациентов мужского пола, столкнувшихся с участием в непосредственных боевых действиях в рамках СВО на Донбассе. Средний возраст участников составил 25,6 года (в диапазоне 18-60 лет).

Все пациенты были привлечены к работе после активной стабилизации их психического состояния, в среднем на второй-третьей неделе прибывания в стационаре ($M=6,7$ дней). Испытуемые были разделены на две группы: первую составили военнослужащие с подтвержденными клиническими симптомами посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) — 33 человека (56,9%), и во вторую группу включались пациенты без признаков развернутого ПТСР, но имевших симптомы тревожно-депрессивного и диссоциативного характера — 25 чел. (43,1%). Деление на группы происходило с помощью лицензированного Структурированного клинического диагностического интервью (СКИД) — *Structured Clinical Interview for DSM (SCID)* к критериям DSM-IV (официально переведенной версии на русский язык, размещенной в свободном доступе Интернет).

В плане социально-демографических показателей были получены такие данные:

1) добровольно (по собственной инициативе) приняли участие в СВО 15 человек (25,7%), по повестке — 33 чел. (56,9%), контрактников — 10 чел. (17,4%);

2) возрастная категория 21-30 лет составила — 21 чел. (36,2%), интервал 31-40 лет — 19 чел. (32,8%), более 41 года — 18 чел. (31,0%);

3) только среднее образование получили 17 чел. (29,3%), специальное — 27 чел. (46,6%), высшее — 14 чел. (24,1%);

4) холостых и женатых мужчин наблюдалось поровну — по 25 чел. (соответственно 43,1%) и разведены были 8 человек (13,8%);

5) в боевом расположении 4 чел. (6,9%) находились несколько недель, 1-6 месяцев —

21 человек (36,2%), более 6 мес. — 26 чел. (44,8%), более 12 мес. — 7 чел. (12,1%);

б) не наблюдалось соматической патологии и других видимых органических изменений в следствие участия военнослужащего в непосредственных боевых действиях у 19 человек (32,8%), ранения мягких тканей (не инвалидизирующего характера) были у 5 чел. (8,6%), а контузии (от 1 до 2 клинически и документально зафиксированных) приходилась на 34 человека (58,6%). Отсутствие выраженных жалоб на свое психическое состояние до момента текущей госпитализации отмечали 8 человек (13,8%), в качестве эмоционально-стрессовых предъявили 15 человек (25,7%), на патологию отчетливо психиатрического характера (в первую очередь жалобы депрессивного и диссоциативного круга) указывали 6 чел. (10,3%), а жалобы на страх и сильную тревогу (с эпизодами панических атак) были выражены 29 пациентами (50,2%).

Исследование основных 8 механизмов психологической защиты и определение их общей напряженности проводилось с использованием методики «Индекс жизненного сти-

ля» (Life Style Index, LSI), разработанной командой исследователей во главе с Р. Плутчиком. Механизмы защиты включали описание: «Вытеснения», «Регрессии», «Замещения», «Отрицания», «Проекции», «Компенсации», «Гиперкомпенсации» и «Рационализации».

В плане статистической обработки данных применялся лицензированный пакет SPSS Statistics 23 с приложениями авторизированной работы с Excel-таблицами и Python. Все числовые данные прошли проверку на нормальности распределения (критерий Колмогорова-Смирнова), применялись параметрические критерии — до двух выборок — критерий Т-Стьюдента для несвязанных данных и дисперсионный анализ (ANOVA) для трех и более выборок (включая апостериорный межгрупповой тест с поправкой Тьюки HSD).

Результаты исследования и их обсуждение. В таблице 1 представлены данные сопоставления в двух группах исследования с показателями частоты использования различных механизмов психологической защиты. Военнослужащие, у которых были верифицирова-

Таблица 1

Механизмы психологической защиты в группах испытуемых с ПТСР и депрессивными (диссоциативными) нарушениями

МПЗ	ПТСР	№	Среднее значение	Среднекв. отклонение	р, Т-критерий
Вытеснение	1 группа	33	42,73	17,00	0,593
	2 группа	25	45,20	17,82	
Регрессия	1 группа	33	40,70	19,38	0,641
	2 группа	25	38,32	18,72	
Замещение	1 группа	33	29,10	19,90	0,896
	2 группа	25	28,40	19,72	
Отрицание	1 группа	33	42,91	24,47	0,553
	2 группа	25	39,24	21,30	
Проекция	1 группа	33	56,03	18,09	0,669
	2 группа	25	58,32	22,49	
Компенсация	1 группа	33	33,64	22,34	0,264
	2 группа	25	27,20	20,31	
Гиперкомпенсация	1 группа	33	35,15	18,56	0,631
	2 группа	25	37,60	19,85	
Рационализация	1 группа	33	52,90	21,69	0,465
	2 группа	25	48,52	23,52	
Общая напряженность	1 группа	33	42,49	13,94	0,624
	2 группа	25	40,68	13,64	

ны симптомы ПТСР чаще всего использовали механизмы проекции ($56,03 \pm 18,09$) и рационализации ($52,90 \pm 21,69$). У испытуемых без симптомов ПТСР также преобладала проекция ($58,32 \pm 22,49$). Общая напряженность механизмов психологической защиты достигали в двух группах средних значений без признаков статистической значимости ($p \geq 0,624$). Полученные данные возможно трактовать следующим образом: 1) механизмы психологической защиты не играют значительную роль в поддержании и сохранении симптоматики посттравматических, депрессивных и диссоциативных расстройств у военнослужащих; 2) существует предпосылка, что общая напряженность МПЗ компенсирована другими стратегиями совладения с острыми и хроническими проявлениями экстремального стрессового воздействия (что требует дальнейшего уточнения); 3) чаще всего пациенты с депрессивными и диссоциативными симптомами используют незрелые формы МПЗ, а больные с выраженными проявлениями посттравматического стрессового расстройства обращаются как к незрелым, так и зрелым формам МПЗ. Последние, в свою очередь, могут быть причиной структурирования у военнослужащих неприятных ожиданий, связанных с последствиями травматического стресса, в поведенческие стили избегания — через трансформацию чрезмерной защитной «Рационализации» в когнитивные искажения, не подходящих к действительности в «мирным» условиях существования.

Продолжив анализ, мы обнаружили, что некоторые социально-демографические показатели испытуемых достоверно и четко совпадали с представленными механизмами психологической защиты. Данные таблицы 2 отражают следующие закономерности. Значимую роль в проявлении МПЗ составляет предыдущий опыт участия в активных боевых действиях. Так у тех военнослужащих, которые прошли и были готовы к событиям на передовой статистически достоверно действуют зрелые психологические защиты по типу рационализации ($63,0 \pm 15,71$, $p \geq 0,002$) и вытеснение ($50,0 \pm 18,93$, $p \geq 0,032$). Не менее актуальной явилась конкретная форма волеизъявления отправиться в зону боевых действий: добровольцы более активно использовали вытеснение ($51,3 \pm 16,51$, $\text{min-max } 29,0-80,0$, $p \geq 0,017$) и отрицание ($48,9 \pm 23,64$, $\text{min-max } 9,0-91,0$, $p \geq 0,036$), чем военнослужащие, призванные по повестке (вытеснение ($36,8 \pm 15,23$, $\text{min-max } 10,0-70,0$, $p \geq 0,017$) и отрицание ($33,0 \pm 19,79$,

$\text{min-max } 0,0-67,0$, $p \geq 0,036$). Среднее образование также достоверно значимо способствовало применению отрицания при совладении с травматическим стрессом, связанного с боевыми действиями, ($54,8 \pm 20,58$, $\text{min-max } 18,0-91,0$, $p \geq 0,004$). Особое место в формировании предпочтительных механизмов психологической защиты составили внутриличностные характеристики. Вспыльчивым, способных к агрессивным актам военнослужащим проще давались реакции по механизму регрессии ($48,1 \pm 15,73$, $\text{min-max } 12,0-65,0$, $p \geq 0,041$), отрицания ($53,08 \pm 20,26$, $\text{min-max } 9,0-91,0$, $p \geq 0,05$) и компенсации ($45,8 \pm 27,46$, $\text{min-max } 0,0-70,0$, $p \geq 0,044$). Во время проведения исследования все госпитализированные военнослужащие высказывали свои ожидания от лечения, перечисляли определённые проблемы с которыми они столкнутся после стационарного этапа терапии. Здесь наиболее важными и фрустрирующими стали вопросы возможного возвращения в боевое расположение, дальнейшее продолжение военной службы. Как показало исследование все испытуемые данной группы (19 человек) статистически достоверно использовали механизмы защиты замещения ($36,8 \pm 19,16$, $\text{min-max } 0,0-60,0$, $p \geq 0,034$), регрессии ($45,2 \pm 19,24$, $\text{min-max } 18,0-82,0$, $p \geq 0,034$) и гиперкомпенсации ($47,89 \pm 15,48$, $\text{min-max } 20,0-70,0$, $p \geq 0,033$). На наш взгляд, такое вовлечение и распределение психологических защит достаточно полезно выявлять при решении экспертных вопросов и сопоставлять с установочными формами поведения, способностью к аггравации симптомов психических расстройств. Такие социально-демографические показатели как возраст, социальный статус, наследственная отягощенность, вредные привычки, отношение к военной службе, сформированное до участия в боевых столкновениях — не показали значительного влияния ни на используемые механизмы психологической защиты, ни на поддержание психической патологии у военнослужащих (как посттравматической, так и депрессивной).

Заключение.

Таким образом, выбор определенных механизмов психологической защиты, их частота и общая напряженность не связаны с выраженностью и тяжестью психической патологии, включающей депрессивные и диссоциативные симптомы, а также посттравматические стрессовые расстройства. Здесь примечательно, что сочетанное применение защит «вы-

Таблица 2

Значимость механизмов психологической защиты в зависимости от социально-демографическим показателей

Социально-демографический показатель	Группа, (N чел.)	МПЗ	<i>p</i> на уровне $\geq 0,05$	<i>p</i> (апостериорный межгрупповой тест с поправкой Тьюки HSD ANOVA)
Опыт боевых действий до начала СВО	1 группа — нет опыта (43 чел.)	Вытеснение	0,032*	
	2 группа — есть опыт (15 чел.)	Отрицание	0,003*	
		Рационализация	0,002*	
Участие в боевых действиях	1 группа — доброволец (15 чел.)	Вытеснение	0,017	0,017
	2 группа — по повестке (33 чел.)	Отрицание	0,036	0,036
Образование	1 группа — среднее (17 чел.)	Отрицание	0,003	0,004 (1-2 группа) 0,014 (2-3 группа)
	2 группа — специальное (27 чел.)			
	3 группа — высшее (14 чел.)			
Личностные свойства испытуемого	1 группа — гармоничные (11 чел.)	Регрессия	0,084	0,041 (1-2 группа)
	2 группа — вспыльчивость (12 чел.)	Отрицание	0,084	0,05 (2-3 группа)
		3 группа — тревожность (28 чел.)	Компенсация	0,123
Полученные травмы	1 группа — нет (19 чел.)	Отрицание	0,073	0,032 (1-2 группа)
	2 группа — контузия (34 чел.)			
Проблемы, которые беспокоят в текущий момент (после окончания стационарного лечения)	1 группа — возвращение в боевое расположение (19 чел.)	Регрессия	0,038	0,034 (1-3 группа)
		Гиперкомпенсация	0,054	0,033 (1-2 группа)
	2 группа — психич. здоровье (30 чел.)	Замещение	0,057	0,034 (1-3 группа)
	3 группа — вопросы трудоустройства (9 чел.)			

Примечание: * — сравнение двух групп по Т-критерию Стьюдента для независимых выборок.

теснение-проекция» являются более характерными для пациентов с депрессивными и диссоциативными нарушениями, когда для больных с посттравматическими симптомами механизмы регрессии, замещения и компенсации используются чаще. Такое распределение, на наш взгляд, не является случайным. Для поддержания депрессивных проявлений требуется наличие в восприятии больного симптомов деперсонализации и дереализации (эквивалент «вытеснение-проекция»), а посттравматические расстройства поддерживаются на основании запечатления травматического образа (замещение-компенсация) и формирования уклоняющегося поведения (регрессия-компенсация).

Наличие боевого опыта; добровольная форма участия в военных столкновениях; уровень образования (преимущественно среднее); личностные характеристики солдата; ранения и другие повреждения (контузии), полученные в ходе активной фазы СВО; проблемы, с которыми сталкивается каждый военнослужащий после психиатрического

(стационарного) лечения, в частности, возвращение обратно в боевое расположение — достоверно более значимые показатели в выборе бессознательных форм психологической защиты у военнослужащих. В 85 % всех случаев использования защитных механизмов преобладали незрелые формы — отрицание, вытеснение и регрессия (перечислены в порядке убывания по частоте использования). Отметим важность использования такого диагностического инструментария как «Индекс жизненного стиля» (Life Style Index, LSI) на экспертном этапе определения пригодности к дальнейшему продолжению военной службы, так как в ходе исследования у 33 % военнослужащих была выявлена актуализация бессознательных защитных механизмов по типу регрессии, замещения и гиперкомпенсации. Данные психологические схемы могут мешать адекватной и полной оценке психического состояния пациента на этапе выписки из стационара в силу формирования у него установочного (рентного) и/или аггравационного поведения.

В. В. Мельниченко

МЕХАНИЗМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕМАЛЬНОГО ТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Донецк, Российская Федерация*

В статье раскрываются понятия «экстремального травматического стресса» и «боевой психической травмы». Дается описание механизмов психологической защиты у военнослужащих, у которых были верифицированы симптомы посттравматического стрессового расстройства и депрессивные (диссоциативные) нарушения. В исследовании приняло участие 58 человек в возрасте от 21 до 60 лет, которые были разделены на две группы в зависимости от ведущей психосимптоматики. Ранжирование и деление больных происходило по результатам Структурированного клинического диагностического интервью (СКИД). В качестве методического инструментария был выбран опросник «Индекс жизненного стиля» (Life Style Index, LSI). По результатам исследования, выбор определенных механизмов психологической защиты, их частота и общая напряженность не связаны с выраженностью и тяжестью психической патологии, включающей депрессивные и диссоциативные симптомы, а также посттравматические стрессовые расстройства. Наличие боевого опыта; добровольная форма участия в военных столкновениях; уровень образования (преимущественно среднее); личностные характеристики солдата; ранения и другие повреждения (контузии), полученные в ходе активной фазы СВО; проблемы, с которыми сталкивается каждый военнослужащий после психиатрического (стационарного) лечения, в частности, возвращение обратно в боевое расположение — достоверно более значимые показатели в выборе бессознательных форм психологической защиты у военнослужащих.

Ключевые слова: механизмы психологической защиты, ПТСР, депрессия, военнослужащий, травма, стресс.

V. V. Melnichenko

PSYCHOLOGICAL DEFENSE MECHANISMS IN MILITARY SERVICEMEN WITH MENTAL DISORDERS UNDER CONDITIONS OF EXTREME TRAUMATIC STRESS

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «M. Gorky Donetsk State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Donetsk, Russian Federation

The article reveals the concepts of “extreme traumatic stress” and “combat mental trauma. A description is given of the mechanisms of psychological defense in military personnel who have verified symptoms of post-traumatic stress disorder and depressive (dissociative) disorders. The study involved 58 people aged 21 to 60 years, who were divided into two groups depending on the leading psychosymptoms. The ranking and division of patients was based on the results of the Structured Clinical Diagnostic Interview (SCDI). The Life Style Index (LSI) questionnaire was chosen as a methodological tool. According to the results of the study, the choice of certain psychological defense mechanisms, their frequency and overall tension are not associated with the severity and severity of mental pathology, including depressive and dissociative symptoms, as well as post-traumatic stress disorders. Having combat experience; voluntary form of participation in military clashes; level of education (mostly secondary); personal characteristics of a soldier; wounds and other damage (concussions) received during the active phase of SVO; the problems that every soldier faces after psychiatric (inpatient) treatment, in particular, returning back to a combat position, are significantly more significant indicators in the choice of unconscious forms of psychological defense among military personnel.

Keywords: *psychological defense mechanisms, PTSD, depression, military personnel, trauma, stress.*

Список литературы

1. Ясперс К. Общая психопатология. Пер. с нем. Л.О. Акопяна. М.: Практика; 1997. 1056. ISBN 5-88001-021-X.
2. Fleshner M. Physical activity and stress resistance: Sympathetic nervous system adaptations prevent stress-induced immunosuppression. *Exerc Sport Sci Rev.* 2005; 33: 120-126.
3. Greenwood BN, Foley TE, Day HE, Burhans D, Brooks L, Campeau S, Fleshner M. Wheel running alters serotonin (5-HT) transporter, 5-HT1A, 5-HT1B, and alpha 1b-adrenergic receptor mRNA in the rat raphe nuclei. *Biol Psychiatry.* 2005b;57:559–568.
4. Moraska A, Deak T, Spencer RL, Roth D, Fleshner M. Treadmill running produces both positive and negative physiological adaptations in Sprague-Dawley rats. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol.* 2000; 279: 1321-R1329.
5. Maier SF, Watkins LR. Role of the medial prefrontal cortex in coping and resilience. *Brain Res.* 2010; 1355: 52-60.
6. Amat J, Paul E, Zarza C, Watkins LR, Maier SF. Previous experience with behavioral control over stress blocks the behavioral and dorsal raphe nucleus activating effects of later uncontrollable stress: Role of the ventral medial prefrontal cortex. *J Neurosci.* 2006; 26:13264-13272.
7. Poole JC, Dobson KS, Pusch D. Do adverse childhood experiences predict adult interpersonal difficulties? The role of emotion dysregulation. *Child Abuse Negl.* 2018. (дата обращения 10.11.2023) doi: 10.1016/j.chiabu.2018.03.006.
8. A van Dijke, Hopman JAB, Ford JD. Affect dysregulation, psychoform dissociation, and adult relational fears mediate the relationship between childhood trauma and complex posttraumatic stress disorder Independent of the symptoms of borderline personality disorder. *Eur J Psychotraumatol.* 2018. (дата обращения 22.11.2023) doi: 10.1080/20008198.2017.1400878.
9. Uygur ÖF, Tuman TC, Hurşitoğlu O. The relationship between childhood trauma with defense styles in depression patients. *Genel Tıp Dergisi.* 2022. (дата обращения 20.10.2023) doi: 10.54005/geneltip.1091974.
10. Punamäki RL, Kanninen K, Qouta S, El-Sarraj E. The role of psychological defences in moderating between trauma and post-traumatic symptoms among Palestinian men. *Int J Psychology.* 2002. (дата обращения 2.10.2023) doi: 10.1080/00207590244000133.
11. Fang S, Chung MC, Wang Y. The impact of past trauma on psychological distress: the roles of defense mechanisms and alexithymia. *Front Psychol.* 2020. (дата обращения 2.10.2023) doi: 10.3389/fpsyg.2020.00992.
12. Beresford TP. Psychological adaptive mechanisms: Ego defense recognition in practice and research. Oxford: University Press; 2012.

References

1. Jaspers K. Obshhaja psihopatologija. Per. s nem. L.O. Akopjana. M.: Praktika; 1997. 1056. ISBN 5-88001-021-X. (in Russian).
2. Fleshner M. Physical activity and stress resistance: Sympathetic nervous system adaptations prevent stress-induced immunosuppression. *Exerc Sport Sci Rev.* 2005;33:120–126.
3. Greenwood B.N., Foley T.E., Day H.E., Burhans D., Brooks L, Campeau S, Fleshner M. Wheel running alters serotonin (5-HT) transporter, 5-HT1A, 5-HT1B, and alpha 1b-adrenergic receptor mRNA in the rat raphe nuclei. *Biol Psychiatry.* 2005b; 57: 559-568.
4. Moraska A., Deak T., Spencer R.L., Roth D., Fleshner M. Treadmill running produces both positive and negative physiological adaptations in Sprague-Dawley rats. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol.* 2000; 279: 1321-R1329.
5. Maier S.F., Watkins L.R. Role of the medial prefrontal cortex in coping and resilience. *Brain Res.* 2010; 1355: 52-60.
6. Amat J., Paul E., Zarza C., Watkins L.R., Maier S.F. Previous experience with behavioral control over stress blocks the behavioral and dorsal raphe nucleus activating effects of later uncontrollable stress: Role of the ventral medial prefrontal cortex. *J Neurosci.* 2006; 26: 13264-13272.
7. Poole J.C., Dobson K.S., Pusch D. Do adverse childhood experiences predict adult interpersonal difficulties? The role of emotion dysregulation. *Child Abuse Negl.* 2018. (дата обращения 10.11.2023) doi: 10.1016/j.chiabu.2018.03.006.
8. A van Dijke, Hopman J.A.B., Ford J.D. Affect dysregulation, psychoform dissociation, and adult relational fears mediate the relationship between childhood trauma and complex posttraumatic stress disorder Independent of the symptoms of borderline personality disorder. *Eur J Psychotraumatol.* 2018. (дата обращения 22.11.2023) doi: 10.1080/20008198.2017.1400878.
9. Uygur Ö.F., Tuman T.C, Hurşitoğlu O. The relationship between childhood trauma with defense styles in depression patients. *Genel Tıp Dergisi.* 2022. (дата обращения 20.10.2023) doi: 10.54005/geneltip.1091974.
10. Punamäki R.L., Kanninen K., Qouta S., El-Sarraj E. The role of psychological defences in moderating between trauma and post-traumatic symptoms among Palestinian men. *Int J Psychology.* 2002. (дата обращения 2.10.2023) doi: 10.1080/00207590244000133.
11. Fang S., Chung M.C., Wang Y. The impact of past trauma on psychological distress: the roles of defense mechanisms and alexithymia. *Front Psychol.* 2020. (дата обращения 2.10.2023) doi: 10.3389/fpsyg.2020.00992.
12. Beresford T.P. Psychological adaptive mechanisms: Ego defense recognition in practice and research. Oxford: University Press; 2012.

Поступила в редакцию 02.10.2023 г.

УДК: 616.89-008.441.1-057.875+616.9:578.834.1

Е. О. Трошина

ФАКТОРЫ, ОКАЗЫВАЮЩИЕ ВЛИЯНИЕ НА РАЗВИТИЕ ТРЕВОГИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Донецк, Российская Федерация

Тревога — состояние неопределенного беспокойства, волнения в ожидании опасности чего-либо неизвестного [1]. В отличие от страха, состояние тревоги часто не имеет осознаваемой причины беспокойства. Страх вызывают конкретные ситуации или события, тревога же пролонгирована во времени и часто связана с возможностью наступления тех или иных событий. К развитию тревожных симптомов приводят ситуации, которые характеризуются непредсказуемостью, неоднозначностью и новизной [2]. Именно такие ситуации расцениваются человеком в качестве потенциальной и неопределенной угрозы и могут нести опасность для психического здоровья на протяжении длительного времени.

По данным Н. Г. Незнанова и соавт. (2017 г.) распространенность тревожных расстройств в Российской Федерации составляет приблизительно 20%. При этом наиболее часто выставляется диагноз «Смешанное тревожное и депрессивное расстройство» (F41.2), на втором месте по частоте встречаемости — «Расстройство адаптации» (F43.2), на третьем — «Паническое расстройство» (F41.0), на четвертом — «Генерализованное тревожное расстройство» (F41.1) [3]. Эти данные несколько отличаются от предоставленных Всемирной психиатрической ассоциацией (ВПА). По данным ВПА на втором месте по частоте встречаемости находится «Генерализованное тревожное расстройство», затем «Расстройство адаптации» и «Паническое расстройство» [4]. С началом пандемии COVID-19 возросла распространенность тревожных расстройств, исследования в этой области продолжаются и в настоящий момент.

В ходе многочисленных исследований, проведенных в разных странах, было выявлено, что наиболее подвержены влиянию коронавирусного стресса молодые люди [5; 6; 7]. Это обусловило начало изучения психиче-

ского благополучия студенческой молодежи в период пандемии COVID-19. Наибольший интерес представляли студенты медицинских вузов, которые оказывали помощь больным коронавирусной инфекцией. Н. В. Ткаченко и соавт. (2021) пришли к выводу, что студенты, работающие в здравоохранении, имеют повышенный уровень тревоги и низкий уровень стрессоустойчивости [8]. Среди причин повышения тревоги у студентов, оказывающих помощь больным COVID-19, названо отсутствие средств индивидуальной защиты, страх перед заражением и неопределенность относительно даты и способа проведения экстренной сессии.

При этом, авторы работ не учитывали такие данные, как возраст и гендер респондентов, наличие или отсутствие перенесенной коронавирусной инфекции в анамнезе. Кроме того, не было проведено исследований, которые сравнивали бы уровень выраженности тревожных симптомов у работающих и неработающих студентов. Эти факторы обусловили актуальность настоящего исследования.

Целью исследования явилось изучение факторов, влияющих на развитие тревоги у студентов медицинского университета в период пандемии COVID-19.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в декабре 2021 года. В исследовании приняли участие 673 студента, обучающихся с 1 по 6 курс ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. Горького. Респондентам предлагалось заполнить социально-демографическую анкету, включающую вопросы о гендере, возрасте, месте работы, наличии в анамнезе перенесенной коронавирусной инфекции у самих респондентов или их родственников, а также о тяжести данного заболевания. Все респонденты дали добровольное информированное согласие на проведение исследования.

В вопросе о гендерной принадлежности 212 респондентов (31,5 %) указали мужской пол, 461 (68,5 %) — женский. Из всех опрошенных респондентов 96 (14 %) были в возрасте 18-19 лет, 279 (42 %) — в возрасте 20-21 года, 236 (35 %) — 22-23 лет, 62 (9 %) — 24 лет и старше. 16 (2 %) респондентов обучались на первом курсе, 51 (8 %) — на втором, 103 (15 %) — на третьем, 186 (28 %) — на четвертом, 110 (16 %) — на пятом, 207 (31 %) — на шестом. На момент исследования 195 (29 %) студентов работали в лечебно-профилактических учреждениях, оказывающих помощь пациентам с COVID-19, 229 (34 %) студентов работали в лечебно-профилактических учреждениях, не оказывающих помощь пациентам с COVID-19, 249 (37 %) — не работали или их работа не была связана с медицинскими учреждениями. На вопрос о перенесенной коронавирусной инфекции 279 (41 %) респондентов ответили, что не болели, 92 (14 %) — болели бессимптомно, 302 (45 %) — имели симптомы коронавирусной инфекции, соответствующие легкой, средней или тяжелой степени заболевания. Родственники 119 (18 %) респондентов не болели новой коронавирусной инфекцией COVID-19 или болели бессимптомно, 279 (41 %) — болели в легкой форме, получая амбулаторную помощь, родственникам 156 (23 %) респондентов требовалась госпитализация в связи с данным заболеванием, у 119 респондентов (18 %) были родственники, умершие в связи с COVID-19.

Уровень тревоги респондентов оценивался с помощью опросника Generalised Anxiety Disorder Assessment (GAD-7). Шкала GAD-7 валидирована для оценки уровня тревоги и скрининга симптомов генерализованного тревожного расстройства. При пороговом значении 10 баллов чувствительность метода оценки ГТР достигает 89 %, специфичность — 82 % [9]. Респондентам предлагалось самостоятельно заполнить бланк опросника, отметив, какие из перечисленных симптомов наблюдались у них за последние две недели, и как часто.

Статистический анализ полученных данных был проведен в пакете статистической обработки «MedStat». Сравнение выборок проводилось с помощью критерия Kruskal-Wallis, позволяющего сравнить две и более выборки, которые не соответствуют нормальному закону распределения.

Результаты исследования и их обсуждение.

В ходе исследования было выявлено, что

средний уровень тревоги студентов равнялся $4,3 \pm 0,2$ балла, что соответствует верхней границе минимальной тревоги по шкале опросника GAD-7. Среди обследуемых 436 человек (65 %) имели показатели от 0 до 4 баллов, что соответствует минимальному уровню, 146 респондентов (22 %) имели показатели от 5 до 9 баллов, что соответствует умеренному уровню тревоги. Средний уровень с показателями от 10 до 14 баллов наблюдался у 65 (9 %) респондентов, 29 (4 %) обследуемых студентов имели высокий уровень тревоги с показателями от 15 до 21 балла. Таким образом, наличие генерализованного тревожного расстройства (показатель по шкале GAD-7 выше 10 баллов) можно заподозрить у 94 (13 %) обследуемых студентов. Можно сказать, что этот контингент обучающихся требует дополнительных диагностических мероприятий.

Средний показатель тревоги у мужчин составил $3,5 \pm 0,3$ балла, у женщин — $4,6 \pm 0,2$ балла. Выявлено статистически значимое различие между показателями тревоги у мужчин и у женщин ($p = 0,00025 < 0,01$). Выраженность тревожных симптомов у респондентов мужского пола находилась на минимальном уровне, в то время как у респондентов женского пола — приближалась к значению умеренной тревоги.

Возраст не оказывал влияние на выраженность тревожных симптомов студентов медицинского университета во время пандемии COVID-19. Респонденты в возрасте 18-19 лет имели средний показатель тревоги $5,4 \pm 0,5$ балла, в возрасте 20-21 года — $4,1 \pm 0,3$ балла, 22-23 лет — $4,0 \pm 0,3$ балла, в возрасте 24 лет и старше — $4,3 \pm 0,6$ балла. Статистически значимого различия между показателями всех групп не выявлено ($p = 0,2826 \geq 0,05$). Вместе с тем, обращают на себя внимание более выраженные симптомы генерализованного тревожного расстройства у студентов возрастом от 18 до 19 лет. Их показатели соответствуют умеренному уровню тревоги по шкале GAD-7. В то же время, уровень тревоги студентов других возрастных групп соответствует минимальной выраженности и отличается незначительно у студентов разного возраста старше 19 лет.

Сравнение групп студентов, обучающихся на разных курсах медицинского университета, показало незначительные отличия в уровне тревоги обследуемых. Средний показатель тревоги у студентов первого курса равнялся $4,3 \pm 1,2$ балла, второго — $4,7 \pm 0,7$ балла, третьего — $5,5 \pm 0,5$ балла, четверто-

го — $4,1 \pm 0,3$ балла, пятого — $3,8 \pm 0,4$ балла, шестого — $4,0 \pm 0,3$ балла. Обращает на себя внимание умеренная тревога студентов третьего курса и тенденция к повышению тревоги у студентов второго курса. Это может объясняться более высокой учебной нагрузкой, большим количеством сложных предметов и необходимой для запоминания информации на втором и третьем курсах. Изучение сложных медицинских дисциплин в дистанционном формате является дополнительным фактором стресса. Студенты первого, четвертого, пятого и шестого курсов имели минимальный уровень тревоги. Статистически значимого различия между показателями всех групп не выявлено ($p=0,28403 \geq 0,05$).

Факт перенесенной COVID-19, как и наличие или отсутствие симптомов данного заболевания, не оказывал влияния на развитие тревожных симптомов у студентов медицинского университета. Респонденты, которые по данным анкеты не болели COVID-19, имели средний уровень тревоги $4,4 \pm 0,3$ балла, болевшие бессимптомно — $4,0 \pm 0,5$, перенесшие коронавирусную инфекцию в легкой, средней или тяжелой форме — $4,2 \pm 0,3$ балла. Все показатели соответствуют минимальному уровню тревоги. Статистически значимого различия между показателями трех групп выявлено не было ($p=0,837 \geq 0,05$).

В ходе исследования респондентам предлагалось ответить на вопрос о наличии перенесенной коронавирусной инфекции в анамнезе у их родственников. Среди вариантов ответов были следующие: не болели, болели бессимптомно, болели в легкой форме (не требовалась госпитализация), болели в тяжелой форме (требовалась госпитализация), умерли в связи с COVID-19. Респонденты имели возможность выбрать несколько вариантов ответов. При оценке полученных результатов учитывался наиболее неблагоприятный среди всех выбранных вариантов. Статистический анализ полученных данных показал, что наличие или отсутствие перенесенной коронавирусной инфекции в анамнезе у родственников не оказало влияние на выраженность тревоги студентов. Респонденты, чьи родственники не болели COVID-19 или болели бессимптомно имели средний показатель тревоги $3,8 \pm 0,4$ балла. Студенты, чьи родственники перенесли коронавирусную инфекцию в легкой форме, имели средний показатель тревоги $4,2 \pm 0,3$ балла. Средний показатель тревоги респондентов, чьим родственникам требова-

лась госпитализация, составил $4,6 \pm 0,3$ балла. Студенты, родственники которых умерли в связи с COVID-19 имели средний показатель тревоги, равный $4,5 \pm 0,3$ баллам. Выраженность тревожных симптомов у студентов в исследуемых группах можно назвать минимальной. У студентов, чьи родственники перенесли коронавирусную инфекцию в тяжелой форме и студентов, имевших родственников, умерших в связи с данным заболеванием, наблюдалась тенденция к повышению уровня тревоги. Статистически значимого различия между показателями четырех групп выявлено не было ($p=0,0755 \geq 0,05$).

Наибольший интерес представляет различие в выраженности тревожных симптомов в группах студентов, разделенных по месту работы. Средний уровень тревоги у студентов, не работающих или работающих вне медицинских учреждений равнялся $5,3 \pm 0,3$ баллам, работающих в лечебно-профилактических учреждениях, не оказывающих помощь пациентам с COVID-19 — $4,0 \pm 0,3$ баллам, оказывающих помощь больным коронавирусной инфекцией — $3,3 \pm 0,3$ баллам. Выявлено статистически значимое различие между показателями трех групп ($p=0,0005 < 0,01$). У студентов, которые не работали или работали не в медицине тревога достигала умеренного уровня по шкале GAD-7, в то время, как у работающих студентов уровень тревоги был минимальным. Студенты, работающие с больными коронавирусной инфекцией, имели наименьший показатель тревоги среди всех трех групп. Объяснений этому может быть несколько. Возможно, студенты, которые приняли решение работать в красной зоне, изначально имели более высокий уровень стрессоустойчивости в сравнении со своими коллегами. Их адаптационных ресурсов оказалось достаточно для того, чтобы продолжать продуктивно работать, обучаться и устоять перед воздействием стрессовых факторов. Кроме того, есть вероятность, что для работающих студентов исчезал фактор непредсказуемости и новизны возникшей ситуации, что уменьшило выраженность тревоги. Студенты, работающие в красной зоне, имели более достоверную информацию о пандемии COVID-19, у них была возможность самостоятельно наблюдать ход течения заболевания и его возможные исходы. Это наиболее эффективный способ получения информации. Студенты, которые не работали с больными коронавирусной инфекцией могли узнать о ней только от третьих лиц, из сети Интер-

нет, средств массовой информации и других источников, которые уже претерпели изменения в виде интерпретации автором полученной информации, то есть, были в большей или меньшей степени субъективными. Еще одно вероятное объяснение заключается в том, что студенты, работающие в тяжелых условиях коронавирусных отделений, могли быстрее, чем их коллеги достичь второй стадии стресса по Г. Селье — стадии сопротивления [10]. В таком случае, низкий уровень тревоги у респондентов этой группы может являться фазой «многого благополучия» перед началом стадии истощения. Данный вопрос требует дальнейшего исследования для подтверждения или опровержения каждой из гипотез.

Выводы. Уровень тревоги студентов медицинского университета в среднем имеет минимальные показатели, но есть тенденция к увеличению выраженности тревожных симптомов. Уровень тревоги 94 респондентов по данным шкалы GAD-7 может иметь клинически значимую выраженность.

В наибольшей степени на развитие тревожных симптомов влияет гендерная принадлежность и место работы студентов. Женщины более подвержены развитию тревоги, чем мужчины. Студенты, не работающие или работающие не в медицине, имеют более выраженные симптомы тревоги, чем студенты, работающие в лечебно-профилактических учреждениях. При этом минимальная выраженность тревоги наблюдается у студентов, оказывающих помощь больным COVID-19. Наблюдается тенденция к увеличению тревоги у студентов в возрасте 18-19 лет, а также у студентов 3 курса, но эти данные не имеют статистического подтверждения. Наличие в анамнезе перенесенной коронавирусной инфекции у самих студентов или их родственников не оказало влияние на выраженность тревожных симптомов. Открытым остается вопрос о причинах найденных различий и механизмах формирования стрессоустойчивости у студентов медицинского университета. Данный вопрос требует дальнейшего изучения.

Е. О. Трошина

ФАКТОРЫ, ОКАЗЫВАЮЩИЕ ВЛИЯНИЕ НА РАЗВИТИЕ ТРЕВОГИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Донецк, Российская Федерация*

Цель исследования: изучение факторов, влияющих на развитие тревоги у студентов медицинского университета в период пандемии COVID-19.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 673 студента. 212 (31,5 %) — мужчины, 461 (68,5 %) — женщины. 96 (14 %) респондентов были в возрасте 18-19 лет, 279 (42 %) — в возрасте 20-21 года, 236 (35 %) — 22-23 лет, 62 (9 %) — 24 лет и старше. 16 (2 %) обучались на первом курсе, 51 (8 %) — на втором, 103 (15 %) — на третьем, 186 (28 %) — на четвертом, 110 (16 %) — на пятом, 207 (31 %) — на шестом. 195 (29 %) студентов работали в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ), оказывающих помощь пациентам с COVID-19, 229 (34%) работали в ЛПУ, не оказывающих помощь пациентам с COVID-19, 249 (37 %) — не работали или их работа не была связана с медицинскими учреждениями. 279 (41 %) респондентов не болели коронавирусной инфекцией, 92 (14 %) — болели бессимптомно, 302 (45 %) — имели симптомы коронавирусной инфекции. Родственники 119 (18 %) респондентов не болели COVID-19 или болели бессимптомно, 279 (41 %) — болели в легкой форме, получая амбулаторную помощь, родственникам 156 (23 %) респондентов требовалась госпитализация, у 119 респондентов (18 %) были родственники, умершие в связи с COVID-19. Уровень тревоги респондентов оценивался с помощью опросника Generalised Anxiety Disorder Assessment (GAD-7).

Результаты и их обсуждение. Средний уровень тревоги студентов равнялся $4,3 \pm 0,2$ балла, что соответствует верхней границе минимальной тревоги. Оценка отличий выраженности тревоги по гендерному признаку показала статистически значимый результат ($p=0,00025 < 0,01$). Возраст не оказывал влияние на выраженность тревожных симптомов ($p=0,2826 \geq 0,05$), как и курс, на котором обучались студенты ($p=0,28403 \geq 0,05$). Наличие коронавирусной инфекции в анамнезе у самих студентов ($p=0,837 \geq 0,05$) или их родственников ($p=0,0755 \geq 0,05$) не оказывало влияние

на уровень тревоги. Студенты, не работающие с больными коронавирусной инфекцией, имели более высокий уровень тревоги ($p=0,0005 < 0,01$).

Выводы. Уровень тревоги студентов медицинского университета в среднем имеет минимальные показатели, но есть тенденция к увеличению выраженности тревожных симптомов. Уровень тревоги 94 респондентов по данным шкалы GAD-7 может иметь клинически значимую выраженность. Открытым остается вопрос о причинах найденных различий и механизмах формирования стрессоустойчивости у студентов медицинского университета. Данный вопрос требует дальнейшего изучения.

Ключевые слова: тревога, пандемия, COVID-19, студенты, факторы стресса.

E. O. Troshina

FACTORS AFFECTING THE DEVELOPMENT OF ANXIETY IN MEDICAL UNIVERSITY STUDENTS DURING THE COVID-19 PANDEMIC

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «M. Gorky Donetsk State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Donetsk, Russian Federation

Aim: study of factors influencing the development of anxiety among medical university students during the COVID-19 pandemic.

Materials and methods. The study involved 673 students. 212 (31,5 %) are men, 461 (68,5 %) are women. 96 (14 %) of the respondents were aged 18-19, 279 (42 %) were aged 20-21, 236 (35 %) were 22-23, 62 (9 %) were 24 or older. 16 (2 %) were in the first year, 51 (8 %) in the second, 103 (15 %) in the third, 186 (28 %) in the fourth, 110 (16 %) in the fifth, 207 (31 %) on the sixth. 195 (29 %) students worked in health care facilities providing care to patients with COVID-19, 229 (34 %) worked in health facilities not providing care to patients with COVID-19, 249 (37 %) did not work or their work was not related to medical institutions. 279 (41 %) respondents did not have coronavirus infection, 92 (14 %) were asymptomatic, 302 (45 %) had symptoms of coronavirus infection. Relatives of 119 (18 %) respondents did not have COVID-19 or were asymptomatic, 279 (41 %) had mild illness while receiving outpatient care, relatives of 156 (23 %) respondents required hospitalization, 119 respondents (18 %) had relatives who died due to COVID-19. Respondents' level of anxiety was assessed using the Generalized Anxiety Disorder Assessment (GAD-7) questionnaire.

Results and its discussion. The average level of students' anxiety was $4,3 \pm 0,2$ points, which corresponds to the upper limit of the minimum anxiety. Evaluation of differences in the severity of anxiety by gender showed a statistically significant result ($p=0,00025 < 0,01$). Age did not affect the severity of anxiety symptoms ($p=0,2826 \geq 0,05$), as did the course in which the students studied ($p=0,28403 \geq 0,05$). The presence of coronavirus infection in the history of the students themselves ($p=0,837 \geq 0,05$) or their relatives ($p=0,0755 \geq 0,05$) did not affect the level of anxiety. Students not working with patients with coronavirus infection had a higher level of anxiety ($p=0,0005 < 0,01$).

Conclusions. The level of anxiety among students of the Medical University, on average, has minimal indicators, but there is a tendency to increase the severity of anxiety symptoms. The anxiety level of 94 respondents according to the GAD-7 scale may have a clinically significant severity. The question of the causes of the found differences and the mechanisms of the formation of stress resistance in medical university students remains open. This issue requires further study.

Keywords: anxiety, pandemic, COVID-19, students, stress factors.

Литература

1. Ожегов С. И., Шведова Н. Ю. Толковый словарь русского языка: 80 000 слов и фразеологических выражений. 4-е изд. М.; 1997. 944.
2. Whalley M., Kaur H. Living with worry and anxiety amidst global uncertainty. Psychology Tools Limited. 2020. 15.
3. Незнанов Н. Г., Мартынихин И. А., Мосолов С. Н. Диагностика и терапия тревожных расстройств в Российской Федерации: результаты опроса врачей-психиатров. Современная терапия психических расстройств. 2017; 2: 2-15.

4. Reed G. M., Mendonça Correia J., Esparza P., Saxena S., Maj M. The WPA — WHO Global Survey of Psychiatrists' Attitudes Towards Mental Disorders Classification. *World Psychiatry*. 2011; 10 (2): 118-131.
5. El Keshky MES, Alsabban A.M., Basyouni S.S. The psychological and social impacts on personal stress for residents quarantined for COVID-19 in Saudi Arabia. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2021; 35 (3): 311-316.
6. Daly, M., Robinson, E. Psychological distress and adaptation to the COVID-19 crisis in the United States. *Journal of Psychiatric Research*. 2021; 136: 603—609.
7. Kagan, A. R., Levi, L. Health and environment — psychological stimuli: a review. *Society, Science and Medicine*. 1974; 8 (5): 225-241.
8. Ткаченко Н. В., Абаева А. Б., Червонный М. О., Кивва А. А. Определение показателей психического здоровья студентов-медиков, работающих в сфере здравоохранения в условиях пандемии COVID-19. *StudNet*. 2021; URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/opredelenie-pokazateley-psihicheskogo-zdorovya-studentov-medikov-rabotayuschih-v-sfere-zdravooxraneniya-v-usloviyah-pandemii-covid> (дата обращения: 05.06.2023).
9. Robert L. Spitzer, MD; Kurt Kroenke, MD; Janet B.W. Williams, DSW. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. *Arch Intern Med*. 2006; 166 (10): 1092-1097.
10. Selye H., Experimental evidence supporting the conception of «adaptation energy. *Am. J. Physiol*. 1938; 123: 758-765.

References

1. Ozhegov S. I., Shvedova N. Yu. *Tolkovyi slovar' russkogo yazyka: 80 000 slov i frazeologicheskikh vyrazhenii* 4th vol. Moscow; 1997. 944. (in Russian)
2. Whalley M., Kaur H. *Living with worry and anxiety amidst global uncertainty*. Psychology Tools Limited. 2020. 15.
3. Neznanov N. G., Martynikhin I. A., Mosolov S. N. *Diagnostika i terapiya trevozhnykh rasstroystv v Rossiiskoi Federatsii: rezul'taty oprosa vrachei-psikhiatrov. Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroystv*. 2017; 2: 2-15. (in Russian)
4. Reed G. M., Mendonça Correia J., Esparza P., Saxena S., Maj M. The WPA — WHO Global Survey of Psychiatrists' Attitudes Towards Mental Disorders Classification. *World Psychiatry*. 2011; 10 (2): 118-131.
5. El Keshky MES, Alsabban A.M., Basyouni S.S. The psychological and social impacts on personal stress for residents quarantined for COVID-19 in Saudi Arabia. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2021; 35 (3): 311-316.
6. Daly, M., Robinson, E. Psychological distress and adaptation to the COVID-19 crisis in the United States. *Journal of Psychiatric Research*. 2021; 136: 603—609.
7. Kagan, A. R., Levi, L. Health and environment — psychological stimuli: a review. *Society, Science and Medicine*. 1974; 8 (5): 225-241.
8. Tkachenko N. V., Abaeva A. B., Chervonnyi M. O., Kivva A. A. *Opredelenie pokazatelei psikhicheskogo zdorov'ya studentov-medikov, rabotayushchikh v sfere zdavookhraneniya v usloviyakh pandemii COVID-19*. *StudNet*. 2021; Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/opredelenie-pokazateley-psihicheskogo-zdorovya-studentov-medikov-rabotayuschih-v-sfere-zdravooxraneniya-v-usloviyah-pandemii-covid> (date: 05.06.2023). (in Russian)
9. Robert L. Spitzer, MD; Kurt Kroenke, MD; Janet B.W. Williams, DSW. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. *Arch Intern Med*. 2006; 166 (10): 1092-1097.
10. Selye H., Experimental evidence supporting the conception of «adaptation energy. *Am. J. Physiol*. 1938; 123: 758-765.

Поступила в редакцию 05.07.2023 г.

УДК 159.942:316.61/.62]:[616.9:578.834.1]-036./21-053.81

К. В. Ковалева

ВЗАИМОСВЯЗЬ РАННИХ ДЕЗАДАПТИВНЫХ СХЕМ, НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ И ОСОБЕННОСТЕЙ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Донецк, Российская Федерация

Не смотря на отмену Всемирной организацией здравоохранения режима чрезвычайной ситуации, связанного с коронавирусной инфекцией SARS-CoV-2 [1], действовавшего с 30 января 2020 г. по 5 мая 2023 г., последствия воздействия пандемии COVID-19 на психическое здоровье и психологическое благополучие населения продолжают изучаться как в отечественной, так и в зарубежной науке. Наибольший объем публикаций по данной теме приходится на 2020–2021 гг., однако до сих пор продолжается обобщение и систематизация полученных в период пандемии данных, рефлексия «пандемического опыта» и анализ предикторов дезадаптивного реагирования личности в условиях массивного стрессового воздействия, а также поиск наиболее эффективных способов противостояния глобальным жизненным трудностям, с которыми продолжает сталкиваться общество в третьем десятилетии XXI века.

Отдельную категорию публикаций представляют освещения психоневрологических последствий перенесенной коронавирусной инфекции: цереброваскулярные нарушения, менингоэнцефалит, неспецифическая неврологическая симптоматика, «постковидный синдром» и др. [2, 3]. Однако, большой научный интерес среди психиатров и психологов вызвали также психолого-психиатрические феномены, сопровождавшие пандемию на всех этапах её развития, опосредованные высоким уровнем напряжения в социуме (в том числе, среди неинфицированных людей), связанных как с непосредственной угрозой жизни/здоровью, так и с рядом социальных, экономических и политических изменений в повседневной жизни [4–7].

Так, в испанском национальном исследовании, проведенном на выборке в 3055 чело-

век, 36 % участников оценивали уровень психологического воздействия пандемии на их психическое состояние от умеренного до тяжелого, 25 % указывали на наличие тревоги (от легкой до тяжелой степени), у 41 % отмечались симптомы депрессии [8]. На основе систематизированного обзора данных, проведенного Xiong J. и соавт., был сделан вывод, о том, что среди населения в Китае, Великобритании, США, Испании, Италии, Индии, Дании, Турции, Иране и Непале в период борьбы с пандемией были зафиксированы достаточно высокие показатели тревожности (от 6 до 51 %), депрессии (от 15 до 48 %), посттравматического стрессового расстройства (от 7 до 54 %), ощущения психологического дистресса (от 34 до 38 %) и стресса (от 8 до 82 %) [9].

Отдельными авторами предпринимались попытки обобщения полученных данных для выделения специфических критериев диагностики нарушений, вызванных многофакторным пандемическим стрессом, которые затем были названы «коронавирусным синдромом», возникающим после получения так называемой «психотравмы, вызванной COVID-19», который по тяжести психопатологических нарушений приравнялся к посттравматическому стрессовому расстройству [10]/ «коронафобией», симптомы которой приближены к критериям специфической (изолированной) фобии в соответствии с международными классификациями психических расстройств [11] / «пост-пандемическим стрессовым расстройством» — «post-pandemic stress disorder (PPSD)» [12].

Таким образом, большинство научных работ по указанной тематике сфокусировано на последствиях влияния пандемии на психологическое состояние людей с точки зрения биологического и информационного воздей-

ствия, а также изменений привычного образа жизни. По нашему мнению, наибольший интерес в рамках личностно-ориентированного подхода в психиатрии представляет раскрытие закономерностей дезадаптивного влияния пандемического дистресса на личность с учетом индивидуальных особенностей когнитивной переработки инфодемической информации и конкретных механизмов, обеспечивающих реагирование на стрессовую ситуацию с формированием состояния адаптации/дезадаптации к ней.

В данном контексте представляется универсальной концепция ранних дезадаптивных схем, разработанная Дж. Янгом в рамках психотерапевтического подхода «схема-терапия», основывающегося на эклектическом использовании когнитивно-поведенческой терапии, гештальт-терапии, а также теориях конструктивистских и психоаналитических школ [13]. Ранние дезадаптивные схемы (РДС) — это комплекс защитных эмоциональных и когнитивных паттернов (создающих определенный «фильтр» восприятия, через который отображается только соответствующая схемам информация, искажающая общую картину ситуации в соответствии с содержанием конкретной схемы), формирующихся на основании травматичного детского опыта переживания фрустрации потребностей, виктимизации, отсутствия ограничений или идентификации себя со значимыми другими. Согласно основному положению схема-терапии, РДС присутствуют в структуре психики каждого человека, но в процессе получения коррективного жизненного опыта возможна достаточная их компенсация для удовлетворительного личностного функционирования. Однако, в случае возникновения трудной жизненной ситуации (когда имеется дисбаланс в системе отношений человека с окружающим миром, затрудняющий реализацию его стремлений, ценностей и целей [14]), схемы могут актуализироваться и оказывать своё деструктивное влияние на психическую деятельность. По нашему мнению, под воздействием массивного и травматичного стрессового воздействия пандемии COVID-19 дезадаптивные схемы непроизвольно «включаются» в систему психической адаптации, искажая восприятие поступающей информации и эмоциональное реагирование, что ведёт за собой декомпенсацию, проявляющуюся, в том числе, на уровне предболезненных или же пограничных психических состояний.

Система психической адаптации имеет многокомпонентную структуру, обеспечивающую гибкое приспособление личности к изменяющимся внешним условиям, и может быть описана с точки зрения наличия «барьера психической адаптации», описанного Ю. А. Александровским [15], и состоящего из функционально-целостных подсистем (эмоционального реагирования, эндокринно-гуморальной регуляции, социально-психологических контактов, поиска, восприятия и переработки информации и др.), динамически связанных между собой и через создание новых интегративных качеств определяющих адаптированную психическую деятельность. Возникновение состояния психической дезадаптации, таким образом, обусловлено общей дестабилизацией функциональной активности представленной системы и выражается в невозможности адекватного и целенаправленного реагирования личности в психотравмирующей ситуации, которая становится «экстремальной» или же «травматической». Согласно С. Б. Семичову, в отличие от общего термина «дезадаптация», который зачастую трактуется широко (в контексте от нормы до манифестной психической патологии любой степени выраженности), под состоянием «психической дезадаптации» в узком смысле следует понимать лишь те функциональные нарушения, которые составляют содержание предболезни и достигают степени субклинических расстройств, имея достаточную длительность и интенсивность принадлежащих определённому спектру психических расстройств проявлений [16].

Безусловно, невозможно рассмотрение адаптации к стрессовой ситуации в отрыве от процессуальной стороны её реализации, которая представлена копингом (от англ. *«to cope with»* — «справляться с»). По определению С. Фолкмана и Р. Лазаруса, копинг представляет собой комплекс динамически меняющихся когнитивных и эмоциональных усилий, прилагаемых личностью для преодоления специфических внешних и/или внутренних требований, превышающих ресурсы личности и вызывающих, как следствие, чрезмерное напряжение [17]. Согласно определению Т. Л. Крюковой, копинг — это целенаправленное поведение, позволяющее человеку справиться со стрессовыми обстоятельствами «способами, адекватными личностным особенностям и ситуации» [18, с. 9], что конгруэнтно современному методологическому под-

ходу рассмотрения совладающего поведения с позиции субъектности (в соответствии с которой человек выступает в качестве субъекта своей жизни, активно преодолевая возникающие на его жизненном пути трудности вопреки давлению внешних обстоятельств) и общей концепции настоящего исследования.

Процесс преодоления стрессовой ситуации структурно может быть рассмотрен, как трехкомпонентная система, состоящая из копинг-ресурсов (личностных — субъективные представления о собственных способностях и навыках, имеющийся опыт преодоления схожих проблем, оптимизм и др. позитивные качества, и социальных — наличие эмоциональной и практической поддержки от социального окружения), копинг-стратегий (специфических когнитивных стратегий взаимодействия со стрессовыми условиями и контроля эмоционального реагирования) и копинг-поведения, как системообразующего звена процесса реализации определенного набора паттернов поведения и реагирования в стрессовой ситуации, с учетом имеющихся на настоящий момент копинг-ресурсов, индивидуально-личностных характеристик и динамических свойства индивида [17]. Такое подробное рассмотрение всех компонентов совладающего поведения демонстрирует наличие достаточно большого количества «уязвимых» мест для воздействия ранних дезадаптивных схем, которые могут искажать как личностные и социальные ресурсы, т.е. представления о собственной компетентности в различных жизненных сферах и ожидания от поведения других людей, так и эмоциональные и/или когнитивные паттерны, влияющие на копинг-поведение и, как следствие, результативность совладания с травматической ситуацией.

Цель работы: изучение выраженности и структурных особенностей ранних дезадаптивных схем, а также их влияния на показатель нервно-психической адаптации и активность копинг-стратегий у лиц молодого возраста, пребывающих в условиях воздействия пандемического коронавирусного стресса.

Материалы и методы исследования. В исследовании принимали участие 220 студентов медицинского вуза в возрасте 19-26 лет (средний возраст — $20,7 \pm 0,9$ лет), из них: мужчины — 71 чел. (32,3%), женщины — 149 чел. (67,7%). Анализ полученных результатов осуществлялся в зависимости от уровня нервно-психической адаптации (НПА) в соответствии со значениями многомерной шкалы психоди-

агностической методики «Тест нервно-психической адаптации» (ПНИИ им. В. М. Бехтерева) [19]. Применение теста валидизировано для проведения двухшаговых скрининговых процедур — для первого шага скрининга, позволяя расслоить популяцию по уровню нервно-психического здоровья. В основную группу (130 чел.) вошли респонденты с признаками психической дезадаптации (результат от -1,03 и более баллов). Распределение респондентов основной группы по полу было следующим: мужчины — 31 чел. (23,8%), женщины — 99 чел. (76,2%). Группу сравнения составили 90 чел. в состоянии здоровья/оптимальной адаптации (-1,04 и менее баллов), из них: мужчин — 40 чел. (44,4%), женщин — 50 чел. (55,6%).

Для оценки активности РДС использовалась методика «Диагностика ранних дезадаптивных схем» (Young Shema Questionnaire — Short Form Revised, YSQ-S3R) Дж. Янга в адаптированном варианте П. М. Касьяник и Е. В. Романовой [20]. В инструкции респондентам предлагается 90 вопросов, которые отражают наличие 18 ранних дезадаптивных схем, объединенных в 5 доменов. Интерпретация результатов проводилась по сумме баллов с соответствующей оценкой уровня выраженности от 5 до 30 баллов для каждой схемы.

Для исследования стратегий совладающего поведения использовалась методика «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях (CISS)» С. Нормана, Д. Ф. Эндлера, Д. А. Джеймса, М. И. Паркера в адаптированном варианте Т. Л. Крюковой [21]. Опросник состоит из 48 вариантов поведения в стрессовой ситуации, которые оцениваются испытуемым по шкале от 1 до 5 (1 — «никогда», 2 — «редко», 3 — «иногда», 4 — «чаще всего», 5 — «очень часто»). При обработке результатов, с учетом ключа, суммируются баллы по трем основным шкалам: копинг, ориентированный на решение задачи/проблемы; копинг, ориентированный на эмоции; копинг, ориентированный на избегание. В шкале избегания также выделяют две субшкалы — отвлечения и социального отвлечения. Чем выше значение, тем чаще избирается отдельная копинг-стратегия.

Статистическая обработка данных, полученных в результате исследования, проводилась с применением стандартных методов описательной статистики с использованием лицензионного пакета «Statistica 10.0» (StatSoft) и таблиц MS Excel на IBM PC/AT.

Для выявления и оценки тесноты связи между двумя рядами сопоставляемых количественных показателей использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Статистическая значимость полученного коэффициента и сравнение показателей двух независимых выборок (при анализе результатов групп сравнения) оценивались с помощью *t*-критерия Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение. Исходя из анализа показателей методики YSQ-S3R (табл. 1), ведущими схемами среди всего контингента обследованных лиц, более выраженными у респондентов основной группы, являются: «Жесткие стандарты / Придирчивость» ($p=0,00$) и «Поиск одобрения» ($p=0,00$). Таким образом, лица молодого возраста в целом склонны предъявлять крайне высокие требования к себе (зачастую иррационально интернализованные в раннем возрасте), ощущают постоянное давление и испытывают хроническую неудовлетворенность от своей деятельности/ внешности/ уровня достижений, а также фиксированы на оценке со стороны окружающих. Следует отметить, что схема «Привилегированность/ Грандиозность», одинаково выраженная у респондентов обеих групп ($p=0,17$) в диагностически значимых границах, отражает общую тенденцию ожидания особого отношения к себе, «отсутствия границ» и пренебрежения общепринятыми рамками социального взаимодействия, а также фиксацию на внешних признаках успешности и превосходства, характерную для указанной выборки молодых людей. Подобные убеждения могут снижать эффективность адаптации личности в значимых сферах жизни, искажать когнитивную оценку ситуации, а также значительно осложнять достижение комплаенса в ходе психотерапевтических интервенций.

В то же время, у респондентов основной группы отмечена высокая активность РДС «Покинутость/Нестабильность» ($p=0,00$); «Самопожертвование» ($p=0,00$); «Негативизм/Пессимизм» ($p=0,00$); «Недоверие/Ожидание жестокого обращения» ($p=0,00$). Таким образом, молодые люди, обнаруживающие признаки психической дезадаптации, ощущают нестабильность/ненадежность мира и других людей, предпочитают пренебрегать собственными потребностями и действовать в ущерб развитию собственной идентичности, стараясь таким образом получить от окружающих одобрение, принятие и внимание. Также они

обнаруживают склонность к пессимистическому взгляду на жизнь, фокусированию на негативных аспектах происходящих событий наряду с ожиданием того, что они могут стать объектом манипуляций, лжи или будут отвергнуты из-за своих кажущихся недостатков или неправильного поведения.

Активация указанных ранних дезадаптивных схем, отражающих комплекс дисфункциональных эмоциональных, когнитивных и поведенческих паттернов, в период пандемии COVID-19 является, безусловно, неблагоприятным предиктором развития состояния психической дезадаптации с возможной манифестацией предболезненных или же пограничных психических расстройств.

Это также подтверждается анализом влияния РДС на уровень нервно-психической адаптации у респондентов основной группы, средний показатель которой составил $1,31 \pm 1,80$ (95% ДИ: 1,68-2,14) и отражает наличие психической дезадаптации, тогда как в группе сравнения был выявлен результат в $2,01 \pm 0,64$ (95% ДИ: 0,56-0,75), соотносимый с категорией «здоровье» ($p \leq 0,05$). Так, при проведении корреляционного анализа с использованием коэффициента корреляции Спирмена в данной группе были выявлены прямые связи слабой и средней силы ($p \leq 0,05$) между РДС «Покинутость/Нестабильность» ($r=0,19$), «Эмоциональная депривированность» ($r=0,27$), «Дефективность/Стыдливость» ($r=0,22$), «Социальная отчужденность» ($r=0,25$), «Зависимость/Беспомощность» ($r=0,26$), «Уязвимость» ($r=0,19$), «Неуспешность» ($r=0,36$), «Недостаточность самоконтроля» ($r=0,21$), «Покорность» ($r=0,29$) и уровнем нервно-психической адаптации. Тогда как в группе сравнения была определена лишь одна статистически значимая обратная корреляционная взаимосвязь средней силы между схемой «Негативизм/Пессимизм» и НПА ($r=-0,30$), т. е. уменьшение негативных ожиданий от различных жизненных ситуаций способствует улучшению нервно-психической адаптации, что позволяет предположить, что оптимизм является одним из компонентов успешного функционирования адаптационного потенциала личности.

Относительно активности копинг-стратегий, наиболее высокие значения были определены для проблемно-ориентированного копинга (ПОК) как у респондентов основной группы ($57,6 \pm 8,1$ балла, $p \leq 0,05$), так и у респондентов группы сравнения ($59,9 \pm 8,2$ балла,

Таблица 1

**Общие результаты выраженности ранних дезадаптивных схем
у лиц молодого возраста в ситуации пандемического коронавирусного стресса**

№ п/п	Ранние дезадаптивные схемы	Основная группа (n = 130 чел.)		Группа сравнения (n = 90 чел.)	
		X	SD	X	SD
<i>Домен I. Нарушение связей и отвержение</i>					
1	Покинутость / Нестабильность	16,0*	6,0	12,4*	4,0
2	Недоверие / Ожидание жестокого обращения	15,3*	5,1	12,3*	4,5
3	Эмоциональная депривированность	10,3*	5,2	8,0*	3,8
4	Дефективность / Стыдливость	9,2*	4,7	7,0*	3,0
5	Социальная отчужденность	11,6*	5,3	9,3*	4,1
<i>Домен II. Нарушение автономии и эффективности</i>					
6	Зависимость / Беспомощность	10,1*	4,2	7,5*	2,9
7	Уязвимость	12,0*	4,5	8,8*	3,7
8	Спутанность / Неразвитая идентичность	12,4*	4,7	11,0*	3,9
9	Неуспешность	12,7*	5,4	9,6*	4,0
<i>Домен III. Нарушение границ</i>					
10	Привилегированность / Грандиозность	16,1	4,7	15,1	5,0
11	Недостаточность самоконтроля	14,2*	4,5	11,8*	3,7
<i>Домен IV. Направленность на окружающих</i>					
12	Покорность	12,5*	4,7	9,6*	3,1
13	Самопожертвование	15,8*	4,6	13,7*	4,2
14	Поиск одобрения	17,7*	5,7	15,3*	5,3
<i>Домен V. Чрезмерная ответственность и жесткие стандарты</i>					
15	Негативизм / Пессимизм	15,7*	5,3	12,0*	4,3
16	Подавление эмоций	14,1*	5,7	11,1*	4,6
17	Жесткие стандарты / Придирчивость	18,9*	4,7	16,7*	4,3
18	Пунитивность	13,6*	4,5	11,6*	3,9
Общий показатель		248,1*	51,0	203,0*	37,2

Примечания: * — достоверность статистических различий между группами сравнения при $p \leq 0,05$.

$p \leq 0,05$), который считается наиболее адаптивной формой совладания со стрессом. Таким образом, лица молодого возраста при возникновении стрессовой ситуации выбирают фокусирование на проблеме и возможных способах её решения, обращаются к собственному опыту и ориентированы на практическую реализацию своих планов при стремлении к мак-

симально эффективному тайм-менеджменту. Однако, излишнее стремление к контролю ситуации и чрезмерная рационализация, особенно в случае длительного и массивного воздействия стрессоров, сопровождающих пандемию COVID-19, большинство из которых не подвластны изменениям усилиями отдельной личности, может привести к нара-

танию тревожно-депрессивной симптоматики и снизить эффективность адаптационных реакций.

Условно-адаптивный вид копинга, ориентированный на избегание (КОИ), использовался респондентами обеих групп с одинаковой частотой: основная группа — $47,7 \pm 9,6$ балла, группа сравнения — $49,3 \pm 10,3$ балла ($p \geq 0,05$). Так, молодые люди в ситуации пандемического стресса зачастую стремились к получению удовольствия от действий, непосредственно не связанных со стрессовой ситуацией, таких как приятные покупки, вкусная еда, чтение книг и просмотр кинематографических произведений, а также дистанцировались от ситуации через пребывание в одиночестве (субшкала «отвлечение» — $21,9 \pm 5,2$ балла, $p \geq 0,05$), либо же путем получения поддержки от близких, разделяя с ними свои переживания (субшкала «социальное отвлечение» — $17,0 \pm 4,1$ балла, $p \geq 0,05$).

Наименьшие значения среди всего контингента обследуемых были получены относительно эмоционально-ориентированных копинг-стратегий (ЭОК), которые, однако, значимо преобладали у лиц с признаками психической дезадаптации ($44,2 \pm 10,1$ балла) над группой сравнения ($34,3 \pm 7,6$ балла) на уровне $p \leq 0,01$. Данный дезадаптивный тип совладающего поведения характеризуется склонностью к проявлению внешней и внутренней агрессии, фокусированию на собственных недостатках, раздражением и/или апатией с переживанием субъективно невыносимого нервного напряжения, а также фиксацией на собственной неспособности совладать со стрессовой ситуацией вплоть до развития синдрома выученной беспомощности [22] с генерализацией этого ощущения на другие жизненные ситуации.

В ходе исследования также были определены корреляционные взаимосвязи между активностью отдельных ранних дезадаптивных схем и копинг-стратегиями, представленные в таблице 2. Так, наиболее подверженным дисфункциональному влиянию РДС является копинг, ориентированный на эмоции — значимые прямые корреляционные связи были выявлены в отношении 15 из 18 схем в основной группе, а также для 7 схем в группе сравнения. Таким образом, с увеличением активности схемы (проявляющейся в усилении дезадаптивных когнитивных способов переработки информации, выражения эмоций и последующем развитии дисфункциональных пове-

денческих паттернов), увеличивается частота использования эмоциональных приемов совладания со стрессом, что позволяет определить данный вид стратегий в качестве одной из основных «мишеней» психокоррекционного вмешательства.

Наибольшее влияние на все копинг-стратегии оказывают РДС «Зависимость/Беспомощность» и «Покорность», при этом на ЭОК они действуют прямым образом, а в отношении ПОК и КОИ были определены обратные корреляционные связи слабой и средней силы. Таким образом, неспособность самостоятельно управлять своей жизнью и принимать важные решения, так же как подчинение собственных потребностей и эмоций в пользу других людей, обусловленные избеганием возможных трудностей в межличностных отношениях (агрессии, недовольства, наказания и т. п.) снижают эффективность использования адаптивных способов совладания со стрессом.

Следует отметить отрицательное влияние таких РДС, как «Эмоциональная депривированность» ($r = -0,21$), «Спутанность / Неразвитая идентичность» ($r = -0,26$), «Неуспешность» ($r = -0,35$) на проблемно-ориентированный копинг, который считается наиболее успешным вариантом совладания со стрессом. Хотя указанные схемы относятся к разным доменам, их объединяет убеждение в собственной несостоятельности и низкая самооценка, которые могут стать ключевым дестабилизируемым фактором в процессе принятия решения и выбора поведенческой стратегии. А схема «Недостаточность самоконтроля» ($r = -0,44$), отражающая неспособность (либо нежелание) выдерживать фрустрацию, сложности в регулировании импульсивного поведения и проблемы с самодисциплиной, способствует тому, что при возникновении первых трудностей, либо же отсутствии мгновенного результата от предпринимаемых действий, человек отказывается от выбранной стратегии в пользу более «быстрых» и «простых» мер, не требующих приложения волевых усилий. При этом наличие нереалистично завышенных требований к себе и жестких критериев успешности/неуспешности в ущерб способности к расслаблению и получению удовольствия, включенных в схему «Жесткие стандарты / Придирчивость» при их значимом влиянии на ПОК ($r = 0,38$), могут являться тем фактором, который способствует качественной трансформации внешне успешно-

Таблица 2

Взаимосвязь показателей ранних дезадаптивных схем и стратегий совладающего поведения у лиц молодого возраста, пребывающих под воздействием пандемического коронавирусного стресса

Ранние дезадаптивные схемы	Основная группа (n = 130 чел.)			Группа сравнения (n = 90 чел.)		
	Проблемно-ориентированный копинг	Эмоционально-ориентированный копинг	Копинг, ориентированный на избегание	Проблемно-ориентированный копинг	Эмоционально-ориентированный копинг	Копинг, ориентированный на избегание
Покинутость / Нестабильность	-0,10	0,47*	0,06	0,11	0,01	0,12
Недоверие/ Ожидание жестокого обращения	-0,01	0,36*	-0,07	0,02	0,17	0,03
Эмоциональная депривированность	-0,21*	0,31*	-0,06	-0,01	-0,09	-0,01
Дефективность / Стыдливость	-0,06	0,26*	-0,08	-0,10	0,18	-0,01
Социальная отчужденность	-0,16	0,17*	-0,26*	0,10	0,34*	-0,03
Зависимость / Беспомощность	-0,26*	0,34*	-0,18*	-0,09	0,29*	0,07
Уязвимость	-0,22*	0,37*	-0,10	0,07	0,21*	0,06
Спутанность / Неразвитая идентичность	-0,26*	0,27*	-0,10	-0,10	0,22*	0,05
Неуспешность	-0,35*	0,45*	-0,10	-0,14	0,01	0,01
Привилегированность / Грандиозность	0,06	0,06	0,09	0,20	-0,02	0,22*
Недостаточность самоконтроля	-0,44*	0,29*	-0,05	-0,03	0,22*	0,24*
Покорность	-0,19*	0,36*	-0,18*	-0,10	0,15	-0,00
Самопожертвование	0,11	0,16	0,06	0,16	0,01	0,01
Поиск одобрения	-0,17	0,16	0,11	0,17	0,02	0,23*
Негативизм / Пессимизм	-0,13	0,40*	-0,08	0,13	0,29*	0,10
Подавление эмоций	-0,03	0,27*	-0,21*	0,10	0,31*	-0,05
Жесткие стандарты / Придирчивость	0,38*	0,17*	-0,05	0,40*	0,14	0,01
Пунитивность	0,07	0,24*	-0,14	0,17	0,19	-0,01

Примечание: * — отличие статистически значимо на уровне $p \leq 0,05$ (коэффициент ранговой корреляции Спирмена).

го и «правильного» поведения в стрессовой ситуации во внутренний источник дополнительной тревожности, что повлечет за собой усугубление дистресса.

В отношении копинг-стратегии избегания были получены данные о снижении частоты использования указанных механизмов совладания со стрессом под воздействием РДС «Социальная отчужденность» ($r = -0,26$), «Подавление эмоций» ($r = -0,21$), «Зависимость/Беспомощность» ($r = -0,18$), «Покорность» ($r = -0,18$). Таким образом, тенденция к избеганию социальных взаимодействий и принятия ответственности за свою жизнь с фокусированием на потребностях и желаниях окружающих по ряду причин, связанных с личностными особенностями восприятия себя, других людей и мира в целом, искаженными действием ранних дезадаптивных схем, значимо ограничивает круг возможностей по преодолению стресса (связанных с разделением своих переживаний с близкими, получением положительных эмоций от выполнения отвлеченных от проблемной ситуации действий и обращением за профессиональной помощью).

Заключение.

Лица молодого возраста, пребывающие в ситуации пандемического коронавирозного дистресса, в целом имеют высокую активность таких ранних дезадаптивных схем, как «Жесткие стандарты/Придирчивость», «Поиск одобрения», «Привилегированность/Грандиозность». В то же время, молодые люди с признаками психической дезадаптации также подвержены значимому влиянию РДС «Покинутость/Нестабильность», «Самопожертвование», «Негативизм/Пессимизм» и «Недоверие / Ожидание жестокого обращения», которые отражают наличие дисфункци-

ональных убеждений в сфере межличностных отношений и восприятии своего «Я», внешних обстоятельств и мира в целом. Деятельность системы психической адаптации подвержена деструктивному воздействию большинства ранних дезадаптивных схем, что подтверждает их ведущую роль в формировании состояния психической дезадаптации, которое предрасполагает к развитию предболезненных и/или пограничных психических состояний.

Все исследованные стратегии совладающего поведения также подвержены влиянию ранних дезадаптивных схем. Лица молодого возраста в целом более склонны к использованию копинг-стратегий, направленных на решение задач, однако ригидные и нереалистичные требования к себе и жесткие стандарты успешности наряду с попытками контроля ситуации, которая неподвластна внешним изменениям (РДС «Жесткие стандарты / Придирчивость»), могут способствовать снижению адаптивности указанной стратегии поведения с усилением чувства тревоги и депрессивных переживаний. Данную стратегию также ослабляют схемы «Эмоциональная депривированность», «Спутанность / Неразвитая идентичность», «Неуспешность» и «Недостаточность самоконтроля».

Можно прогнозировать улучшение эмоционального реагирования среди указанного контингента лиц вследствие психокоррекционного воздействия на ранние дезадаптивные схемы, т. к. эмоционально-ориентированные копинг-стратегии в наибольшей мере ими детерминированы, как и в целом ожидать улучшения показателей нервно-психической адаптации, что способствует расширению навыков совладания со стрессом, повышению стрессоустойчивости и психопрофилактике.

К. В. Ковалева

ВЗАИМОСВЯЗЬ РАННИХ ДЕЗАДАПТИВНЫХ СХЕМ, НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ И ОСОБЕННОСТЕЙ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Донецк, Российская Федерация*

В статье была исследована выраженность и структурные особенности ранних дезадаптивных схем, а также их влияние на показатель нервно-психической адаптации и активность копинг-стратегий у 220 лиц молодого возраста (средний возраст — $20,7 \pm 0,9$ лет): мужчины — 71 чел. (32,3%), женщины — 149 чел. (67,7%), разделенных на две группы в соответствии с показателем нервно-психической адаптации. В основную группу вошли 130 респондентов, находящихся в состоянии психической дезадаптации, в группу сравнения — 90 человек в состоянии

оптимальной адаптации. Методический инструментарий был представлен психодиагностическими методиками: «Тест нервно-психической адаптации», «Диагностика ранних дезадаптивных схем» (YSQ-S3R), «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях (CISS)». В результате исследования были получены данные о диагностически значимом преобладании в основной группе ранних дезадаптивных схем «Жесткие стандарты/Придирчивость», «Поиск одобрения», «Покинутость/Нестабильность», «Самопожертвование», «Негативизм/Пессимизм», «Недоверие/Ожидание жестокого обращения», а также о влиянии 9 из 18 схем на уровень нервно-психической адаптации (с усилением активности отдельной схемы ухудшался показатель дезадаптации). Тогда как схема «Привилегированность/Грандиозность» была одинаково характерна всем лицам молодого возраста. Молодыми людьми преимущественно использовались проблемно-ориентированные стратегии совладания со стрессом, однако наиболее подверженным дисфункциональному влиянию дезадаптивных схем был копинг, ориентированный на эмоции (прямые корреляционные связи были определены для 15 из 18 схем). В то же время, такие ранние дезадаптивные схемы, как «Эмоциональная депривированность», «Спутанность / Неразвитая идентичность», «Неуспешность» снижали эффективность использования стратегий, направленных на решение проблемы, а схемы «Социальная отчужденность», «Подавление эмоций», «Зависимость/Беспомощность», «Покорность» уменьшали активность копинга, направленного на избегание (получены отрицательные значения коэффициента корреляции Спирмена на уровне $p \leq 0,05$).

Ключевые слова: стресс, дистресс, пандемия, нервно-психическая адаптация, психическая дезадаптация, ранние дезадаптивные схемы, копинг, совладание со стрессом.

K. V. Kovaleva

THE CORRELATION OF EARLY MALADAPTIVE SCHEMAS, NEUROPSYCHIC ADAPTATION AND COPING BEHAVIOR OF YOUNG PEOPLE IN THE COVID-19 PANDEMIC CONDITIONS

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «M. Gorky Donetsk State Medical University»
of the Ministry of Health of the Russian Federation, Donetsk, Russian Federation

The article investigated the severity and structural features of early maladaptive schemas, as well as their effect on the indicator of neuropsychic adaptation and the activity of coping strategies in 220 young people (average age — $20,7 \pm 0,9$ years): men — 71 ppl. (32,3%), women — 149 ppl. (67,7%), divided into two groups according to the indicator of neuropsychic adaptation. The main group included 130 respondents in a state of mental maladaptation, the comparison group included 90 people in a state of optimal adaptation. The methodological tools were presented by psychodiagnostic techniques: «Neuropsychiatric adaptation test», «Young Schema Questionnaire» (YSQ-S3R), «Coping Inventory for Stressful Situations (CISS)». As a result of the study, data were obtained on the diagnostically significant prevalence in the main group of early maladaptive schemas «Unrelenting standards/hypercriticalness», «Approval-seeking/recognition-seeking», «Abandonment/instability», «Self-sacrifice», «Negativity/pessimism», «Mistrust/abuse», as well as the effect of 9 out of 18 schemas on the level of neuropsychiatric adaptation (with increased activity of a separate scheme, the indicator of maladaptation worsened). Whereas the «Entitlement/grandiosity» schema was equally characteristic of all young people. Young people mainly used problem-oriented strategies for coping with stress, but the most susceptible to the dysfunctional influence of maladaptive schemas was emotion-oriented coping (direct correlations were determined for 15 out of 18 schemes). At the same time, such early maladaptive schemas as «Emotional deprivation», «Enmeshment/underdeveloped self», «Failure» reduced the effectiveness of using strategies aimed at solving the problem, and the schemas of «Social isolation/alienation», «Overcontrol/emotional inhibition», «Dependence/incompetence», «Subjugation» reduced the activity of coping, aimed at avoidance (negative values of the Spearman correlation coefficient were obtained at the level of $p \leq 0,05$).

Keywords: stress, distress, pandemic, neuropsychic adaptation, mental maladaptation, early maladaptive schemas, coping, coping with stress.

Список литературы

1. Итоговое заявление о работе пятнадцатого совещания Комитета Международных медико-санитарных правил (2005 г.) по чрезвычайной ситуации в связи с пандемией коронавирусной инфекции (COVID-19). URL: [https://www.who.int/ru/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-\(covid-19\)-pandemic](https://www.who.int/ru/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic) (дата обращения: 15.05.2023).
2. Шепелева И. И., Чернышева А. А., Кирьянова Е. М., Сальникова Л. И., Гурина О. И. COVID-19: поражение нервной системы и психологопсихиатрические осложнения / Социальная и клиническая психиатрия. 2020; 30 (4): 76-82.
3. Гусев Е. И., Мартынов М. Ю., Бойко А. Н. и соавт. Новая коронавирусная инфекция (COVID-19) и поражение нервной системы: механизмы неврологических расстройств, клинические проявления, организация неврологической помощи. Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2020; 120 (6): 7-16.
4. Бойко О. М., Медведева Т. И., Ениколопов С. Н., Воронцова О. Ю., Казьмина О. Ю. Психологическое состояние людей в период пандемии COVID-19 и мишени психологической работы. Психологические исследования. 2020; 13, 70: 1.
5. Wang C. et al. A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain, Behavior and Immunity*. 2020; 87: 40-48. doi:10.1016/j.bbi.2020.04.028.
6. Talevi D., Socci V., Carai M. et al. Mental health outcomes of the CoViD-19 pandemic. *Riv. Psichiatr.* 2020; 55 (3): 137-144. doi:10.1708/3382.33569.
7. Абдуллин А. Г., Тумбасова Е. Р., Кукар У. Ю. Психологические последствия пандемии COVID-19. Психопедагогика в правоохранительных органах. 2023. 28, 1 (92): 58-64. doi:10.24412/1999-6241-2023-192-58-64.
8. Rodriguez-Rey R., Garrido-Hernansaiz H., Collado S. Psychological impact and associated factors during the initial stage of the coronavirus (COVID-19) pandemic among the general population in Spain. *Front Psychol.* 2020; 11: 1540. doi:10.3389/fpsyg.2020.01540.
9. Xiong J., Lipsitz O., Nasri F., et al. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *J Affect Disord.* 2020; 277: 55—64. doi:10.1016/j.jad.2020.08.001.
10. Соловьева Н. В., Макарова Е. В., Кичук И. В. «Коронавирусный синдром»: профилактика психотравмы, вызванной COVID-19. *РМЖ*. 2020; 9: 18-22.
11. Asmundson G.J.G., Taylor S. Coronaphobia: Fear and the 2019-nCoV outbreak. *Journal of Anxiety Disorders*. 2020; 70: 102196. doi: 10.1016/j.janxdis.2020.102196.
12. Łaskawiec, D., Grajek, M., Szlacheta, P., Korzonek-Szlacheta, I. Post-Pandemic Stress Disorder as an Effect of the Epidemiological Situation Related to the COVID-19 Pandemic. *Healthcare*. 2022, 10: 975. <https://doi.org/10.3390/healthcare10060975>.
13. Янг Дж., Клоско Дж., Вайсхаар М. Схема-терапия. Практическое руководство: Пер. с англ. СПб.: ООО «Диалектика»; 2020. 464.
14. Анцыферова Л. И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысление, преобразование ситуаций и психологическая защита. *Психологический журнал*. 1994; 15 (1): 3-17.
15. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства: руководство для врачей. 5-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2021. 552.
16. Семичов С. Б. Предболезненные психические расстройства. М.: Медицина; 1987. 184.
17. Lazarus R. S., Folkman S. *Stress, Appraisal and Coping*. N.Y.: Springer; 1984. 456.
18. Крюкова Т. Л. Психология совладающего поведения в разные периоды жизни. Кострома: КГУ им. Н. А. Некрасова; 2010. 294.
19. Практикум по психологии здоровья. Под. ред. Г. С. Никифорова. СПб.: Питер; 2005. 351.
20. Касьяник П. М. Диагностика ранних дезадаптивных схем. СПб.: Изд-во Политехн. ун-та; 2016. 152.
21. Крюкова Т. Л. Методы изучения совладающего поведения: три копинг-шкалы. изд. 2-е, исправленное, дополненное. Кострома: КГУ им. Н. А. Некрасова, Авантитул; 2010. 64.
22. Селигман М. Новая позитивная психология: научный взгляд на счастье и смысл жизни. М.: «София»; 2006. 368.

References

1. Statement on the fifteenth meeting of the IHR (2005) Emergency Committee on the COVID-19 pandemic. URL: [https://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-\(covid-19\)-pandemic](https://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic) (accessed: 15.05.2023).

2. Shepeleva I. I., Chernysheva A. A., Kir'yanova E. M., Sal'nikova L. I., Gurina O. I. COVID-19: porazhenie nervnoi sistemy i psikhologopsikhiatricheskie oslozhneniya/ Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya. 2020; 30 (4): 76-82 (in Russian).
3. Gusev E. I., Martynov M. Yu., Boiko A. N. i soavt. Novaya koronavirusnaya infektsiya (COVID-19) i porazhenie nervnoi sistemy: mekhanizmy nevrologicheskikh rasstroistv, klinicheskie proyavleniya, organizatsiya nevrologicheskoi pomoshchi. Zhurnal nevrologii i psikhiatrii im. S.S. Korsakova. 2020; 120 (6): 7-16 (in Russian).
4. Boiko O. M., Medvedeva T. I., Enikolopov S. N., Vorontsova O. Yu., Kaz'mina O. Yu. Psikhologicheskoe sostoyanie lyudei v period pandemii COVID-19 i misheni psikhologicheskoi raboty. Psikhologicheskii issledovaniya. 2020; 13, 70: 1 (in Russian).
5. Wang C. et al. A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. Brain. Behavior and Immunity. 2020; 87: 40-48. doi:10.1016/j.bbi.2020.04.028
6. Talevi D., Socci V., Carai M. et al. Mental health outcomes of the CoViD-19 pandemic. Riv. Psichiatr. 2020; 55 (3): 137-144. doi:10.1708/3382.33569.
7. Abdullin A. G., Tumbasova E. R., Kukar U. Yu. Psikhologicheskii posledstviya pandemii COVID-19. Psikhopedagogika v pravookhranitel'nykh organakh. 2023. 28, 1 (92): 58-64. doi:10.24412/1999-6241-2023-192-58-64 (in Russian).
8. Rodriguez-Rey R., Garrido-Hernansaiz H., Collado S. Psychological impact and associated factors during the initial stage of the coronavirus (COVID-19) pandemic among the general population in Spain. Front Psychol. 2020; 11: 1540. doi:10.3389/fpsyg.2020.01540
9. Xiong J., Lipsitz O., Nasri F., et al. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. J Affect Disord. 2020; 277: 55-64. doi:10.1016/j.jad.2020.08.001.
10. Solov'eva N. V., Makarova E. V., Kichuk I. V. «Koronavirusnyi sindrom»: profilaktika psikhotravy, vyzvannoi COVID-19. RMZh. 2020; 9: 18-22 (in Russian).
11. Asmundson G. J. G., Taylor S. Coronaphobia: Fear and the 2019-nCoV outbreak. Journal of Anxiety Disorders. 2020; 70: 102196. doi: 10.1016/j.janxdis.2020.102196.
12. Łaskawiec, D., Grajek, M., Szlacheta, P., Korzonek-Szlacheta, I. Post-Pandemic Stress Disorder as an Effect of the Epidemiological Situation Related to the COVID-19 Pandemic. Healthcare. 2022, 10: 975. <https://doi.org/10.3390/healthcare10060975>.
13. Yang Dzh., Klosko Dzh., Vaikhaar M. Skhema-terapiya. Prakticheskoe rukovodstvo: Per. s angl. SPb.: OOO «Dialektika»; 2020. 464 (in Russian).
14. Antsyferova L. I. Lichnost' v trudnykh zhiznennykh usloviyakh: pereosmyslenie, preobrazovanie situatsii i psikhologicheskaya zashchita. Psikhologicheskii zhurnal. 1994; 15 (1): 3-17 (in Russian).
15. Aleksandrovskii Yu. A. Pogranichnye psikhicheskie rasstroistva: rukovodstvo dlya vrachei. 5-e izd., pererab. i dop. M.: GEOTAR-Media; 2021. 552 (in Russian).
16. Semichov S. B. Predboleznennye psikhicheskie rasstroistva. M.: Meditsina; 1987. 184 (in Russian).
17. Lazarus R. S., Folkman S. Stress, Appraisal and Coping. N.Y.: Springer; 1984. 456.
18. Kryukova T. L. Psikhologiya sovladayushchego povedeniya v raznye periody zhizni. Kostroma: KGU im. N.A. Nekrasova; 2010. 294 (in Russian).
19. Praktikum po psikhologii zdorov'ya. Pod. red. G. S. Nikiforova. SPb.: Piter; 2005. 351 (in Russian).
20. Kas'yanik P. M. Diagnostika rannikh dezadaptivnykh skhem. SPb.: Izd-vo Politekhn. un-ta; 2016. 152 (in Russian).
21. Kryukova T. L. Metody izucheniya sovladayushchego povedeniya: tri koping-shkaly. izd. 2-e, ispravlennoe, dopolnennoe. Kostroma: KGU im. N.A. Nekrasova, Avantitil; 2010. 64 (in Russian).
22. Seligman M. Novaya pozitivnaya psikhologiya: nauchnyi vzglyad na schast'e i smysl zhizni. M.: «Sofiya»; 2006. 368 (in Russian).

Поступила в редакцию 06.07.2023 г.

УДК 159.94/.95:355.422

Е. В. Бабура

СИТУАЦИЯ БОЕВОГО ТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА: КОГНИТИВНАЯ РЕПРЕЗЕНТАЦИЯ И ИНТЕНСИВНОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ

Психиатрическая больница № 1 г. Макеевки, Российская Федерация

Травматическая и посттравматическая стрессовая ситуация, связанная с боевым стрессом, не может рассматриваться как стандартная ситуация, к которой применимы стандартные лечебно-диагностические подходы. Это экстремальная ситуация, оказывающая реальное вредоносное воздействие на человека и субъективно воспринимаемая им как угрожающая жизни, здоровью, личностной целостности и благополучию, как самого человека, так и значимых для него окружающих; это универсальная, трудная и длительная жизненная ситуация, когда угрозе подвергаются самые важные для человека ценности и цели.

Для описания трудной ситуации в аспекте стресса предлагается использование, как объективных, так и субъективных характеристик стрессовой ситуации. Жизненная ситуация человека, связанная с боевыми действиями, также представляет собой систему субъективных и объективных элементов, объединяющихся в его деятельности и являющихся единицей познания жизни и развития человека [12].

Важнейшим направлением в изучении стресса являются исследования, посвященные изучению процессов преодоления стресса с позиций внутреннего мира человека, в частности, используемых копинг-механизмов. В настоящее время существует несколько подходов к толкованию понятия «coping». Первый, наиболее ранний подход (эго-психологическая модель), развиваемый в работах представителя психоаналитического направления Н. Наан [16], трактует его в терминах динамики «Эго», как один из способов психологической защиты, используемой для ослабления психического напряжения. Второй подход определяет coping в терминах черт личности (диспозиционные концепции копинга) — как относительно постоянную предрасположенность индивидуума, устойчивый стиль реагирования на стрессовые события определенным образом. Ключевой для этого подхода вопрос состоит в том, чтобы вы-

явить степень эффективности диспозиционных тенденций личности, обозначаемых как стили совладания (*coping styles*), в отношении того, насколько успешно они обеспечивают психологическое благополучие. В рамках данного подхода утверждается тезис о том, что «совладание — это личность, действующая в условиях стресса» [6]. Однако, по мнению критиков диспозиционной концепции, личностные переменные служат слабыми предикторами специфической копинговой активности. Хотя индивид может иметь привычные предпочтения в копинге, экстремальные ситуации обычно реализует лишь узкий круг возможных копинговых ответов [1].

Наконец, согласно третьему подходу, разработанному R. Lazarus и S. Folkman [18], coping понимается как динамический процесс и рассматривается как когнитивные и поведенческие усилия личности, направленные на снижение влияния стресса (транзакционный или ситуационный подход, связанный с субъективностью переживания ситуации). Понятие когнитивной оценки является центральным для преодоления стресса. Многое, по мнению этих авторов, зависит от когнитивной интерпретации стрессора. Они выделяют первичную и вторичную стадии когнитивной оценки. Первичная оценка стрессорного воздействия (*primary appraisal*) заключается в вопросе — «что это значит для меня лично?». Стресс воспринимается и оценивается в таких субъективных параметрах как масштаб угрозы или повреждения, которые приписываются событию, или оценка масштабов его влияния. За восприятием и оценкой стрессора следует нагрузочные эмоции (злость, страх, подавленность, надежда большей или меньшей интенсивности). Вторичная когнитивная оценка (*secondary appraisal*) — это оценка собственных ресурсов и возможностей решить проблему, выражается в постановке следующего вопроса: «что я могу сделать?» Далее включаются более сложные процессы регуляции поведе-

ния: цели, ценности и нравственные установки. В результате личность сознательно выбирает и инициирует действия по преодолению стрессового события.

В контексте ситуационного подхода участники стрессовой ситуации рассматриваются не как пассивные «жертвы» воздействия внешних стресс-факторов, а как активные субъекты взаимодействия со структурными элементами ситуации, которые обладают определенной стрессоустойчивостью (потенциальным риском нарушения гомеостаза организма и детерминации последующих стресс-реакций) в зависимости от восприятия и когнитивной оценки ситуации [5]. В этом случае большое значение приобретает субъективный аспект ситуации. По мнению В. В. Знакова [7], для уточнения понятия трудной жизненной ситуации необходимо рассматривать соотношение психологии субъекта и психологии человеческого бытия. Это позволяет понять смысловые и ценностные контексты жизни субъекта и его отношения к жизненным ситуациям. Ситуация приобретает психологическое содержание трудной или легкой в результате того, как человек ее воспринимает, категоризирует, понимает и соответственно, как себя в ней ведет.

При рассмотрении ситуации как единицы взаимодействия человека с окружающей средой было показано, что влияние ситуации опосредуется так называемыми воспринимающе-когнитивными системами индивида [10], что определение ситуации происходит посредством придания личностного значения объективной ситуации [4]. С таким восприятием ситуации перекликаются исследования, оперирующие понятием личностного смысла, введенным А. Н. Леонтьевым и понимаемого как оценка жизненного значения для субъекта объективных обстоятельств.

Е. П. Белинская [2] отмечает, что современные психологические подходы к преодолению трудных жизненных ситуаций рассматривают совладание как динамический процесс, протекание которого определяется не только характеристиками самой ситуации и личностными особенностями субъекта, но и их взаимодействием, которое заключается в формировании комплексной когнитивной оценки, включающей в себя как интерпретацию субъектом ситуации, так и его представления о себе в ней. Учитывая индивидуальные особенности этой оценки, Р. С. Лазарус [8] выделил три типа стрессовых ситуаций. Пер-

вый тип — ситуация утраты, представляет собой травмирующую потерю, утрату кого-либо или чего-либо, что имеет большое личное значение (смерть, длительная разлука, потеря работы). Второй тип — ситуации угрозы, требующие от человека больших копинг-усилий, активизации адаптационных возможностей. Третий тип — ситуации вызова, требующие для адаптации сложных и потенциально рискованных стратегий преодоления.

На основании вышеперечисленных данных, можно высказать предположения, что от способа субъективной (когнитивной) оценки ситуации боевого стресса в значительной степени зависит интенсивность клинических проявлений посттравматических стрессовых расстройств, связанных с боевыми действиями.

Цель исследования: с помощью комплекса психометрических методик определить влияние уровня субъективных репрезентаций ситуации боевого стресса на интенсивность болезненных переживаний у пациентов с ПТСР, связанных с боевыми действиями.

Материал и методы исследования. Работа выполнена в соответствии с клиническими рекомендациями — Посттравматическое стрессовое расстройство — 2023-2024-2025 (28.02.2023), утвержденных Минздравом РФ.

Обследовано 85 военнослужащих, в возрасте от 18 до 54 лет (средний возраст — 36 лет), в том числе — контрактники — 6,0%; добровольцы — 11,0%; мобилизованные — 83,0%. Уровень образования: среднее — 14%; специальное — 55,0%; высшее — 31,0%. Социальный статус к моменту службы: рабочие — 47%; служащие — 34,0%; учащиеся — 9,0%; прочие — 10,0%. Наличие предшествующего боевого опыта: имеется — 30,0%; отсутствует — 70,0%. Семейное положение: женат — 68,0%; холост — 28%; разведен — 4,0%.

Продолжительность участия в боевых действиях: 1-6 месяцев — 39%; 7-12 месяцев — 16%; более 12 месяцев — 45%.

Основным критерием для включения пациентов в исследование являлось наличие у них признаков психического расстройства, связанного с боевым травматическим стрессом. Для верификации этого критерия, помимо стандартных аналитических и клинических процедур нами использовались «Шкала интенсивности боевого опыта (Combat exposure scale T. M. Keane et al., 1997)» и «Шкала оценки влияния травматического события ШОВТС».

Шкала оценки интенсивности боевого опыта использовалась для оценки количе-

ственных параметров частоты и продолжительности участия военнослужащих в различных экстремальных ситуациях в условиях боевых действий и установления в анамнезе психической травмы. Опросник состоит из 7 утверждений, каждый из которых оценивается от 0 до 3-х баллов. Интерпретация полученных данных позволяет в условных оценках, выраженных в процентах определить уровень интенсивности боевого опыта: 1-20 % — низкий уровень; 21-40 % — пониженный уровень; 41-60 % — умеренный уровень; 61-80 % — повышенный уровень; 81-100 % — высокий уровень. Два последних уровня интенсивности боевого опыта рассматривались как косвенные признаки боевого травматического стресса (боевой психической травмы) или повышенного риска формирования ПТСР.

Шкала оценки влияния травматического события — ШОВТС — Horowitz M.S., Wilner N. et al, 1979 (Impact of Event Scale, IES) — клиническая тестовая методика, направленная на выявление симптомов посттравматического стрессового расстройства и оценку степени их выраженности. Опросник состоит из 22 пунктов, включающих симптомы вторжения (интрузии): ночные кошмары, навязчивые чувства, образы или мысли, склонность заново переживать все случившееся при любом напоминании о травматическом событии (ситуации) с высокой степенью интенсивности. Сосредоточенность мыслей на случившемся, невозможность отвлечься и переключиться на другое. Отдельные картины произошедших событий могут внезапно возникать в сознании личности как бы против ее воли сопровождаясь при этом непереносимо тяжелыми переживаниями, связанными с той ситуацией; симптомы избегания, включающие попытки смягчения или избегания переживаний, связанных с травматическим событием, направленность личности на избегание всего, что могло бы напомнить о случившемся, ни с кем не говорить на эту тему, не думать об этом, вытеснить травмирующие события и переживания из памяти, не позволять себе расстраиваться. Ощущение того, что всего случившегося с ним как будто не было на самом деле или все, что тогда происходило, было нереальным; симптомы физиологической возбудимости, включающие тенденцию испытывать неприятные физические ощущения (потливость, нарушение дыхания, тошноту, учащение пульса и т. п.) В ситуациях чем-то напоминающих о случившихся событиях. Раздражительность,

внутренняя напряженность, затрудненная при необходимости сосредоточить внимание на чем-либо, настороженность, ожидание, что случится что-то плохое. Склонность действовать или чувствовать себя так, как будто бы все еще находишься в той ситуации.

В работе также использовался ряд методик, предназначенных для измерения различных аспектов стрессовых воздействий и интенсивности клинических проявлений посттравматических стрессовых состояний.

Шкала оценки трудности и неопределенности ситуации (ОТНС) Н. Е. Водопьяновой. Шкала построена на основе транзакционной теории стресса, согласно которой стрессовое реагирование (стрессовая динамика) детерминруется первичной и вторичной когнитивной оценкой ситуации. При первичной оценке решается вопрос об угрожающем характере ситуации: в какой мере данная ситуация определяет «потери» или «угрозу потери»? При вторичной оценке — вопрос о ресурсах возможности справиться с ситуацией (копинг): какие есть возможности (внешние и внутренние ресурсы) для избавления от опасности, снижения вероятности потерь, изменения ситуации или адаптации к ней?

Первичная и вторичная оценка детерминируют эмоциональные реакции и копинг, которые, в свою очередь, оказывают влияние на динамику изменения последующих когнитивных оценок ситуации — субъективную репрезентацию. Методика содержит три субшкалы первичной когнитивной оценки экстремальных ситуаций соответствующих основным типам стрессовых ситуаций («степень угрозы», «степень утраты/потери», «степень вызова») и пять субшкал вторичной оценки относительно собственных ресурсов: «возможность контроля», «сложность понимания и управления ситуацией», «повторяемость», «осведомленность (опыт)». При обработке результатов и их интерпретации подсчитывался общий показатель стрессогенности боевого опыта как среднее значение всех субшкал и отдельные показатели по каждой из них. Полученные с помощью шкалы ОТНС восемь параметров когнитивной репрезентации использовались для категоризации (таксономии) стрессовых ситуаций, расчетов их комплексной оценки стрессогенности и выявления наиболее сильных ситуационных детерминант боевых стрессов.

В качестве основного психодиагностического инструмента использовалась «Шкала

для клинической диагностики ПТСР (Clinical-administered PRSD Scale — CAPS)- модуль I «ПТСР» (Weathers F.W. et al, 1992)». Данная психометрическая методика позволяет оценить уровень выраженности симптоматики ПТСР и частоты проявления симптомов. С помощью 5-балльной шкалы оценивалась интенсивность 15 базисных симптомов ПТСР, сгруппированных в три диагностических модуля:

1. Постоянно повторяющиеся переживания травматического события:

- повторяющиеся навязчивые воспоминания о событии, вызывающие дистресс;
- интенсивные, тяжелые переживания при обстоятельствах, символизирующих или напоминающих различные аспекты травматического события;
- ощущение, как будто травматическое событие происходило снова, или соответствующие внезапные действия, включая ощущение оживших переживаний, иллюзии, галлюцинации, диссоциативные эпизоды (флэшбэк-эффекты);
- повторяющиеся сны о событии, вызывающие тяжелые переживания (дистресс);

2. Устойчивое избегание раздражителей, ассоциирующихся с травмой, или «блокада общей способности к реагированию»:

- усилия, направленные на то, чтобы избегать действий или ситуаций, которые вызывают воспоминания о травме;
- неспособность вспомнить важные аспекты травмы (психогенная амнезия);
- заметная утрата интереса к любимым занятиям;
- чувство отстраненности или отчужденности от окружающих;
- сниженный уровень аффекта, например, неспособность испытывать чувство любви;
- ощущение отсутствия перспектив на будущее, например, не ожидает продвижения по службе, женитьбы, рождения детей, долгой жизни.

3. Устойчивые симптомы повышенной возбудимости:

- трудности с засыпанием или сохранением нормального сна;
- раздражительность или приступы гнева;
- трудности с концентрацией внимания;

- преувеличенная реакция испуга («стартовая реакция на внезапный стимул»);
- физиологическая реактивность при воздействии обстоятельств, напоминающих или символизирующих различные аспекты травматического события.

Для статистической обработки данных применялся лицензированный пакет SPSS Statistics 23 с приложениями авторизованной работы с Excel-таблицами. Все числовые данные прошли проверку на нормальности распределения (критерий Колмогорова-Смирнова), применялись параметрические критерии — до двух выборок — критерии Т-Стьюдента для несвязанных данных и дисперсионный анализ (ANOVA) для трех и более выборок. Для непараметрических критериев применялся критерий Манна-Уитни (для двух групп исследования).

Результаты исследования и их обсуждение.

Верификация факта переживания боевого травматического стресса с помощью «Шкалы оценки интенсивности боевого опыта» позволила определить у лиц, включенных в исследование повышенный (38 %) и высокий (62 %) уровень интенсивности боевого стресса, что служило косвенным подтверждением перенесенного травматического стресса.

Результаты исследования влияния травматического события и выраженности развития посттравматического стрессового расстройства, полученные с помощью методики ШОВТ, свидетельствует о высоком уровне переживаний испытуемых по всем субшкалам методики: субшкала «вторжение» (IN) — $31,44 \pm 6,51$; субшкала «избегание» (AV) — $30,79 \pm 6,37$; субшкала физиологическая возбудимость (AR) — $28,34 \pm 8,17$; общий балл — (IES-R) — $90,57 \pm 21,05$. Средние значения методики ШОВТ приближается к показателю максимальной интенсивности оцениваемых симптомов (35 баллов), что позволяет идентифицировать их как проявление ПТСР.

В таблице 1 приведены параметры субъективной репрезентации ситуации накопления боевого травматического опыта у лиц с ПТСР, полученные с помощью оценки трудности и неопределенности ситуации.

Интегральный показатель субъективной репрезентации (когнитивной оценки) ситуации накопления травматического боевого опыта свидетельствует о крайне высоком уровне ее стрессогенности ($6,38 \pm 0,34$ балла при максимальной оценке — 7 баллов). Все

Таблица 1

**Параметры субъективной репрезентации ситуации накопления
боевого травматического опыта у лиц с ПТСР**

Субшкалы	Параметры субъективной репрезентации
Степень угрозы	6,5±0,36
Степень утраты	6,6±0,41
Степень вызова	6,0±0,32
Возможность контроля ситуации	6,5±0,28
Возможность понимания и управления ситуацией	6,7±0,29
Автономность ситуации	6,1±0,25
Повторяемость ситуации	6,4±0,21
Опыт преодоления	6,3±0,19
Общий показатель стрессогенности ситуации	6,38±0,34

показатели, отражающие те или иные аспекты стрессогенной ситуации, оказались крайне высокими. Наибольший вклад в стрессовое реагирование пациентов вносили переживания угрозы утраты («ситуация грозит мне большими потерями»), утраты («ситуация сопряжена с моей огромной потерей (утратой)») и невозможности понимать и управлять ситуацией («подобная ситуация является трудной для понимания и разрешения»). Менее значимыми для пациентов были переживания вызова (диспропорция между собственным вкладом в ситуацию и морально-материальным вознаграждением) и переживание автономности ситуации («вера в позитивную изменчивость»). При этом когнитивным оценкам (субъективной репрезентации) ситуации, отражающим высокий уровень стрессогенности, сопутствовали низкие показатели ресурсных возможностей личности для избавления от опасности, снижения вероятных потерь, адаптации к ситуации.

Таким образом, и при первичной, и при вторичной когнитивной оценке ситуации, связанной с боевыми действиями, она характеризуется высокими показателями стрессогенности и низким уровнем внутренних и внешних ресурсов, направленных на преодоление стресса или адаптации к нему.

Высокая интенсивность симптомов ПТСР у большинства лиц с этим диагнозом побуждает к выявлению факторов, влияющих на выраженность болезненных пережи-

ваний травматического стресса. Изучение таких факторов в ходе настоящего исследования и интервьюирования пациента, а также анализа представленных в научной литературе данных позволило выделить ряд факторов, оказывающих потенциально негативное влияние на переживание личностью боевого стресса, способствующее значительной его интенсивности.

1. В период молодости и зрелости военнослужащие более адаптивны и менее подвержены стрессу и его значительной выраженности, чем лица старшего поколения, у которых наблюдается более высокие показатели суммарного стресса, более выраженная боязнь нового опыта, хотя имеются и свои резервы совладания со стрессом [14, 13, 9].

2. Выраженность травматического восприятия стресса и реагирования на него связана с такими конституциональными факторами как интроверсия, ригидность, эмоциональная нестабильность, слабость процессов возбуждения [15, 21].

3. Важнейшими факторами, влияющими на интенсивность переживания личностного травматического стресса. Является снижение (невозможность) контролируемости событий и, как следствие, их неуправляемость и неэффективность действий в трудной жизненной ситуации [20, 23], что способствует формированию состояния «выученной беспомощности» [11]. Когнитивная оценка ситуации, является той переменной, которая опосредует

воздействие стрессоров на характер стрессового реагирования и формирование адаптивного поведения человека.

4. Неблагоприятное влияние на выраженность переживания стресса оказывают такие личностные качества человека, как низкий уровень поисковой активности в ситуации с недостаточной определенностью, преобладание мотивов избегания неудач, над мотивацией достижений, ригидность, недоверчивость, фатализм, препятствующие осознанию и мобилизации личностных ресурсов [3, 22], а также отсутствие значимых целей и смысла в своей жизни, ответственности в выполнении своих обязанностей [19]. Фактором, опосредующим все взаимосвязи личностных переменных с показателями выраженности боевого стресса, является показатель общей самоэффективности личности [15].

В качестве альтернативных возможностей, связанных с позитивной субъективной репрезентацией (когнитивной оценкой) ситуации, смягчающей интенсивность болезненных переживаний, можно выделить качества, необходимые для позитивного реагирования на стресс [19].

- «*vigor*» — аффективный ответ на требования среды, связанный с ощущением физической силы, эмоциональной энергии,
- «*hardiness*» — обязательность и упорство в выполнении взятой на себя задачи, несмотря на действие стрессоров;
- «*independence*» — способность устанавливать безопасные взаимоотношения с людьми, сохраняя внутреннее спокойствие несмотря ни на какие поступки окружающих.

На следующем этапе исследования с использованием методики CAPS был проведен анализ интенсивности травматических стрессовых переживаний. В контексте патокинетических характеристик боевой психической травмы и ее последствий были выделены три группы больных с различной тяжестью симптоматики, которая рассматривалась одновременно и как стадии единого травматического процесса, и как отрицательные диагностические категории психических расстройств, ассоциированных со стрессом (см. табл. 2).

1. Первая стадия (средние показатели по методике CAPS — $2,33 \pm 0,716$ баллов; 28,8 баллов) — соответствует присутствующему, но еще посттравматическому дистрессу и некоторым усилиям по совладанию с ним. Эта

стадия характеризуется умеренным уровнем проявления стресс-симптомов — описанием субъективных репрезентаций отдельных стресс-факторов или стресс-ситуаций, воспринимаемых субъектом как отягчающих или незначительно затрагивающих жизнедеятельность и сферу душевного комфорта. Она клинически соответствует стресс-реакции или расстройству адаптации (F43.2 по МКБ-10 и 6B43 по МКБ-11). Первая стадия травматического стрессового процесса наблюдалась у 16 обследованных (18,8%).

2. Вторая стадия (средние показатели по методике CAPS — $2,73 \pm 0,813$ баллов; 46,28 баллов) соответствует выраженной интенсивности дистресса: симптомы переживаются в виде острых кратковременных, пролонгированных и хронических стрессовых и постстрессовых состояний — стресс-синдромов. Эти симптомы обнаруживаются во всех сферах психики. В эмоциональной сфере важнейшие феномены — чувство тревоги, переживание значимости текущей ситуации. В когнитивной — восприятие угрозы, опасности, оценка ситуации как неопределенной. В мотивационной — мобилизация сил или, напротив, капитуляция; может произойти подъем, но может появиться и торможение, сопровождаемое чувством усталости, ощущениями вялости и потерей интереса. В поведенческой сфере — изменение активности, привычных темпов деятельности, появление скованности в движениях или в общении.

Вторая стадия травматического стрессового процесса клинически соответствует уровню стресс-синдромов или посттравматическому стрессовому расстройству (F43.1 по МКБ-10; 6B40 — по МКБ-11). Она наблюдалась у 69 обследованных — 81,2%. В клинической картине преобладала следующая симптоматика:

- повторяющиеся переживания травмирующего события (флэшбеки, представленные в навязчивых реминисценциях, ярких навязчивых воспоминаниях или повторяющихся снах). В большинстве случаев они неприятны и аффективно насыщены;
- избегание действий и ситуаций, напоминающих о травме (фактическое избегание, чувство «онемения» и эмоционального притупления, отрешенности, невосприимчивости к окружающему, эмоциональная отстраненность, ангедония, ограничительное поведение);

Таблица 2

**Распределение больных с ПТСР, связанных с боевыми действиями,
в зависимости от интенсивности травматических переживаний**

Критерии CAPS	1 группа N=16 M±SD	2 группа N=69 M±SD	p
Интенсивные, тяжелые переживания при обстоятельствах, напоминающих различные аспекты травматического события	2,63±0,125	2,96±0,091	0,099
Ощущение, как будто травматическое событие происходило снова	2,63±0,155	2,78±0,077	0,374
Усилия, направленные на то, чтобы избегать действий или ситуаций, которые вызывают воспоминания о травме	2,19±0,187	2,61±0,106	0,080
Неспособность вспомнить важные аспекты травмы (психогенная амнезия)	2,94±0,232	2,62±0,097	0,176
Заметная утрата интереса к любимым занятиям	2,38±0,18	2,77±0,106	0,100
Сниженный уровень аффекта, например, неспособность испытывать чувство любви	2,44 ±0,182	2,88±0,104	0,060
Ощущение отсутствия перспектив на будущее, например не ожидает продвижения по службе, женитьбы, рождения детей, долгой жизни	2,56±0,182	2,64±0,09	0,722
Трудности с засыпанием или с сохранением нормального сна	2,69±0,237	2,61±0,013	0,764
Раздражительность или приступы гнева	2,69±0,198	2,9±0,093	0,329
Трудности с концентрацией внимания	2,38±0,202	2,43 ±0,098	0,791
Увеличенная реакция испуга («стартовая» реакция на внезапный стимул)	2,63±0,18	2,81±0,104	0,425
Физиологическая реактивность при воздействии обстоятельств, напоминающих или символизирующих различные аспекты травматического события	2,5±0,204	2,81±0,088	0,138
Средний показатель	2,33±0,716	2,73±0,813	0,216
повторяющиеся навязчивые воспоминания о событии, вызывающие дистресс	Средний ранг по U Манна-Уитни 28,25	Средний ранг по U Манна-Уитни 46,42	0,005
Повторяющиеся сны о событии, вызывающие тяжелые переживания (дистресс)	Средний ранг по U Манна-Уитни 27,81	Средний ранг по U Манна-Уитни 46,52	0,004
Чувство отстраненности или отчужденности от окружающих	Средний ранг по U Манна-Уитни 30,50	Средний ранг по U Манна-Уитни 45,90	0,015
Средний показатель	28,8	46,28	0,005

- чрезмерное физиологическое возбуждение (бессонница, связанная с наплывом неприятных воспоминаний о травматическом событии, сверхнастороженность, повышенная реакция испуга);

Симптомы возникали в течение 6 месяцев после травматического события. В некоторых случаях между действием стрессора и возникновением клинических проявлений наблюдался латентный период.

3. Третья стадия (средние показатели по методике CAPS превышают соответственно 3 и 47 баллов) соответствует переживаниям очень высокой интенсивности и проявляется симптомами устойчивых личностных и поведенческих деформаций. Клинически эта стадия соответствует диагнозу «хронические изменения личности после переживания катастрофы» (F62.0 в МКБ-10) или диагнозу клиническое посттравматическое стрессовое расстройство (6B41 в МКБ-11). Этот диагноз включает дополнения к трем типичным кластерам симптомов ПТСР:

1. Стойкие длительные нарушения в аффективной сфере (повышенная эмоциональная реактивность, отсутствие эмоций, развитие диссоциативных состояний).

2. Поведенческие нарушения (вспышки ярости, безрассудное или саморазрушающее поведение);

3. Изменения в сфере представлений о самом себе (стойкие негативные представления о себе, как об униженном, побежденном и ничего не стоящем человеке, которые сопровождаются глубокими и всеохватывающими чувствами стыда, вины или несостоятельности);

4. Нарушения в социальном функционировании (последовательное избегание или незаинтересованность в личных взаимоотношениях и социальной вовлеченности в целом; трудности в поддержании близких отношений).

Следует отметить, что пациенты с третьей стадией посттравматического стрессового процесса среди обследованного контингента не встречались. По-видимому, это связано с небольшим промежутком времени (до 6 месяцев), прошедшем после травматического воздействия.

В целом, симптомами стрессового реагирования является количество воспринимаемых внешних стресс-факторов, степень адекватности когнитивной оценки их «разрушающей силы» («вредности»), а также динамика изменения значимости эффективного взаимодействия с трудными ситуациями боевой обстановки. При этом интенсивность посттравматических симптомов непосредственно связана с успешностью/неуспешностью совладания со стрессом, в том числе с особенностями когнитивной оценки экстремальной ситуации, связанной с боевыми действиями.

Таким образом, субъективные характеристики ситуации, связанной с боевыми действиями, являются важными параметрами ее стрессогенности, влияющими на интенсивность клинических проявлений ПТСР. В сочетании с объективными показателями стрессогенности, экстремальная ситуация понимается как многоуровневый и многокомпонентный феномен, как единица анализа взаимодействия человека со стрессовыми обстоятельствами чрезвычайного характера.

Е. В. Бабура

СИТУАЦИЯ БОЕВОГО ТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА: КОГНИТИВНАЯ РЕПРЕЗЕНТАЦИЯ И ИНТЕНСИВНОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ

Психиатрическая больница № 1 г. Макеевки, Российская Федерация

Статья посвящена важнейшим исследованиям, посвященных изучению процессов преодоления стресса с позиций внутреннего мира человека, в частности, используемых копинг-механизмов.

Цель исследования: с помощью комплекса психометрических методик определить влияние уровня субъективных репрезентаций ситуации боевого стресса на интенсивность болезненных переживаний у пациентов с ПТСР, связанных с боевыми действиями.

Всего обследовано 85 военнослужащих, в возрасте от 18 до 54 лет (средний возраст — 36 лет), в том числе: контрактники — 6,0%; добровольцы — 11,0%; мобилизованные — 83,0%. Уровень образования: среднее — 14%; специальное — 55,0%; высшее — 31,0%. Социальный статус к моменту службы: рабочие — 47%; служащие — 34,0%; учащиеся — 9,0%; прочие — 10,0%. Нали-

чие предшествующего боевого опыта: имеется — 30,0%; отсутствует — 70,0%. Семейное положение: женат — 68,0%; холост — 28%; разведен — 4,0%. Продолжительность участия в боевых действиях: 1-6 месяцев — 39%; 7-12 месяцев — 16%; более 12 месяцев — 45%.

Основным критерием для включения пациентов в исследование являлось наличие у них признаков психического расстройства, связанного с боевым травматическим стрессом.

Ключевые слова: стресс, психометрические методики, боевой травматический стресс.

E. V. Babura

THE SITUATION OF COMBAT TRAUMATIC STRESS: COGNITIVE REPRESENTATION AND INTENSITY OF CLINICAL CONSEQUENCES

Psychiatric Hospital No. 1 of Makeevka, DPR

The article is devoted to the most important studies devoted to the study of stress coping processes from the perspective of the inner world of a person, in particular, the coping mechanisms used. The purpose of the study: using a set of psychometric techniques to determine the effect of the level of subjective representations of the combat stress situation on the intensity of painful experiences in patients with PTSD associated with combat.

A total of 85 military personnel aged 18 to 54 years (average age — 36 years) were examined, including contract soldiers — 6,0%; volunteers — 11,0%; mobilized — 83,0%. Education level: secondary — 14%; special — 55,0%; higher — 31,0%. Social status at the time of service: workers — 47%; employees — 34,0%; students — 9,0%; others — 10,0%. Previous combat experience: available — 30,0%; absent — 70,0%. Marital status: married — 68,0%; single — 28%; divorced — 4,0%. Duration of participation in hostilities: 1-6 months — 39%; 7-12 months — 16%; more than 12 months — 45%.

The main criterion for the inclusion of patients in the study was the presence of signs of a mental disorder associated with combat traumatic stress.

Keywords: stress, psychometric techniques, combat traumatic stress.

Литература

1. Абабков В. А. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии. М. СПб. Речь. 2004. 166.
2. Белинская Е. П. Идентичность личности в условиях социальных изменений. Автореф. ...докт. психол. наук. М., 2006.
3. Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л.: Наука, 1988. 267.
4. Бурлачук Л. Ф., Коржова Е. Ю. Психология жизненных ситуаций. — М., 1998.
5. Водопьянова Н. Е. Психодиагностика стресса. Питер. 2009. 329.
6. Гурвич И. Н. Социальная психология здоровья. СПб. Изд-во СПбГУ. 1999. 1023.
7. Знаков В. В. Психология человеческого бытия и трудные жизненные ситуации / Психология совладающего поведения // Материалы Международной научно-практической конференции. — Кострома, 16-18 мая 2007 г.
8. Лазарус Р. С. Индивидуальная чувствительность и устойчивость к психологическому стрессу. Психологические факторы на работе и охрана здоровья. 1989. 121-126.
9. Луцевская О. В. Жизнестойкость и стресс жизни у молодых и пожилых женщин // Тюменский медицинский журнал. 2016. № 2. 8-11.
10. Мангуссон Д. Требуется: психология ситуаций. Психология социальных ситуаций. 2001. 153-159.
11. Налчаджян А. А. Социально-психическая адаптация личности: (Формы, механизмы и стратегии). Ереван, 1988. 263.
12. Снедков Е. В. Комбатанты. Посттравматическое стрессовое расстройство. Ростов н/Д. Изд-во РостГМУ. 2015. 109-142.
13. Фирсова Н. Г. Стресс-преодолевающее поведение людей пожилого возраста // Вестник университета. 2014. № 5. 271-273.
14. Харламенкова Н. Е., Быховец Ю. В., Евдокимова А. А. (2014), Посттравматический стресс / совладающее поведение в пожилом возрасте // Научный диалог. № 3 (27). 92-105.
15. Ebstrup J. F., Eplöv L. F., Pisinger Ch. & Jorgensen T. (2011), «Association between the Five Factor personality traits and perceived stress: is the effect mediated by general self-efficacy?», *Anxiety, Stress, Coping*, no24 (4), pp. 407-419. DOI: 10.1080/10615806.2010.540012.

16. Haan N. The adolescent antecedents of an ego model of coping and defense and comparisons with R-sorted ideal personalities. *Genet Psychol. Monogr.* 1974. V 89.2. 274-306.
17. Lazarus R.S. (1977), *Cognitive and coping processes in emotion*, Collective monograph «Stress and coping. Ananthology», Columbia, University Press, New York, 146-158.
18. Lazarus R.S., Folkman S. Transactional theory and research on emotion and coping. *Eur J. Pers.* 1987. V.1. 141-169.
19. Nelson D. & Coper C. (2005), «Stress and health: A positive dig rection», *Stress and health*, vol. 21, no 2, 73-75.
20. Seligman M. (1975), «Helplessness. On depression, development, and death», Freeman and company, San-Francisco, 250.
21. Tornroos M., Elovainie M., Hintea T., Hintsanen M., Pulkki-Raback L., Jokela M., Lehtimaki T., Olli T., Raitakari & Keltikangas-Jarvinen L. (2018), «Personality traits and perceptions of organisational justice», *International journal of psychology*, vol. 54, no. 3, pp. 414-422. DOI: 10.1002/ijop. 12472.
22. Wheaton B.A. (1982), «Comparison of the moderating effects of x personal coping resources on the impact of exposure to stress in two groups», *Journal of community psychology*, vol. 10, no. 4, 293-311.
23. Zhou X., Wu X., Li X. & Zhen R. (2018), «The role of posttraumatic fear and social support in the relationship between trauma severity and posttraumatic growth among adolescent survivors of the Yaan earthquake», *International journal of psychology*, vol. 53, no 2, pp. 150-156. DOI: 10.1002/ijop. 12281. (Scopus).

Поступила в редакцию 06.08.2023 г.

УДК 159.96

С. А. Вильдгрубе¹, Е. В. Крамаренко¹, Г. М. Фирсова²

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ С ПТСР В УСЛОВИЯХ МНОГОКОМПОНЕНТНОГО СТРЕССА

¹ Федеральное государственное бюджетное учреждение «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В. К. Гусака» Минздрава России, г. Донецк, Российская Федерация

² Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Донецк, Российская Федерация

Новая сложившаяся ситуация привела к дестабилизации финансового положения, острым социальным конфликтам, сформировала ощущение нестабильности, профессиональной и личной незащищенности, неуверенности человека в завтрашнем дне. Многие люди были вынуждены снизить уровень своей жизни. Такая ситуация требует от человека максимального напряжения имеющихся личностных ресурсов, формирования навыков эффективной адаптации. Но все это значительно осложняется, если личность страдает от посттравматического стрессового расстройства [1].

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) развивается в виде отдаленного последствия травмирующего воздействия стрессогенных факторов исключительно угрожающего или катастрофического характера, вызванных экстремальной ситуацией. Такое воздействие дестабилизирует психофизиологический статус человека. Могут нарушаться механизмы адаптации, саморегуляции поведения. Социальный стресс для личности с ПТСР становится дополнительным психотравмирующим и ретравмирующим фактором [1, 2, 3].

Таким образом, изучение психологических особенностей личности с ПТСР в условиях многокомпонентного стресса дает возможность выявить закономерности такого преодоления. Данные исследования были бы полезны в психологической практике при работе с людьми, страдающими посттравматическим стрессовым расстройством.

Целью нашего исследования выступает изучение психологических особенностей личности с ПТСР в условиях многокомпонентного стресса. **Объектом** данного исследования являются психологические особенности лич-

ности. **Предметом** — психологические особенности личности с ПТСР в условиях многокомпонентного стресса.

Нами были выдвинуты *следующие гипотезы*:

1. В зависимости от психологических особенностей личности с ПТСР, стратегии преодоления ею социального стресса будут различаться.

2. Тяжесть субъективного переживания социального стресса у личности с ПТСР связана с ее психологическими особенностями.

Теоретико-методологическая основа выдвинутых гипотез исследования: концепция субъектно-деятельностного подхода в психологии (А. В. Брушлинский, К. А. Абульханова-Славская), когнитивный подход к пониманию психической травмы и ПТСР (А. Бек, М. Горовитц, Р. Янофф-Бульман, А. В. Котельникова, М. А. Падун, Н. В. Тарабрина), теория социального стресса (Е. О. Смолева) и стратегий его преодоления (Л. И. Вассерман, Т. Н. Банщикова, М. Л. Соколовский, В. И. Моросанова).

В данной работе были использованы *следующие методы*:

1. Теоретический анализ, обобщение и систематизация научных знаний.

2. Эмпирические методы: анкетирование; Оценочная шкала стрессовых событий Холмса-Раге (SRRS); опросник «Шкала воспринимаемого стресса-10» (ШВС) В. А. Абабкова; методика исследования базисных убеждений личности Р. Янофф-Бульман в адаптации М. А. Падун, А. В. Котельниковой; Миссисипская шкала для оценки ПТСР в адаптации Н. В. Тарабриной; тест — опросник самоотношения С. Р. Пантелеева (МИС); Методика диагностики копинг-механизмов Э. Хейма в адаптации Л. И. Вассермана.

3. Статистические методы обработки данных (корреляционный анализ, Н-критерия Краскала-Уоллеса).

Выборку исследования составили 38 человек, 13 мужчин и 25 женщин. Возраст испытуемых имеет диапазон 19-61 лет. Средний возраст в выборке составил 37,7 лет.

Все испытуемые имеют различное социальное положение, социально-экономический статус и профессиональную принадлежность. Также критерием отнесения к выборке было нахождение испытуемых в ситуации многокомпонентного стресса. Только факт проживания в ДНР не является достаточным основанием для включения в выборку. Были выявлены дополнительные компоненты стресса:

- ситуация потери работы или состояние безработного;
- выполнение трудовых обязанностей не по квалификации (из-за невозможности найти подходящую работу);
- потеря жилья в результате военных действий;
- недавнее изменение семейного статуса: развод или потеря члена семьи;
- поступление на воинскую службу или ее завершение;
- пребывание в лечебном учреждении или в реанимации.

Под стрессом мы понимаем такую его разновидность, которая порождается общественными условиями, возникает в периоды социальных трансформаций и проявляется в нарушении регуляции процессов социального функционирования личности. Он связан с напряжением социальных ролей (работа, не соответствующая привычной роли или ожиданиям), изменениями социального статуса (потеря работы, поступление на воинскую службу) и нарушением социальной идентичности (дискриминация по национальному признаку, месту жительства, трудности в самоидентификации). Социальные стрессоры рассматриваются как объективные события, которые разрушают или угрожают разрушить обычную жизнь и деятельность индивида.

Для оценки наличия у испытуемых посттравматического стрессового расстройства нами была применена *Миссисипская шкала для оценки ПТСР (гражданский вариант) в адаптации Н. В. Тарабриной*.

В выборку испытуемых были включены только лица, имеющие среднюю или высокую степень выраженности симптомов ПТСР.

У 27 испытуемых (71,1 % выборки) была выявлена средняя выраженность симптомов ПТСР (несколько симптомов, беспокоящих человека). При средней выраженности посттравматического стресса он не достигает границы клинического нарушения, имеет транзиторную форму проявления (симптомы неустойчивые, меняются или проходят), благоприятный прогноз без вмешательства врачей-психиатров или психотерапевтов. Наиболее часто встречаемым симптомом является нарушение сна. Пациенты долго не могут уснуть. Они думают о произошедшем травматическом событии, и о том, что можно было поступить по-другому, что помогло бы избежать негативных событий. Их беспокоят кошмарные сновидения. Отмечается лабильность настроения. Оно снижается также от случайного воспоминания о травме.

У 11 человек (28,9% испытуемых) была диагностирована высокая выраженность симптомов ПТСР, имеющая явные клинические проявления согласно МКБ-10. Для таких людей посттравматическое стрессовое расстройство нарушает нормальный образ жизни, ухудшает социальную адаптацию, мешает процессу психологического восстановления после перенесенной психологической травмы. Среди наиболее выраженных симптомов преобладают повышение тревожности, приступы снижения настроения, которые прячутся под маской безразличия или даже наигранного веселья, кошмарные сновидения и нарушения сна (бессонница), повышение эмоциональной лабильности, постоянная фиксация на негативных сторонах жизни и последствиях произошедших событий.

Для изучения психологических особенностей личности при посттравматическом стрессовом расстройстве нами были использованы: *методика исследования базисных убеждений личности Р. Янофф-Бульман в адаптации М. А. Падун, А. В. Котельниковой; тест-опросник особенностей самоотношения Пантелеева (МИС)*.

По шкале «Доброжелательность окружающего мира» у лиц с ПТСР низкий уровень был диагностирован у 26,3 % испытуемых, средний — у 23,7 %, высокий — у 50 % респондентов. Данная шкала отражает уверенность человека в безопасной возможности доверять окружающему миру. Низкий уровень показателя свидетельствует о наличии убежденности во враждебности и недоброжелательности окружающей действительности, которой

нельзя доверять. Как видно из результатов, в выборке представлены все уровни выраженности данного убеждения. Шкала «Справедливость окружающего мира» в общей выборке испытуемых показала низкий уровень у 42,1 %, средний — у 34,2 %, высокий — у 23,7 % респондентов. Этот показатель характеризует убеждения человека о принципах распределения вознаграждения и наказания в зависимости от поступков человека. Низкий уровень свидетельствует об убежденности, что мир хаотичен и несправедлив. Хорошие поступки и поведение не вознаграждаются. Несчастья носят случайный характер и могут поразить любого человека, вне зависимости от его заслуг. Высокий уровень свидетельствует об убежденности в справедливости окружающего мира. В результате за плохое поведение мы рано или поздно получим наказание, за хорошее — вознаграждение. Как видно из результатов диагностики, в выборке испытуемых преобладает низкий уровень по данному показателю. По шкале «Ценность и значимость собственного Образа Я» низкий уровень был выявлен у 47,4 % испытуемых, средний — у 36,8 %, высокий — у 15,8 % респондентов. Данный показатель характеризует убеждения человека относительно его собственного Образа Я. Низкий уровень свидетельствует об убежденности в низкой ценности и малой значимости собственных личностных качеств, умений, взглядов, интересов. Высокий уровень — об убежденности в значимости собственной личности и ее составляющих. В общей выборке пострадавших преобладает низкий и средний уровень данного убеждения. Шкала «Собственная удачливость» в выборке показала низкий уровень у 42,1 % испытуемых, средний — у 36,8 %, высокий — у 21,1 % респондентов. Этот показатель характеризует убежденность человека в собственной удачливости, т.е. везении, умении находить благоприятные возможности и реализовывать их. Низкий уровень по шкале свидетельствует об убежденности в невезучести, неблагоприятных обстоятельствах, преследующих человека, независимости жизни от собственных решений и воли. В данной выборке есть значительное число испытуемых, с низким и средним уровнем данного показателя. По шкале «Убеждения о контроле» низкий уровень был диагностирован у 52,6 % респондентов, средний — у 23,7 %, высокий — у 23,7 % испытуемых. Этот показатель свидетельствует о наличии убеждений о возможностях человека

контролировать течение собственной жизни с помощью собственных действий и поступков. Низкий уровень предполагает наличие убежденности в неконтролируемости жизненных событий человеком, наличии судьбы и рока, неосознанности причинно-следственных связей между собственным поведением и жизненными событиями. В выборке пациентов преобладает низкий уровень данного показателя. Для проверки нормальности распределения мы руководствовались правилом: «Распределение условно нормально, если среднее арифметическое отличается от моды и медианы не более, чем на $\frac{1}{2}$ стандартного отклонения». Данное правило соблюдается только для шкал «Доброжелательность окружающего мира» и «Собственная удачливость». Для остальных шкал распределение не является близким к нормальному. Таким образом, для статистической обработки результатов исследования по данной методике необходимо использовать непараметрические критерии статистического вывода.

Далее рассмотрим результаты диагностики особенностей самооотношения с помощью *тест-опросника самооотношения С. Р. Пантелева (МИС)*.

По всем шкалам самооотношения преобладает средний уровень представленных характеристик. Так, по шкале «Замкнутость» средний уровень отмечается у 76,3 % испытуемых, по шкале «Самоуверенность» — 60,5 % респондентов, «Саморуководство» — 73,6 %, «Отраженное самооотношение» — 76,3 %, «Самоценность» — 71,0 %, «Самопринятие» — 71,0 %, «Самопривязанность» — 78,9 %, «Самообвинение» — 68,4 %. Высокий и низкий уровни самооотношения по шкалам колеблются в пределах от 2,6 до 26,3 % испытуемых. Отдельно можно выделить шкалу «Самоуверенность», по которой результаты заметно отличаются от всех остальных. Количество испытуемых, имеющих средний уровень ниже, а низкий — заметно выше других шкал. Мы можем предположить, что неуверенность в своих возможностях связана с последствиями психической травмы.

Такие результаты исследования психологических особенностей могут характеризовать личность с ПТСР в условиях многокомпонентного стресса, как:

1) людей, избирательно относящихся к себе; преодолевающих некоторые психологические защиты при актуализации других, особенно в критических ситуациях;

2) людей, в привычных для себя ситуациях сохраняющих работоспособность, уверенность в себе, ориентацию на успех начинаний. При неожиданном появлении трудностей уверенность в себе снижается, нарастают тревога, беспокойство;

3) людей, в привычных для себя условиях существования, где возможные изменения знакомы и хорошо прогнозируемы, проявляющих выраженную способность к личному контролю. В новых для себя ситуациях регуляционные возможности «Я» ослабевают, усиливается склонность к подчинению средовым воздействиям;

4) людей, которые воспринимает себя принятыми окружающими людьми. Они чувствуют, что их любят другие, ценят за личностные и духовные качества, за совершаемые поступки и действия, за приверженность групповым нормам и правилам. Они ощущают в себе общительность, эмоциональную открытость для взаимодействия с окружающими, легкость установления деловых и личных контактов;

5) людей, склонных высоко оценивать ряд своих качеств, признавать их уникальность. Другие же качества явно недооцениваются, поэтому замечания окружающих могут вызвать ощущение личной несостоятельности;

6) людей, склонных принимать не все свои достоинства и критиковать не все свои недостатки;

7) людей, избирательно относящихся к своим личностным свойствам, стремящихся к изменению лишь некоторых своих качеств при сохранении прочих других;

8) людей, у которых отношение к себе, установка видеть себя зависит от степени адаптированности в ситуации. В привычных для себя условиях наблюдаются положительный фон отношения к себе, признание своих достоинств и высокая оценка своих достижений. Неожиданные трудности, возникающие дополнительные препятствия могут способствовать усилению недооценки собственных успехов;

9) людей, у которых обвинение себя за те или иные поступки и действия сочетается с выражением гнева, досады в адрес окружающих.

Для проверки нормальности распределения мы руководствовались правилом: «Распределение условно нормально, если среднее арифметическое отличается от моды и медианы не более, чем на $\frac{1}{2}$ стандартного отклонения». Данное правило соблюдается для всех

шкал результатов методики диагностики самоотношения. Таким образом, для статистической обработки результатов исследования по данной методике можно использовать параметрические критерии статистического вывода.

Особенности совладающего поведения лиц с посттравматическим стрессовым расстройством были диагностированы с помощью *методики психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями Л. И. Вассермана и соавторов*.

У лиц с ПТСР в условиях многокомпонентного стресса преобладает низкий и средний уровень выраженности стратегий совладающего поведения. Это свидетельствует о том, что репертуар преодолевающего поведения таких людей ограничен. Стратегия совладания «Конфронтация» имеет выраженный уровень у 13,1 % (5 чел.), умеренный уровень — у 26,3 % (10 чел.) и низкий — у 60,6 % (23 чел.) испытуемых. Такие люди демонстрируют импульсивность в поведении (иногда с элементами конфликтности), враждебность, трудности при планировании действий, прогнозировании их результата, коррекции стратегии поведения, неоправданное упорство. Копинг-действия при этом теряют свою целенаправленность и становятся преимущественно результатом разрядки эмоционального напряжения. Совладающее поведение по типу «Дистанцирования» имеет выраженный уровень у 18,4 % (7 чел.), умеренный уровень — у 28,9 % (11 чел.) и низкий — у 52,6 % (20 чел.) испытуемых. Данный тип поведения предполагает попытки преодоления негативных переживаний проблемы с помощью субъективного снижения ее значимости и степени эмоциональной вовлеченности в нее. Стратегия совладания «Самоконтроль» имеет выраженный уровень у 18,4 % (7 чел.), умеренный уровень — у 44,7 % (17 чел.) и низкий — у 36,9 % (14 чел.) испытуемых. Поведение предполагает попытки преодоления негативных переживаний проблемы с помощью целенаправленного подавления и сдерживания эмоций, минимизации их влияния на оценку ситуации и выбор стратегии поведения, высокий контроль поведения, стремление к самообладанию. Совладающее поведение по типу «Поиска социальной поддержки» имеет выраженный уровень у 7,9 % (3 чел.), умеренный уровень — у 52,6 % (20 чел.) и низкий — у 39,5 % (15 чел.) испытуемых. При этом могут присутствовать также попытки разрешения проблемы за счет при-

влечения внимания других людей. Характерна ориентированность на взаимодействие с другими людьми, ожидание поддержки, совета, сочувствия. Они склонны привлекать внимание других людей к своим проблемам, обращаться за помощью и советами. При этом данные советы обычно не выполняются, а быстро забываются благодаря работе защитных механизмов личности. Стратегия совладания «Принятие ответственности» имеет выраженный уровень у 15,8% (6 чел.), умеренный уровень — у 31,6% (12 чел.) и низкий — у 52,6% (20 чел.) испытуемых. Выраженность данной стратегии в поведении может приводить к неоправданной самокритике, переживанию чувства вины и неудовлетворенности собой. Совладающее поведение по типу «Бегства — избегания» имеет выраженный уровень у 5,2% (2 чел.), умеренный уровень — у 34,2% (13 чел.) и низкий — у 60,6% (23 чел.) испытуемых. У таких людей наблюдается отрицание или игнорирование проблемы, уклонение от ответственности и действий по разрешению возникших трудностей, пассивность, нетерпение, вспышки раздражения. Такое поведение сопровождается погружением в фантазии, переосмыслением, и другими способами снижения эмоционального напряжения. Стратегия совладания «Планирование решения проблемы» имеет выраженный уровень у 15,8% (6 чел.), умеренный уровень — у 39,5% (15 чел.) и низкий — у 44,7% (17 чел.) испытуемых. Поведение предполагает попытки преодоления проблемы с помощью целенаправленного анализа ситуации и выработки стратегии разрешения проблемы, планирования собственных действий с учетом объективных условий, прошлого опыта и имеющихся ресурсов. Стратегия рассматривается как адаптивная, способствующая конструктивному разрешению трудностей. Преодолевающее поведение по типу «Положительной переоценки» имеет выраженный уровень у 15,8% (6 чел.), умеренный уровень — у 47,4% (18 чел.) и низкий — у 36,8% (14 чел.) испытуемых. Поведение направлено на преодоление негативных переживаний проблемы с помощью ее положительного переосмысления, рассмотрения ее как стимула для личностного роста. Характерной является ориентированность на философское осмысление проблемной ситуации, включение ее в более широкий контекст работы личности над саморазвитием.

Для проверки нормальности распределения мы руководствовались правилом: «Рас-

пределение условно нормально, если среднее арифметическое отличается от моды и медианы не более, чем на $\frac{1}{2}$ стандартного отклонения». Данное правило соблюдается для шкал «Поиск социальной поддержки» и «Конфронтация». Для остальных шкал распределение оказалось отличным от нормального. Таким образом, для статистической обработки результатов исследования по данной методике необходимо использовать непараметрические критерии статистического вывода.

По результатам диагностики преобладающих стратегий совладания со стрессовыми ситуациями, наиболее используемыми в данной выборке, являются самоконтроль, поиск социальной поддержки, положительная переоценка и планирование решения проблемы.

При этом корреляционный анализ показал, что стратегии преодоления стрессовых ситуаций связаны с психологическими особенностями личности с ПТСР. Так, выявлена прямая связь между стратегией дистанцирования и такими особенностями как саморегуляция ($r=0,34; p \leq 0,05$) и самопринятие ($r=0,33; p \leq 0,05$). Выявлена обратная связь между стратегией поиска социальной поддержки и самообвинением ($r=-0,42; p \leq 0,01$), базовыми убеждениями о доброжелательности окружающего мира ($r=-0,40; p \leq 0,01$), в ценности собственного Я ($r=-0,34; p \leq 0,05$). Диагностирована обратная связь между стратегией принятия ответственности и убеждением в ценности собственного Я ($r=-0,31; p \leq 0,05$), стратегией бегства-избегания и самоуверенностью ($r=-0,37; p \leq 0,05$), саморегуляцией ($r=-0,33; p \leq 0,05$), самопринятием ($r=-0,374; p \leq 0,05$). Зафиксирована прямая связь между стратегией планирования решения проблемы и саморегуляцией ($r=0,34; p \leq 0,05$), самопринятием ($r=0,40; p \leq 0,05$).

Для проверки гипотезы о зависимости психологических особенностей личности с ПТСР и стратегий преодоления стресса, мы разделили выборку на три подгруппы по каждой шкале самооценки (низкий, средний, высокий уровень).

Результаты сравнения средних показали, что испытуемые с разным уровнем самоуверенности различаются по использованию стратегии преодоления стресса «Бегство-избегание» ($H_{эмп}=7,22; p \leq 0,05$). Лица с ПТСР с разным уровнем саморегуляции различаются по использованию стратегии преодоления стресса «Конфронтация» ($H_{эмп}=4,89;$

$p \leq 0,05$). Испытуемые с разным уровнем отраженного самоотношения различаются по использованию стратегии преодоления стресса «Поиск решения проблемы» ($N_{эмп} = 6,50$; $p \leq 0,05$). Лица с ПТСР с разным уровнем самопринятия различаются по использованию стратегии преодоления стресса «Бегство-избегание» ($N_{эмп} = 10,50$; $p \leq 0,01$) и «Поиск решения проблемы» ($N_{эмп} = 10,10$; $p \leq 0,01$). Испытуемые с разным уровнем самопривязанности различаются по использованию стратегии преодоления стресса «Принятие ответственности» ($N_{эмп} = 6,35$; $p \leq 0,05$) и «Поиск решения проблемы» ($N_{эмп} = 6,22$; $p \leq 0,05$). А также лица с ПТСР с разным уровнем самообвинения различаются по использованию стратегии преодоления стресса «Поиск социальной поддержки» ($N_{эмп} = 4,61$; $p \leq 0,05$).

Таким образом, предположение о том, что в зависимости от психологических особенностей личности с ПТСР, стратегии преодоления ею стресса будут различаться, подтвердилось результатами исследования.

Для исследования субъективного переживания стресса у лиц с ПТСР нами был использован опросник «Шкала воспринимаемого стресса-10» (ШВС) В. А. Абабкова.

По шкале «Перенапряжение» низкий уровень был диагностирован у 1 испытуемого (2,6 % выборки), средний — у 22 испытуемых (57,9 % выборки) и высокий — у 15 испытуемых (39,5 % выборки). Высокие показатели означают, что люди субъективно воспринимают собственную жизнь как тяжелую, наполненную испытаниями и трудностями, которые необходимо преодолевать ценой значительных усилий и перенапряжения. В данной выборке преобладает средний и высокий уровни данного признака. По шкале «Противодействие стрессу» низкий уровень был диагностирован у 13 испытуемых (34,2 % выборки), средний — у 17 испытуемых (44,7 % выборки) и высокий — у 8 испытуемых (21,1 % выборки). Низкие показатели по данной шкале означают низкую сопротивляемость стрессовым событиям, недостаток ресурса для преодоления, нежелание бороться с трудностями и препятствиями, пассивность. Высокие показатели свидетельствуют о том, что для испытуемых их жизнь — это ежедневная схватка со стрессом, в которой они стремятся победить. Нет осознания того, что любая жизнь состоит из череды препятствий и сложных ситуаций, а стресс — ее неотъемлемая часть. Может наблюдаться преувеличение числа сложностей и

«катастрофизация» проблем. В выборке преобладает средний и низкий уровень данного признака.

По шкале «Шкала воспринимаемого стресса» низкий уровень был диагностирован у 1 испытуемого (2,6 % выборки), средний — у 20 испытуемых (52,6 % выборки) и высокий — у 7 испытуемых (45,2 % выборки). Высокие значения по данной шкале свидетельствуют о субъективно высоком уровне стрессов в жизни человека. Она обобщает показатели двух предыдущих шкал и в целом дает представление о том, как оценивает человек собственную жизнь и сколько усилий прилагает для того, чтобы справляться с ее вызовами. В выборке преобладает средний и высокий уровень данного признака. Для проверки нормальности распределения мы руководствовались правилом: «Распределение условно нормально, если среднее арифметическое отличается от моды и медианы не более, чем на $\frac{1}{2}$ стандартного отклонения». Данное правило соблюдается для всех шкал методики. Распределение близко к нормальному. Таким образом, для статистической обработки результатов исследования по данной методике можно использовать параметрические критерии статистического вывода.

Корреляционный анализ результатов диагностики субъективного переживания стресса лицами с ПТСР и их психологическими особенностями показал наличие значимых связей.

Так, была выявлена прямая связь между субъективным восприятием стресса и такими особенностями как самоуверенность ($r = 0,31$; $p \leq 0,05$), саморуководство ($r = 0,30$; $p \leq 0,05$), отраженное самоотношение ($r = 0,35$; $p \leq 0,05$). А также обратная связь между субъективным восприятием стресса и такими особенностями как внутренняя конфликтность ($r = -0,33$; $p \leq 0,05$) и самообвинение ($r = -0,41$; $p \leq 0,01$).

Для проверки гипотезы о связи тяжести субъективного переживания стресса личности с ПТСР и ее психологических особенностей мы разделили выборку на три подгруппы по каждой шкале самоотношения (низкий, средний, высокий уровень).

Сравнение средних в трех подгруппах по субъективному восприятию стресса с помощью H -критерия Краскала-Уоллеса показали, что испытуемые с разным уровнем внутренней конфликтности ($N_{эмп} = 5,52$; $p \leq 0,05$) и самообвинения ($N_{эмп} = 5,97$; $p \leq 0,05$) различаются по тяжести субъективного восприятия стресса.

Таким образом, предположение о том, что тяжесть субъективного переживания социального стресса личности с ПТСР связана с ее психологическими особенностями, подтвердилось данными исследования.

Это означает, что хоть фактор стресса является весомым в развитии и течении посттравматического стрессового расстройства, разные люди будут подвержены его действию по-разному. Тяжесть переживания ситуации социального стресса будет зависеть от психологических особенностей личности. С данны-

ми особенностями мы также связываем различные стратегии преодоления стрессовой ситуации. Это может иметь значение для прогнозирования течения ПТСР и выбираемой стратегии психологической помощи людям с данным расстройством.

Перспектива дальнейших исследований может быть связана с выявлением причинно-следственных связей между восприятием социального стресса, формированием ПТСР, использованием конкретных стратегий совладания личности.

С. А. Вильдгрубе¹, Е. В. Крамаренко¹, Г. М. Фирсова²

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ С ПТСР В УСЛОВИЯХ МНОГОКОМПОНЕНТНОГО СТРЕССА

¹ Федеральное государственное бюджетное учреждение «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В. К. Гусака» Минздрава России, г. Донецк, Российская Федерация

² Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Донецк, Российская Федерация

Целью данного исследования выступает изучение психологических особенностей личности с ПТСР в условиях многокомпонентного стресса. В статье рассматриваются различия между психологическими особенностями личности с ПТСР и стратегиями преодоления ею многокомпонентного стресса, связь тяжести субъективного переживания стресса у личности с ПТСР и ее психологическими особенностями. В исследовании под стрессом мы понимаем такую его разновидность, которая порождается общественными условиями, возникает в периоды социальных трансформаций и проявляется в нарушении регуляции процессов социального функционирования личности. Он связан с напряжением социальных ролей (работа, не соответствующая привычной роли или ожиданиям), изменениями социального статуса (потеря работы, поступление на воинскую службу) и нарушением социальной идентичности (дискриминация по национальному признаку, месту жительства, трудности в самоидентификации). Социальные стрессоры рассматриваются как объективные события, которые разрушают или угрожают разрушить обычную жизнь и деятельность индивида.

Полученные эмпирические данные о психологических особенностях личности с посттравматическим стрессовым расстройством в условиях многокомпонентного стресса необходимы для психологического сопровождения данной категории людей и подбора адекватных методов психологического сопровождения.

Ключевые слова: личность, ПТСР, психологические особенности, многокомпонентный стресс, стратегии преодоления стресса.

S. A. Wildgrube¹, E. V. Kramarenko¹, G. M. Firsova²

PSYCHOLOGICAL FEATURES OF A PERSON WITH PTSD IN CONDITIONS OF MULTICOMPONENT STRESS FSBI

¹ Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «M. Gorky Donetsk State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Donetsk, Russian Federation

² Federal State Budgetary Institution «V.K. Gusak Institute of Emergency and Reconstructive Surgery» of the Ministry of Health of Russia, Donetsk, Russian Federation

The purpose of this study is to study the psychological characteristics of a person with PTSD in conditions of multicomponent stress. The article examines the differences between the psychological characteristics of a person with PTSD and strategies for overcoming multicomponent stress, the

relationship between the severity of the subjective experience of stress in a person with PTSD and its psychological characteristics. In the study, we understand stress as a kind of stress that is generated by social conditions, occurs during periods of social transformations and manifests itself in a violation of the regulation of the processes of social functioning of the individual. It is associated with the tension of social roles (work that does not correspond to the usual role or expectations), changes in social status (loss of job, admission to military service) and violation of social identity (discrimination based on nationality, place of residence, difficulties in self-identification). Social stressors are considered as objective events that destroy or threaten to destroy an individual's ordinary life and activities.

The empirical data obtained on the psychological characteristics of a person with post-traumatic stress disorder in conditions of multicomponent stress are necessary for the psychological support of this category of people and the selection of adequate methods of psychological support.

Keywords: *personality, PTSD, psychological characteristics, multicomponent stress, strategies for overcoming stress.*

Литература

1. Бостанова Л. Ш. Психологические особенности посттравматических стрессовых расстройств. Ученые записки университета имени П. Ф. Лесгафта. 2019; 11 (177): 494-499.
2. Волошин П. В. Медико-психологические аспекты экстремальных событий и проблема ПТСР. Международный медицинский журнал. 2000; 3:31-34.
3. Трошина Е. О., Ряполова Т. Л. Изучение вопроса комбинированного стресса, как стресса психоэмоционального потрясения у студенческой молодежи, в контексте ситуации на Донбассе. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2022; 3 (59): 59-66.

References

1. Bostanova L. S. Psychological features of post-traumatic stress disorders / L. S. Bostanova, A. S. Bogatyreva, D. D. Akbayeva // Scientific notes of the P. F. Lesgaft University. 2019; 11 (177): 494-499 (in Russian).
2. Voloshin P. V. Medical and psychological aspects of extreme events and the problem of PTSD / P. V. Voloshin, L. F. Shestopalova // International Medical Journal. 2000; 3:31-34 (in Russian).
3. Troshina E. O., Ryapolova T. L. Izuchenie voprosa kombinirovannogo stressa, kak stressa psihoemotional'nogo potryaseniya u studencheskoj molodezhi, v kontekste situacii na Donbasse. Zhurnal psihiatrii i medicinskoj psihologii. 2022; 3 (59): 59-66 (in Russian).

Поступила в редакцию 01.09.2023 г.

УДК 616.89-008+159.9]-053.71

М. В. Забиров¹, И. В. Бабенко-Сорокопуд²

ЛИЧНОСТНЫЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ НА ПРИМЕРЕ РАЦИОНАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ.

Проблемная статья

¹ ГБУ «Республиканская клиническая туберкулёзная больница»
Минздрава Донецкой Народной Республики, г. Донецк, Российская Федерация

² Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Донецк, Российская Федерация

Объектом психотерапии являются психологические факторы патогенеза заболевания, в том числе внутренняя картина болезни [21, с. 510] (ВКБ). Одним из главных видов психотерапии является рациональная психотерапия (РП). «В качестве одного из элементов она входит практически во все виды психотерапии, без неё затруднительно начало любого её вида» [21, с. 533]. РП направлена прежде всего на коррекцию ВКБ [21, с. 532] и её полное прояснение путём разумного информирования больного.

ВКБ — сложный психологический феномен, на образование и динамику которого влияют многие факторы. Целями настоящего исследования являются: а) создание системной концепции ВКБ, б) анализ зависимости ВКБ от типа личности больного и в) определение задач РП в соответствии с ВКБ больного и психологическим типом врача.

Стержнем РП является такое толкование всех аспектов болезни, которое позволяет пациенту создать правильную субъективную (аутопластическую [45, цит. по 46; 9, цит. по 28, цит. по 41, с. 51], внутреннюю [27, цит. по 38, с. 23]) картину своей болезни и выработать адекватное отношение к болезни.

На сегодняшний день существуют различные взгляды на структуру ВКБ. Так, белорусские психотерапевты выделяют «три психологических уровня субъективной картины болезни: сенсорный, эмоциональный и интеллектуальный».

Сенсорный уровень включает в себя отношение больного к своим болезненным ощущениям. Например, одни люди относятся к зубной боли относительно терпимо, тогда как другие в буквальном смысле слова лезут на стену. <...>

Эмоциональный уровень субъективной картины болезни — это оценка больным своей болезни с точки зрения «опасности» и «безопасности». Одни считают свою болезнь крайне тяжёлой, неизлечимой, другие, наоборот, недооценивают тяжесть заболевания. Сюда примешиваются и оценки иного рода: хорошо или плохо быть больным; выгодно это или невыгодно? Такая оценка иногда проводится сознательно (рентная установка), но чаще неосознанно (истерические неврозы). В последнем случае завышенная оценка болезни является своеобразной защитой больного в психотравмирующей ситуации.

Интеллектуальный уровень субъективной картины болезни — это решение вопросов: «Болен или здоров?», «Чем лечиться?», «У кого лечиться?» и т. п..

Как видим, здесь выделены не три, а четыре компонента структуры ВКБ, но независимый от других компонент — выгода от болезни — присоединён к эмоциональному компоненту, что методологически ошибочно (см. ниже).

Несколько отличные взгляды ряда других отечественных авторов приводятся в учебнике Б. Д. Карвасарского «Клиническая психология»: «В структуре ВКБ Лурия выделяет 4 компонента: сенситивный, отражающий локальные боли и расстройства; эмоциональный; рациональный и мотивационный, или волевой, связанный с сознательными целенаправленными действиями по преодолению болезни».

Петровский и Ярошевский определяют ВКБ как «возникающий у больного целостный образ своего заболевания». С психологической точки зрения формирование этого целостного образа осуществляется в несколько этапов. При возникновении дисгармонии, на-

рушении согласованной деятельности различных органов и систем, появлении признаков морфофункциональных расстройств развиваются субъективные состояния с ощущениями необычного, неопределённого характера. Эти ощущения, будучи предвестниками соматической болезни, обуславливают состояние, обозначаемое как дискомфорт. <...> Наряду с диффузными (неопределёнными) субъективными ощущениями дискомфорта, возможен локальный дискомфорт (в области сердца, желудка, кишечника). Дальнейшее развитие заболевания может сопровождаться перерастанием дискомфорта в болевые ощущения.

По современным представлениям, боль <...> возникает в результате воздействия сверхсильных раздражителей <...>. <...> Ожидание и опасение боли, усталость и бессонница повышают чувствительность к ней. В качестве элементарного переживания боль представляется наиболее близкой к эмоции страха. Болевые ощущения оцениваются больным не только как признак, симптом заболевания, но и как сигнал угрозы для жизни и возможных последствий в виде инвалидизации, изменения профессионального, социального статуса, материального положения. Эмоция страха, возникающая в ответ на болевое воздействие, запускает целый комплекс эмоциональных реакций, связанных с болезнью: чувство надежды, переживание печали, отчаяния, безнадёжности, скорби, тоски и т. д. Многочисленные эмоциональные феномены, проявляющиеся на разных этапах формирования болезни, в ходе её течения, составляют эмоциональный компонент ВКБ.

Эмоциональные переживания стимулируют познавательную деятельность, которая направлена на поиск информации и конструирование логической схемы, концепции, объясняющей пациенту, что с ним происходит. На этапе построения концепции важную информацию больной получает от врача. Помимо медицинских работников, пациент начинает советоваться с родственниками и знакомыми, которые переживали что-либо подобное; он читает научно-популярные журналы по медицине; смотрит и слушает научно-популярные передачи. В результате сконструированная больным концепция заболевания (рациональный компонент ВКБ) может оказаться субъективной и далёкой от реальности. Своё представление о болезни пациент воплощает в конкретных действиях, направленных на преодоление болезнен-

ного состояния: он идёт на приём к врачу, к представителю альтернативной медицины или занимается самолечением (мотивационный, или волевой компонент ВКБ). Ташлыков рассматривает ВКБ как систему психической адаптации больного к своему заболеванию, имеющую в своей основе механизмы психологической защиты и совладания. По мнению автора, ВКБ создается в защитных целях, для ослабления интенсивности негативных переживаний, связанных с болезнью, компенсации чувства вины, стыда, агрессии. В структуре ВКБ Ташлыков выделяет познавательный, эмоциональный и мотивационно-поведенческий аспекты».

Взгляды всех этих авторов на структуру ВКБ вполне обоснованны, но им не хватает системности: в чём-то они повторяются, а в чём-то взаимно дополнительные, однако они не исчерпывают структуру ВКБ. Чтобы упорядочить представления о её структуре, сначала перечислим все компоненты (аспекты, уровни) ВКБ и установим их смысловые соответствия:

1) сенсорный (сенситивный — по А. Goldscheider, 1927 [45, цит. по 46; 9, цит. по 28, цит. по 41, с.51]; Р.А. Лурия, 1935, 1944, 1977 [27; 28, цит. по 41, с.51; 29, цит. по 38, с. 23-24]; чувственный, уровень ощущений — по В. В. Николаевой, 1987 [30, с.80]);

2) эмоциональный (Лурия Р.А., 1935 [27; 29, цит. по 38, с.23-24]; Ташлыков В.А., 1984 [38, с.29]);

3) рациональный (Лурия Р.А., 1935, 1944, 1977 [27; 28, цит. по 41, с. 51; 29]) (рассудочный, мыслительный);

4) мотивационный, или волевой (Лурия Р.А., 1935, 1944, 1977 [27; 28, цит. по 41, с. 51; 29]) (мотивационно-поведенческий — по В.А. Ташлыкову, 1984 [38, с. 29]);

5) интеллектуальный (Goldscheider А., 1927 [45, цит. по 46; 9, цит. по 28, цит. по 41, с. 51]; Лурия Р.А., 1935, 1944, 1977 [27; 28, цит. по 41, с. 51; 29, цит. по 38, с. 23-24]) (познавательный — по В.А. Ташлыкову, 1984 [38, с. 28]);

6) выгода от болезни.

Для удобства дальнейшего изложения сведём эти компоненты ВКБ в таблицу 1.

Как видим, одновременно все шесть компонентов ВКБ не отражены ни в одной из рассмотренных классификаций. В то же время каждый из них важен и качественно своеобразен, а потому не может быть сведён к какому-то другому. Поэтому следует учиты-

Таблица 1

Предварительная структура ВКБ

№ п/п	Компонент структуры ВКБ	Автор	Синоним	Автор
1	Сенсорный	Кондрашенко В. Т., Донской Д. И., 1997	Сенситивный	Goldscheider А., 1927; Лурия Р. А., 1935, 1944, 1977
			Чувственный, уровень ощущений	Николаева В. В., 1987
2	Эмоциональный	Лурия Р. А., 1935, 1944, 1977; Кондрашенко В. Т., Донской Д. И., 1997		
3	Рациональный	Лурия Р. А., 1935, 1944, 1977	Рассудочный, мыслительный	Забинов М. В., предложены впервые
4	Волевой, мотивационный	Лурия Р. А., 1935, 1944, 1977	Мотивационно- поведенческий	Ташлыков В. А., 1984
5	Интеллектуальный	Goldscheider А., 1927; Лурия Р. А., 1935, 1944, 1977; Кондрашенко В. Т., Донской Д. И., 1997	Познавательный	Ташлыков В. А., 1984
6	Выгода от болезни	Кондрашенко В. Т., Донской Д. И., 1997		

вать все шесть компонентов. Но как понять, все ли возможные компоненты ВКБ здесь учтены? Рассмотрим этот вопрос.

Содержанием психики всегда является смысловая информация — «трёхкомпонентный сплав максимально редуцированных образов, понятий и эмоций» [2, с. 19]. Различают образы ощущений и восприятий (они первичны) и образы представлений (они вторичны) [31, с. 319].

«Ощущение — <...> отражение в сознании личности отдельных свойств и качеств предметов или явлений. <...> Отражение в ощущении — <...> результат взаимодействия организма с физическими и химическими свойствами среды при их непосредственном воздействии на рецепторы» [31, с. 357].

«Восприятие — целостное отражение предметов, явлений, ситуаций и событий в их чувственно доступных временных и пространственных связях и отношениях. <...> Возникает при непосредственном воздействии физических раздражителей на рецепторные поверхности <...> органов чувств» [31, с. 77].

«Представление — образы предметов, сцен и событий, возникающие на основе припоминания или продуктивного воображения. В отличие от восприятий, могут носить

обобщённый характер. Если восприятия относятся только к настоящему, то представления — к прошлому и возможному будущему» [31, с. 409].

Из приведённых определений следует, что за ощущения и восприятия ответственны органы чувств, а за представления — память или воображение. За память же ответственна интровертированная интуиция, а за воображение — экстравертированная интуиция (см. ниже). Т.е. в возникновении образов первична сенсорика, а вторична интуиция.

Понятие — это «логически оформленная общая мысль о предмете, идея чего-нибудь» [32, с. 515]. Т.е. в возникновении понятий первично мышление.

Что же касается эмоций как компонента смысловой информации, то они проявляются как таковые, поэтому дополнительные пояснения здесь излишни.

В смысловой информации всегда представлены три неразрывно связанных между собой компонента: сенсорный, мыслительный и эмоциональный. Сам же смысл как информация воспринимается с помощью интеллекта и сохраняется в памяти субъекта.

Поскольку интеллект и память ответственны за операции со смысловой информа-

цией, то они являются родственными психическими функциями и образуют интеллектуально-мнестическую сферу психики. Целесообразно объединить их понятием «интуиция» в широком смысле слова (пояснения см. ниже). Т. е. за восприятие, понимание, сравнение, запоминание, хранение и припоминание смысловой информации ответственна интуиция в широком смысле слова.

Итак, целостная психическая деятельность субъекта обеспечивается единством его сенсорики, интуиции, эмоций и мышления. Но это означает, что в смысловой информации присутствует и четвёртый компонент, хотя и не выделенный явно: интеллектуальный.

Соотношение этих четырёх компонентов изначально зависит от склада личности субъекта, оперирующего смысловой информацией. Например, для субъекта мыслительного склада важнее (ценнее) прочих компонентов мыслительный, а для субъекта эмоционального склада — эмоциональный. Однако на субъективную значимость (ценность) компонентов смысловой информации влияют и обстоятельства психической деятельности. Изначальную субъективную ценность компонента смысловой информации назовём первичной ценностью, а ситуативную ценность — вторичной.

Вывод о четырёхкомпонентной структуре смысловой информации полностью согласуется с современными научными представлениями о строении психики. Так, К. Г. Юнг наблюдал и различал всего четыре психологические функции: сенсорную, интуицию, чувство и мышление [44, с. 578]. Каждая из них может: а) быть направлена либо вовне (экстравертирована), либо внутрь (интровертирована), и б) занимать как главенствующее, так и подчинённое положение в психике. С учётом их направленности можно выделить восемь психологических функций.

Сочетаясь по определённым правилам, пары этих психологических функций образуют четыре инстанции психики: Эго (Я), Ид (Оно), Супер-Эго (Сверх-Я) (по З. Фрейду) [39, с. 98] и Супер-Ид (Сверх-Оно) (по А. Аугустиновичу [3, с. 186]). Всего возможны 16 таких сочетаний и, соответственно, 16 психологических типов [44, с. 402-495].

Обобщая представления Юнга о сущности психологических функций [44, с. 416-492], можно определить специализацию и зоны ответственности этих функций следующим образом. За восприятие с помощью органов

чувств ответственно интровертированная сенсорика, а за волевые действия — экстравертированная сенсорика. За интеллект ответственна экстравертированная интуиция, а за память и отслеживание изменений — интровертированная интуиция. За эмоции ответственно экстравертированное чувство, а за эмпатию — интровертированное чувство. За рассудок, ясность понимания событий и явлений ответственно интровертированное мышление, а за выгоду — экстравертированное мышление.

Составим таблицу соответствий психологических функций их специализации и компонентам ВКБ (см. табл. 2).

Таким образом, концепция К. Г. Юнга о психологических функциях позволяет выделить новые, ранее не учтённые компоненты ВКБ, хотя их существование доказано обширной клинической практикой и данными литературы. Ведь не подлежит сомнению наличие у огромного большинства больных: а) памяти о своей болезни и б) жалости к себе в связи с болезнью. Отсутствие же хотя бы одного из восьми компонентов ВКБ у конкретного больного — как правило, свидетельство психической патологии.

Приведённый в таблице 2 перечень компонентов ВКБ является исчерпывающим, так как каждый компонент однозначно соответствует одной из психологических функций, а их ровно восемь. Следовательно, в табл. 2 отражено системное представление о структуре ВКБ.

Поскольку личность устроена таким образом, что субъективно ценными являются только четыре из восьми психологических функций, а ещё четыре представляют отрицательную субъективную ценность [36, с. 91-92], то и в ВКБ четыре компонента субъективно ценны, а ещё четыре представляют отрицательную субъективную ценность. Это объясняет как сходство, так и различия ВКБ и реакции на свою болезнь у представителей различных психологических типов: у близких психологических типов они имеют много общего, а у противоположных — различаются коренным образом.

Отсюда ясно, что проводить психотерапию следует с учётом психологического типа личности: как пациента, так и врача-психотерапевта. И этот вывод далеко не нов: «Сама структура ВКБ <...> находится в большой зависимости от структуры личности больного <...>. <...> В изучении психики больного человека огромное значение всегда будет

Таблица 2

Соответствия психологических функций их специализации и компонентам ВКБ

№ п/п	Психологическая функция	Специализация	Компонент ВКБ
1	Экстравертированная сенсорика	Волевые действия [3, с. 559]	Волевой, мотивационный
2	Интровертированная сенсорика	Восприятие с помощью органов чувств [10, с. 119]	Сенсорный
3	Экстравертированная интуиция	Интеллект [18], воображение [12, с. 412]	Интеллектуальный
4	Интровертированная интуиция	Память*, отслеживание изменений [12, с. 408]	Мнестический (память о болезни)**
5	Экстравертированное чувство	Эмоции [3, с. 559]	Эмоциональный (переживания в связи с болезнью)
6	Интровертированное чувство	Эмпатия*	Жалость к себе в связи с болезнью**
7	Экстравертированное мышление	Выгода [10, с. 119]	Выгода от болезни
8	Интровертированное мышление	Рассудок*, ясность понимания событий и явлений*	Рассудочный

* Специализация сформулирована нами.

** Компонент выделен нами в соответствии со специализацией данной психологической функции.

иметь и личность самого врача» [28, цит. по 41, с. 54, 57].

Например, если главной психологической функцией личности больного или врача является интровертированное мышление, то самым главным в психотерапии для них будет стремление к полной ясности в отношении болезни (а в этом и заключается главная цель РП). Если же главной психологической функцией личности больного или врача является экстравертированное мышление, то самым главным в психотерапии для них будет стремление к выгоде. И т. д.

Составим таблицу приоритетов задач психотерапии в зависимости от характера главной психологической функции в личности больного или врача (см. табл. 3).

При определении задач психотерапии, конечно, следует учитывать и характер остальных семи психологических функций. Однако эти задачи должны быть подчинены главной задаче.

Как мы уже упоминали, любая инстанция психики образована парой психологических функций (см., например, табл. 4). Вот простейшая модель психики, отражающая взаи-

моотношения всех четырёх инстанций психики (см. рис.).

На рисунке указано, что: а) четыре инстанции психики образуют четыре этажа, б) сознательное образовано Эго и Супер-Эго, в) бессознательное образовано Ид и Супер-Ид.

Сознание индивида обычно присутствует одновременно во всех инстанциях психики, изменяется лишь его концентрация в инстанциях [14]. В своей первой теории психического аппарата ясно осознаваемую часть психики З. Фрейд назвал сознанием, хотя точнее назвать её сознательным: «Сознание <...> — это система или структура, в которой протекает сознательная психическая деятельность...» [34, с. 184]. В 1920-х гг. З. Фрейд переименовал сознательное в Эго [34, с. 14]. Супер-Эго вычленяется из Эго и играет для субъекта «роль образца и судьи» [25, с. 445]. Поэтому Эго и Супер-Эго образуют сознательное. Во время бодрствования наивысшая концентрация (центр) сознания находится в Эго, а при переходе субъекта в состояние психологической обороны — в Супер-Эго [14].

Ид и Супер-Ид образуют неясно осознаваемую часть психики. Ид соответствует

Таблица 3

**Приоритеты задач психотерапии в зависимости от характера
главной психологической функции**

№ п/п	Главная психологическая функция	Приоритет задач психотерапии
1	Экстравертированная сенсорика	Поощрение физической активности (тренирующий больничный режим)
2	Интровертированная сенсорика	Релаксация (щадящий больничный режим)
3	Экстравертированная интуиция	Информирование
4	Интровертированная интуиция	Акцент на положительных изменениях
5	Экстравертированное чувство	Проявление чувств в связи с болезнью
6	Интровертированное чувство	Сочувствие
7	Экстравертированное мышление	Достижение понимания выгоды от полного выздоровления и коррекция ложных представлений о выгоде от болезни
8	Интровертированное мышление	Достижение полной ясности понимания болезни

Таблица 4

**Иерархия психологических функций, компонентов ВКБ у пациента,
задач психотерапии и субъективной ценности своих действий у врача
интровертированного мыслительного типа со вспомогательной
экстравертированной интуицией**

№ п/п	Инстанция психики	Психологическая функция	Компонент ВКБ у пациента	Задача психотерапии и субъективная ценность своих действий для врача, баллы
1	Эго	Интровертированное мышление	Рассудочный	Полная ясность понимания болезни, +4
2		Экстравертированная интуиция	Интеллектуальный	Информирование пациента (и/или его близких), +3
3	Супер-Ид	Интровертированная сенсорика	Сенсорный	Релаксация пациента, +2
4		Экстравертированное чувство	Эмоциональный	Проявление чувств в связи с болезнью, +1
5	Ид	Интровертированная интуиция	Мнестический	Акцент на положительных изменениях, -1
6		Экстравертированное мышление	Выгода от своей болезни	Коррекция ложных представлений пациента о выгоде от своей болезни, -2
7	Супер-Эго	интровертированное чувство	Жалость пациента к себе	Сочувствие к пациенту, -3
8		экстравертированная сенсорика	Волевой, мотивационный	Поощрение физической активности пациента (тренирующий больничный режим), -4

Эго (Я)	Сознательное
Супер-Эго (Сверх-Я)	
Супер-Ид (Сверх-Оно)	Бессознательное
Ид (Оно)	

Рис. Простейшая модель психики

Pic. The simplest model of psyche

предсознанию (точнее, предсознательному), которое «ускользает от актуального сознания, но не является бессознательным в узком смысле слова» [25, с. 350]. Бессознательному (или подсознательному) в узком смысле слова соответствует Супер-Ид (его можно также назвать собственно бессознательным). Тогда Ид и Супер-Ид образуют бессознательное (или подсознательное) в широком смысле слова.

Во время отдыха или сна центр сознания перемещается в область бессознательного в широком смысле слова. Поскольку в нормальных условиях возникновению фазы быстрого сна всегда предшествует фаза медленного сна [8, с. 8], то можно сделать вывод, что во время медленного сна сознание сосредоточено в Ид, а во время быстрого сна — в Супер-Ид.

В пределах инстанции одна из образующих его психологических функций более активна (доминирует), а другая — менее активна (субдоминирует). Так, в Эго обычно доминирует главная психологическая функция, а субдоминирует — вспомогательная психологическая функция [44, с. 492-495]. В любой другой инстанции психики направленность обычно доминирующей психологической функции совпадает с направленностью главной психологической функции. Поэтому у экстравертов в любой инстанции психики обычно доминирует экстравертированная психологическая функция, а у интровертов — интровертированная.

То же справедливо и для субдоминирующей психологической функции любой инстанции психики. Поэтому у экстравертов в любой инстанции психики обычно субдоминирует интровертированная психологическая функция, а у интровертов — экстравертированная.

Перераспределение активности психологических функций как внутри инстанций психики, так и между инстанциями осуществляется сознанием в зависимости от: а) кон-

кретных обстоятельств жизнедеятельности субъекта (они формируют потребность сознания в обращении к соответствующим им психологическим функциям) и б) психологического типа субъекта (тип однозначно определяет локализацию психологических функций в инстанциях психики).

Субъективно приятна деятельность, обеспечиваемая психологическими функциями двух инстанций психики: Эго и Супер-Ид. Поэтому проявления этих четырёх психологических функций представляют для субъекта положительную ценность [36, с. 91-92] (см. выше). Напротив, деятельность, обеспечиваемая психологическими функциями Ид и Супер-Эго, субъективно неприятна, и потому их проявления изначально представляют для субъекта отрицательную ценность (хотя под давлением обстоятельств их проявления могут временно приобретать ситуативную положительную ценность [15]).

Поскольку же наполнение инстанций психики конкретными парами психологических функций зависит от психологического типа, то и субъективная оценка комфортности своей деятельности полностью определяется психологическим типом, причём эта оценка не подлежит произвольной регуляции субъектом.

Если субъект оценивает свои действия с помощью психологических функций Эго и Супер-Ид (этих функций четыре), то субъективную ценность их проявлений можно ранжировать. Это позволяет ввести условные количественные характеристики проявлений психологических функций и даёт возможность сравнивать их ценность.

Сначала рассмотрим работу сознания с исходящей смысловой информацией. В этом случае максимальной субъективной ценностью обладает главная психологическая функция Эго. Примем её ценность за 100%. Пару главной психологической функции составляет вспомогательная психологическая функ-

ция. Субъективная ценность проявлений последней уступает ценности проявлений главной психологической функции, условно, на $1/4$ [14].

Ещё две психологических функции образуют Супер-Ид, где проявления главной (третьей по счёту) психологической функции уступают в субъективной ценности проявлениям главной психологической функции Эго на $1/2$, а проявления четвёртой психологической функции (образующей пару с третьей) уступают в субъективной ценности проявлений главной психологической функции Эго на $3/4$, составляя, условно, 25% от максимума.

Подобным же образом можно ранжировать и отрицательную субъективную ценность проявлений психологических функций, образующих Ид и Супер-Эго. Если субъект оценивает свои действия с помощью психологических функций Ид и Супер-Эго (т. е. при работе сознания с исходящей смысловой информацией), то их отрицательная субъективная ценность, сохраняя знак, меняется на прямо противоположную. Максимальный субъективный дискомфорт (100%) вызывает активность субдоминирующей психологической функции Супер-Эго. Поэтому её называют мобилизационной [7, с. 120] психологической функцией, а также болевой [35, с. 169-170] психологической функцией, точкой наименьшего сопротивления [35, с. 169], «местом наименьшего сопротивления» [7, с. 120].

Меньше дискомфорт от активности доминирующей психологической функции Супер-Эго — 75%. Далее следует дискомфорт от активности субдоминирующей психологической функции Ид — 50%. И меньше всего дискомфорт от активности доминирующей психологической функции Ид — 25%.

Напротив, если субъект оценивает свой психологический комфорт от поведения окружающих (т. е. при работе сознания с входящей смысловой информацией), то активны те же психологические функции Эго и Супер-Ид, но субъективная ценность их проявлений, сохраняя знак, меняется на прямо противоположную. Максимальный субъективный комфорт (100%) вызывает активность субдоминирующей психологической функции Супер-Ид. Меньше комфорт от активности доминирующей психологической функции Супер-Ид — 75%. Далее следует комфорт от активности субдоминирующей психологической функции Эго — 50%. И меньше всего комфорт от

активности доминирующей психологической функции Эго — 25%.

Когда субъект оценивает свой психологический *дискомфорт* от поведения окружающих, задействованы его Ид и Супер-Эго. В Ид отрицательная субъективная ценность проявлений доминирующей психологической функции составляет 100%, а проявлений подчинённой психологической функции — 75%. В Супер-Эго отрицательная субъективная ценность проявлений доминирующей психологической функции составляет 50%, а подчинённой — 25%.

Для удобства сравнения психологических функций введём условную 4-балльную шкалу проявлений их изначальной субъективной ценности, где 100% приравняем 4 баллам, а 25% — 1 баллу. Т. е. цена деления шкалы составляет 25%. Для проявлений субъективно ценных психологических функций все значения шкалы положительны. Для проявлений психологических функций с отрицательной субъективной ценностью шкала аналогична, но все значения отрицательны.

Это позволяет составить для каждого психологического типа личности перечень и иерархию всех компонентов ВКБ и задач психотерапии. Кроме психологического типа, они будут зависеть также от того, врач это или пациент. Покажем это на примере интровертированного мыслительного типа со вспомогательной экстравертированной интуицией (см. табл. 4, 5).

В таблице 4 не учтён психологический тип личности пациента, а ведь его тип очень важен. Поэтому покажем иерархию психологических функций, компонентов ВКБ и ожиданий в отношении психотерапии у *пациента* интровертированного мыслительного типа со вспомогательной экстравертированной интуицией (см. табл. 5).

Аналогичные таблицы можно составить и для остальных психологических типов.

Обсуждение. Подбор методов и средств психотерапии должен зависеть в первую очередь от иерархии задач психотерапии. Иерархия же их, как показано выше, зависит прежде всего от психологического типа личности врача и пациента.

Так, поскольку РП направлена на информирование больного о его болезни ради достижения им полной ясности понимания своей болезни, а главными задачами РП для врача интровертированного мыслительного типа со вспомогательной экстравертиро-

Таблица 5

Иерархия психологических функций, компонентов ВКБ, ожиданий в отношении психотерапии и субъективной ценности психотерапии и своих действий у пациента интровертированного мыслительного типа со вспомогательной экстравертированной интуицией

№ п/п	Инстанция психики	Психологическая функция	Компонент ВКБ	Ожидания в отношении психотерапии и её субъективная ценность, баллы	Субъективная ценность своих действий, баллы
1	Эго	Интровертированное мышление	Рассудочный	Полная ясность понимания врачом болезни пациента, +1	+4
2		Экстравертированная интуиция	Интеллектуальный	Информирование пациента (и/или его близких) врачом, +2	+3
3	Супер-Ид	Интровертированная сенсорика	Сенсорный	Релаксация, +3	+2
4		Экстравертированное чувство	Эмоциональный	Проявление врачом чувств в связи с болезнью, +4	+1
5	Ид	Интровертированная интуиция	Мнестический	Акцент на положительных изменениях, -4	-1
6		Экстравертированное мышление	Выгода от болезни	Коррекция врачом ложных представлений пациента о выгоде от болезни, -3	-2
7	Супер-Эго	Интровертированное чувство	Жалость к себе	Сочувствие врача, -2	-3
8		Экстравертированная сенсорика	Волевой, мотивационный	Поощрение врачом физической активности пациента (тренирующий больничный режим), -1	-4

ванной интуицией выступают: а) достижение полной ясности понимания больным своей болезни и б) информирование, — то этот психологический тип оказывает предпочтение РП. Так, РП занимался русский психиатр В. М. Бехтерев (1911), называя её разъяснительной. По нашему мнению, он принадлежал к интровертированному мыслительному типу со вспомогательной экстравертированной интуицией.

Хорошими способностями к проведению РП обладает также экстравертированный интуитивный тип со вспомогательным интровертированным мышлением, только для него информирование важнее достижения полной ясности понимания болезни.

А наиболее восприимчивы к РП пациенты экстравертированного чувствующего типа со вспомогательной интровертированной сенсорикой. Хорошо восприимчивы к РП также

пациенты интровертированного сенсорного типа со вспомогательным экстравертированным чувствованием, только для них информирование важнее достижения полной ясности понимания болезни.

Меньше всего подходит РП для пациентов: а) экстравертированного сенсорного типа со вспомогательным интровертированным чувствованием и б) интровертированного чувствующего типа со вспомогательной экстравертированной сенсорикой.

Поэтому для достижения наивысших результатов РП важна совместимость типов личности врача и пациента. Например, таких результатов следует ожидать в парах: а) интровертированный мыслительный тип со вспомогательной экстравертированной интуицией и экстравертированный чувствующий тип со вспомогательной интровертированной сенсорикой и б) экстравертированный интуитивный тип со вспомогательным интровертированным мышлением и интровертированный сенсорный тип со вспомогательным экстравертированным чувствованием. Такие пары называются полностью дополнительными, или дуальными [3, с. 137-140].

Напротив, не следует ожидать хороших результатов от РП в парах: а) интровертированный мыслительный тип со вспомогательной экстравертированной интуицией и экстравертированный сенсорный тип со вспомогательным интровертированным чувствованием и б) экстравертированный интуитивный тип со вспомогательным интровертированным мышлением и интровертированный чувствующий тип со вспомогательной экстравертированной сенсорикой. Такие пары называются конфликтными [3, с. 142-144].

Таким образом, выбор правильной тактики проведения психотерапии должен начинаться с установления типа (типирования) личности врача и пациента. Однако типирование — сложная задача даже для опытного психотерапевта. Для типирования используют тесты-опросники (определитель типа Майерс-Бриггс — ОТМБ [37, с. 19], он же индикатор типов Майерс-Бриггс — МВТИ [20, с. 18-25]; соционические [43, с. 207-218]) и проективные (рисуночные [23; 42, с. 87-105]). Однако их надёжность не абсолютна, поэтому главными пока остаются методы экспертных оценок: портретных кластеров (прежде всего физиономических) [40 и др.], наблюдение, опрос и биографический (т.е. методика К. Г. Юнга [44, с. 615]) [16].

Большую помощь в типировании может оказать предварительное определение психотипа [11], хотя обычно это ещё более сложная задача. Ведь психотипы возникают на основе психологических типов, но устроены сложнее, поскольку психологические типы учитывают четыре признака, а психотипы — шесть признаков [13]. Так, на основе интровертированного мыслительного типа со вспомогательной экстравертированной интуицией формируются такие психотипы, как сенситивный шизоид (чудак), тревожно-застревающий [26, с. 317-320] (вариант ипохондрика), покорно-деятельный [24, с. 108-111] (он же добросовестный тип личности [33, с.80-86] как вариант сенситивного психастеника), тревожный (он же уклоняющийся, или избегающий [47, цит. по 22, с. 92-93] как вариант сенситивного астеника) и др. [17].

Для определения психотипов можно использовать личностные опросники: тест Леонгарда-Шмишека, патохарактерологический диагностический опросник (ПДО) [19, с. 81-102; 5, с. 100-107; 6, с. 183], тест «характерологические акцентуации личности» (ХАЛ) [4, с. 95-101; 5, с. 108-122], личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ) [19, с. 102-115], «Персональный автопортрет» [33, с. 52-79], Миннесотский многоаспектный личностный опросник (ММПИ) [1, с. 126-133] и его модификации [6, с. 182], 16-факторный личностный опросник (тест Р. Б. Кеттелла) [1, с. 136-138], Фрайбургский личностный опросник (FPI) и его модификации, психодиагностический тест (ПДТ) [6, с. 183-184] и др. Отметим всё же, что любые психологические тесты позволяют получить лишь предварительное заключение о психотипе, а толкование результатов тестирования «требует значительного психологического опыта» [1, с. 133]. Так что решающую роль и здесь играет личный опыт врача.

Успех психотерапии может зависеть также от интертипных отношений между врачом, пациентом и его близкими, и тогда необходимо учитывать и психологический тип каждого из них.

Заключение.

Таким образом, системная концепция ВКБ основана на восьмикомпонентной модели структуры личности. Каждый компонент (т.е. каждая психологическая функция) вносит свой вклад в ВКБ. Возможна условная количественная оценка изначальной субъективной ценности проявлений каждой из восьми пси-

хологических функций на основе простейшей модели психики.

Приоритеты задач психотерапии зависят от психологического типа больного и врача. Для каждого психологического типа можно установить иерархию: а) компонентов ВКБ

и б) задач психотерапии. Для повышения эффективности психотерапии врачу необходимо правильно определить и учитывать психологический тип: а) свой собственный, б) пациента и в) его близких.

М. В. Забиров¹, И. В. Бабенко-Сорокопуд²

ЛИЧНОСТНЫЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ НА ПРИМЕРЕ РАЦИОНАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ. Проблемная статья

¹ ГБУ «Республиканская клиническая туберкулёзная больница»
Минздрава Донецкой Народной Республики, Донецк, Российская Федерация

² Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Донецк, Российская Федерация

Резюме. Предложена системная концепция внутренней картины болезни на основе восьмикомпонентной модели личности. Показан вклад каждого компонента в эту картину. Показана зависимость приоритетов задач психотерапии от типа личности: а) больного и б) врача. Для количественной оценки изначальной субъективной ценности каждого из восьми компонентов личности — психологических функций — предложена условная 4-балльная шкала, основанная на простейшей модели психики. Обоснована возможность составить для каждого психологического типа иерархию а) компонентов внутренней картины болезни и б) задач психотерапии. Дан образец такой иерархии на примере одного из шестнадцати психологических типов, выделенных К. Г. Юнгом. Обсуждаются влияние личностно-типологической совместимости врача и пациента на эффективность психотерапии и способы установления психологического типа.

Ключевые слова: психотерапия, внутренняя картина болезни, структура личности, модель психики, психологические типы, психологическая совместимость.

M. V. Zabirov¹, I. V. Babenko-Sorokopud²

PERSONAL PREREQUISITES FOR THE EFFECTIVENESS OF PSYCHOTHERAPY ON THE EXAMPLE OF RATIONAL PSYCHOTHERAPY. Problem article

¹ Republican Clinical Tuberculosis Hospital
of the Ministry of Health of the Donetsk People's Republic, Donetsk, Russian Federation

² Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «M. Gorky Donetsk State Medical University»
of the Ministry of Health of the Russian Federation, Donetsk, Russian Federation

Abstract. A systematic concept of internal picture of disease based on the eight-component model of personality is proposed. The contribution of each component to this picture is shown. The dependence of the psychotherapy tasks priorities on the personality type of a) a patient and b) a doctor is shown. To quantify the initial subjective value of each of eight personality components that are psychological functions, a conditional 4-point scale based on the simplest model of psyche is proposed. The possibility of creating a hierarchy of a) components of the internal picture of disease and b) tasks of psychotherapy for each psychological type is substantiated. A sample of such a hierarchy is given on the example of one of the sixteen psychological types identified by C.G. Jung. The influence of the personality-typological compatibility of a doctor and a patient on the effectiveness of psychotherapy as well as methods of psychological type identifying are discussed.

Keywords: psychotherapy, internal picture of disease, personality structure, model of psyche, psychological types, psychological compatibility.

Литература / References

1. Анастаси А. Психологическое тестирование: пер. с англ. Под ред. К. М. Гуревича, В. И. Лубовского. Кн. 2. М.: Педагогика; 1982.
Anastasi A. Psychological testing. 5th ed. New York: Macmillan; London: Collier Macmillan; 1982. (In Russian).
2. Антонов А. В. Информация: восприятие и понимание. Киев: Наукова думка; 1988.
Antonov A. V. Informatsiya: vospriyatie i ponimanie. Kiev: Naukova dumka; 1988. (In Russian).
3. Аугустинавичюте А. Соционика. М.: Чёрная белка; 2008.
Augustinavičiūtė A. Sotsionika. M.: Chernaya belka; 2008. (In Russian).
4. Беседин А. Н., Липатов И. И., Тимченко А. В., Шапарь В. Б. Книга практического психолога. Ч.1. Харьков: Оригинал, Фортуна; 1996.
Besedin A. N., Lipatov I. I., Timchenko A. V., Shapar' V. B. Kniga prakticheskogo psikhologa. Ch.1. Khar'kov: Original, Fortuna; 1996. (In Russian).
5. Беседин А. Н., Липатов И. И., Тимченко А. В., Шапарь В. Б. Книга практического психолога. Ч.2. Харьков: Оригинал, Фортуна; 1996.
Besedin A. N., Lipatov I. I., Timchenko A. V., Shapar' V. B. Kniga prakticheskogo psikhologa. Ch.2. Khar'kov: Original, Fortuna; 1996. (In Russian).
6. Бодалев А. А., Столин В. В. Общая психодиагностика. СПб.: Речь; 2004.
Bodalev A. A., Stolin V. V. Obshchaya psikhodiagnostika. SPb.: Rech'; 2004. (In Russian).
7. Букалов А. В. Потенциал личности и загадки человеческих отношений. М.: Чёрная белка; 2009.
Bukalov A. V. Potentsial lichnosti i zagadki chelovecheskikh otnoshenii. M.: Chernaya belka; 2009. (In Russian).
8. Вейн А. М., Хехт К. Сон человека : Физиология и патология : (СССР — ГДР). М.: Медицина; Берлин: Народ и здоровье; 1989.
Vein A. M., Hecht K. Son cheloveka : Fiziologiya i patologiya : (SSSR — GDR). M.: Meditsina; Berlin: Narod i zdorov'e; 1989. (In Russian).
9. Гольдшейдер А. Боевые вопросы врачевания: пер. с нем. — [М.]: Государственное издательство; 1929 (Л.: типография Печатный двор).
Goldscheider A. Zeit- und Streitfragen der Heilkunst. Dtsch med Wochenschr (Leipzig). 1927; 5, 6, 7, 8, 9, 20, 21, 22. (In Russian). Dtsch Med Wochenschr 1927; 53(22): 931-933. <https://doi.org/10.1055/s-0028-1165337>.
10. Гуленко В. В. Структурно-функциональная соционика: Разработка метода комбинаторики полярностей. Ч. 1. Киев: Транспорт України; 1999.
Gulenko V. V. Strukturno-funktsional'naya sotsionika: Razrabotka metoda kombinatoriki polyarnostei. Ch. 1. Kiev: Transport Ukraïni; 1999. (In Russian).
11. Егидес А. П. Как разбираться в людях, или Психологический рисунок личности. М.: АСТ; 2003.
Egides A. P. Kak razbirat'sya v lyudyakh, ili Psikhologicheskii risunok lichnosti. M.: AST; 2003. (In Russian).
12. Ермак В. Д. Как научиться понимать людей. Соционика — новый метод познания человека. М.: Астрель, АСТ; 2003.
Ermak V. D. Kak nauchit'sya ponimat' lyudei. Sotsionika — novyi metod poznaniya cheloveka. M.: Astrel', AST; 2003. (In Russian).
13. Забиров М. В. Целостная классификация психотипов и её возможные соционические соответствия. Соционика, ментология и психология личности. 1998; 3: 34-42.
Zabirov M. V. Holistic classification of psychotypes and its possible socionic correspondences. Sotsionika, mentologiya i psikhologiya lichnosti. 1998; 3:34-42. (In Russian).
14. Забиров М. В. Последовательность и вероятность срабатывания функций информационного метаболизма. Соционика, ментология и психология личности. 2008; 1:33-50.
Zabirov M. V. Sequence and probability of triggering the functions of information metabolism. Sotsionika, mentologiya i psikhologiya lichnosti. 2008; 1: 33-50. (In Russian).
15. Забиров М. В. Соционическая оценка общих склонностей личности к различным видам правоохранительной деятельности. Материалы IV международной научно-практической конференции (Донецк, 22-23 мая 2008 года). «Психологические технологии в экстремальных видах деятельности». Донецк: ДЮИ ЛГУВД им. Э. А. Дидоренко; 2008.
Zabirov M. V. Sotsionicheskaya otsenka obshchikh sklonnostei lichnosti k razlichnym vidam pravookhranitel'noi deyatel'nosti. Materialy IV mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii (Donetsk, 22-23 maya 2008 goda). «Psikhologicheskie tekhnologii v ehkstremaal'nykh vidakh deyatel'nosti». Donetsk: DYUI LGUVD im. E. A. Didorenko; 2008. (In Russian).
16. Забиров М. В. О портретном методе экспресс-типирования (методе Юнга-Аугустинавичюте-Филатовой). Соционика, ментология и психология личности. 2015; 3: 31-42.
Zabirov M. V. About the portrait method of express typing (Jung-Augustinavičiūtė-Filatova method). Sotsionika, mentologiya i psikhologiya lichnosti. 2015; 3: 31-42. (In Russian).

17. Забиров М. В. Малые круги психотипов. Материалы международной научно-практической конференции (Донецк, 17 мая 2017 года). «Актуальные проблемы правового, экономического и социально-психологического знания: теория и практика». Донецк: Донбасс; 2017.
Zabirov M. V. Malye krugi psikhotipov. Materialy mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii 17 maya 2017 goda. «Aktual'nye problemy pravovogo, ehkonomicheskogo i sotsial'no-psikhologicheskogo znaniya: teoriya i praktika». Donetsk: Donbass; 2017. (In Russian).
18. Забиров М. В. От интегральной к политической соционике. Менеджмент и кадры: психология управления, соционика и социология. 2017; 7/8(175/176): 29-39.
Zabirov M.V. From integral to political socionics. Menedzhment i kadry: psikhologiya upravleniya, sotsionika i sotsiologiya. 2017; 7/8(175/176): 29-39. (In Russian).
19. Кабанов М. М., Личко А. Е., Смирнов В. М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л.: Медицина; 1983.
Kabanov M. M., Lichko A. E., Smirnov V. M. Metody psikhologicheskoi diagnostiki i korrektsii v klinike. L.: Meditsina; 1983. (In Russian).
20. Каммероу Дж., Баргер Н., Кирби Л. Ваш психологический тип и стиль работы: пер. с англ. М.: Издательство Института Психотерапии; 2001.
Kummerow Jean M., Barger Nancy J., Kirby Linda K. Work types. New York: Warner Books; 1997. (In Russian).
21. Карвасарский Б. Д. (общая редакция). Психотерапевтическая энциклопедия. СПб.: Питер Ком; 1998.
Karvasarskii B. D. (obshchaya redaktsiya). Psikhoterapevticheskaya ehntsiklopediya. SPb.: Piter Kom; 1998. (In Russian).
22. Классификация болезней в психиатрии и наркологии. Пособие для врачей. Под ред. М. М. Милевского. М.: Триада-Х; 2003.
Klassifikatsiya boleznei v psikhiatrii i narkologii. Posobie dlya vrachei. Pod red. M.M. Milevskogo. M.: Triada-X; 2003. (In Russian).
23. Кочубеева Л. А., Стоялова М. Л. Применение проективной рисуночной методики «несуществующее животное» для определения ТИМа. Соционика, ментология и психология личности. 2002;6:5-18.
Kochubeeva L. A., Stoyalova M. L. Application of the projective drawing technique «non-existent animal» to determine TIM. Sotsionika, mentologiya i psikhologiya lichnosti. 2002;6:5-18. (In Russian).
24. Лазурский А. Ф. Классификация личностей. 3-е изд. Л.: Государственное издательство; 1924.
Lazurskii A. F. Klassifikatsiya lichnostei. 3-e izd. L.: Gosudarstvennoe izdatel'stvo; 1924. (In Russian).
25. Лапланш Ж., Понталис Ж.-Б. Словарь по психоанализу: пер. с франц. М.: Высшая школа; 1996.
Vocabulaire de la psychanalyse / Jean Laplanche et J.-B. Pontalis; Sous la direction de Daniel Lagache. Paris: Presses univ. de France; 1967. (In Russian).
26. Леонгард К. Акцентуированные личности: пер. с нем. Киев: Вища школа; 1981.
Leonhard K. Akzentuierte Persönlichkeiten. Berlin: Volk und Gesundheit; 1976. (In Russian).
27. Лурия Р. А. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания. М.-Л.: Биомедгиз; 1935.
Luriya R. A. Vnutrennyaya kartina bolezni i iatrogennye zabolevaniya. M.-L.: Biomedgiz; 1935. (In Russian).
28. Лурия Р. А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. 3-е изд. М.: Медгиз; 1944.
Luriya R. A. Vnutrennyaya kartina boleznei i iatrogennye zabolevaniya. 3-e izd. M.: Medgiz; 1944. (In Russian).
29. Лурия Р. А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. 4-е изд. М.: Медицина; 1977.
Luriya R. A. Vnutrennyaya kartina boleznei i iatrogennye zabolevaniya. 4-e izd. M.: Meditsina; 1977. (In Russian).
30. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику. Психологическое исследование. М.: Издательство Московского университета; 1987.
Nikolaeva V. V. Vliyanie khronicheskoi bolezni na psikhiku. Psikhologicheskoe issledovanie. M.: Izdatel'stvo Moskovskogo universiteta; 1987. (In Russian).
31. Новейший психологический словарь / В. Б. Шапарь, В. Е. Россоха, О. В. Шапарь; под общ. ред. В. Б. Шапаря. 2-е изд. Ростов на Дону: Феникс; 2006.
Noveishii psikhologicheskii slovar' / V. B. Shapar', V. E. Rossokha, O. V. Shapar'; pod obshch. red. V. B. Shaparya. 2-e izd. Rostov na Donu: Feniks; 2006. (In Russian).
32. Ожегов С. И. Словарь русского языка. 12-е изд. М.: Русский язык; 1978.
Ozhegov S. I. Slovar' russkogo yazyka. 12-e izd. M.: Russkii yazyk; 1978. (In Russian).
33. Олдхэм Дж. М., Моррис Л. Б. Узнай себя. Автопортрет вашей личности: пер. с англ. М.: РИПОЛ КЛАССИК, Вече; 1997.
Oldham John M., Morris Lois B. The New Personality Self-Portrait. New York: Bantam Books; 1995. (In Russian).
34. Райкрофт Ч. Критический словарь психоанализа: пер. с англ. Под ред. С. М. Черкасова. СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа; 1995.

- Rycroft C. A critical dictionary of psychoanalysis. — New York: Basic Books; 1968. (In Russian).
35. Слинько О. Б. Люди в вашем деле : Энциклопедия соционического менеджмента. Киев: Трамвай; 1996.
Slin'ko O. B. Lyudi v vashem dele : Ehntsiklopediya sotsionicheskogo menedzhmenta. Kiev: Tramvai; 1996. (In Russian).
36. Стратиевская В. И. Как сделать, чтобы мы не расставались. М.: МСП; 1997.
Stratievskaya V. I. Kak sdelat', chtoby my ne rastavalis'. M.: MSP; 1997. (In Russian).
37. Тайгер П., Баррон-Тайгер Б. Читать человека как книгу: пер. с англ. М.: АСТ; 2001.
Tieger Paul D., Barron-Tieger Barbara. The art of speedreading people. — New York: Little, Brown & Co.; 1998. (In Russian).
38. Ташлыков В. А. Психология лечебного процесса. Л.: Медицина; 1984.
Tashlykov V. A. Psikhologiya lechebnogo protsessa. L.: Meditsina; 1984. (In Russian).
39. Фанти С. Практический словарь по психоанализу и микропсихоанализу: пер. с франц. М.: Центр психологии и психотерапии; 1997.
Fanti S. Dictionnaire pratique de psychanalyse et de micropsychanalyse. Paris: Buchet-Chastel; 1984. (In Russian).
40. Филатова Е. С. Личность в зеркале соционики. Разгадка тайны двойников. 2-е изд. СПб.: Б&К; 2004.
Filatova E. S. Lichnost' v zerkale sotsioniki. Razgadka tainy dvoynikov. 2-e izd. SPb.: B&K; 2004. (In Russian).
41. Хрестоматия по патопсихологии. Под ред. Б. В. Зейгарник, А. П. Корнилова, В. В. Николаевой. М.: Издательство Московского университета; 1981.
Khrestomatiya po patopsikhologii. Pod red. B. V. Zeigarnik, A. P. Kornilova, V. V. Nikolaevoi. M.: Izdatel'stvo Moskovskogo universiteta; 1981. (In Russian).
42. Цыпин П. Е. Технологии успешного типирования. Энциклопедия отношений. М.: Доброе слово, Чёрная белка; 2007.
Tsy-pin P. E. Tekhnologii uspehnogo tipirovaniya. Ehntsiklopediya otnoshenii. M.: Dobroe slovo, Chernaya belka; 2007. (In Russian).
43. Чурюмов С. И. Улыбка Чеширского кота, или Возможное и невозможное в соционике: Проблемы, гипотезы, решения. Киев-Дрогобыч: Вимір; 2007.
Churyumov S. I. Ulybka Cheshirskogo kota, ili Vozmozhnoe i nevozmozhnoe v sotsionike: Problemy, gipotezy, resheniya. Kiev-Drogobych: Vimir; 2007. (In Russian).
44. Юнг К. Г. Психологические типы. СПб.: Ювента; М.: Прогресс-Универс; 1995.
Jung C. G. Psychologische Typen. Zürich: Rascher & Cie.; 1921. (In Russian).
45. Goldscheider A. Zeit- und Streitfragen der Heilkunst. Dtsch med Wochenschr (Leipzig). 1927;7.
46. Herich W. Zur Psyche der Heilstättenkranken und über Möglichkeiten ihrer psychotherapeutischen Beeinflussung. Beiträge zur Klinik der Tuberkulose und spezifischen Tuberkulose-Forschung. 1927;67:536—543.
47. The ICD-10. Classification of Mental and Behaviour Disorders. Clinical descriptions and guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.

Поступила в редакцию 01.09.2023 г.

УДК 159.9.072

А. И. Мелёхин

БОЛЕЗНЬ ЖЖЕНИЯ ВО РТУ ИЛИ СИНДРОМ ПЫЛАЮЩЕГО РТА: ВЗГЛЯД КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА

Гуманитарный институт имени П. А. Столыпина, г. Москва, Российская Федерация

Болезнь жжения во рту (*burning mouth disease*), также называемая синдромом «жжения во рту» (*burning mouth syndrome*), является загадочным заболеванием как для пациента, так и для врачей. Когда заболевание вовремя не распознается, пациент может подвергнуться широкому спектру избыточных методов лечения, включая стоматологические, хирургические процедуры и излишняя психотерапия (например, гипнотерапия) с назначением спектра препаратов.

За последние во всем мире у специалистов в области психического здоровья данное расстройство вызывает реакцию смутения в связи с тем, что окончательного клинического руководства по обследованию и ведению пациентов не существует из-за сложности в патофизиологии и многофакторности [2]. Следует также учитывать, что, ввиду плохо изученной этиологии, лечение может, в лучшем случае, быть только симптоматическим и может облегчить симптомы. Следует признать многофакторный этиопатогенез синдрома жжения во рту, при котором участвуют периферическая мелковолоконная невропатия, вовлекающая А-дельта и С-немиелинизированные волокна тройничного нерва, дисфункция «мозговой сети» восприятия боли в том числе и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси. У данной группы пациентов наблюдается усиленное восприятие боли, ощущений из тела, что может быть связано с более высокой частотой гиперинтенсивности белого вещества в головном мозге, главным образом в лобной, теменно-затылочной и височной областях [1]. Также психологические факторы играют определенную роль в сбое центральной сенсibilизации, обработки боли, ощущений и регуляции эмоций.

Ведение данной группы пациентов представляет проблему для клиницистов, особенно когда имеются сопутствующие психологические заболевания, такие как тревожный спектр расстройство, депрессия, обсессив-

но-компульсивное расстройство и расстройства личности. Пациенты с также сообщают о значительном снижении качества сна, сильном чувстве одиночества, предательства, «непонятости», «разочарованности», «накопленных обидах, которые не выражают», состоянии «отчаяния».

В прошлом существовало твердое убеждение, что болезнь жжения во рту вызвана исключительно психическими заболеваниями, такими как депрессия, тревога, стресс и канцерофобией (преувеличенный страх заболеть раком), а также тревогой о здоровье. Нынешняя точка зрения заключается в том, что расстройство, скорее всего, вызвано изменениям в функции нервной активности. Что вызывает это изменение и почему оно особенно влияет на язык, неизвестно. На самом деле, данное расстройство можно рассматривать в первую очередь как хроническую невропатическую боль. Общая связь с признаками психических заболеваний, таких как депрессия и тревога, возможно, может быть объяснена как результат — а не причина — неблагоприятных симптомов.

Данный синдром согласно определению IASP, IHS, WHO и MICDH-III относится к форме болевого синдрома, а точнее форме хронической орофациальной боли (глоссодиния, глоссопироз, глоссалгия, стоматодиния), которая может сочетаться с другими формами соматизации. Гипертония, гиперхолестеринемия, гипергомоцистеинемия, гипотиреоз и гастроэзофагеальный рефлюкс в дополнение к расстройствам настроения являются наиболее распространенными сопутствующими заболеваниями, связанными с данным расстройством [1].

Большинство пациентов демонстрируют необъяснимые экстраоральные соматические симптомы, такие как офтальмодиния, шум в ушах, головокружение, боль в животе или другие болевые состояния такие как фибромиалгия, синдром хронической усталости, вульвадиния, боль в пояснице и висцеральная боль

У пациента наблюдается внутриротовое жжение или дизэстетическое ощущение, которое повторяется ежедневно более двух часов в день в течение более трех месяцев при отсутствии клинически очевидных поражений. Дискомфорт двусторонний, и наиболее сильно поражается слизистая оболочка полости рта и языка, хотя при осмотре они кажутся здоровыми, однако изменения все же есть.

Пациенты часто описывают дискомфорт как «покалывание», «онемение», «зуд», «ощущение сухости/стянутости», «ощущение покраснения», как «рана на языке». Сопутствующие симптомы включают сухость во рту (ксеростомия), изменение вкуса (дисгевзия) и парестезии полости рта.

Пусковые, триггерные факторы:

Начало, как правило, спонтанное, но некоторые пациенты сообщали о предшествующих:

- стоматологических процедурах (есть дентальная тревога + применение большого количества процедур с обезболиванием) прием определенной группы лекарств;
- стрессовые жизненные события (рождение детей, семейный дистресс, борьба с несправедливостью, дополнительная финансовая нагрузка, предательство, потери, эмоциональная депривация, «эмоциональный накал»)
- наличие постоянно действующей тревожности (ситуативной и личностной), жесткие стандарты, придирчивость, самопожертвование и др.

У большинства пациентов симптомы проявляются каждый день в течение нескольких месяцев или даже лет. У многих омы отсутствуют при пробуждении, но возникают и усиливаются в течение дня, не мешая пациенту засыпать ночью. У ряда пациентов боль и нетрудоспособность действительно усиливаются с течением дня. Наши зарубежные коллеги пришли к выводу, что дисфункция циркадного ритма (внутренних часов организма) может способствовать проявлению симптомов жжения во рту в течение дня. У большинства пациентов ощущение жжения уменьшается во время приема пищи, питья холодных напитков, использования жевательной резинки, а также во время работы или отвлечения внимания. Острая или кислая пища/ жидкости или алкогольные напитки, стресс и усталость часто усиливают ощущение жжения.

Психологический стресс (восприятие ситуации как стрессовой) может изменить восприятие вкуса и, следовательно, усиливают ощущение жжения во рту, а также другие *оральные симптомы* данного расстройства.

Диагноз синдром жжения во рту часто ставится путем исключения, и диагностический процесс должен включать интервью для анализа специфики дискомфортных проявлений; клиническое обследование, включая анализ слизистых оболочек и возможных местных и системных причин; измерение потока слюны и вкусовой функции; микробиологические мазки для подтверждения подозрений на бактериальное (или вирусное или грибковое) поражение; аллергены; исследование желудочного рефлюкса; анализы крови для оценки состояния питания; гормональные тесты; и обследования для исключения аутоиммунных заболеваний [1].

Наблюдая данных пациентов с позиции клинического психолога, мы отметили наличие у них *парафункциональных привычек полости рта*:

- кусание/прикусывание щек/языка;
- кусание губ + сжаты кулаки, подняты плечи, задержка дыхания;
- часто пьют воду на приеме у специалиста;
- дневной бруксизм;
- с утра или в течение дня в зеркале осматривают язык. Оральный поиск со стремление быстро заесть ощущение.
- наличие чувствительного рвотного рефлекса (не всегда могут чистить зубы, посещать стоматолога).

Другим примером парафункциональной привычки является высовывание языка, когда кончик языка постоянно прижимается к верхним или нижним зубам. Еще одной парафункциональной привычкой является *бруксизм* (скрежетание зубами), особенно во время сна или даже в течение дня. Сообщалось о нескольких исследованиях, в которых предполагалось, что парафункциональные привычки полости рта играют определенную роль в развитии данного расстройства [2].

У пациентов парафункциональные привычки полости рта в значительной степени сопряжены с *тревогой ожидания*. Психологические проблемы могут вызвать парафункциональные привычки полости рта, которые в итоге могут привести к невропатическим изменениям слизистой оболочки полости рта

из-за повреждения небольших нервных волокон [2].

Некоторые пациенты с синдромом жжения во рту ссылаются на недавнее лечение зубов как на причину своих симптомов. Это убеждение применимо ко всем видам стоматологических процедур, включая лечение корневых каналов и удаление зубов. В связи с этим следует учитывать фактор дентальной тревоги у данной группы пациентов.

Стоит учитывать, что данное расстройство поражает больше женщин, чем мужчин, с соотношением 7:2. Средний возраст на момент постановки диагноза составлял 59,4 года (диапазон: 25-83 лет), причем наибольшая распространенность отмечалась у женщин в возрасте 35-55 лет. Несколько пациентов (приблизительно 3%) испытывают полную и спонтанную ремиссию симптомов. У 50% пациентов спонтанная ремиссия наступает в течение 6-7 лет.

Формы и типы синдрома жжения во рту [1]:

- «Первичный» (идиопатический), который характеризуется неизвестной локальной или системной причиной и вовлечением центральных и периферических нейропатических путей
- «Вторичный», который вызван «местными» системными или психологическими факторами
- *Тип I*, который характеризуется ощущением жжения во рту и языке в течение дня и не связан с психическими расстройствами (состоянием);
- *Тип II*, который характеризуется постоянной болью в течение дня и связан с психическими расстройствами, особенно хронической тревогой;
- *Тип III*, который характеризуется периодической болью с нетипичной локализацией, например, в области слизистой оболочки щеки или корня языка, связанным контактным стоматитом, реакциями на пищевые добавки и вовлечением неуточненных психических расстройств.

В другой классификации выделяются следующие типы:

- полномасштабный (боль в слизистой оболочке, нарушение вкуса и сухость во рту)
- боль и нарушение вкуса, или боль и сухость во рту,
- только боль.

Обследовав на протяжении трех лет данную группу пациентов, мы наблюдали у них выраженные симптомы тревожного спектра состояний (чрезмерная когнитивная/соматическая гипермобилизация) и депрессий. Роль расстройств настроения в развитии не совсем ясна, поскольку до сих пор существуют разногласия относительно того, являются ли психогенные факторы «первичными» или «вторичными» явлениями у пациентов, но несомненно, что они являются усугубляющими факторами

Наблюдаются следующие ранние когнитивные схемы по шкале YSQ:

- «Уязвимость»;
- «Неразвитая идентичность»;
- «Жесткие стандарты»;
- «Покорность/самопожертвование»;
- «Поиск одобрения».

Со стороны эмоциональной регуляции применяя для обследования *шкалу BDHI* мы отметили наличие физической, косвенной агрессии, обиды, и высокий индекс враждебности. Трудности выражения и подавления агрессивности (раздражительности, гнева). Непонятость. Обида. Негативизм.

Сами пациенты отмечают, что насильственно соглашаются со всем и не показывая, что злятся, «внутри ощущают термометр горячий», убеждены что нужно быть «удобными, податливыми, услужливым». Присутствует страх «властных» людей («я как маленькая»).

Синдром пылающего рта можно рассматривать как «маску» депрессии, а точнее ее формы депрессии покинутости (непонятности).

Симптом является выражением нарциссической раны, нарциссической хрупкости (обследование по шкале PNI). Отсутствие внутреннего ценностного компаса куда двигаться в жизни приводит к ощущению «жизненной грусти», «психомоторной остановки», «растерянности», которые полностью или от части могут быть скрыты соматической симптоматикой.

У пациентов наблюдается *отсутствие автономии*. Присутствует неспособность осознать депрессию и разлуку (работу утраты).

Жжение во рту является симптомом, возникающим в результате сложной динамики, от истерической конверсии до неспособности осознать разделение (развод, потеря отношений, дети становятся взрослыми) и ошибки «сбое» в нарциссическом ядре (чувстве идентичности, «А что мое», «кто Я?») [4].

По шкале SCL-90-R у данных пациентов наблюдаются выраженные показатели по соматизации, обсессивно-компульсивного расстройства, депрессии, тревога, враждебность, фобическая тревога, психотизм. В связи с этим можно говорить, что синдром пылающего рта — *соматоформное расстройство, форма телесного-дистресса* так как:

- стрессовые жизненные события предшествуют синдрому;
- большинство пациентов имеют психические расстройства или историю психиатрического лечения до наступления синдрома;
- проявляется у пожилых женщин (65+) в силу специфических биологических и/или психологических факторов;
- 79 % пациентов имеют алекситимию (по обследованию с помощью шкалы TAS-20, трудности идентификации и описания чувств) [4];
- нарушение регуляции негативного аффекта;
- нарушение символического мышления, ограниченная фантазийная жизнь;
- внешне ориентированный когнитивный стиль;
- трудности в отличии чувств от телесных ощущений, а также нарушения интуиции и эмпатии.

У женщин более высокие Т-баллы по шкале SCL-90-R по соматизации, обсессивно-компульсивным и параноидальным идеям.

Психологические факторы, приводящие к синдрому жжения во рту:

- режим соответствия (хочу доказать, объяснить, изменить);
- преграды («Не могу выполнить...»);
- работа утраты (потеря матери, нехватка отца);
- «суперэмоциональная», «фаллическая мать» (не хочу быть такой же);
- фаллический нарциссизм («доказать», «бороться», «несправедливо», «эффективно», «усердно», «все успевать», «езде быть»);
- стремление к истощению (режим что-то делать, «загоняю себя как лошадь»);
- привилегированность. Борьба с несправедливостью;
- изменения в профессиональной идентичности;
- срывы на ребенка с самообвинением («язык мой враг мой»);

- склонность к формированию фобий. Например, сильная тревога по поводу опухоли слюнной железы — ипохондрическая идея.

Алгоритм диагностики представлен нами на рисунке 1.

Диагноз «первичного» синдрома жжения во рту является клинической задачей и может быть установлен только путем исключения других системных или местных нарушений, которые могут вызывать боль в полости рта. Поэтому, клиницисты, после тщательного клинического обследования полости рта, должны собрать исчерпывающий анамнез, информацию о принимаемых лекарствах и истории психических заболеваний (состояний). Кроме того, крайне важно оценить *психологический профиль* и *профиль сна* (подключение клинического психолога).

Хорошо известно, что данное расстройство может быть связано с психогенными факторами, такими как тревога и депрессия. Однако принятие пациентами возможного связанного с этим психогенного расстройства может стать серьезным препятствием. Кроме того, нет убедительных исследований, подтверждающих ценность психосоциального вмешательства у пациентов. Пациенты, которые впали в депрессию или беспокорство из-за симптомов жжения во рту, могут быть направлены к когнитивно-поведенческому терапевту. Когнитивно-поведенческая терапия направлена на то, чтобы повлиять на модели мышления или поведения с целью принятия проблем, с которыми сталкиваются пациенты, и справиться с ними. К сожалению, качественных исследований не хватает.

Только недавно в зарубежной практике начали применяться интегративные подходы психообразование + психотерапия + психофармакотерапия [1; 3]. Недавно начались исследования психодинамического подхода и интерперсональной терапии. Показано о значительном улучшении симптомов после специализированных протоколов. КППТ. Был опубликован обзор тактики лечения пациентов, успешно пролеченных с использованием комбинации КППТ + сертралина. Сравнивались эффекты только КППТ, только альфа-липоевой кислоты и комбинированной терапии (КППТ+ альфа-липоевая кислота [1]). Комбинированная терапия была более эффективной, чем отдельные методы лечения [3].

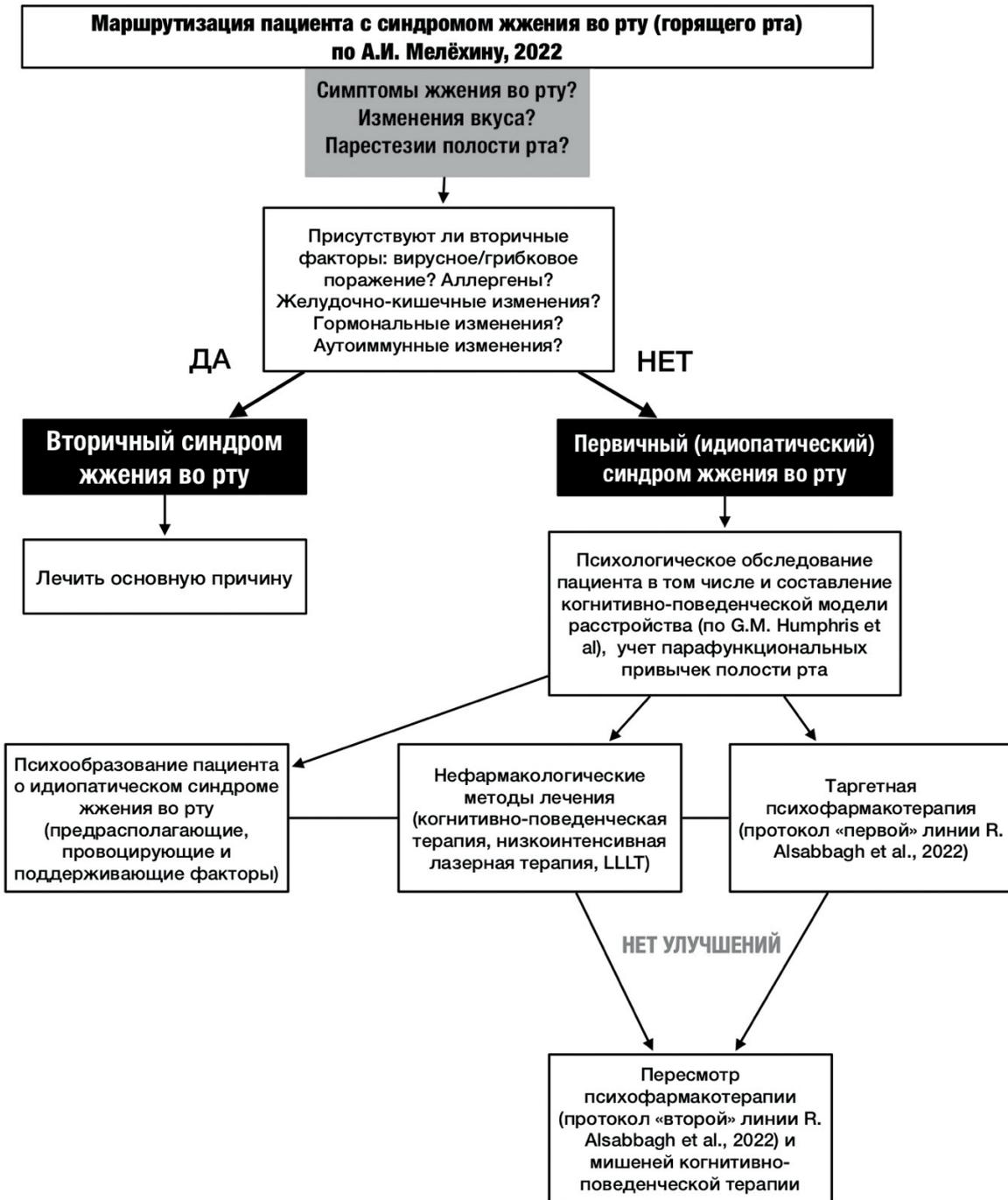


Рис. 1. Диагностическая и терапевтическая тактика синдрома жжения во рту

А. И. Мелёхин

БОЛЕЗНЬ ЖЖЕНИЯ ВО РТУ ИЛИ СИНДРОМ ПЫЛАЮЩЕГО РТА: ВЗГЛЯД КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА

Гуманитарный институт имени П. А. Столыпина, г. Москва, Российская Федерация

Аннотация. В статье описана с позиции клинического психолога описана соматическая и когнитивно-поведенческая картина синдрома жжения во рту в том числе и парафункциональные привычки полости рта, дентальная тревога. Детализированы формы и типы синдрома жжения во рту. Систематизированы пусковые (триггерные) факторы, приводящие к данному расстрой-

ству. Описаны психологические особенности (эмоциональная регуляция, стиль привязанности, ранние когнитивные схемы, чувство одиночества, образ тела и др.) у данной группы пациентов. Представлен алгоритм диагностики и терапии синдрома жжения во рту, включающий применение когнитивно-поведенческой и телесно-ориентированной терапии.

Ключевые слова: синдром жжения во рту, синдром пылающего рта, болезнь жжения во рту.

A. I. Melekhin

BURNING MOUTH DISEASE OR BURNING MOUTH SYNDROME: THE VIEW OF A CLINICAL PSYCHOLOGIST

Humanitarian Institute named after P. A. Stolypin, Moscow, Russian Federation

Annotation. The article describes from the position of a clinical psychologist the somatic and cognitive-behavioral picture of burning mouth syndrome, including parafunctional oral habits and dental anxiety. The forms and types of burning mouth syndrome are detailed. The starting (trigger) factors leading to this disorder have been systematized. Psychological characteristics (emotional regulation, attachment style, early cognitive patterns, feelings of loneliness, body image, etc.) in this group of patients are described. An algorithm for the diagnosis and treatment of burning mouth syndrome is presented, including the use of cognitive-behavioral and body-oriented therapy.

Keywords: *burning mouth syndrome, burning mouth syndrome, burning mouth disease.*

Литература / References

1. Alsabbagha R., Aviv Ouanounou Burning Mouth Syndrome: Etiology, clinical presentations, and treatment alternatives. *Dentistry Review*. 2022; 1: 21-37.
2. Lee Y. T., Chen L. Y. Lee, H.-C. Psychosomatic consideration to the burning mouth syndrome. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2015; 69: 125-126.
3. Milani Alessandra-Maria-Ceolin A successful approach to control burning mouth syndrome using matricaria recutita and cognitive therapy. *En: Journal of Clinical and Experimental Dentistry*. 2018; 10 (5): 499-506.
4. Tu T., Watanabe M, Suga T, Hong C, Takao C, Takenoshita M, Motomura H, Toyofuku A. Personality Traits in Burning Mouth Syndrome Patients With and Without a History of Depression. *Front Psychiatry*. 2021; 29 (12): 6-19.

Поступила в редакцию 01.09.2023 г.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК 616.89-008.42

С. В. Титиевский¹, В. С. Воеводина², И. М. Гостюк², И. В. Федоровская²

ПРИМЕНИМОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О МУЛЬТИМОДАЛЬНЫХ ГАЛЛЮЦИНАЦИЯХ ПРИ ПСИХОЗАХ ПРИ АНАЛИЗЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Донецк, Российская Федерация

² Республиканская клиническая психоневрологическая больница — медико-психологический центр МЗ ДНР, г. Донецк, Российская Федерация

Несмотря на то, что, как указывал В. А. Гиляровский, галлюцинации характеризуются сложностью, не дающей права трактовать их как чисто перцепторный феномен, и деление их, как и восприятий, по органам чувств означает классификацию на основе далеко не самого существенного признака, учитывая также наличие тех из них, которые невозможно отнести к тому или другому органу чувств [1, с. 29–30], в настоящее время считается, что данные проявления возникают во всех сферах чувств, включая слуховую, зрительную, обонятельную, кинестетическую и другие [2] (хотя В. А. Гиляровский называл такое деление трафаретным [1, с. 29]). В. А. Гиляровский также отмечал: «Мы видим, что галлюцинации по своей структуре и механизмам развития различны, но это различие относится не столько к самим галлюцинациям, сколько к тем болезненным картинам, в рамках которых они наблюдаются» [1, с. 30]. Соответственно, галлюцинаторные переживания включены в нозологические категории [3] и, являются клиническим проявлением многих психических расстройств (например, шизофрении [4] и биполярного расстройства [5], деменции с тельцами Леви (DLB) [6] и психоза при болезни Паркинсона (PDP) [7]), а также сенсорных расстройств, таких как нарушения слуха или заболевания глаз [8]. Особое положение занимают описанные ещё в 1928 г. В. Майер-Гроссом синестетические галлюцинации [9, с. 203], обладающие свойством мультимодальности, интерес к которой в современной психиатрии значительно возрос.

Цель работы: уточнить современные данные о мультимодальных галлюцинациях при психозах, используя клинический случай.

Материал и методы исследования. Анализ данных литературы о мультимодальных галлюцинациях, анализ на основе этих данных клинического случая больного с наличием мультимодальных галлюцинаций.

Результаты исследования и их обсуждение. Согласно И. П. Павлову, сенсорная система (анализатор) состоит из рецептора, проводящих путей и коркового отдела, а к основным параметрам сенсорного сигнала, несущим информацию о предметах и явлениях окружающего мира, относится, в частности, качественное своеобразие (модальность) раздражителя [10, с. 5–7]. Существуют зрительная, слуховая, вкусовая, обонятельная и ряд модальностей, рецепторы которых находятся в коже; термин «модальность» можно отнести и к раздражителям, вызывающим, в основном, неосознаваемые изменения в организме: висцеральным, проприоцептивным и вестибулярным [10, с. 8]. Традиционно считается, что галлюцинации возникают одновременно в одной модальности (униmodalные) и могут быть связаны с различными расстройствами — слуховые галлюцинации (СГ) при шизофрении [11] и зрительные галлюцинации (ЗГ) при DLB [12]. В случаях же, когда галлюцинации действительно возникают в разных модальностях, преобладает понимание того, что они возникают в разное время (т.е., не слиты/одновременны, как, например, видение и слышание говорящей головы) [11]. Таким образом,

клинические оценки были сосредоточены на одиночных модальностях, что смещало сбор данных в сторону унимодальных галлюцинаций. Тем не менее, растущее признание того, что галлюцинации могут возникать в различных модальностях, переключило внимание на систематический поиск таких мультимодальных феноменов [3, 6]. В. А. Гиляровский подчеркивал распространенность мультимодальности галлюцинаций: «...если в отдельных случаях нередко имеет место преобладание зрительных, слуховых или каких-нибудь иных галлюцинаций, то все же редко бывает, чтобы у больного наблюдались только одни из них» [1, с. 29]. В этом он усматривал недостаток классификации галлюцинаций по органам чувств.

«Мультимодальные галлюцинации» (ММГ) — галлюцинации, которые у одного и того же человека возникают в разных модальностях, либо одновременно, либо последовательно (серийно) [11]. В литературе они упоминаются как «полимодальные/полисенсорные/интерсенсорные» и так далее [11], что отражает отсутствие единого мнения о том, как называть, классифицировать и понимать подобные феномены [11]. Существует путаница в отношении того, относятся ли ММГ к уровню диапазона переживаний личности (индивидуум склонен к ММГ) либо к уровню галлюцинаторного эпизода (конкретные переживания могут быть классифицированы как ММГ). Если исходить из уровня личности, ММГ не требуют связи во времени. Концептуализация же их на уровне отдельного галлюцинаторного эпизода явилась бы более строгой, но также потребовала бы рассмотрения

того, насколько близким по времени должно быть возникновение галлюцинаций разных модальностей, чтобы они считались частью одного и того же галлюцинаторного эпизода (от одновременного в какой-то момент до появления в один и тот же день или при одном и том же психотическом эпизоде) [11].

Структура классификации ММГ на основе 3 их характеристик может быть представлена следующим образом (рис. 1) [11]. Примеры различных типов ММГ, определяемых возможной комбинацией признаков в этих измерениях, можно найти в таблице (см. табл.) [11].

Первая характеристика учитывает то, возникают ли галлюцинации разных сенсорных модальностей в одном и том же временном промежутке. Если они появляются одновременно, то классифицируются как «одновременные ММГ». Если они всякий раз возникают в одной сенсорной модальности (унимодальные), но последовательно во времени (с задержками от минут до дней и более), то классифицируются как «серийные ММГ».

Вторая характеристика относится к тому, воспринимаются ли ММГ как исходящие «из одного и того же источника или объекта» [13], однако, как понимать эту концепцию общего источника, в литературе недостаточно определено. Пациент, который видит человеческую фигуру и слышит её голос, демонстрирует, что общий источник может быть представлен восприятием одного и того же объекта в разных сенсорных модальностях. Однако галлюцинации также могут быть различными, но связанными по смыслу сущностями (например, религиозное видение и последующее слышание голоса бога).

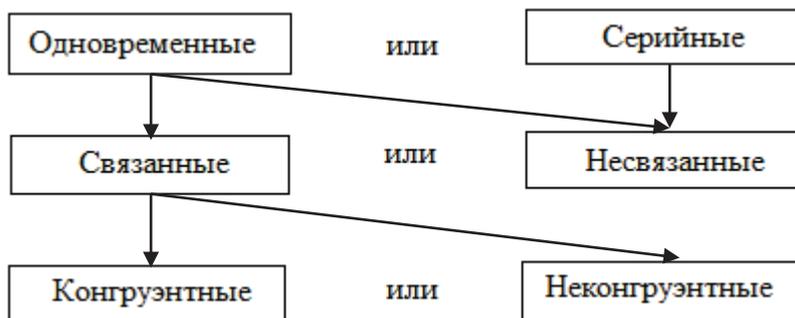


Рис. 1. Классификация мультимодальных галлюцинаций (уровень галлюцинаторного эпизода) по трем параметрам: времени, связанности и конгруэнтности.

Стрелки показывают, как различные категории/уровни могут сочетаться, вызывая различные типы мультимодальных галлюцинаций [11]

Таблица

Примеры типов мультимодальных галлюцинаций (ММГ), основанных на комбинаторных характеристиках трех параметров ММГ (времени, связанности и конгруэнтности) [11]

Комбинаторные особенности ММГ	Пример ММГ с такими характеристиками
Последовательные и несвязанные	→ Сегодня увидеть собаку, а через несколько дней услышать голос дьявола
Одновременные и несвязанные	→ Видеть собаку и услышать голос дьявола
Одновременные, связанные и конгруэнтные	→ Видеть собаку и слышать её лай
Одновременные, связанные и неконгруэнтные	→ Видеть собаку и слышать, как она говорит голосом дьявола
Последовательные, связанные и конгруэнтные	→ Видеть собаку сегодня и связывать слуховую галлюцинацию лающего звука позже в тот же день с тем же объектом (т. е., собакой)
Последовательные, связанные и неконгруэнтные	→ Видеть собаку сегодня (только зрительная галлюцинация) и связывать голос дьявола, услышанного позже в тот же день (только слуховая галлюцинация), с тем же объектом (т. е., собакой)

Наконец, третий уровень классификации касается того, является ли сочетание галлюцинаций разных модальностей контекстуально понятным (конгруэнтные ММГ) или нет (неконгруэнтные ММГ). Одним из ограничений является то, что особые комбинации характеристик могут привести к проблемам с определением ММГ. Будет ли (временн я) последовательность (концептуально) несвязанных галлюцинаций, возникающих в течение короткого промежутка времени, считаться мультимодальной? Вероятно, да [11].

В целом, исследования показывают, что галлюцинации в одной модальности постепенно увеличивают риск галлюцинаций в одной или нескольких других модальностях [14]. Также, по-видимому, существуют как обратная связь между количеством модальностей и долей людей, сообщающих о них [15], так и специфические закономерности частоты ММГ при различных, в частности, упомянутых ниже, заболеваниях.

Шизофрения и биполярное расстройство. Поскольку СГ считались кардинальным симптомом психотических расстройств, другие модальности галлюцинаций обычно игнорировались [11]. Недавние исследования, однако, показали, что для шизофрении средневзвешенная распространенность ЗГ составляет около 27 % (на основе 29 исследований) [6] по сравнению с 79 % для СГ [16]. Оценки распро-

страненности обонятельных галлюцинаций варьируются от 6 до 26 %, вкусовых галлюцинаций — 1-31 % и соматических/тактильных галлюцинаций — 4-19 % [15, 16].

Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что ЗГ при психозе почти всегда (в 90% случаев) возникают в сочетании с другой модальностью галлюцинаций (слуховой, соматической или иной) [17], в отличие от СГ, которые могут возникать независимо от других модальностей примерно в половине случаев [18]. Общая распространенность на протяжении жизни любых галлюцинаций при шизофрении составляет приблизительно 80 %, причем, ММГ встречаются в два раза чаще, чем унимодальные галлюцинации (53 % против 27 % [19]). Такая же более высокая распространенность ММГ была обнаружена и в исследованиях пациентов с биполярным расстройством [3], что предполагает родство психотических заболеваний [11]. Как серийные (последовательные), так и одновременные ММГ были исследованы Dudley R. et al. [20] в группе из 22 человек с наличием шизофрении и ЗГ. Девяносто шесть процентов пациентов испытывали серийные ММГ в сравнении с 86 % пациентов с одновременными ММГ, что указывает на присутствие в большинстве случаев комбинации 2 данных типов. ММГ, опять же, были более распространены, чем унимодальные галлюцинации (см. рис. 2). Другие авто-

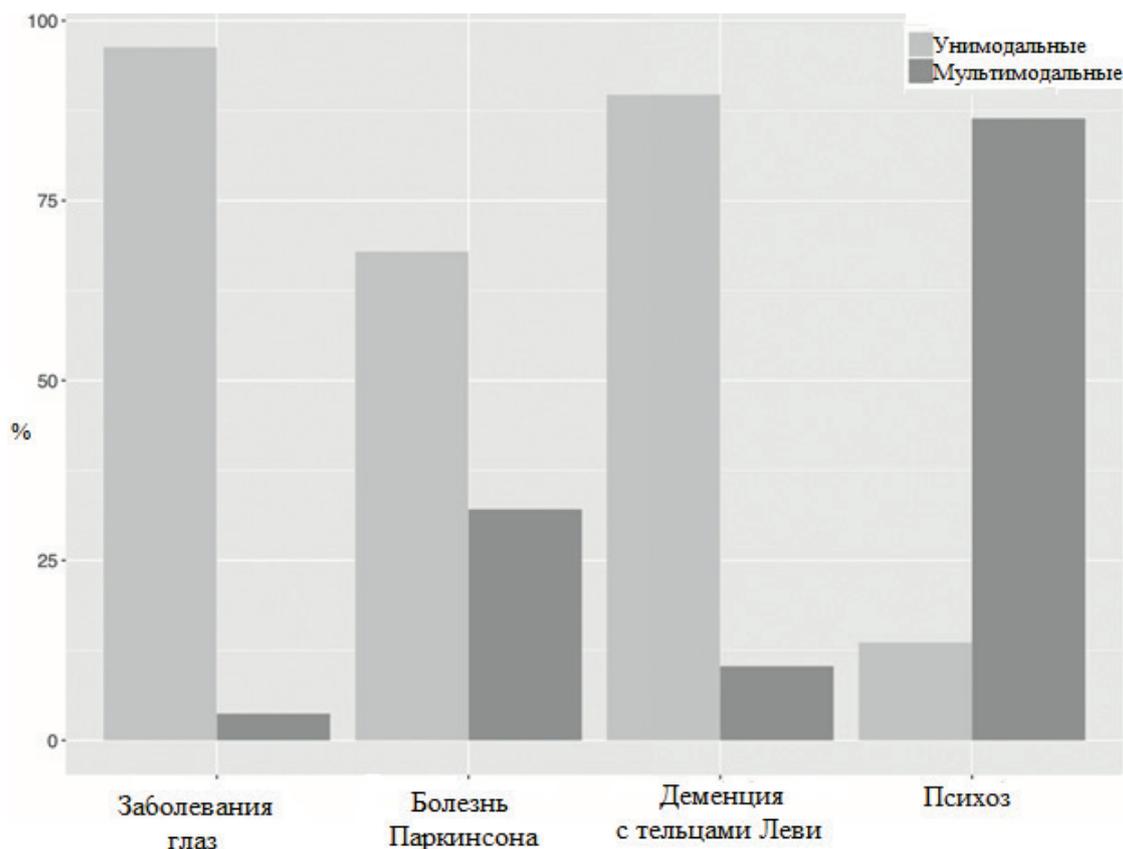


Рис. 2. Гистограмма, демонстрирующая распространенность (в %) модальностей галлюцинаций в сочетании со зрительными галлюцинациями при 4 различных расстройствах [11]

ры, напротив, сообщают, что одновременные многомодальные галлюцинации встречаются редко [21], предполагая, что относительно небольшая выборка в исследовании Dudley R. et al. [20] не обязательно может отражать распространенность одновременных ММГ при психозах в целом.

Заболевания глаз и нейродегенеративные расстройства. Dudley R. et al. [13] сравнили галлюцинации при различных расстройствах у обследуемых со ЗГ, используя Северо-восточный опросник зрительных галлюцинаций (NEVHI), и обнаружили, что частота как унимодальных, так и многомодальных переживаний варьируется при различных нейродегенеративных расстройствах (рис. 2.). Группа деменции с тельцами Леви имела самую высокую распространенность ММГ, за ней следовали пациенты с болезнью Паркинсона (PD), а затем — с глазными заболеваниями. Унимодальные галлюцинации оставались наиболее распространенными во всех группах, что расходится с данными исследования Llorca P. M. et al. [17]. В их большей выборке из 200 пациентов с PD сочетание галлюцинаций в 2-3

модальностях встречалось чаще, чем унимодальные галлюцинации, что, возможно, предполагает необходимость более крупных выборок для правильного определения распространенности ММГ при нейродегенеративных расстройствах [11].

В исследовании Dudley R. et al. [13], несмотря на более высокую частоту унимодальных галлюцинаций, о которых сообщали испытуемые, было обнаружено, что больных ММГ больше раздражают, беспокоят и пугают, чем их унимодальные аналоги. Кроме того, у пациентов ЗГ в структуре ММГ связывались со значительно большей степенью убежденности в их достоверности, что, вероятно, важно в клиническом отношении и требует в этом смысле дальнейшего изучения [11].

Аспекты, связанные с развитием. Галлюцинации часто наблюдаются у детей и подростков как в клиническом, так и неклиническом контекстах [22]. Феноменологический анализ галлюцинаций, описанных в когорте Национального института психического здоровья (NIMH) пациентов с шизофренией, начавшейся в детстве, показал, что количество

вовлеченных сенсорных модальностей может служить в качестве индикатора значимости указанного расстройства для развития нервной системы [14]. Подобная идея о ММГ как показателе уязвимости развития была подтверждена также в группе случаев, демонстрирующих, что количество сенсорных модальностей галлюцинаций с ранним началом связано с вероятностью предшествующей подверженности данного ребенка травмирующим событиям [23].

Клиническое понимание галлюцинаций в первую очередь сосредоточено на слуховой модальности (о чем свидетельствует тот факт, что большинство вмешательств преимущественно направлены на ЗГ [24]), с ограниченным рассмотрением других модальностей или ММГ [11].

Тем не менее, предварительные данные указывают на то, что ММГ связаны с повышением уровня неблагоприятных последствий для психического здоровья, воспринимаясь как более тревожащие, пугающие и достоверные, чем унимодальные галлюцинации [20]. При серийных ММГ связанные явления могут способствовать тому, что галлюцинации кажутся воздействующими на человека по-разному: например, тактильные ощущения или видения, которые по смыслу связаны с бестелесным голосом, способны привести к убеждению, что голос имеет власть над человеком [25].

Следует учитывать, связаны ли мультимодальные переживания во времени (например, «Вы обычно видите их, когда они говорят? Вы видите их, но не слышите?»), поскольку это может иметь значение для выяснения того, как галлюцинации влияют на дистресс. При психологических вмешательствах уточнение временной последовательности галлюцинаторных переживаний в различных модальностях может дать информацию о том, как эти эпизоды разворачиваются во времени. Например, убеждения людей о том, как взаимосвязаны различные галлюцинации, могут стать мишенью для методов когнитивной терапии. Кроме того, оценка реакции человека на первый галлюцинаторный эпизод и его потенциальное ожидание возникновения связанных с ним переживаний могут указывать на точки вмешательства с помощью альтернативных копинг-стратегий [11].

Наконец, необходимо оценить, приводят ли ММГ к худшим результатам в исследованиях лечения, и изучить сравнительную эф-

фективность антипсихотических препаратов в отношении ММГ и унимодальных галлюцинаций. Это важно по двум причинам: во-первых, хотя антипсихотики оказывают общее воздействие на психотические симптомы, и нет препаратов, специально направленных на галлюцинации [26], неизвестно, могут ли медикаментозные средства по-разному влиять на ММГ и унимодальные переживания больных. Это область для дальнейших исследований. Во-вторых, учитывая ту роль, которую антипсихотики играют в устранении у пациентов потенциального дистресса, вызванного галлюцинациями (что часто отличает клинические случаи от неклинических), важно распространить исследование такой эффективности за пределы унимодальных переживаний, в том числе, и на дистресс, испытываемый при галлюцинациях, особенно при ММГ [11].

Учитывая нехватку систематизированных данных о ММГ, остается много вопросов без ответов и направлений для дальнейших исследований. Во-первых, несмотря на некоторые предварительные данные, неясно, влияет ли (и каким образом), базовая модальность галлюцинаций (т.е., наиболее заметных и частых) на распространенность галлюцинаций других модальностей. Во-вторых, необходимы лонгитюдные исследования, чтобы установить, меняются ли ММГ с течением времени. В-третьих, для понимания мультимодальности важна частота необычных переживаний (например, у кого-либо ММГ возникают только один раз в месяц, но постоянные одномодальные галлюцинации — ежедневно) [11]. Также остается неясным, сколько чувств следует принимать во внимание, поскольку рассматриваемые 5 сенсорных областей могут не охватывать весь спектр галлюцинаторных переживаний. J. D. Blom [11] описывает 14 «чувств», в области которых сообщалось о галлюцинациях, таким образом, расширяя диапазон вовлеченных сенсорных модальностей. Это поднимает вопрос о том, одинаково ли понимаются галлюцинации в менее известных сенсорных областях самими галлюцинирующими, и легко ли они могут их описать. Вероятно, могут возникнуть общие трудности с передачей другим невербального опыта в целом, что окажется серьезной проблемой при оценке ММГ [11]. Кроме того, несмотря на большое количество литературы о культуре и унимодальных галлюцинациях (например, при шизофрении [16] и в общей популяции [27]), нет систематических

доказательств их специфического влияния на ММГ. Занижение сведений о ММГ [28], возможно, частично связано с отсутствием внимания к ним стандартных инструментов психиатрической оценки (что, в свою очередь, может объясняться чрезмерным акцентом в западной психиатрии на слуховых вербальных галлюцинациях) [29]. Исследования должны рассматривать транскультуральные данные и сравнивать ММГ в группах, особенно тех, где есть сильный элемент духовности. Было бы интересным исследовать, имеют ли некоторые субкультуры более сильные ожидания относительно того, что божества проявятся в каких-то определенных, но не иных модальностях, например, в зрительной и слуховой как «божественные ягуары» у амазонских шаманов вари [30], а также зрительные/слуховые/тактильные/обонятельные компоненты восприятия джиннов в исламских культурах [31]. Кроме того, важно рассмотреть ММГ в свете последних данных о мультисенсорной обработке. Мультисенсорная интеграция (МИ — способность интегрировать информацию из различных сенсорных источников) [11] затрагивает несколько областей и сетей мозга, начиная уже с верхнего двухолмия [32]. Растущее количество данных свидетельствует о: 1) проблемах МИ при шизофрении, связанных как с низкоуровневыми [33], так и с более сложными [34], стимулами, что указывает на проблемы с ошибочным «связыванием» стимулов во времени и/или пространстве [11], и 2) связи между этими проблемами и галлюцинациями [35]. Точно так же у пациентов с РДР и галлюцинациями есть проблемы с интеграцией процессов восприятия и внимания [36]. Таким образом, данные о связи проблемы МИ и галлюцинаций поднимают вопрос о том, можно ли соотнести гетерогенность ММГ и различные области, которые лежат в основе МИ, будучи причастными к возникновению разных типов ММГ. Это потенциально важное направление дальнейших исследований, требующее дальнейшего внимания. Наконец, большинство современных теорий не могут объяснить: 1) почему частота ММГ в разных модальностях отличается у отдельных людей и в различных группах пациентов, 2) почему у больных может наблюдаться комбинация одновременных ММГ, серийных ММГ и уни-модальных галлюцинаций, и 3) что может привести к связываемости и/или конгруэнтности содержания как одновременных, так и последовательных ММГ [11].

В рекомендациях Международного консорциума по исследованию галлюцинаций 2017 года [37] указывается необходимость проведения систематического исследования ММГ: данные о высокой распространенности и неблагоприятных прогностических исходах ММГ при различных заболеваниях подчеркивают важность разработки более совершенных инструментов оценки, теоретических моделей для систематического изучения этих проявлений, помощи лицам, испытывающим ММГ и уни-модальные галлюцинации [11].

Сложность и важность правильной диагностической оценки ММГ, в том числе, — их клинической принадлежности, как представляется, хорошо иллюстрирует следующий наблюдавшийся нами случай.

Больной М., 49 лет, поступил на стационарное лечение в психоневрологическое отделение впервые в жизни с жалобами на чувство тревоги, тревожные ожидания и опасения, беспокойство, апатию, беспричинную вспыльчивость, плаксивость, периодическую головную боль, сон с частыми пробуждениями, дрожь в руках, ухудшение памяти на недавние события, рассеянность и перепады настроения.

После мобилизации в течение 8 месяцев принимал активное участие в боевых действиях, попал в плен, находился там 4 месяца. Был обменян 3,5 месяца назад. В дальнейшем лечился в аллергологическом отделении, где подтверждены сенсibilизация к пыльце сорных трав, наличие полипов в носу. После выписки назначена базисная ингаляционная терапия беклометазоном, которую не получал. Состояние ухудшилось: участились приступы удушья, снизилась эффективность ингаляционных бронхолитиков. Повторно стационарно лечился в аллергологическом отделении с диагнозом «Бронхиальная астма, сочетанная форма (аспириновая, пыльцевая аллергия), 4 ступень, тяжелое течение, частично контролируемая, ЛН 2 ст. Сопутствующий диагноз: Полипозный гайморит. Сезонный аллергический ринит. Непереносимость НПВС». Прошел курс стационарного лечения в неврологическом отделении с диагнозом «ВСД смешанного типа с цефалгией, вестибулопатией. Инородные тела металлической плотности в лобной области справа». В связи с вышеописанными жалобами направлен для осмотра психиатром. Самостоятельно обратился на консультативный прием и госпитализирован в психоневрологическое отделение.

Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Раннее развитие без особенностей. От сверстников в развитии не отставал. Длительно болеет бронхиальной астмой.

Соматическое состояние. Состояние средней тяжести. Уровень сознания по шкале Глазго 15 баллов. Кожные покровы телесного цвета, чистые, обычной влажности, без высыпаний. Слизистые розовые, без высыпаний. Состояние подкожно-жировой клетчатки нормальное. Дыхание проводится по всем отделам, везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичны. Пальпация органов брюшной полости безболезненна, живот мягкий, печень не увеличена. Термометрия: 36,4°C. Частота пульса: 90 ударов в минуту. Артериальное давление: 120/80 мм рт. ст. Антропометрия: рост 175 см, масса тела 80 кг.

Неврологическое состояние. Черепно-мозговая иннервация — в норме. В позе Ромберга устойчив. Координаторные пробы выполняет правильно. Сухожильные рефлексы с конечностей живые, симметричные с обеих сторон. Кожная чувствительность не нарушена. Менингеальные симптомы не определяются. Патологические рефлексы отсутствуют.

Психическое состояние. Сознание ясное. Ориентирован в месте, времени, собственной личности правильно. На вопросы отвечает по существу, после некоторой паузы. Выглядит подавленным, напряженным. Эмоционально не выразителен. Гипомимичен. Адинамичен. При этом, охвачен внутренней тревогой, недоверчив, застенчив, в связи с чем отмечает узкий круг знакомств; указывает на отсутствие лидерских черт в характере. Самооценка резко снижена. Высказывает идеи неполноценности. Мышление в замедленном темпе. Внимание неустойчиво. Испытывает трудности в переубеждении. О нахождении в плену говорит мало, во время беседы заметно, что не хочет затрагивать эту тему. При этом, лицо невыразительное, взгляд устремлен в одну точку. В то же время, указывает на навязчивые воспоминания о плене. Пессимистичен в оценке будущего. Суицидальных мыслей не высказывает, соответствующих тенденций не обнаруживает.

Диагноз при поступлении: посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1). Назначены лечение пароксетином 20 мг утром, труксалом по 25 мг 3 р./день, затем 50 мг на ночь, NaCl 5,0 мл + MgSO₄ 5,0 мл в/в однократно и психотерапия: ароматерапия, музы-

котерапия, когнитивно-поведенческая психотерапия, индивидуальная психологическая коррекция.

Общие анализы крови и мочи, рентгенография органов грудной клетки — без патологии.

Консультация психолога (исследование эмоциональной сферы, личностной сферы). Шкала Зунга: УД=50. Тест Спилберга-Ханина: РТ=40, ЛТ=56. Тест Люшера: 24531067 (0), 42350617(2). СМИЛ: F-K=-4, 1-82, 2-95, 3-73, 4-57, 5-63, 6-71, 7-74, 8-76, 9-41, 0-73. Эмоциональная сфера характеризуется состоянием легкой депрессии. Средний уровень реактивной тревожности, высокий уровень личностной тревожности. Уровень эмоционального стресса (методика Люшера) нарастает в ходе исследования. Профиль СМИЛ: пик по шкале пессимистичности.

Консультация невропатолога. Диагноз: ХСМН 1 ст. с рефлекторной пирамидной недостаточностью, вазомоторной цефалгией, синдромом ВСД смешанного типа (I66).

Консультация терапевта. Диагноз: Бронхиальная астма, смешанная форма, ст. нестойкой ремиссии. ЛН 1-2 ст. (J 45.8). ХОБЛ, ст. ремиссии, ЛН 2 ст. (J44). Пограничная артериальная гипертензия. Подкожные металлические осколки лобной части головы.

В отделении М. держался обособленно, ни с кем не общался. При этом, регулярно посещал психотерапевтические группы, где был активен. Во время комиссионного осмотра с целью уточнения диагноза и тактики лечения на вопрос «Есть ли у Вас плохие мысли?» (учитывая депрессивный фон настроения М.) больной с некоторым (показавшимся непонятым) воодушевлением ответил: «Нет, себе я сделать ничего не хочу. Есть мысли сделать плохое очень близкому мне человеку». При уточнении, что же это за человек, сказал: «Это моя жена. Я её очень люблю. Настолько, что в своё время вопреки желанию матери женился на ней. А до этого всегда беспрекословно выполнял указания матери в отношении женщин и поэтому до 30 лет (вплоть до знакомства с нынешней женой) был девственником. Но после возвращения домой из плена у меня возникло желание ударить мою любимую ножом». Ввиду явной, но не объясняемой больным, парадоксальности высказываемого было предположено наличие императивных вербальных галлюцинаций. На прямой вопрос, относящийся к их существованию, больной ответил, что уже на протяжении длительного

времени (до СВО) его посещают мужские «голоса», которые находятся в голове: «один слева впереди внутри головы» подстрекает больного ударить ножом жену, а второй справа внутри головы «вкрадчиво говорит, что этого делать не надо». При этом, М. держится спокойно, уверенно, эмоционально уплощен. Отмечает, что «голоса» его беспокоят с 12-летнего возраста и «не приказывают, а увещевают, уговаривают». Периодически они ослабевают. Однако после нахождения в плену их интенсивность усилилась. Больной не понимает, почему «голос» его принуждает так поступить, ведь жена для него «многое сделала, хорошо ко мне относится». Но был момент, когда она призналась, что изменила мужу. В то время разговор между супругами привёл к их полному примирению (М. утверждает, что простил жену, поскольку очень её любит). Теперь же «голос», когда М. находился на кухне, сказал: «Вспомни, что она тебе изменила. За это нужно отомстить. Сейчас очень подходящий момент. Она отвернулась и не смотрит на тебя. Возьми нож и ударь». Другой «голос» уговорил больного не делать этого. В беседе «голос» в передней части головы М. называет «чёрным», а в правой части — «белым». На уточняющий вопрос отвечает, что впереди внутри головы видит чёрное пятно, из которого и исходит «голос», а справа в голове появляется («входит») белая фигура с капюшоном, и от неё исходит второй «голос». В дальнейшем определяет данные феномены как «Чёрный» и «Белый». Во время беседы больной не говорит о психотравмирующей ситуации (нахождении в плену). Отмечает, что после начала лечения в отделении состояние его улучшилось: интенсивность «голосов» уменьшилась, «утром просыпаюсь — голова светлая, но к вечеру «голоса» усиливаются».

Проведено дополнительное *экспериментально-психологическое исследование (изучение функций мышления)*. В результате него выявлено следующее. Темп мышления сдержанный. Динамика мышления: лабильность. Нарушение подвижности мышления: детализация. Нарушение личностного компонента мышления: разноплановость, элементы паралогичности, резонерство. Пример: в сравнении понятий «ветер-соль», общее между ними видит в том, что: «это природные составляющие, хотя может быть уже и соль искусственная, да и ветер искусственным можно сделать — вентилятор поставить, вот вам и ветер». Уровень обобщения средний. Процесс обобщения — по существенным, латентным признакам;

эмоциональная логика. Абстрагирование несколько затруднено. Пословицы объясняет применительно к конкретным жизненным ситуациям, через призму субъективной логики, исходя из собственных переживаний, трактует резонерски. Аналитико-синтетическая деятельность не нарушена. Операция анализа не нарушена. Критичность мышления снижена.

Поставлен диагноз: хронический галлюциноз (F28). Назначен трифтазин в дозе 5 мг утром, затем — по 5 мг утром и днем. М. сразу же отметил улучшение в состоянии: сказал, что «плохой «голос» ушёл дальше, слышится, но как бы из-за двери, остался белый «голос», хороший». В связи с тем, что появилось побочное нейролептическое действие в виде скованности нижней челюсти, трифтазин был отменен, назначен мепридон в дозе 20 мг утром. После отмены трифтазина психическое состояние сразу же ухудшилось, и при повторном комиссионном осмотре М. рассказал: «Голосом артиста Папанова в фильме «Бриллиантовая рука» меня стал проклинать «Чёрный» («Чтоб ты сдох!» и т.д.) за то, что я о нём рассказал, выдал его. А поведал я о нём по совету «Белого»: «Видишь, врачи — люди хорошие, знающие, они помогут. Пора «Чёрного» «сдать», он давно это заслужил». А теперь «Чёрный» мне мстит и в качестве самонаказания велит свить верёвку и повеситься. Когда я говорю, что не умею этого делать, он отвечает: «Велика беда! Ты же рыбак, узлы вязать умеешь». Раньше он мне тоже угрожал: «У нас много таких, как ты. И мы со всеми расправимся. Вот идёт поезд. Подойдёшь и бросишься под него». Я стоял близко, но сопротивлялся этому. И вдруг отчётливо чувствую, как какая-то неведомая сила (будто рука!) толкает меня в спину под колёса. Я очень испугался». На вопрос, не отмечал ли он когда-либо другие виды воздействия, включая дистанционное (на психические процессы, ощущения, действия), отвечает уверенно отрицательно. Отмечает также отсутствие «деланности» феноменов «Чёрного» и «Белого», достаточно критичен к ним, хотел бы избавиться от обоих, поскольку они «мешают и за всё это время надоели», в крайнем случае — хотя бы, помочь «Белому»: «В любом случае, мы с «Белым» будем продолжать бороться против «Чёрного» и победим его». Указывает на появившиеся ощущения, что за ним кто-то наблюдает. Назначен рисперидон в дозе 2 мг утром.

При клиническом разборе с ординаторами-психиатрами вначале удивляется «молодости врачей», но в ответ на саркастическое замечание ведущего «Пожалуйста, можем привести сюда многих пенсионеров» улыбается и с некоторым даже воодушевлением достаточно точно повторяет сказанное им ранее. Помимо этого, уточняет, как «Черный» и «Белый» впервые появились во время учебы в школе, когда М. было 12 лет: «Надо мной насмеялись, издевались ученики. Тогда «Чёрный» и посоветовал их убить, чтобы отомстить, а «Белый» отговаривал это сделать». Однако далее М. вспоминает, что в 10-летнем возрасте разогрел на печке кочергу и сильно прижёл ей руку 4-летнего брата. Отец, увидев это, воскликнул: «Так только фашисты делали!» В ходе дальнейшей беседы больной сначала просто «туманно» утверждает, что поступил неправильно, но при прицельном опрашивании отвечает, что так ему велел «Чёрный». Продолжает, что через небольшое время после этого вышел на улицу гулять с младшим братом и потерял его из виду. Сказал об этом родителям, участвовал в поисках. Оказалось, что брат зашёл к соседям по подъезду и остался у них. Отец сильно рассердился, что М. не справился в качестве «няньки» и дал ему подзатыльник. После этого «Чёрный» объяснил М., что так несправедливо жестоко наказывают детей только неродные родители, и, следовательно, церемониться с «псевдоотцом» нечего, а в качестве мести его следует убить. М. видел, как в месте «чёрного пятна» вычерчивается карта перемещений отца в течение дня с указанием голоса «Чёрного», когда, в каком месте и как именно с отцом следует покончить. М. утверждает, что тогда справился с «Чёрным», проигнорировав его указания. Был ли уже в то время «Белый», непонятно. В течение всей последующей жизни М., как следует из его дальнейшего рассказа, находился под влиянием «Чёрного», убеждавшего его совершать отвратительные поступки, и «Белого», выдвигавшего позитивные контраргументы. Никогда по своей инициативе не обращался к психиатрам, получил среднее техническое образование, много лет непрерывно и успешно работал слесарем в газовом хозяйстве своего города, откуда и был мобилизован с началом СВО (соответственно, периодически проходя профилактические осмотры психиатром; объективные данные о контактах с психиатрической службой отсутствуют). В армии не служил в связи с наличием соматической патологии. Получив повестку о мобилизации,

сначала испытал испуг, но затем «Белый» стал убеждать М., что ничего страшного не произошло, и успокаивать обещаниями помощи в виде советов на передовой. В дальнейшем М. успешно воевал, как он утверждает, слушая «Белого». «Чёрный» полностью исчез с момента мобилизации и не появлялся вплоть до обмена М. из плена, в который больной попал, когда в окружении вёл бой вместе с несколькими бойцами своего подразделения. Все они погибли, а М. был легко ранен (он утверждает, что пули и осколки гранат как бы «огибали», не задевая его; впоследствии то, что он был будто «заговоренным», якобы, ему говорили солдаты противника). Окружившие М. враги кричали, чтобы тот сдавался. Его сомнения в этом отношении развеял «Белый», заверив, что «всё будет нормально», и помощь советами продолжится (что, по словам М., и происходило в течение всех последующих четырёх месяцев пребывания в плену). Просит, несмотря на критичное понимание «последствий» своего рассказа, не переводить его «в другую больницу». После разъяснений лечащего врача, что так будет лучше для его состояния, соглашается. С диагнозом «Хронический галлюциноз (F28). Параноидная шизофрения (F20.09)?» переведен для продолжения лечения в общепсихиатрическое отделение, где на фоне перорального назначения галоперидола по 5 мг трижды в сутки развилась выраженная акатизия, не исчезнувшая и после снижения дозы препарата до 1,5 мг 3 раза в день. После отмены галоперидола и назначения инфузионной дезинтоксикационной терапии (из-за неусидчивости хватал штатив с работающей капельницей и ходил с ним по отделению) побочные явления нейрорепсии исчезли, вся галлюцинозная симптоматика также редуцировалась, однако появились чувство тревоги и беспокойство, для контроля которых назначен rispидон в дозе 1 мг в сутки.

Оценивая данный клинический случай, следует заметить неоднозначное отношение клиницистов к природе описываемых М. переживаний. Высказывалось предположение об их симулятивном характере, что, в том числе, может подтверждать мнение о редкой встречаемости одновременных многомодальных галлюцинаций (возможно, их-за того, что ЗГ в структуре ММГ характеризуются большей степенью убежденности в их достоверности, и поэтому больные больше боятся угроз «голосов» и меньше рассказывают о них; видимо, это и послужило основанием В. А Гиляровско-

му говорить о большой распространенности ММГ). Конечно же, полностью исключить симулятивную установку непросто, но слишком уж сложна, связана и производит впечатление достоверной клиника описанного М. состояния, особенно, принимая во внимание средний уровень интеллекта больного. Наличие нейролептических побочных явлений оценивалось, в том числе, как присутствие «органического фона», хотя проявления резидуальной энцефалопатии не выявлены (учитывая персистирование галлюцинаций с 10-летнего возраста). Кроме того, выраженная астенизация не отмечена (несмотря на пребывание в плену), больной мог участвовать в клинической беседе сколь угодно долго. А невыраженные когнитивные нарушения сложно дифференцировать с проявлениями имеющихся у М. депрессии и тревоги.

Безусловно значимыми являются посттравматические стрессовые проявления, переплетающиеся с симптоматикой психоза, предоставляя редкий случай наблюдать их совместное течение. Обращают на себя внимание сохранность и критичность больного (несмотря на его некоторую эмоциональную уплощенность, узость контактов и выявленные экспериментально-психологически качественные нарушения мышления) при перманентном течении психоза на протяжении почти сорока лет, что способствовало успешной диссимуляции симптоматики, более чем полноценной социальной адаптации (справлялся даже с немислимыми для обычного человека, экстремальными нагрузками) всё это время. В значительной степени это и способствовало поставке диагноза хронического галлюцинаторного психоза, несмотря на присутствие признаков шизофрении согласно МКБ-10.

По сути, если исходить из описанных выше типов ММГ, наблюдаемые у М. галлю-

цинации являются одновременными, связанными и конгруэнтными. Трудно выделить их базовую модальность, но, вероятно, она является слуховой, учитывая, что изначально больной раскрыл наличие антагонистических (контрастирующих) галлюцинаций, а затем уже рассказал об их сочетании со зрительными и, иногда, — гаптическими. В основном, эти переживания, безусловно, являются псевдогаллюцинаторными, учитывая их интрапроекцию и ощущение постороннего присутствия (несмотря на достаточно выраженный характер достоверности, при относительной критичности к ним больного). Другие проявления синдрома Кандинского-Клерамбо не были выявлены. Ничего необычного, даже для диагностики шизофрении, в данном случае нет, учитывая отмеченную выше в два раза большую встречаемость при этом заболевании ММГ по сравнению с унимодальными галлюцинациями.

К сожалению, мы были лишены возможности изучить сравнительную эффективность антипсихотических препаратов в отношении ММГ, но устранение ими дистресса, одновременно вызванного ММГ и посттравматического, не вызывает сомнений.

Закключение. Таким образом, данный случай благодаря неожиданно возникшей чрезвычайной откровенности больного (до того почти 40 лет диссимулировавшего психоз) позволяет уточнить многие из описанных в существующей литературе черт ММГ, достаточно четко определив их тип в соответствии с современными классификационными воззрениями, выяснить некоторые подробности относительно эффективности антипсихотических препаратов в отношении ММГ, что представляет интерес в свете рекомендаций Международного консорциума по исследованию галлюцинаций.

С. В. Титиевский¹, В. С. Воеводина², И. М. Гостюк², И. В. Федоровская²

ПРИМЕНИМОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О МУЛЬТИМОДАЛЬНЫХ ГАЛЛЮЦИНАЦИЯХ ПРИ ПСИХОЗАХ В ОТНОШЕНИИ АНАЛИЗА КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Донецк, Российская Федерация

² Республиканская клиническая психоневрологическая больница — медико-психологический центр
МЗ ДНР, г. Донецк, Российская Федерация

Мультимодальные галлюцинации распространены шире, чем считалось ранее, и могут иметь более неблагоприятное воздействие, чем унимодальные, но остаются относительно малоизученными. С целью уточнения современных данных о мультимодальных галлюцинациях

при психозах использован клинический случай больного с наличием одновременных, связанных и конгруэнтных галлюцинаций с интрапроекцией. Предположена базовая слуховая модальность, учитывая, что изначально больной раскрыл наличие антагонистических (контрастирующих) галлюцинаций. Оценены вероятность симулятивного поведения и присутствие «органического фона». Подчеркнута значимость посттравматических стрессовых проявлений, переплетающихся с симптоматикой психоза, предоставляя редкий случай наблюдать их совместное течение. Обращают на себя внимание сохранность и критичность больного при перманентном течении психоза на протяжении почти сорока лет, что способствовало успешной диссимуляции симптоматики, полной социальной адаптации. Выявлена эффективность антипсихотических препаратов при устранении дистресса, одновременно вызванного мультимодальными галлюцинациями и посттравматического.

Ключевые слова: мультимодальные галлюцинации, психоз, посттравматическое стрессовое расстройство, хронический галлюцинаторный психоз, шизофрения.

S. V. Titievsky¹, V. S. Voyevodina², I. M. Gostyuk², I. V. Fedorovskaya²

APPLICABILITY OF MODERN CONCEPTS ON MULTIMODAL HALLUCINATIONS IN PSYCHOSIS IN RELATION TO CASE STUDY

¹ Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Donetsk State Medical University named after M. Gorky» of the Ministry of Health of the Russian Federation, DPR, Russian Federation

² Republican Clinical Psychoneurological Hospital — Medical-Psychological Center of the Ministry of Health of the DPR, Donetsk, DPR, Russian Federation

Multimodal hallucinations are more common than previously thought and may have more adverse effects than unimodal hallucinations, but remain relatively unexplored. In order to clarify current data on multimodal hallucinations in psychosis, a clinical case of a patient with the presence of simultaneous, related and congruent hallucinations with intraprojection was used. A basic auditory modality is assumed, given that the patient initially disclosed the presence of antagonistic (contrasting) hallucinations. The probability of simulative behavior and the presence of an «organic background» are estimated. The significance of post-traumatic stress manifestations, intertwined with the symptoms of psychosis, is emphasized, providing a rare opportunity to observe their joint course. Attention is drawn to the preservation and criticality of the patient with a permanent course of psychosis for almost forty years, which contributed to the successful dissimulation of symptoms, complete social adaptation. The effectiveness of antipsychotic drugs in the elimination of distress, simultaneously caused by multimodal hallucinations and post-traumatic, was revealed.

Keywords: multimodal hallucinations, psychosis, post-traumatic stress disorder, chronic hallucinatory psychosis, schizophrenia.

Литература

1. Гиляровский В. А. Учение о галлюцинациях. 2-е изд. М.: БИНОМ. Лаборатория знаний; 2003. 240.
2. Chesterman L. P., Boast N. Multi-modal hallucinations. *Psychopathology*. 1994; 27 (6): 273-280.
3. Waters F., Fernyhough C. Hallucinations: a systematic review of points of similarity and difference across diagnostic classes. *Schizophr. Bull.* 2017; 43 (1): 32-43.
4. Fletcher P. C., Frith C. D. Perceiving is believing: a Bayesian approach to explaining the positive symptoms of schizophrenia. *Nat. Rev. Neurosci.* 2009; 10 (1): 48-58.
5. Shinn A. K., Pfaff D., Young S., Lewandowski K. E., Cohen B. M., Ng D. Auditory hallucinations in a cross-diagnostic sample of psychotic disorder patients: a descriptive, cross-sectional study. *Compr. Psychiatry*. 2012; 53 (6): 718-726.
6. Waters F., Collerton D., Ffytche D. H., et al. Visual hallucinations in the psychosis spectrum and comparative information from neurodegenerative disorders and eye disease. *Schizophr. Bull.* 2014; 40 (suppl. 4): S233-S245.
7. Fénelon G., Soulas T., Zenasni F., Cleret de Langavant L. The changing face of Parkinson's disease-associated psychosis: a cross-sectional study based on the new NINDS-NIMH criteria. *Mov. Disord.* 2010; 25 (6): 763-766.
8. Ffytche D. H. Visual hallucinations in eye disease. *Curr. Opin. Neurol.* 2009; 22(1): 28-35.

9. Блейхер В. М. Эпонимические термины в психиатрии, психотерапии и медицинской психологии: Словарь. К.: Вища школа. Головное изд-во; 1984. 448.
10. Ломтатидзе О.В. Физиология сенсорных систем: Учебно-методическое пособие. Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та; 2022. 120.
11. Montagnese M., Leptourgos P., Fernyhough Ch., et al. A Review of Multimodal Hallucinations: Categorization, Assessment, Theoretical Perspectives, and Clinical Recommendations. *Schizophr. Bull.* 2021; 47 (1): 237-248.
12. Aarsland D. Cognitive impairment in Parkinson's disease and dementia with Lewy bodies. *Parkinsonism Relat. Disord.* 2016; 22 (suppl. 1): S144-S148.
13. Dudley R., Aynsworth C., Mosimann U., et al. A comparison of visual hallucinations across disorders. *Psychiatry Res.* 2019; 272: 86-92.
14. David C. N., Greenstein D., Clasen L., et al. Childhood onset schizophrenia: high rate of visual hallucinations. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 2011; 50 (7): 681-686.e3.
15. McCarthy-Jones S., Smailes D., Corvin A., et al. Occurrence and co-occurrence of hallucinations by modality in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatry Res.* 2017; 252: 154-160.
16. Bauer S.M., Schanda H., Karakula H., et al. Culture and the prevalence of hallucinations in schizophrenia. *Compr. Psychiatry.* 2011; 52 (3): 319-325.
17. Llorca P. M., Pereira B., Jardri R., et al. Hallucinations in schizophrenia and Parkinson's disease: an analysis of sensory modalities involved and the repercussion on patients. *Sci. Rep.* 2016; 6. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27905557> (дата обращения: 28.07.2023) doi:10.1038/srep38152.
18. Mueser K. T., Bellack A. S., Brady E. U. Hallucinations in schizophrenia. *Acta Psychiatr. Scand.* 1990; 82 (1): 26-29.
19. De Leede-Smith S., Barkus E. A comprehensive review of auditory verbal hallucinations: lifetime prevalence, correlates and mechanisms in healthy and clinical individuals. *Front. Hum. Neurosci.* 2013; 7: 367.
20. Dudley R., Aynsworth C., Cheetham R., McCarthy-Jones S., Collerton D. Prevalence and characteristics of multi-modal hallucinations in people with psychosis who experience visual hallucinations. *Psychiatry Res.* 2018; 269: 25-30.
21. Hoffman R. E., Varanko M. «Seeing voices»: fused visual/auditory verbal hallucinations reported by three persons with schizophrenia-spectrum disorder. *Acta Psychiatr. Scand.* 2006; 114 (4): 290-292; discussion 292.
22. Pignon B., Geoffroy P.A., Gharib A., et al. Very early hallucinatory experiences: a school-based study. *J. Child Psychol. Psychiatry.* 2018; 59 (1): 68-75.
23. Medjkane F., Notredame C. E., Sharkey L., D'Hondt F., Vaiva G., Jardri R. Association between childhood trauma and multimodal early-onset hallucinations. *Br. J. Psychiatry.* 2020; 216 (3): 156-158.
24. Craig T. K., Rus-Calafell M., Ward T., et al. AVATAR therapy for auditory verbal hallucinations in people with psychosis: a single-blind, randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry.* 2018; 5 (1): 31-40.
25. Chadwick P., Birchwood M. The omnipotence of voices. *Br. J. Psychiatry.* 1994; 164 (2): 190-201.
26. Sommer I. E., Begemann M.J., Temmerman A., Leucht S. Pharmacological augmentation strategies for schizophrenia patients with insufficient response to clozapine: a quantitative literature review. *Schizophr. Bull.* 2012; 38 (5): 1003-1011.
27. Nuevo R., Chatterji S., Verdes E., Naidoo N., Arango C., Ayuso-Mateos J. L. The continuum of psychotic symptoms in the general population: a cross-national study. *Schizophr. Bull.* 2012; 38 (3): 475-485.
28. Goodwin D. W. Clinical significance of hallucinations in psychiatric disorders. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1971; 24 (1): 76-80.
29. Fernyhough C. Hearing the voice. *Lancet.* 2014; 384 (9948): 1090-1091.
30. Vilaca A. Chronically unstable bodies: reflections on Amazonian corporalities. *J. R. Anthropol. Inst.* 2005; 11 (3): 445-464.
31. Lim A., Hoek H.W., Blom J. D. The attribution of psychotic symptoms to jinn in Islamic patients. *Transcult. Psychiatry.* 2015; 52 (1): 18-32.
32. Wallace M. T., Woynarowski T.G., Stevenson R. A. Multisensory integration as a window into orderly and disrupted cognition and communication. *Annu. Rev. Psychol.* 2020; 71: 193-219.
33. Haß K., Bak N., Szyck G.R., Glenthøj B.Y., Oranje B. Deficient prepulse inhibition of the startle reflex in schizophrenia using a cross-modal paradigm. *Biol. Psychol.* 2017; 128: 112-116.
34. Stevenson R. A., Park S., Cochran C., et al. The associations between multisensory temporal processing and symptoms of schizophrenia. *Schizophr. Res.* 2017; 179: 97-103.
35. Postmes L., Sno H. N., Goedhart S., van der Stel J., Heering H.D., de Haan L. Schizophrenia as a self-disorder due to perceptual incoherence. *Schizophr. Res.* 2014; 152 (1): 41-50.
36. Shine J. M., Halliday G. M., Naismith S. L., Lewis S.J. Visual misperceptions and hallucinations in Parkinson's disease: dysfunction of attentional control networks? *Mov. Disord.* 2011; 26 (12): 2154-2159.
37. Jardri R., Larøi F., Waters F., et al. Hallucination research: into the future, and beyond. *Schizophr. Bull.* 2019; 45 (suppl. 1): S1-S4. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30715538> (дата обращения: 28.07.2023). DOI: 10.1093/schbul/sby170.

References

1. Gilyarovskii V.A. Uchenie o gallyutsinatsiyakh [The doctrine of hallucinations]. 2-e izd. Moscow; BINOM. Laboratoriya znaniy; 2003. 240 (in Russian).
2. Chesterman L. P., Boast N. Multi-modal hallucinations. *Psychopathology*. 1994; 27 (6): 273-280.
3. Waters F., Fernyhough C. Hallucinations: a systematic review of points of similarity and difference across diagnostic classes. *Schizophr. Bull.* 2017; 43 (1): 32-43.
4. Fletcher P.C., Frith C. D. Perceiving is believing: a Bayesian approach to explaining the positive symptoms of schizophrenia. *Nat. Rev. Neurosci.* 2009; 10 (1): 48-58.
5. Shinn A. K., Pfaff D., Young S., Lewandowski K. E., Cohen B.M., Öngür D. Auditory hallucinations in a cross-diagnostic sample of psychotic disorder patients: a descriptive, cross-sectional study. *Compr. Psychiatry*. 2012; 53 (6): 718-726.
6. Waters F., Collerton D., Ffytche D. H., et al. Visual hallucinations in the psychosis spectrum and comparative information from neurodegenerative disorders and eye disease. *Schizophr. Bull.* 2014; 40 (suppl. 4): S233-S245.
7. Fénelon G., Soulas T., Zenasni F., Cleret de Langavant L. The changing face of Parkinson's disease-associated psychosis: a cross-sectional study based on the new NINDS-NIMH criteria. *Mov. Disord.* 2010; 25 (6): 763-766.
8. Ffytche D. H. Visual hallucinations in eye disease. *Curr. Opin. Neurol.* 2009; 22(1): 28-35.
9. Bleikher V.M. Eponimicheskie terminy v psixiatrii, psixhoterapii i meditsinskoj psixhologii: Slovar' [Eponymic Terms in Psychiatry, Psychotherapy and Medical Psychology: A Dictionary]. Kyev: Vishcha shkola; 1984. 448 (in Russian).
10. Lomtatidze O.V. Fiziologiya sensorynykh sistem: Uchebno-metodicheskoe posobie [Physiology of sensory systems: Educational and methodical manual]. Ekaterinburg; 2022. 120 (in Russian).
11. Montagnese M., Leptourgos P., Fernyhough Ch., et al. A Review of Multimodal Hallucinations: Categorization, Assessment, Theoretical Perspectives, and Clinical Recommendations. *Schizophr. Bull.* 2021; 47 (1): 237-248.
12. Aarsland D. Cognitive impairment in Parkinson's disease and dementia with Lewy bodies. *Parkinsonism Relat. Disord.* 2016; 22 (suppl. 1): S144-S148.
13. Dudley R., Aynsworth C., Mosimann U., et al. A comparison of visual hallucinations across disorders. *Psychiatry Res.* 2019; 272: 86-92.
14. David C.N., Greenstein D., Clasen L., et al. Childhood onset schizophrenia: high rate of visual hallucinations. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 2011; 50 (7): 681-686.e3.
15. McCarthy-Jones S., Smailes D., Corvin A., et al. Occurrence and co-occurrence of hallucinations by modality in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatry Res.* 2017; 252: 154-160.
16. Bauer S. M., Schanda H., Karakula H., et al. Culture and the prevalence of hallucinations in schizophrenia. *Compr. Psychiatry.* 2011; 52 (3): 319-325.
17. Llorca P.M., Pereira B., Jardri R., et al. Hallucinations in schizophrenia and Parkinson's disease: an analysis of sensory modalities involved and the repercussion on patients. *Sci. Rep.* 2016; 6. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27905557> (accessed: 28.07.2023) DOI:10.1038/srep38152.
18. Mueser K. T., Bellack A. S., Brady E. U. Hallucinations in schizophrenia. *Acta Psychiatr. Scand.* 1990; 82 (1): 26-29.
19. De Leede-Smith S., Barkus E. A comprehensive review of auditory verbal hallucinations: lifetime prevalence, correlates and mechanisms in healthy and clinical individuals. *Front. Hum. Neurosci.* 2013; 7: 367.
20. Dudley R., Aynsworth C., Cheetham R., McCarthy-Jones S., Collerton D. Prevalence and characteristics of multi-modal hallucinations in people with psychosis who experience visual hallucinations. *Psychiatry Res.* 2018; 269: 25-30.
21. Hoffman R. E., Varanko M. «Seeing voices»: fused visual/auditory verbal hallucinations reported by three persons with schizophrenia-spectrum disorder. *Acta Psychiatr. Scand.* 2006; 114 (4): 290-292; discussion 292.
22. Pignon B., Geoffroy P.A., Gharib A., et al. Very early hallucinatory experiences: a school-based study. *J. Child Psychol. Psychiatry.* 2018; 59 (1): 68-75.
23. Medjkane F., Notredame C. E., Sharkey L., D'Hondt F., Vaiva G., Jardri R. Association between childhood trauma and multimodal early-onset hallucinations. *Br. J. Psychiatry.* 2020; 216 (3): 156-158.
24. Craig T. K., Rus-Calafell M., Ward T., et al. AVATAR therapy for auditory verbal hallucinations in people with psychosis: a single-blind, randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry.* 2018; 5 (1): 31-40.
25. Chadwick P., Birchwood M. The omnipotence of voices. *Br. J. Psychiatry.* 1994; 164 (2): 190-201.
26. Sommer I. E., Begemann M. J., Temmerman A., Leucht S. Pharmacological augmentation strategies for schizophrenia patients with insufficient response to clozapine: a quantitative literature review. *Schizophr. Bull.* 2012; 38 (5): 1003-1011.
27. Nuevo R., Chatterji S., Verdes E., Naidoo N., Arango C., Ayuso-Mateos J. L. The continuum of psychotic symptoms in the general population: a cross-national study. *Schizophr. Bull.* 2012; 38 (3): 475-485.

28. Goodwin D. W. Clinical significance of hallucinations in psychiatric disorders. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1971; 24 (1): 76-80.
29. Fernyhough C. Hearing the voice. *Lancet.* 2014;384 (9948): 1090-1091.
30. Vilaca A. Chronically unstable bodies: reflections on Amazonian corporalities. *J. R. Anthropol. Inst.* 2005; 11 (3): 445-464.
31. Lim A., Hoek H. W., Blom J. D. The attribution of psychotic symptoms to jinn in Islamic patients. *Transcult. Psychiatry.* 2015; 52 (1): 18-32.
32. Wallace M. T., Woynaroski T. G., Stevenson R. A. Multisensory integration as a window into orderly and disrupted cognition and communication. *Annu. Rev. Psychol.* 2020; 71: 193-219.
33. Haß K., Bak N., Szycik G.R., Glenthøj B.Y., Oranje B. Deficient prepulse inhibition of the startle reflex in schizophrenia using a cross-modal paradigm. *Biol. Psychol.* 2017; 128: 112-116.
34. Stevenson R. A., Park S., Cochran C., et al. The associations between multisensory temporal processing and symptoms of schizophrenia. *Schizophr. Res.* 2017; 179: 97-103.
35. Postmes L., Sno H.N., Goedhart S., van der Stel J., Heering H.D., de Haan L. Schizophrenia as a self-disorder due to perceptual incoherence. *Schizophr. Res.* 2014; 152 (1): 41-50.
36. Shine J. M., Halliday G. M., Naismith S. L., Lewis S. J. Visual misperceptions and hallucinations in Parkinson's disease: dysfunction of attentional control networks? *Mov. Disord.* 2011; 26 (12): 2154-2159.
37. Jardri R., Larøi F., Waters F., et al. Hallucination research: into the future, and beyond. *Schizophr. Bull.* 2019; 45 (suppl. 1): S1-S4. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30715538> (accessed: 28.07.2023) DOI: 10.1093/schbul/sby170.

Поступила в редакцию 06.08.2023 г.

КОРОТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК [159.923:616.89-0087.485]:[614.212:616.89]

А. А. Альмешкина

ОНТОЛОГИЧЕСКАЯ УВЕРЕННОСТЬ-НЕУВЕРЕННОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ КЛИНИК С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ЛИЧНОСТНОЙ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Донецк, ДНР, Россия

Ключевые слова: онтологическая уверенность, онтологическая неуверенность, дезорганизация личности.

Keywords: ontological security, ontological insecurity, disorganization of personality.

Вступление. Конструкт «онтологическая уверенность-неуверенность» был предложен Р. Д. Лэйнгом. В психологии под данным термином подразумевается самооценка, уверенность, самоуважение, идентичность. Однако данное понятие намного шире — это переживание уверенности в своем бытии [1, 2, 3]. С точки зрения Р. Д. Лейнга, онтологическая уверенность соотносится с психологическим благополучием, нормой. По мнению Н. В. Коптевой, под онтологической уверенностью понимается переживание человеком целостности бытия, включенности к людям и к миру, бытийных опор в Я и в не-Я. Она включает в себя различные переживания, разделенных по элементам бытия в мире (Я, мир, вещи, природные процессы, другие люди) [4, 5, 2, 3].

Онтологически уверенный общепсихологический тип может быть описан в понятиях воплощенного сознания, то есть данный тип взаимодействует с миром, другими людьми, сохраняет или изменяет себя. Противоположный ему тип — онтологически неуверенный, не проявляет себя, наблюдает как ложное Я живет в разделяемом с другими мире. И промежуточный тип, который не замечает трещины в ядре собственного бытия, так как недостаточно чувствителен к сигналам организма [6].

Психическое здоровье является частью психологического здоровья, которое коррелирует с высшими проявлениями человеческой личности и необходимо изучать в целостном контексте личностного развития. Именно оно делает личность самодостаточной [7, 8]. Функциональность, как системное свойство личности, ассоциируется с уровнем психического здоровья по критериям Всемирной организации здравоохранения. Достаточный уровень функциональности наблюдается у психически здоровой личности, в то время как низкий уровень функциональных возможностей у личности говорит о ее психической незащищенности в отношении внешних стимулов (дисфункциональности). Следовательно, функциональность личности может выступать в качестве индикатора психического здоровья индивида, его способности к самореализации и включенности в общество, которую можно измерить с помощью составляющих личностного потенциала и самосознания, показывающие уровень личностной зрелости. Соответственно, критерием психического неблагополучия является дезорганизация (дисфункция, нарушение целостности) личности. В связи с чем у всех пациентов с психическими расстройствами мы определяли уровень организации (дезорганизации) личности по О. Ф. Кернбергу [9, 7, 10, 11, 12].

Цель работы. Оценить уровень онтологической уверенности-неуверенности пациентов с психическими расстройствами с различным уровнем личностной дезорганизации.

Материал и методы исследования. Исследование концепции онтологической уверенности проводилось путем обследования 87 респондентов обоих полов в возрасте от 18 до 68 лет (медиана возраста исследуемых составляла полных 35 лет (Q1-Q3: 28-49,5)), с различным уровнем личностной дезорганизации, проходивших стационарное лечение в Республиканской клинической психиатрической больнице (РКПБ) и Республиканской клинической психоневрологической больнице — медико-психологическом центре (РКПБ-МПЦ) г. Донецка в 2018-2023 го-

дах. Распределение обследуемых по полу: мужчин — 46 чел. (52,3%), женщин — 42 чел. (47,7%). Группы были сформированы в зависимости от уровня личностной дезорганизации: I группу составили больные с невротическим уровнем личностной дезорганизации — 49,4% (43 человека), II группа включала пациентов с пограничным уровнем личностной дезорганизации — 40,2% (35 человек), в III группу вошли респонденты с психотическим уровнем личностной дезорганизации — 10,4% (9 человек).

В исследовании использовались клиничко-психопатологический, социально-психологический (психодиагностический) методы и метод математической обработки результатов. Клиничко-психопатологический метод строился на общепринятых подходах к психиатрическому обследованию больных и содержал традиционный опрос, анализ психического состояния, диагностику в соответствии с критериями МКБ-10. В качестве критериев для выделения различных уровней личностной дезорганизации использовались элементы структурного интервью О. Ф. Кернберга [11, 12, 13]. Социально-психологический метод был направлен на исследование онтологической уверенности. Конструкт онтологической уверенности, а именно ее уровни, виды и степень выраженности мы измеряли с помощью методик «Онтологическая уверенность, психометрическая методика (ПМ)» Н. В. Коптевой и «Онтологическая уверенность, основанная на принципе семантического дифференциала (СД)» Н. В. Коптевой [6, 14]. При математической обработке результатов мы использовали пакет статистического анализа «MedStat v.5.2». Предварительно проводили проверку распределения на нормальность. Если распределение не отличалось от нормального, для представления значений количественных признаков вычисляли значения среднего арифметического (M) и стандартного отклонения (SD), а в том случае, когда распределение отличалось от нормального, определяли медиану (Me) и значения нижнего и верхнего квартилей ($Q1-Q3$). При множественном сравнении выборок использовались дисперсионный анализ, метод множественных сравнений Шеффе, ранговый однофакторный анализ Крускала-Уоллиса и критерий Данна. Во всех случаях отличие считалось статистически значимым при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. При исследовании общего уровня онтологической уверенности ПМ между сравниваемыми группами были выявлены статистически значимые различия ($p < 0,001$): между I (73 (63-86)) и II (59,7±21 (52,5-67)) группой — $p < 0,01$; между I и III (39,9±8,1 (33,6-46,1)) группой — $p < 0,01$; между II и III группой — $p < 0,05$.

При этом были выявлены статистически значимые различия между группами по всем шкалам методики «Онтологическая уверенность (ПМ)». Шкала «Витальные контакты с миром» ($p < 0,001$): между I (26,5±4,9 (25-28,1)) и II (22,9±8 (20,1-25,6)) группой — $p = 0,04$; между I и III (16,4±3,8 (13,6-19,3)) группой — $p < 0,01$; между II и III группой — $p = 0,03$. Шкала «Витальные контакты с людьми» ($p < 0,001$): между I (34,1±4,5 (32,7-35,5)) и III (25±4,4 (21,6-28,4)) группой — $p < 0,01$; между II (33 (30-36)) и III группой — $p < 0,01$. Шкала «Автономия» ($p = 0,002$): между I (29 (28-32)) и II (28 (24-31)) группой — $p < 0,05$; между I и III (23±5,8 (18,5-27,5)) группой — $p < 0,01$. Шкала «Ложное Я» ($p < 0,001$): между I (15,8±4,2 (14,6-17,1)) и II (24 (15-28)) группой — $p < 0,01$; между I и III (24,6±5,9 (20,1-29,1)) группой — $p < 0,01$.

Не были обнаружены статистически значимые различия по шкале «Витальные контакты с людьми» между I и II группой ($p > 0,05$), а также по шкалам «Автономия» и «Ложное Я» между II и III группой ($p > 0,05$).

Соответственно, у пациентов с невротическим уровнем личностной дезорганизации онтологическая уверенность статистически значимо выше, чем у больных с пограничной и психотической дезорганизацией личности. Только они обладают выраженной самодостаточностью и развитыми способностями к самостоятельному, отдельному от других существованию и выбору, к переживанию себя как независимой личности, к сохранению связей с людьми и миром. А респондентам с психотическим уровнем личностной дезорганизации свойственна онтологическая неуверенность. У данной категории пациентов утрачены витальные контакты с миром и с людьми, то есть они неудовлетворены своей жизнью, у них нет ощущения надежности окружающего мира и опыта диалогического общения «Я-Ты», они не получают удовольствие от общения. У пациентов с пограничной и психотической личностной дезорганизацией наблюдается расщепление между собственной внутренней сущностью и ролью, которую они играют, ощущение внутренней ненаполненности, пустоты.

Были выявлены статистически значимые различия и при определении общего уровня онтологической уверенности, с помощью методики «Онтологическая уверенность (СД)» ($p < 0,001$): между I ($6 \pm 0,5$ (5,9-6,2)) и II ($5,5 \pm 0,8$ (5,2-5,7)) группой — $p < 0,01$; между I и III ($4,6 \pm 0,9$ (3,9-5,3)) группой — $p < 0,01$; между II и III группой — $p < 0,01$.

Также были определены статистически значимые различия между группами по большинству шкал данной методики. Шкала «Уверенность в ментальном Я» ($p < 0,001$): между I ($6,3$ (5,9-6,6)) и II ($5,4 \pm 1,3$ (5-5,8)) группой — $p < 0,05$; между I и III ($4,5 \pm 1,4$ (3,4-5,5)) группой — $p < 0,01$. Шкала «Уверенность в теле» ($p < 0,001$): между I ($6,4 \pm 0,6$ (6,2-6,6)) и II ($5,9$ (5,3-6,4)) группой — $p < 0,01$; между I и III ($5,1 \pm 1,1$ (4,3-5,9)) группой — $p < 0,01$. Шкала «Уверенность в людях» ($p = 0,001$): между I ($6,3$ (5-6,9)) и III ($3,8 \pm 1,7$ (2,5-5,1)) группой — $p < 0,01$. Шкала «Уверенность в значимом как индивидуальной ценности» ($p = 0,004$): между I (7 (6,4-7)) и II ($6,4$ (5,6-6,9)) группой — $p < 0,01$.

Отличия не были статистически значимыми по шкале «Уверенность в мире» ($p = 0,136$): I ($5,2 \pm 1,1$ (4,8-5,5)) группа; II ($4,8 \pm 1,6$ (4,3-5,4)) группа; III ($4,2 \pm 1,8$ (2,8-5,5)) группа; по шкалам «Уверенность в ментальном Я» и «Уверенность в теле» между II и III группой ($p > 0,05$); по шкале «Уверенность в людях» между I и II ($5,3 \pm 1,2$ (4,9-5,8)) группой ($p > 0,05$) и между II и III группой ($p > 0,05$), по шкале «Уверенность в значимом как индивидуальной ценности» между I и III ($6,1$ (5,6-6,7)) группой — $p > 0,05$; между II и III группой — $p > 0,05$.

Следовательно, пациенты с психотическим уровнем личностной дезорганизации в большей степени переживают отчужденность от людей, ненадежность мира и неподлинность существования. У респондентов с невротическим уровнем дезорганизации личности статистически значимо выше уровень уверенности в собственном Я (как уверенности в ментальном Я, так и уверенности в теле), в сравнении с больными с пограничным и психотическим уровнем личностной дезорганизации. В то время как переживание своей связанности с миром и уверенности в нем у всех групп находится на приблизительно одном уровне. У пациентов с психотическим уровнем личностной дезорганизации статистически значимо ниже уровень уверенности в людях, чем у больных с невротическим уровнем дезорганизации личности. Переживание единства с тем, что составляет индивидуальную ценность статистически значимо ниже у испытуемых с пограничным уровнем личностной дезорганизации, в сравнении с невротическим уровнем дезорганизации личности. Интересен тот факт, что не наблюдается статистически значимых различий в уровне уверенности в значимом как индивидуальной ценности между невротическим и психотическим уровнем личностной дезорганизации и между пограничным и психотическим уровнем дезорганизации личности. Однако, респонденты с невротическим и психотическим уровнем дезорганизации личности в качестве индивидуальной ценности чаще выбирали другого человека (дети, жена, муж, близкие), в то время как пациенты с психотическим уровнем личностной дезорганизации — дело, предмет или занятие.

Выводы. Таким образом, у пациентов с психотическим уровнем личностной дезорганизации статистически значимо ниже уровень онтологической уверенности за счет отделенности и ощущения непричастности к миру и людям, недостаточностью переживания личностью автономии от людей и мира и в тоже время связанности с ними. У респондентов с пограничным уровнем личностной дезорганизации, также как и у пациентов с психотическим уровнем, есть осознание несвязанности с людьми, переживание внутренней пустоты, отстраненность от собственного тела. То есть у данных категорий пациентов нет переживания целостности своего бытия, ощущения единоприродности с людьми. Полученные данные могут быть использованы при разработке личностно-ориентированных психотерапевтических коррекционных программ.

Литература

1. Коптева Н. В. Онтологическая уверенность как переживание и ее психологическая диагностика. Известия Самарского научного центра Российской академии наук. 2010; 12 (5-3): 690-697.
2. Лэйнг Р. Д. Расколотое Я. Спб.: Белый Кролик; 1995. 352.
3. Лэйнг Р. Д. Расколотое Я. М.: АСТ; 2021. 288.
4. Коптева Н. В. Онтологическая уверенность: понятие и операционализация: автореф. дис. ... докт. психол. наук. Екатеринбург; 2013. 46.
5. Коптева Н. В. Онтологическая уверенность — неуверенность: общепсихологический аспект. Известия Уральского государственного университета: Серия 1: Проблемы образования, науки и культуры. 2010; 1 (71): 118-126.

6. Коптева Н. В. Онтологическая уверенность: конструкт, диагностические методики, перспективы исследования. Известия Тульского государственного университета. Гуманитарные науки. 2014; 4-1: 193-202.
7. Альмешкина А. А. Контроль за действием и рефлексивность у пациентов с невротическим уровнем дезорганизации личности. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2020; 1 (49): 49-61.
8. Дубровина И. В. (ред.), Андреева А. Д., Вохмянина Т. В., Воронова А. А., Гуткина Н. И., Данилова Е. Е., Екимова В. И., Зацепин В. В., Лубовский Д. В., Николаева А. Б., Пахальян В. Э., Прихожан А. М., Толстых Н. Н. Психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы. Екатеринбург: Деловая книга; 2000. 176.
9. Абрамов В. А. Представление о функциональности (функциональных возможностях) личности как субъекта самовосприятия. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2019; 2 (46): 7-14.
10. Аверина А. Ж., Александрова Л. А., Васильев И. А., Гордеева Т. О., Гусев А. И., Дергачева О. Е., Иванченко Г. В., Калитеевская Е. Р., Курганская М. В., Лебедева А. А., Леонтьев Д. А. (ред.), Мандрикова Е. Ю., Митина О. В., Осин Е. Н., Плотникова А. В., Рассказова Е. И., Фам А. Х., Шапкин С. А. Личностный потенциал: структура и диагностика. М.: Смысл; 2011. 675.
11. Кернберг О. Ф. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии. М.: Независимая фирма «Класс»; 2014. 464.
12. Kernberg O. F. Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies. New Haven, Connecticut: Yale University Press; 1993. 396.
13. McWilliams N. Psychoanalytic Diagnosis, Second Edition: Understanding Personality Structure in the Clinical Process. New York City, NY: The Guilford Press; 2020. 426.
14. Коптева Н. В. Онтологическая уверенность: понятие и операционализация: дис. ... докт. психол. наук. Пермь; 2012. 350.

References

1. Kopteva N. V. Ontologicheskaya uverennost' kak perezhivanie i ee psikhologicheskaya diagnostika. Izvestiya Samarskogo nauchnogo tsentra Rossiiskoi akademii nauk. 2010; 12 (5-3): 690-697 (in Russian).
2. Leing R. D. Raskolotoe Ya. St. Petersburg: Belyi Krol'ik; 1995. 352 (in Russian).
3. Leing R. D. Raskolotoe Ya. Moscow: AST; 2021. 288 (in Russian).
4. Kopteva N. V. Ontologicheskaya uverennost': ponyatie i operatsionalizatsiya: avtoref. dis. ... dokt. psikh. nauk. Ekaterinburg; 2013. 46 (in Russian).
5. Kopteva N. V. Ontologicheskaya uverennost' — neuverennost': obshchepsikhologicheskii aspekt. Izvestiya Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta: Seriya 1: Problemy obrazovaniya, nauki i kul'tury. 2010; 1 (71): 118-126 (in Russian).
6. Kopteva N. V. Ontologicheskaya uverennost': konstrukt, diagnosticheskie metodiki, perspektivy issledovaniya. Izvestiya Tul'skogo gosudarstvennogo universiteta. Gumanitarnye nauki. 2014; 4-1: 193-202 (in Russian).
7. Al'meshkina A. A. Kontrol' za deistviem i reflektivnost' u patsientov s nevroticheskim urovnem dezorganizatsii lichnosti. Zhurnal psikhiiatrii i meditsinskoi psikhologii. 2020; 1 (49): 49-61 (in Russian).
8. Dubrovina I. V. (red.), Andreeva A. D., Vokhmyanina T. V., Voronova A. A., Gutkina N. I., Danilova E. E., Ekimova V. I., Zatselin V. V., Lubovskii D. V., Nikolaeva A. B., Pakhal'yan V. E., Prikhozhan A. M., Tolstykh N. N. Psikhicheskoe zdorov'e detei i podrostkov v kontekste psikhologicheskoi sluzhby. Ekaterinburg: Delovaya kniga; 2000. 176 (in Russian).
9. Abramov V. A. Predstavlenie o funktsional'nosti (funktsional'nykh vozmozhnostyakh) lichnosti kak sub'ekta samovospriyatiya. Zhurnal psikhiiatrii i meditsinskoi psikhologii. 2019; 2 (46): 7-14 (in Russian).
10. Averina A. Zh., Aleksandrova L. A., Vasil'ev I. A., Gordееva T. O., Gusev A. I., Dergacheva O. E., Ivanchenko G. V., Kaliteevskaya E. R., Kurganskaya M. V., Lebedeva A. A., Leont'ev (red.) D. A., Mandrikova E. Yu., Mitina O. V., Osin E. N., Plotnikova A. V., Rasskazova E. I., Fam A. Kh., Shapkin S. A. Lichnostnyi potentsial: struktura i diagnostika. Moscow: Smysl; 2011. 675 (in Russian).
11. Kernberg O. F. Tyazhelye lichnostnye rasstroistva: Strategii psikhoterapii. Moscow: Nezavisimaya firma «Klass»; 2014. 464 (in Russian).
12. Kernberg O. F. Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies. New Haven, Connecticut: Yale University Press; 1993. 396.
13. McWilliams N. Psychoanalytic Diagnosis, Second Edition: Understanding Personality Structure in the Clinical Process. New York City, NY: The Guilford Press; 2020. 426.
14. Kopteva N. V. Ontologicheskaya uverennost': ponyatie i operatsionalizatsiya: dis. ... dokt. psikh. nauk. Perm'; 2012. 350 (in Russian).

УДК 316.647.5:355.511.41(477.62)

О. А. Лубенская

ВЫРАЖЕННОСТЬ ТОЛЕРАНТНОСТИ К НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ У КОМБАТАНТОВ СВО В ДНР

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Донецк, ДНР, РФ

Ключевые слова: СВО, боевые действия, комбатанты, толерантность к неопределенности, нервно-психическое напряжение, эмоциональное выгорание, невротические расстройства.

Keywords: SVO, combat operations, combatants, tolerance to uncertainty, neuropsychic stress, emotional burnout, neurotic disorders.

Актуальность. Профессиональная деятельность в экстремальных условиях требует определенных личностных качеств у работников в данной области. В частности, это относится к способности контролировать своё эмоциональное состояние в условиях повышенного стресса и неопределенности. Лица, участвующие в боевых действиях, подвержены чрезмерной физической и психо-эмоциональной нагрузке, они вынуждены работать в ограниченных бытовых условиях, выполнять тяжелый труд, переносить соматические болезни без возможности полноценного лечения, у них отсутствует возможность полноценного отдыха, что приводит к истощению психических и физических ресурсов и снижению адаптационного потенциала. Среди военнослужащих офицерского состава Вооруженных Сил Российской Федерации (ВС РФ), согласно эпидемиологическим данным, наиболее распространенными психическими расстройствами являются невротические расстройства, связанные со стрессом. Соматоформные расстройства занимают 41,5% случаев, химические формы аддикции — 30,6% [1]. Данные проблемы нередко приводят к увольнению сотрудников из Вооруженных Сил РФ. Следует отметить, что невротические расстройства становятся всё более распространенными среди комбатантов, особенно несущих службу в местах военных конфликтов. Следовательно, создание мероприятий, направленных на профилактику и своевременное выявление невротических расстройств, связанных со стрессом, является важной задачей сферы здравоохранения.

Эффективность и надежность деятельности военнослужащих обеспечивается различными способами реагирования в экстремальных условиях [2]. Способность к принятию решений является одним из ключевых аспектов их профессиональной деятельности, однако возможность ошибки возрастает из-за трудности сохранения оптимального функционального состояния в стрессовых ситуациях [3]. Толерантности к неопределенности и готовность принять связанные с ней риски являются важным условием профессионального функционирования данных специалистов [4]. Многие эмпирические исследования показали, что офицеры ВС РФ, в сравнении с другими специалистами опасных профессий, обладают способностью быстро и гибко действовать в боевых условиях, отступая от привычных методов решения задач, особенно в условиях неопределенности, связанных с дефицитом информации о ходе и результате действий [5, 6].

Феномен «эмоционального выгорания» является одним из проявлений социально-психологической дезадаптации. В некоторых исследованиях, например, низкая толерантность к неопределенности связана с выраженностью этого явления у медицинских работников [7, 8, 9]. Однако существует дефицит эмпирических исследований взаимосвязи уровня толерантности к неопределенности и психической адаптации, эмоционального выгорания, а также другими психофизиологическими параметрами у военнослужащих.

Конструкты толерантности (ТН) и интолерантности (ИТН) к неопределенности впервые были представлены Э. Френкель-Брунстик в 1948-1949 гг. По её определению, ИТН — это тенденция человека принимать решения по типу «черное-белое», принимать поспешные решения, не учитывая реальное положение дел, стремиться к очевидному и безусловному принятию или отторжению в отношениях с другими людьми [10].

В своей статье Д. А. Леонтьев предлагает следующее определение: «Толерантность к неопределенности — нейтральное или позитивное отношение субъекта к неопределенным ситу-

ациям — незнакомым, сложным, изменчивым, неоднозначным» [11]. М. Е. Ковалева с соавторами определяют ТН как «многомерный конструкт генерализованного личностного свойства, заключающегося в стремлении к изменениям, новизне, оригинальности, в предпочтении более сложных задач, в способности действовать самостоятельно и выходить за рамки ограничений» [12].

Некоторые исследования связывают толерантность к неопределенности и психологическое благополучие индивида и его удовлетворенность работой: низкая ТН связана с повышенным стрессом, стремлением избегать риска и чувствительностью к негативной обратной связи от сотрудников (Furnham, Ribchester, 1995) [13].

Феномен «толерантность к неопределенности» чаще всего расценивается как черта личности, однако в данной работе мы будем рассматривать его в качестве динамической ситуационно-специфической установки. В работах Hallman (1967), MacDonald (1970), Norton и Sidanius (1975) и других ученых отмечается, что толерантность к неопределенности является базовой чертой личности [14]. В статье «The role of ambiguity tolerance in consumer perception of remanufactured products» В. Т. Hazen, R. E. Overstreet [et al.] // International Journal of Production Economics, 2012 Vol. 135 (2) Herman и соавторов (2010) предлагается рассматривать толерантность к неопределенности как индивидуальную тенденцию, зависящую от контекста. Работа Litman (2010) описывает толерантность к неопределенности как установку [14]. Исследование зарубежных авторов позволяет сделать вывод, что толерантность к неопределенности рассматривается как стабильная черта личности, изменяющаяся только под воздействием нового опыта или целенаправленной активности самого человека [14].

Актуальность данной работы состоит в изучении конструкта «толерантность к неопределенности» в связи с другими психологическими характеристиками, а также непосредственно процесса толерирования военнослужащих ДНР в условиях боевого стресса.

Цель работы. Изучение выраженности толерантности к неопределенности у комбатантов Специальной военной операции в Донецкой Народной Республике.

Материалы и методы. Было обследовано 50 военнослужащих мужского пола, являющихся пациентами соматических стационаров на базе Дорожной клинической больницы станции Донецк. Средний возраст испытуемых составил 34 года. В зависимости от уровня толерантности к неопределенности были сформированы 2 группы исследования: I группу (средний уровень ТН, ср. знач. $51,3 \pm 5,92$ балла) составили 37 чел., II группа (высокий уровень ТН, ср. знач. $64,3 \pm 6,56$ балла) включает 13 чел. Среди опрошенных не было выявлено пациентов с низким уровнем ТН.

В исследовании использовались психодиагностический метод и метод математической обработки результатов.

Для определения уровня толерантности к неопределенности была использована методика «Новый опросник толерантности к неопределенности» (Т. В. Корнилова, 2009). Автор приводит следующую характеристику показателя толерантности к неопределенности (ТН) по критериям: действия в условиях неопределенности — поиск способов решения задачи несмотря на неопределенность в условиях изменчивой ситуации; восприятие будущего — возможность роста, развития, приобретения нового опыта, ощущение энтузиазма; восприятие жизни в целом — многомерный взгляд на объект или процесс, способность учитывать влияние различных факторов на проблему; восприятие шаблонов и образцов — невозможность действовать в заданных рамках, стремление к творчеству и импровизации; восприятие принимаемых решений — взгляд на решение как лишь на один из способов действие, способность в случае неудачи изменить стратегию поведения; отношения с окружающими — признание самостоятельности и независимости других людей, принятие субъективно негативных черт, способность соблюдать границы в отношениях [15].

Для выявления симптомов тревоги и депрессии и оценки их выраженности применялась «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS, Zigmond A. S., Snaith R. P., 1983). Для выявления и определения степени нервно-психического напряжения применялся «Опросник нервно-психического напряжения» (Т. А. Немчин, 1981 г.). Социально-демографические характеристики изучались при помощи специально разработанного для целей исследования унифицированного анкетного комплекса. Математическая обработка проводилась при помощи пакета статистического анализа «MedStat». Для сравнения двух независимых выборок использовали непараметрический критерий Манна-Уитни ($p \leq 0,05$).

Результаты и обсуждение. В I группе респондентов 15 человек (40 %) имело опыт участия в боевых действиях с 2014 г., 22 человека (60 %) начали военную службу в феврале 2022 г. Во II группе имели боевой опыт с 2014 г. 4 человека (31 %) и начали военную службу в 2022 г. 9 человек (69 %). Соответственно, у лиц, имеющих опыт участия в боевых действиях, уровень толерантности к неопределенности ниже, что можно объяснить вероятным эмоциональным выгоранием под влиянием длительного несения воинской службы в тяжелых физических, бытовых и психоэмоциональных условиях.

В I группе опрошенных у 11 человек (29,7 %) отмечались выраженные симптомы тревоги и депрессии (ср. знач. $14 \pm 3,6$ баллов), у 1 человека (2,7 %) симптомы тревоги и депрессии носили субклинический характер (ср. знач. 9 баллов), у 25 человек (67,6 %) отсутствовали симптомы тревоги и депрессии (ср. знач. $5,4 \pm 2,6$ балла). Во II группе выраженные симптомы (ср. знач. $13 \pm 2,4$ баллов) наблюдались у 5 человек (38 %), субклинические проявления (ср. знач. $8,5 \pm 0,75$ баллов), — у 4 человек (31 %), у 4 человек симптомы тревоги и депрессии отсутствовали (ср. знач. $4,25 \pm 1,75$ баллов). Выраженность тревоги и депрессии во II группе опрошенных ($8,75 \pm 3,37$) статистически достоверно выше, чем в I группе ($6,16 \pm 4,77$) ($U_{кр} > U_{эмп}$).

В I группе опрошенных у 19 человек (52 %) отмечалась 1 степень нервно-психического напряжения (ср. знач. $39,2 \pm 5,2$ баллов), у 9 человек (24 %) отмечалась 2 степень нервно-психического напряжения (ср. знач. $59,3 \pm 7,25$ баллов), у 9 человек (24 %) отмечалась 3 степень нервно-психического напряжения (ср. знач. $79,6 \pm 5,03$ балла). Во II группе у 6 человек (46 %) отмечалась 1 степень нервно-психического напряжения (ср. знач. $41,5 \pm 1,8$ баллов), 2 степень (ср. знач. $62,4 \pm 4,3$ баллов), отмечалась у 5 человек (38 %), 3 степень (ср. знач. $78,5 \pm 1,5$ баллов), — у 2 человек (16 %). Достоверных различий между I (ср. знач. $55,2 \pm 12,8$ баллов) и II (ср. знач. $54,3 \pm 15,8$ баллов) группами опрошенных не выявлено ($U_{кр} < U_{эмп}$).

Полученные данные, в первую очередь, свидетельствуют о том, что большинство респондентов (74 %) имеют средний уровень толерантности к неопределенности. Данный показатель характеризуется умеренным стремлением к изменениям, слабо выраженной готовностью принимать новые обстоятельства, воспринимать изменчивость обстановки и приспосабливаться к нестабильным условиям, невыраженным стремлением к самостоятельности.

Можно отметить корреляцию выраженности симптомов тревоги и депрессии от уровня ТН положительной прямой связью: с повышением уровня ТН возрастает интенсивность тревожно-депрессивной симптоматики, что может быть следствием принятых комбатантами решений и тяжестью изменяющейся ситуации. Это может быть следствием постоянной мобилизации резервов психики в условиях профессионального стресса, который субъективно воспринимается респондентами второй группы как более выраженный, что, в свою очередь, повышает риск возникновения расстройств невротического спектра.

Полученные результаты свидетельствуют о целесообразности профилактического и периодического психологического сопровождения лиц, участвующих в боевых действиях в целях профилактики эмоционального выгорания и формирования невротических расстройств.

Литература

1. Шамрей В. К., Евдокимов В. И., Григорьев С. Г., Лобачев А. В., Сивашенко П. П. Показатели психических расстройств у военнослужащих Вооруженных сил Российской Федерации (2003—2016 гг.): монография: военно-медицинская академия имени С. М. Кирова, Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины имени А. М. Никифорова МЧС России. СПб.: Политехника-сервис; 2017. 129.
2. Булыгина В. Г., Шпорт С. В., Дубинский А. А., Проничева М. М. Влияние экстремальных факторов служебной деятельности на психическое здоровье специалистов опасных профессий (обзор зарубежных исследований). Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2017; 3: 93-100.
3. Oden K. B., Lohani M., McCoy M., Crutchfield J., Rivers S. Embedding emotional intelligence into military training co texts. Manufacturing. 2015; 3: 4052-4059.
4. Ulmer Jr. W. F. Military leadership into the 21st century: another «bridge too far?». Parameters. 2010; 40 (4): 135-156.
5. Кабанова Т. Н., Шмакова Е. М., Саутова Л. Н. Психологические особенности принятия решений у сотрудников силовых структур. Прикладная юридическая психология. 2017; 3: 25-35.
6. McClary R. An investigation into the relationship between tolerance of ambiguity and creativity among military officers. Kansas State University. 2009. URL: <https://krex.kstate.edu/dspace/handle/2097/2210>.

7. Cooke G. P., Doust J. A., Steele M. C. A survey of resilience, burnout, and tolerance of uncertainty in Australian general practice registrars. *BMC Med. Educ.* 2013; 13: 2.
8. Kimo Takayesu J., Ramoska E.A., Clark T.R. et al. Factors associated with burnout during emergency medicine residency. *Acad. Emerg. Med.* 2014; 21: 1031-1035.
9. Kuhn G., Goldberg R., Compton S. Tolerance for uncertainty, burnout, and satisfaction with the career of emergency medicine. *Ann. Emerg. Med.* 2009; 54: 106-113.
10. Frenkel-Brunswik E. Intolerance of ambiguity as an emotional perceptual personality variable. *Journal of Personality.* 1949; 18: 268.
11. Иванова Т. Ю., Леотьев Д. А., Осин Е. Н., Рассказова Е. И., Кошелева Н. В. Современные проблемы изучения личностных ресурсов в профессиональной деятельности. *Организационная психология.* 2018; 1: 85-121. URL: <http://orgpsyjournal.hse.ru>.
12. Ковалева М. Е., Булыгина В. Г. Влияние толерантности к неопределенности на психическую адаптацию военнослужащих. *Экспериментальная психология.* 2019; 12 (2): 147.
13. Furnham A., Ribchester T. Tolerance of ambiguity: A review of the concept, its measurement and applications. *Current Psychology.* 1995 ;14: 3.
14. Леонов И. Н. Толерантность к неопределенности как психологический феномен: история становления конструкта. *Вестник Удмуртского университета. Сер. Философия. Психология. Педагогика.* 2014; 4: 46-47.
15. Корнилова Т. В. Новый опросник толерантности-интолерантности к неопределенности. *Психологический журнал.* 2010; 31 (1): 74-86.

References

1. Shamrei V. K., Evdokimov V. I., Grigor'ev S. G., Lobachev A. V., Sivashchenko P.P. *Pokazateli psikhicheskikh rasstroystv u voennosluzhashchikh Vooruzhennykh sil Rossiiskoi Federatsii (2003-2016 gg.): monografiya: voenno-meditsinskaya akademiya imeni S.M. Kirova, Vserossiiskii tsentr ekstrennoi i radiatsionnoi meditsiny imeni A. M. Nikiforova MChS Rossii.* SPb.: Politehnika-servis; 2017. 129 (in Russian).
2. Bulygina V. G., Shport S. V., Dubinskii A. A., Pronicheva M. M. *Vliyanie ekstremal'nykh faktorov sluzhebnoi deyatel'nosti na psikhicheskoe zdorov'e spetsialistov opasnykh professii (obzor zarubezhnykh issledovaniy). Mediko-biologicheskie i sotsial'no-psikhologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychaynykh situatsiyakh.* 2017; 3: 93-100 (in Russian).
3. Oden K. B., Lohani M., McCoy M., Crutchfield J., Rivers S. Embedding emotional intelligence into military training co texts. *Manufacturing.* 2015; 3: 4052-4059.
4. Ulmer Jr. W. F. Military leadership into the 21st century: another «bridge too far?». *Parameters.* 2010; 40 (4): 135-156.
5. Kabanova T. N., Shmakova E. M., Sautova L. N. *Psikhologicheskie osobennosti prinyatiya reshenii u sotrudnikov silovykh struktur. Prikladnaya yuridicheskaya psikhologiya.* 2017; 3: 25-35 (in Russian).
6. McClary R. An investigation into the relationship between tolerance of ambiguity and creativity among military officers. *Kansas State University.* 2009. URL: <https://krex.kstate.edu/dspace/handle/2097/2210>
7. Cooke G. P., Doust J. A., Steele M. C. A survey of resilience, burnout, and tolerance of uncertainty in Australian general practice registrars. *BMC Med. Educ.* 2013; 13: 2.
8. Kimo Takayesu J., Ramoska E. A., Clark T.R. et al. Factors associated with burnout during emergency medicine residency. *Acad. Emerg. Med.* 2014; 21: 1031-1035.
9. Kuhn G., Goldberg R., Compton S. Tolerance for uncertainty, burnout, and satisfaction with the career of emergency medicine. *Ann. Emerg. Med.* 2009; 54: 106-113.
10. Frenkel-Brunswik E. Intolerance of ambiguity as an emotional perceptual personality variable. *Journal of Personality.* 1949; 18: 268.
11. Ivanova T. Yu., Leot'ev D. A., Osin E. N., Rasskazova E. I., Kosheleva N. V. *Sovremennye problemy izucheniya lichnostnykh resursov v professional'noi deyatel'nosti. Organizatsionnaya psikhologiya.* 2018; 1: 85-121. URL: <http://orgpsyjournal.hse.ru> (in Russian).
12. Kovaleva M. E., Bulygina V. G. *Vliyanie tolerantnosti k neopredelennosti na psikhicheskuyu adaptatsiyu voennosluzhashchikh. Eksperimental'naya psikhologiya.* 2019; 12 (2): 147 (in Russian).
13. Furnham A., Ribchester T. Tolerance of ambiguity: A review of the concept, its measurement and applications. *Current Psychology.* 1995 ;14: 3.
14. Leonov I. N. *Tolerantnost' k neopredelennosti kak psikhologicheskii fenomen: istoriya stanovleniya konstrukta. Vestnik Udmurtskogo universiteta. Ser. Filosofiya. Psikhologiya. Pedagogika.* 2014; 4: 46-47 (in Russian).
15. Kornilova T. V. *Novyi oprosnik tolerantnosti-intolerantnosti k neopredelennosti. Psikhologicheskii zhurnal.* 2010; 31 (1): 74-86 (in Russian).

УДК 616.895.8

А. В. Лескова, А. В. Киселева, В. В. Скворцов

К ВОПРОСУ О СОВРЕМЕННОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ ШИЗОФРЕНИИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Ключевые слова: шизофрения, фармакотерапия, нейролептик второго поколения, антипсихотик.
Keywords: schizophrenia, pharmacotherapy, second-generation neuroleptic, antipsychotics.

Шизофрения представляет собой комплексное полиэтиологическое прогрессирующее заболевание, включающее негативную, позитивную симптоматику и когнитивные нарушения. В настоящее время в качестве медикаментозного лечения шизофрении применяют нейролептики [9]. Собственно антипсихотический эффект нейролептиков заключается в блокаде D₂-дофаминовых рецепторов и изменением дофаминергической нейротрансмиссии, что может вызвать экстрапирамидные расстройства и гиперпролактинемия [10].

Нейролептики принято делить на типичные и атипичные. Типичные нейролептики купируют или снижают позитивную симптоматику, но минимально влияют на негативные и когнитивные симптомы, которые играют ключевую роль в инвалидизации больных. Рядом преимуществ обладают антипсихотические препараты 2-й генерации. АП 2-й генерации эффективны в терапии негативных симптомов и когнитивного дефицита, практически не вызывают позднюю дискинезию, и некоторые не изменяют уровень пролактина в сыворотке крови [9].

Наиболее важно при выборе нейролептика — подобрать оптимальное соотношение антипсихотического действия с первичным седативным. По данному признаку можно выделить группу седативных антипсихотиков (левомепромазин, хлорпромазин, промазин, хлорпротиксен, алимемазин, перициазин и др.) и препараты с преобладанием антипсихотического действия (галоперидол, зуклопентиксол, пипотиазин, тиопроперазин, трифлуоперазин, флуфеназин).

Разнообразие клинических проявлений шизофрении обусловлено вовлечением в патогенез множества нейрональных путей с различными нейромедиаторными и нейрорецепторными механизмами. Так как этиологическая терапия для шизофрении не разработана, купирование различной симптоматики более эффективно при применении препаратов с широким мультирецепторным механизмом действия или комбинации нескольких препаратов [10].

В отечественном проекте клинических рекомендаций обозначены следующие цели терапии на разных этапах:

- 1) купирующая терапия — редукция тяжести психоза, коррекция поведения и сопутствующих симптомов (возбуждения, агрессии, суицидальных тенденций, аффективных нарушений);
- 2) стабилизация — достижение ремиссии с полной или значительной редукцией продуктивной симптоматики, уменьшение негативной симптоматики и когнитивных нарушений, восстановление, по возможности, прежнего уровня социальной адаптации, создание оптимального лекарственного режима;
- 3) противорецидивная терапия — поддержание стабильной ремиссии, предотвращение новых приступов [8].

Согласно проекту Федеральных клинических рекомендаций РФ, курс лечения обострения шизофрении необходимо начинать с монотерапии АПП или АВП (в т. ч. парентерального введения) в течение 4–6 недель. При возникновении ЭПС показано назначение корректоров, а в случае их неэффективности переход на препараты из группы атипичных нейролептиков. Терапию необходимо продолжать до полного подавления или дезактуализации продуктивной симптоматики и контроля состояния, после чего пациент переходит в период продолженной и противорецидивной терапии. В случае неэффективности назначенного первичного курса терапии необходим контроль за соблюдением режима терапии, увеличение дозировки, смена нейролептика (переход на АВП, если сначала применялся АПП, и наоборот). В качестве антирезистентного антипсихотика при неэффективности применяемых схем назначается клозапин. При неэффективности клозапина необходимо проведение дополнительных клинических и лабораторных обследований с оценкой состояния и возможных причин резистентности, применение других АП

или проведение специальных противорезистентных мероприятий (ЭСТ, плазмаферез). Также имеются указания по выбору АП в зависимости от преобладающей психопатологической симптоматики и соматического состояния. Отмечено, что и АПП, и АВП могут быть терапией выбора рецидива шизофрении, но при лечении АВП зарегистрирован меньший риск побочных эффектов. Препаратами первой линии практически для любой клинической картины считаются антипсихотики второго поколения (АВП) [8].

Проанализировав зарубежные и отечественные литературные источники, мы выделили несколько современных перспективных нейролептиков.

Луразидон — атипичный нейролептик 2-го поколения, селективный антагонист дофаминовых и моноаминовых рецепторов, обладающий высоким сродством к D_2 -дофаминовым и 5-НТ_{2A}- и 5-НТ₇-серотониновым рецепторам. Луразидон не связывается с гистаминовыми и мускариновыми рецепторами. Исследования показали, что при приеме препарата в дозе 120 мг была достигнута максимальная эффективность, обеспечивая улучшение как психотических симптомов, так и проявлений депрессии. Препарат хорошо переносился пациентами [1].

Карипразин — атипичный нейролептик 2-го поколения, обладающий частичным агонизмом к D_2 и D_3 -рецепторам с преимущественным воздействием на D_3 и частичным агонизмом к 5-НТ_{1A}-рецепторам, что отличает его от других антипсихотиков. Установлено, что препарат назначенный в стандартных дозах (1,5-6,0 мг/сут) в течение 28 недель оказывает положительную динамику как на негативные симптомы, так и на общепсихопатологическую, аффективную и агрессивную симптоматику. Из побочных эффектов встречались экстрапирамидная симптоматика (ЭПС) и акатизия, причем их выраженность была меньше или не превышала уровня данных побочных эффектов у других антипсихотиков второго поколения [6].

Брексипипразол — новый атипичный антипсихотик, являющийся парциальным агонистом D_2 -рецепторов и антагонистом 5НТ_{2A}-рецепторов. Также брекспипразол имеет сродство к дофаминовым D_3 -рецепторам, норадренергическим $\alpha 1A$, гистаминовым Н1- и мускариновым М1- рецепторам. По механизму действия брекспипразол схож с арипипразолом, однако последний не обладает выраженным сродством к норадренергическим $\alpha 1A$, гистаминовым Н1- и мускариновым М1- рецепторам, что объясняет меньший спектр побочных эффектов брекспипразола. Авторы указывают, что препарат успешно купирует обострение психопатологической симптоматики различной степени тяжести в отношении всех групп симптомов: позитивной и негативной симптоматики, расстройств мышления, депрессии уже с 1-2 недели применения [4].

Азенапин — первый тетрациклический атипичный антипсихотик. Действие препарата заключается в комбинированном антагонистическом воздействии на дофаминовые D_2 и серотониновые 5-НТ_{2A}-рецепторы. Обладает широким спектром терапевтических эффектов. Эффективен в отношении позитивной, негативной симптоматики, депрессивных расстройств при шизофрении. Оказывает минимальное действие на вес и метаболизм. Согласно исследованию авторов азенапин хорошо переносится пациентами и положительно влияет на идеаторные нарушения и расстройства восприятия [11].

Двенадцатинедельное лечение палиперидоном и оланзапином пациентов с резистентной к стандартизированной терапии шизофренией показало, что оба препарата эффективно устраняли психотическую симптоматику, но не улучшили когнитивную функцию. Препараты хорошо переносились пациентами, однако привели к существенному увеличению веса и окружности талии, причем оланзапин оказывал большее влияние на окружность талии, чем палиперидон [7].

Подтверждено, что прием антипсихотиков длительного действия оказывает более положительную динамику по сравнению с пероральными формами препаратов по следующим показателям: редукция психотических симптомов, снижение количества и продолжительности госпитализаций, удлинение ремиссии [2, 6]. Наилучшие результаты по описанным выше параметрам с минимальным количеством побочных эффектов были достигнуты при длительном приеме рисперидона [2]. Зуклопентиксола деканоат оказал большее влияние на предотвращение рецидивов в сравнении с другими препаратами, однако имел больше побочных эффектов. Прием палиперидон пальмитата в форме инъекций 1 раз в месяц снизил психотических симптомов, профилактике рецидивов уже на 5-ой неделе приема, были выявлены следующие побочные эффекты: бессонница, инфекции верхних дыхательных путей, беспокойство, акатизия. Деканоат флуфеназина и оланзапин длительного действия показали сходную с пероральной формой препаратов эффективность и безопасность применения [2].

В последнее время активно обсуждается внедрение генетического тестирования по основным полиморфным локусам, связанными с нежелательными побочными реакциями и эффективностью антипсихотической терапии. В первую очередь рекомендуют включать тестирование по фармакогену CYP2D6 для определения метаболического статуса пациента (низкий, промежуточный, нормальный, сверхбыстрый), что позволит снизить риск побочных эффектов антипсихотиков и антидепрессантов, добиться максимального купирования симптоматики и длительной ремиссии [5].

Литература

1. Reznik Alexander M., Syunyakov Timur S., Akhmerova Inessa Yu., Butylin Daniil Yu., Vasilenko Anastasia O., Gvozdetskiy Anton N., Gizatullin Tagir R., Gilmanshina Galina V., Golosov Egor A., Kolchev Sergey A., Linova Lidiya P., Miron Daniil V., Mudrak Aleksandr V., Oleichik Igor V., Sizov Stepan V., Tarakanova Elena A., Chesnokova Olga I. Clinical effectiveness of lurasidone monotherapy in patients with acute episodes of schizophrenia and associated symptoms of depression // Consortium Psychiatricum. 2022. № 3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/clinical-effectiveness-of-lurasidone-monotherapy-in-patients-with-acute-episodes-of-schizophrenia-and-associated-symptoms-of>.
2. Бибеева Ж. Б., Стрельцов Е. А., Макаруч А. С. Применение антипсихотиков длительного действия при шизофрении // Медицинский вестник Юга России. 2020. № 1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/primenenie-antipsihotikov-dlitelnogo-deystviya-pri-shizofrenii>.
3. Ешимбетова С. З., Камалбекова Ж. А., Прокопова Е. Ю. Современный подход в терапии больных с негативной шизофренией // Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины. 2021. № 2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennyy-podhod-v-terapii-bolnyh-s-negativnoy-shizofreniey>.
4. Шмуклер А. Б. Персонализированный подход к оказанию помощи пациентам с шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2022. № 2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/personalizirovannyi-podhod-k-okazaniyu-pomoschi-patsientam-s-shizofreniey>.
5. Голоенко И. М., Обьедков В. Г., Голубева Т. С., Докукина Т. В., Ходжаев А. В. Актуальность фармакогенетического тестирования при антипсихотической терапии шизофрении // Молекулярная и прикладная генетика. 2023. № 3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/aktualnost-farmakogeneticheskogo-testirovaniya-pri-antipsihoticheskoy-terapii-shizofrenii>.
6. Шмуклер А. Б. Карипразин (реагила) — новый атипичный антипсихотик с уникальным спектром психотропной активности // Социальная и клиническая психиатрия. 2020. № 1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kariprazin-reagila-novyy-atipichnyy-antipsihotik-s-unikalnym-spektrom-psihotropnoy-aktivnosti>.
7. Wang D, Wei N, Hu F, Li J, Wang Y, Qian Z, Yang M, Yao M, Xia Y, Yu H, Tu W, Ye M, Qian C, Hu J, Chen J, Hu C, Huang M, Xu Y, Hu S. Paliperidone Extended Release Versus Olanzapine in Treatment-Resistant Schizophrenia: A Randomized, Double-Blind, Multicenter Study. *J Clin Psychopharmacol.* 2022 Jul-Aug 01;42(4):383-390. doi: 10.1097/JCP.0000000000001573. Epub 2022 Jun 11. PMID: 35695720.
8. Костюк Г. П., Резник А. М., Ханнанова А. М. Сравнительный анализ разделов фармакотерапии национальных клинических руководств по диагностике и лечению шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. 2015. № 1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sravnitelnyy-analiz-razdelov-farmakoterapii-natsionalnyh-klinicheskikh-rukovodstv-po-diagnostike-i-lecheniyu-shizofrenii>.
9. Вербенко В. А., Аристов М. А. Фармакологическая терапия шизофрении (современный взгляд) // Таврический журнал психиатрии. 2015. № 1 (70). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/farmakologicheskaya-terapiya-shizofrenii-sovremennyy-vzglyad>.
10. Психиатрия: национальное руководство / гл. ред.: Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. — 1008 с. — ISBN 978-5-9704-7334-4. — Электронная версия доступна на сайте ЭБС «Консультант студента»: [сайт]. URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970473344.html>.
11. Пардаев К. О. Лечение шизофрении: клинический опыт применения азенапина // Scientific progress. 2021. № 3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/lechenie-shizofrenii-klinicheskiy-opyt-primeneniya-azenapina-1>.

УДК 616.12-616.839

В. В. Скворцов, Е. А. Лях, М. К. Курбаналиев, В. Р. Файзиева, А. С. Тайкинова

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У РАНЕЕ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ, НЕДАВНО ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Ключевые слова: COVID-19, головной мозг, центральная нервная система, SARS-CoV-2, психологический статус.

Keywords: COVID-19, brain, central nervous system, SARS-CoV-2, psychological status.

Введение. Коронавирусное заболевание 2019 (COVID-19) — это высоко контагиозное инфекционное заболевание, вызываемое коронавирусом тяжелого острого респираторного синдрома 2 (SARS-CoV-2), одноцепочечным вирусом с одноцепочечной оболочкой РНК с положительным смыслом из семейства бета-коронавирусов. В среднем у 20 % людей, перенёсших COVID-19, наблюдается постковидный синдром, причем развитие этого синдрома не всегда зависит от степени тяжести течения болезни. Часть из них имеют широкий спектр хронических симптомов, часто неврологического, когнитивного или психиатрического характера.

Патогенез. Имеются несколько актуальных гипотез, объясняющих главные звенья патогенеза постковидного синдрома:

1. Вирус вызывает аутоиммунные процессы, ведущие к хронизации воспаления.
2. Прямое повреждение различных органов органов.
3. Эмболия сосудов, ведущая к ишемии и очаговым некрозам органов.
4. Тропный к нервной ткани вирус повреждает нейроны, что ведет к различным проблемам со сном, тревожным расстройствам, астении, депрессии.

SARS-CoV-1, и SARS-CoV-2 используют ангиотензинпревращающий фермент 2 (ACE2) в сочетании с трансмембранной протеазой, серином 2 (TMPRSS2) в качестве ключевого молекулярного комплекса для проникновения и заражения клеток-хозяев. ACE2 экспрессируется главным образом в эндотелии сосудов, гладкомышечных клетках, паренхиме легких.

Попадая в нервную систему через рецепторы обонятельного анализатора в верхней носовой раковине, вирус напрямую повреждает такие структуры головного мозга, как гипоталамус, лимбическая система, дыхательный центр, мозжечок, ядра, лежащие в ретикулярной формации ствола, моста и среднего мозга, которые отвечают за эмоциональную сферу. Данные нарушения приводят к тревожным расстройствам, подобию панических атак, нарушению сна.

Патогенез развития депрессивных состояний содержится в наличии дисфункции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы и акцентирует внимание на анатомических и структурных изменениях в гиппокампе и других отделах мозга. Было выявлено, что вероятность развития у человека депрессивного расстройства увеличивается при изменениях экспрессии генов, кодирующих переносчик серотонина (5HTT/SLC6A4), рецептор серотонина 2A (HTR2A), нейротрофический фактор головного мозга (BDNF), триптофангидроксилазу (TPH2). При таком состоянии стресса из нейронов гипоталамических ядер секретруется стресс-зависимый кортикотропный гормон и активирует гипоталамо-гипофизаро-адреналовую ось за счет связывания рецепторов передней части гипофиза, что стимулирует выделение адренотропного гормона (АКТГ). Накопление последнего в крови приводит к подъему концентрации кортизола, который связывается с глюкокортикоидными рецепторами, экспрессирующимися в различных органах, в том числе и в мозге [7].

Гиперактивация эффекторных глюкокортикоидов оси и глюкокортикоидных рецепторов ведет к экспрессии генов, связанных со стрессом, и вызывает различные варианты девиантного поведения [4]. Помимо нарушения экспрессии стресс-зависимых генов, это увеличивает чувствительность к экзогенному стрессу. Экзогенный стресс может изменять экспрессию генов CRHR, BDNF, SERT, GR, FKBP5 посредством различных механизмов, таких как метилирование ДНК, модификация хроматина, деацетилирование гистонов. Такие изменения приводят

к транскрипционным нарушениям экспрессии этих генов и к развитию зависимых от стресса расстройств

Нельзя отрицать влияние гормонов щитовидной железы на соматическое и психологическое состояние человека. Щитовидная железа и вся ось гипоталамус-гипофиз-щитовидная железа (НПТ) могут представлять собой ключевые мишени SARS-CoV-2. многочисленные эндокринные органы, такие как поджелудочная железа, яички, яичники, надпочечники, щитовидная железа и гипофиз, экспрессируют ACE2, что означает, что они представляют собой тканевые мишени SARS-CoV-2.

У пациентов, переболевших ковидом, также встречается гипотиреоз. На фоне гипотиреоза развивается несколько отличительных психопатологий. Отмечают заторможенность, апатичность, высокую эмоциональную лабильность. Пациенты жалуются на быструю утомляемость и на проблемы с памятью.

Цель исследования. Определение особенностей психоэмоционального состояния у лиц, недавно переболевших COVID-19.

Материалы и методы исследования. Нами было проведено обследование группы больных с постковидным синдромом. Все пациенты обследовались спустя 2 недели после получения отрицательной ПЦР на SARS-CoV-2 при наличии таких жалоб, как тахикардия, потливость, головные боли, бледность или гиперемия лица, головокружения, утомляемость и т. п.

Были использованы параметры, характеризующие состояние сердечно-сосудистой и нервной систем: стандартная пульсоксиметрия, перфузионный индекс (Pi), опросник психоэмоционального состояния САН (самочувствие — активность — настроение), личностная шкала проявлений тревоги Тейлора (адаптация Т.А. Немчинова), ЧСС и АД. Проводился сравнительный анализ указанных показателей у 9 пациентов мужского и 31 пациентов женского пола, их средний возраст составил 72 года (от 54 до 90 лет), которые перенесли COVID-19 средней степени тяжести.

Результаты и обсуждение. Опросник САН предназначен для функциональной оценки психоэмоциональных состояний пациента — самочувствие (С), активность (А) и настроение (Н). У пациентов с постковидным синдромом (ПКС) нами было выявлено, что самочувствие в среднем составляло 4,2 балла (у 43 % — < 4 баллов (13 пациентов)), активность — 3,6 (у 33 % — < 4 баллов (10 пациентов)) и настроение — 3,9 (у 46 % — < 4 баллов, (17 пациентов)) соответственно. Оценки, превышающие 4 балла, свидетельствуют о благоприятном состоянии испытуемого, ниже 4 — о неблагоприятном состоянии (норма составляет 5,0–5, 5 баллов).

Личностная шкала проявлений тревоги Тейлора (адаптация Т.А. Немчинова) необходима при определении индивидуального уровня тревожности пациента. Для этого рассматривается 60 утверждений, на которые обследуемые должны ответить «да» или «нет». У 35-ти обследованных пациентов в спокойном состоянии преобладал низкий уровень тревоги — 87,5 %, имелось до 5 баллов, согласно ответам пациентов. При повышенном АД (более чем 140/90 мм рт.ст.) у отдельных лиц (5 человек) наблюдалась тенденция к увеличению уровня тревожности, вплоть до 40 баллов, что, согласно интерпретации данных, свидетельствует о высоком уровне тревоги.

Также было выявлено, что из 40 пациентов, две недели назад перенесших среднетяжелый COVID-19, тридцать (75 %) предъявляли жалобы на повышенную физическую утомляемость, апатию, нарушение сна, что может говорить об астеническом синдроме соматогенного порядка.

Данные по пульсоксиметрии в спокойном состоянии показали относительно хорошие результаты. Только у 10 % (4 пациентов) уровень сатурации был < 95 %, у 4 % (1 пациент) уровень сатурации был ≤ 90 %, у остальных находился в пределах нормы (96–97 %).

Показатели состоятельности объемного периферического кровотока у пациентов определяли с помощью перфузионного индекса (Pi). У большинства пациентов с ПКС наблюдалось патологическое изменение Pi: у 65 % (26 пациентов) — низкое значение Pi, у 10 % (4 пациента) — высокое значение Pi, у 25 % (10 пациентов) — норма (Pi=4–7 %). Значения Pi, превышающие 7 %, расцениваются как избыточная перфузия, часто по причине затрудненного оттока крови, плохой эластичности стенок вен, сердечной недостаточности. Чем ниже величина Pi, тем меньше объемный периферический кровоток.

Выводы.

1. Низкие у большинства пациентов показатели перфузионного индекса (Pi) приводят к стойкому сужению просвета периферических артериол, с другой стороны, избыточная перфузия, у меньшей части пациентов, проявляется патологическим расширением кровеносных со-

судов, по причине затрудненного оттока венозной крови и их плохой эластичности, что влечет за собой нарушение кровоснабжения в сосудах центральной нервной системы и может служить одним из патогенетических механизмов нарушений психологического статуса.

2. Согласно данным опросника САН, было выявлено, что у всех пациентов снижение уровней самочувствия и настроения были выражены умеренно, а снижение уровня активности — в большей степени (выраженное снижение активности у всех пациентов).

3. Высокие показатели уровня тревожности по Тейлору в основном наблюдались у пациентов с хроническими заболеваниями, такими как гипертоническая болезнь (ГБ), то есть с сопутствующей патологией сердечно-сосудистой системы. У большинства пациентов уровень тревожности после перенесенного COVID-19 средней тяжести оказался невысоким.

Заключение. Расстройства тревожно-астенического спектра снижают качество жизни пациентов и их родственников и могут приводить к декомпенсации преморбидных неврологических состояний, например таких как латентно протекающая хроническая недостаточность кровоснабжения мозга (ХНКМ). Длительные и выраженные нарушения психологического статуса способствуют увеличению темпов дегенеративно-атрофического процесса в коре головного мозга за счет активации гипоталамо-гипофизарной-надпочечниковой системы. В ряде исследований было показано, что после стрессовых эпизодов (к каковым относится и перенесение инфекции COVID-19), отмечается уменьшение объема важных для познавательной деятельности зон головного мозга, в том числе гиппокампа и префронтальной коры, наблюдаются достоверные корреляции между длительностью депрессии и объемом гиппокампа [7, 8, 9]. Новая коронавирусная инфекция вызывает ухудшение в различных когнитивных сферах: наиболее часто страдают гибкость мышления, темп познавательной деятельности и непосредственное воспроизведение слов, в то время как трудности отсроченного воспроизведения и узнавания слов относительно редки [10].

Нейропостковидный синдром — довольно плохо изученный аспект пандемии COVID-19, клинические признаки которого во многом совпадают с симптомами нарушений психологического статуса, поэтому лучшее понимание патофизиологических механизмов постковидных проявлений, влияющих на психологический статус, и целенаправленная терапия могут помочь уменьшить проявления long-covid. Дальнейшие исследования неврологов, психотерапевтов и психиатров помогут разработать индивидуальные протоколы ведения пациентов.

Литература

1. Yiping L. Cerebral Micro Structural Changes in COVID-19 Patients — An MRI-based 3-month Follow-up Study / L. Yiping, L. Xuanxuan, G. Daoying et al. // *The Lancet*. — 2020. — P. 1-12.
2. Белопасов В. В., Яшу Я., Самойлова Е. М., Баклаушев В. П. Поражение нервной системы при COVID-19 // *Клиническая практика*. 2020. Т. 11, №. 2. С. 60-80.
3. Гуляев П. В., Реснянская С. В., Островская И. В. Выявление постковидного синдрома у пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию // *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2022. № 2. С. 14-18.
4. Naguib R. Potential relationships between COVID-19 and the thyroid gland: an update. *Journal of International Medical Research*. 2022;50(2). doi:10.1177/03000605221082898.
5. Li Y. C., Bai W. Z., Hashikawa T. The neuroinvasive potential of SARS-CoV-2 may play a role in the respiratory failure of COVID-19 patients // *Journal of medical virology*. 2020. DOI: 10.1002/jmv.25728.
6. Scappaticcio, L., Pitoia, F., Esposito, K. et al. Impact of COVID-19 on the thyroid gland: an update. *Rev Endocr Metab Disord* 22, 803—815 (2021). <https://doi.org/10.1007/s11154-020-09615-z>.
7. MacMaster F.P., Kusumakar V. Hippocampal volume in early onset depression // *BMC Med*. 2004. Vol. 2. P. 2-5.
8. Bremner J. D. Structural changes in the brain in depression and relationship to symptom recurrence // *CNS Spectr*. 2002. Vol. 7. № 2. P. 129-130, 135-139.
9. Sheline Y. I., Gado M. H., Kraemer H. C. Untreated depression and hippocampal volume loss // *Am. J. Psychiatry*. 2003 Vol. 160. № 8. P. 1516-1518.
10. Jaywant A., Vanderlind W. M., Alexopoulos G. S. et al. Frequency and profile of objective cognitive deficits in hospitalized patients recovering from COVID-19 // *Neuropsychopharmacology*. 2021. № 3. P. 1-6.

УДК 159.44

В. В. Скворцов, В. Б. Петруничева, Д. И. Родин

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Ключевые слова: синдром эмоционального выгорания, стресс, психика, утомление, травмирующее воздействие, профессиональное поведение.

Keywords: burnout syndrome, stress, psyche, fatigue, traumatic impact, professional behavior.

Понятие синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) впервые было введено в психологию в 1974 году американским психиатром Гербертом Фрейденбергером, который систематически описывал и анализировал психическое состояние своих коллег, а также свои собственные эмоции и ощущения, которые можно было бы охарактеризовать словом «выгорание» [10].

СЭВ может проявиться в любом возрасте, но, как правило, его расцвет приходится на 35–40 лет, то есть на период наибольшей трудоспособности человека. Вероятность развития синдрома во многом зависит от того, насколько выполняемая сотрудником работа соответствует его интересам и увлечениям, насколько человек коммуникабелен и есть ли у него методы разгрузки и снятия стресса после тяжёлых рабочих дней [8].

Этиология и патогенез. Говоря об этиологии синдрома эмоционального выгорания, следует выделить три основных причины его появления. Во-первых, это чрезмерное давление на человека со стороны общества, так называемый организационно-психологический фактор. Тяжёлый рабочий график, низкая оплата труда, несоответствие результатов затраченным силам, ограниченное время для реализации трудовых задач, недостаточная обратная связь со стороны руководства, недостаток автономии — всё это имеет своим следствием СЭВ. Во-вторых, это индивидуально-психологические особенности личности человека, которые выражаются в проявлении силы воли, темперамента и характера. Несоответствие действительности зачастую высоким ожиданиям от работы в итоге приводит к формированию феномена эмоционального истощения. В-третьих, это социально-психологический фактор — специфика самой сферы деятельности человека, предполагающая большое количество вынужденных поверхностных контактов как с коллегами по работе, так и с клиентами [7].

Э. Пайнсом и Аронсоном была предложена однофакторная модель эмоционального выгорания. В соответствии с этой моделью СЭВ рассматривается как состояние когнитивного физического и эмоционального истощения из-за длительного пребывания в стрессовых ситуациях. В данном случае истощение — главный фактор, а остальные являются его следствием.

Существует также двухфакторная модель, предложенная Д. Дирендоком и В. Шауфели, Х. Дж. Сиксма СЭВ представляет собой конструкцию, которая состоит из эмоционального истощения деперсонализации. Первый компонент — аффективный. Человек жалуется на ухудшение физического самочувствия и здоровья, как ментального, так и физического. Второй компонент — установочный. Он проявляется в том, что отношение человека изменяется как к себе, так и к людям, с которыми он состоит в рабочих отношениях и с которыми в силу своей деятельности вынужден вступать в поверхностные контакты.

Третья модель — трёхфакторная. Она была предложена К. Маслачом и С. Джексоном. Они понимали синдром эмоционального выгорания как трёхмерный конструкт, состоящий из эмоционального истощения, деперсонализации и редукции личных достижений. Основной компонент трёхфакторной модели — это эмоциональное истощение. Оно проявляется в равнодушии к своей деятельности и эмоциональном перенасыщении.

Также существует четырёхфакторная модель (Л. Мимз, К. Иваниски, Р. Шваб). Согласно ей, один из элементов синдрома эмоционального выгорания (редуцированные персональные достижения, эмоциональное истощение, деперсонализация) разделяется на два отдельных фактора. Например, деперсонализация, связана с работой и реципиентами соответственно и т. д. [5].

Что касается стадий развития синдрома эмоционального выгорания, С. Гринсбергом была предложена пятиступенчатая модель СЭВ:

I. *Предупреждающая стадия*. Она характеризуется тем, что специалист доволен своей работой, проявляет чрезмерную активность и чувствует себя незаменимым. Он может отказываться от любых социальных контактов помимо рабочих, а также от своих потребностей, зачастую не связанных с работой. Он игнорирует любые неудачи и разочарования. Когда частота рабочих стрессовых ситуаций нарастает, человек начинает относиться к своей сфере деятельности с меньшим энтузиазмом и энергичностью, она начинает приносить ему всё меньше удовольствия и больше негативных эмоций, появляется чувство усталости, проблемы со сном. Возникает, так называемый «дефицит топлива».

II. *Снижение уровня собственного участия*. При наличии достаточно высокой мотивации человек может продолжать свою работу, подпитываясь внутренними ресурсами. Однако состояние его физического и психического здоровья быстро ухудшается. По отношению к своим коллегам по работе, пациентам и т.д. возможно появление негуманного отношения, переход к доминированию и контролю над людьми, перекалывание ответственности за свои неудачи на других. Человек ощущает нежелание выполнять свою работу, чаще делает перерывы, учащаются опоздания, теряются концентрация и жизненные идеалы.

III. *Стадия хронических симптомов* — агрессии, конфликтности, депрессии, повышенного чувства вины, апатии и подавленности.

IV. *Стадия деструктивного поведения или кризиса*. Она развивается при отсутствии должного внимания к своему здоровью. С точки зрения эмоционально-социальной сферы появляются безразличие, избегание разговоров на тему работы, отказ от занятий, которые раньше приносили удовольствие. С точки зрения сферы интеллекта четвертая стадия характеризуется снижением концентрации и способности к решению сложных задач. В результате обострения хронических заболеваний человек полностью, либо частично утрачивает свою работоспособность.

V. *Стадия «пробивания стены»*. Эта стадия является заключительной. Обострения психологических и физических проблем могут привести к развитию затяжной депрессии и других состояний, которые могут угрожать жизни человека [1].

Симптомы СЭВ. Согласно общепринятой классификации симптомов выгорания, предложенной В. Шауфелли и Д. Энзманом их все можно объединить в 5 групп: аффективные, когнитивные, физические, поведенческие и мотивационные. Проявляются они на трёх основных уровнях. Первый — индивидуально-психологический, второй — межличностный, третий — организационный. Среди наиболее часто встречающихся симптомов можно выделить, например, симптом «загнанности в клетку», который характеризуется эмоционально-интеллектуальным тупиком. Человек ощущает себя в безысходном положении, у него больше нет сил работать и достигать желаемого, находить в своей деятельности новые смыслы и цели. Человек начинает всё чаще задумываться о том, что он недоволен своей деятельностью, вся его энергия растрачивается на постоянное нервно-эмоциональное напряжение.

Также существует симптом эмоционально-нравственной дезориентации. Данный симптом формируется в результате ухудшения деловых отношений со своими коллегами. Постепенно перегорая к своей профессии, человек начинает оправдывать своё отношение тем, что он не обязан волноваться за других людей, ведь «они не заслуживают доброго отношения к ним». Таким образом, он как-бы защищает и оправдывает себя.

Ещё один симптом — это симптом переживания психотравмирующих обстоятельств. При отсутствии гибкости в поведении и восприятии окружающей обстановки человек всё больше осознаёт величину психотравмирующих факторов его профессиональной деятельности, что в конечном итоге приводит к усилению раздражимости и негодованием и, как следствие, возникают иные проявления эмоционального выгорания [2].

Не менее важен симптом «неудовлетворённости собой». Сталкиваясь с проблемами, неудачами в своей профессиональной деятельности и неспособностью как-либо их решить, человек ощущает всё большее недовольство как собой, так и занимаемой им должностью или профессией в целом. Переживая из раза в раз психотравмирующие события, человек сам загоняет себя в замкнутый круг — «я и обстоятельства». Ситуацию усугубляют чрезмерное чувство ответственности и желание всё контролировать.

Кроме того, выделяют также симптом «неадекватного избирательного эмоционального реагирования». Иногда человеку необходимо грамотно подключать эмоции в процессе делового общения со своими коллегами, подчинёнными, клиентами и т.д. Это может быть спокойный тон

речи, мягкое выражение несогласия, отсутствие грубости, уверенность. Как правило, это свидетельствует о высоком интеллекте и профессионализме. В случае развития у человека СЭВ он перестаёт видеть принципиально важную разницу между профессиональными эмоциями и неадекватным избирательным эмоциональным реагированием: перестаёт быть вежливым, внимательным, зачастую поступает и ведёт себя с окружающими его людьми недопустимым образом, вымещая свой стресс и нервное напряжение на них [6].

Лечение СЭВ. Синдром эмоционального выгорания необходимо лечить при появлении первых его признаков и симптомов, не допуская прогрессирования процесса саморазрушения личности. Интенсивность лечения зависит в первую очередь от самого пациента. Будучи внимательным к себе и своему здоровью, а также соблюдая все рекомендации, он сможет добиться не только снижения степени выраженности симптомов СЭВ, но и предотвратить возможность возникновения данного синдрома в дальнейшем.

В первую очередь необходимо грамотно распределять свои рабочие нагрузки, стараться рассчитывать своё время и систематизировать деятельность. Важно вовремя менять род деятельности, переключаться с одного её вида на другой, уделять должное внимание своим увлечениям, хобби и отдыху. Каждый человек должен понимать, что ему необязательно стремиться всегда и везде быть лучшим, работать на износ, забывая обо всём остальном. Любые конфликты на профессиональном поприще не должны отражаться на личной жизни работника [3].

Существует множество подходов к лечению СЭВ, но ведущую роль в оказании помощи людям с этим синдромом играет психотерапия. Самое главное в данном случае — это осознать стресс. Только после этого человек сможет научиться управлять этим стрессом и изменить ситуацию, которая его вызывает. Необходимо помочь ему изменить своё отношение к различным сферам жизни и сподвигнуть сменить рабочее окружение. Весьма действенными в данном вопросе являются антистрессовые программы, организация корпоративных мероприятий, личностные и психологические тренинги, способствующие повышению стрессоустойчивости. Помимо этого, в сохранении высокой работоспособности и продуктивности своих сотрудников должно быть заинтересовано в том числе и руководство. Для этого кроме курсов повышения квалификации необходимо вводить в профессиональное образование курсы по самопознанию, развитию коммуникативных качеств, овладению саморегуляцией и контролем над своими эмоциями.

Что касается применения фармакологических средств, рациональным решением будет назначение препаратов, снижающих тревогу, страх и уровень эмоционального напряжения, а также седативные средства [9].

Профилактика СЭВ. Для повышения творческого потенциала, активизации резервных ресурсов человека иногда полезен умеренный стресс, который не оказывает разрушающего воздействия на личностные и физические качества, а наоборот, способствуют приобретению человеком необходимого опыта и способности оставаться спокойным в стрессовых ситуациях, а также быстро решать необходимые задачи.

Существуют как психологические, так и физические методы профилактики эмоционального выгорания. К психологическим относятся поиск занятия, которое будет вызывать только положительные эмоции. Нельзя уделять всё своё свободное время исключительно работе, необходимо грамотно расставлять приоритеты и иногда анализировать своё состояние и «очищать голову» от навязчивых мыслей. Для этого хорошо подойдут медитации, аутотренинги, разговоры с людьми.

К физическим методам профилактики относятся занятия спортом, соблюдение режима сна и бодрствования, правильное диетическое питание и регулярные прогулки на свежем воздухе. Они помогут справиться с тревогой и негативом, не подавляя эти эмоции, а позволяя человеку осознать их и научиться с ними справляться [4].

Литература

1. Баксанский О. Е. Синдром эмоционального выгорания. Взгляд психолога и невролога (обзор литературы) / О. Е. Баксанский, О. Г. Сафонищева // Вестник новых медицинских технологий. — 2021. — Т. 28, № 2. — С. 45-57.
2. Елфимова Е. В. Как предотвратить синдром эмоционального выгорания у медицинских работников? / Е. В. Елфимова, М. А. Елфимов, А. С. Березкин // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. — 2016. — № 5 (129). — С. 83-87.

3. Ермилова М. В. Лечение и профилактика синдрома эмоционального выгорания / М. В. Ермилова // Инновации, технологии, наука : Сборник статей Международной научно-практической конференции: в 4 частях, Пермь, 25 января 2017 года. Том Часть 4. — Пермь: Общество с ограниченной ответственностью «Аэтерна», 2017. — С. 177-179.
4. Иванов М. А. Практические рекомендации по профилактике эмоционального выгорания / М. А. Иванов, Е. Н. Лямзин // Национальная Ассоциация Ученых. — 2021. — № 74-4. — С. 39-42.
5. Клевцова Н. А. Синдром эмоционального выгорания в профессиональной деятельности специалиста / Н. А. Клевцова // Территория науки. — 2015. — № 5. — С. 63-67.
6. Крылова Т. А. Изучение взаимосвязи когнитивных иррациональных установок и проявления симптомов эмоционального выгорания в профессиональной деятельности / Т. А. Крылова // Саморазвитие в педагогике и психологии: сборник статей Международной научно-практической конференции, Волгоград, 11 февраля 2018 года. — Волгоград: Общество с ограниченной ответственностью «ОМЕГА САЙНС», 2018. — С. 144-147.
7. Ларенцова Л. И. Феномен эмоционального выгорания: механизм формирования, симптомы и способы преодоления с точки зрения различных психологических подходов / Л. И. Ларенцова, Н. В. Терехина // Прикладная юридическая психология. — 2009. — № 2. — С. 37-48.
8. Маслова Н. Н. Синдром выгорания медицинских работников, его возможная профилактика / Н. Н. Маслова, Д. А. Захарова // Смоленский медицинский альманах. — 2020. — № 4. — С. 124-126.
9. Овчинников Ю. В. Синдром эмоционального выгорания: диагностика, принципы лечения, профилактика / Ю. В. Овчинников, М. В. Палченкова, О. В. Калачев // Военно-медицинский журнал. — 2015. — Т. 336, № 7. — С. 17-24.
10. Соловьева А. Н. Происхождение и ключевые факты понятия эмоционального выгорания / А. Н. Соловьева // StudNet. — 2021. — Т. 4, № 6.
11. Чутко Л. С., Рожкова А. В., Сурушкина С. Ю. [и др.] / Клинические проявления синдрома эмоционального выгорания // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2019. — Т. 119, № 1. — С. 14-16.

Порядок направления, рецензирования и опубликования статей

Текст работы должен быть набран в текстовом редакторе Microsoft Word, формат файлов *.doc, *.docx или *.rtf. Файл статьи называется по Фамилии первого автора (первых трех авторов), например, «Ivanov.doc» или «Ivanov-Pavlov-Petrov.doc». Число авторов статьи не должно превышать пяти человек.

Текст рукописи должен быть подготовлен в строгом соответствии с настоящими требованиями и тщательно выверен автором. В случае обнаружения значительного количества технических дефектов оформления статей редакция возвращает статью автору для доработки. Небольшие погрешности редакция может исправить сама без согласования с автором. Редакция оставляет за собой право на литературное редактирование статей.

Форматирование: лист — 210×297 мм (формат А4), ориентация книжная, поля со всех сторон по 20 мм; гарнитура «Times New Roman», размер шрифта 12 пт, межстрочный интервал одинарный, абзацный отступ 12 мм.

Структура статьи:

- Индекс УДК
- Инициалы и фамилии автора/авторов
- Название работы
- Название организации, в которой выполнена работа
- Текст статьи
- Список литературных источников (Литература)

В тексте оригинальной статьи необходимо придерживаться следующей последовательности обязательных разделов:

- Вступление
- Цель работы
- Материал и методы исследования
- Результаты исследования и их обсуждение
- Выводы или Заключение

Текст клинических наблюдений, лекций, обзоров, статей по педагогике и по истории медицины и др. могут оформляться иначе.

Объем оригинальных статей не должен превышать 12 страниц, передовых, обзорных и дискуссионных статей — не более 15 страниц, наблюдений из практики и рецензий — не более 3 страниц.

Научные исследования, требующие применения экспериментальных животных, необходимо проводить с соблюдением законов и правил лабораторной практики, принятых в Российской Федерации. Научные проекты с участием людей должны соответствовать «Правилам клинической практики в Российской Федерации» и Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации.

Все буквенные обозначения и аббревиатуры должны быть разъяснены только в тексте статьи. Аббревиатуры включаются в текст лишь после их первого упоминания с полной расшифровкой: например — посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). В аббревиатурах используются заглавные буквы.

Таблицы должны иметь заголовки и сквозную в порядке их первого упоминания в тексте нумерацию, обозначаемую арабскими цифрами без знака номера (например, Таблица 1). В тексте ссылки на таблицы даются при каждом их упоминании в круглых скобках — (табл. 1). Если таблица одна, то она не нумеруется и в тексте делают ссылку — (см. табл.).

Заголовок таблиц должен отражать ее основное содержание. Сверху справа необходимо обозначить номер таблицы (если таблиц больше, чем одна), ниже по центру дается ее название. Сокращения слов в таблицах не допускаются. Все цифры в таблицах должны соответствовать цифрам в тексте. Сокращения, использованные в таблице, должны быть пояснены в примечании, расположенном под ней. В десятичных дробях ставится запятая (например: 3,25; 0,5). Таблицы размещают после текста статьи и списка процитированной литературы.

Весь иллюстративный материал (схемы, рисунки, диаграммы, графики, карты, фотографии) именуется рисунками. Допустимы четкие рисунки, сохраненные в файлах формата «JPEG» или «TIFF» с разрешением 300-600 пикселей на дюйм в 256 градациях серого цвета для фотографий и 600 пикселей на дюйм для рисунков (2 цвета). Цветные изображения не публикуются. Рисунки должны иметь сквозную нумерацию (арабскими цифрами) в порядке их первого упоминания в тексте. В тексте ссылки на рисунки даются при каждом их упоминании в круглых скобках — (рис. 1). Если рисунок один, то он не нумеруется и в тексте делают ссылку — (см. рис.).

Рисунки сопровождаются подрисуночными подписями, включающими номер, название иллюстрации и, при необходимости, условные обозначения. Заголовок необходимо располагать под рисунком, выравнивание по центру. В подписях к микрофотографиям указываются метод окраски и увеличение. Все имеющиеся на рисунках детали обозначаются арабскими цифрами или строчными буквами латинского алфавита, которые расшифровываются в подписи. На осях координат для графиков следует указывать обозначения и единицы измерения (например: по оси абсцисс — время, прошедшее после психотравмирующей ситуации, сут., по оси ординат — показатели шкалы общей интернальности, стены).

Список процитированной литературы (Литература). Для удобства авторов и стилистического единообразия оформление библиографии как отечественных, так и зарубежных источников, должно быть основано на Ванкуверском стиле в версии АМА (AMA style, <http://www.amamanualofstyle.com>). Все работы в списке перечисляются в порядке их цитирования, каждый источник с новой строки под порядковым номером с указанием DOI (если таковой имеется). Оформление цитирования и ссылок в стиле АМА возможно в режиме онлайн по адресу <https://www.citethisforme.com/american-medical-association>.

В оригинальных статьях желательно цитировать не более 20 источников, в обзорах литературы — не более 60, в других материалах — до 10. Допускается не более 3 самоцитирований.

Каждый использованный литературный источник должен быть отражен в тексте статьи. Библиографические ссылки в тексте статьи даются цифрой в квадратных скобках. Если источников несколько, то ссылку оформляют следующим образом: [1, 3, 5-9, 25].

Автор несет полную ответственность за точность данных, приведенных в приставном списке литературы. В списке литературы ссылки на неопубликованные или находящиеся в печати работы не допускаются.

Учитывая требования международных систем цитирования, библиографические списки входят в англоязычный блок статьи и, соответственно, должны даваться не только на языке оригинала, но и в латинице (романским алфавитом). Поэтому авторы статей должны давать список литературы в двух вариантах: один на языке оригинала (русскоязычные источники кириллицей, англоязычные латиницей), и отдельным блоком тот же список литературы (References) в романском алфавите для международных баз данных, повторяя в нем все источники литературы, независимо от того, имеются ли среди них иностранные. Если в списке есть ссылки на иностранные публикации, они полностью повторяются в списке, готовящемся в романском алфавите.

Транслитерируются фамилии авторов и русскоязычные названия источников. Выходные данные транслитерируются. Если цитируемая русскоязычная статья имеет резюме на английском языке (abstract), то фамилии и инициалы всех авторов на латинице и название статьи на английском языке следует приводить так, как они описаны в резюме. При наличии у отечественного журнала оригинальной англоязычной версии названия, в библиографическом описании необходимо указывать именно ее. Если отечественный журнал индексируется в MedLine, то его название следует приводить в соответствие с каталогом этой базы данных. В конце указывается (in Russian). Список литературы на латинице должен готовиться с помощью системы транслитерации на сайте <https://translit.net/bsi>.

При наличии цифрового идентификатора публикации (DOI — Digital Object Identifier) его размещают в конце библиографической записи. Проверить наличие DOI статьи можно на сайтах <https://search.crossref.org> и <https://www.citethisforme.com>.

Кроме текста статьи авторы обязательно предоставляют структурированное резюме на русском и английском языках объемом 250–400 слов. В аннотацию должен быть включен полный заголовок статьи, фамилии и инициалы авторов, название учреждения. Аннотация должна отражать структуру статьи и содержать такие же разделы (цель исследования, материал и методы, результаты, заключение или выводы). В тексте нельзя использовать сокращения (аббревиатуры).

Авторская аннотация к статье является основным источником информации для отечественных и зарубежных информационных систем и баз данных, индексирующих журнал. Аннотация должно излагать только существенные факты работы. Читателю должна быть понятна суть исследования и необходимость обращения к полному тексту статьи для получения более подробной, интересующей его информации.

При написании обзора, лекции, описании клинического случая или серии наблюдений прилагается неструктурированная аннотация. Однако и в этом случае, авторам следует придерживаться порядка повествования, следуя от постановки вопроса к средствам и результатам его решения. Объем неструктурированного резюме не должен превышать 150 слов.

После каждого резюме приводят 3–7 ключевых слов в именительном падеже.

Сведения об авторах оформляются на отдельном листе статьи, должны обязательно содержать следующую информацию:

- 1) Ф. И. О. (полностью);
- 2) место работы (учебы) (с указанием подразделения), должность;
- 3) ученая степень;
- 4) ученое звание;
- 5) почтовый адрес (с указанием индекса);
- 6) e-mail;
- 7) телефон (для связи).

Необходимо указать, с каким автором (если их несколько) следует вести переписку.

Все научные статьи проходят процедуру рецензирования. Редакция оставляет за собой право сокращения и исправления статьи, включая изменение стиля, но не содержания работы.

Сайт:

<http://journal.dnmu.ru/index.php/Psychiatry/index>

