

ISSN: 2075-3470

ISSN (online): 2311-9446

КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

ISSN 2075-3470

КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

*Counseling Psychology
and Psychotherapy*

Никишина В.Б., Петраш Е.А., Энгель Е.Я.,
Карташила Г.М., Маргарян С.Р. —
Регуляция нейрокогнитивных функций у подростков
с печеночной энцефалопатией

Миняйчева М.В., Рубайлова В.Е., Пуговкина О.Д. —
Руминативное мышление, перфекционизм
и стратегии совладания со стрессом как мишени
метакогнитивного тренинга у пациентов с депрессией

Твилле П.С., Ледовский В.И., Сирота Н.А.,
Мадьянова В.В. —
Распространенность синдрома эмоционального
выгорания врачей-ординаторов в Российской
Федерации: анализ факторов и подходы
к профилактике

*Nikishina V.B., Petrash E.A., Engel E.Ya.,
Kartashila G.M., Margaryan S.R. —
Regulatory Disorders in Adolescents
with Hepatic Encephalopathy*

*Minyaycheva M.V., Rubaylova V.E., Pugovkina O.D. —
Targets of Metacognitive Training for Patients
with Depression: Rumination, Perfectionism
and Coping Strategies*

*Tuillet P.S., Ledovskiy V. I., Sirota N.A., Madyanova V.V. —
Burnout Prevalence among Resident Physicians in the Russian
Federation: Factors Analysis and Prevention Approaches*

2
2024

МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

MOSCOW STATE UNIVERSITY OF PSYCHOLOGY AND EDUCATION
THE FACULTY OF COUNSELING AND CLINICAL PSYCHOLOGY

КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

Counseling Psychology and Psychotherapy

Том 32. № 2 (124) **2024** апрель—июнь

1992—2009

МОСКОВСКИЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Москва
Moscow

ПОБЕДИТЕЛЬ НАЦИОНАЛЬНОГО
ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНКУРСА
«ЗОЛОТАЯ ПСИХЕЯ» В НОМИНАЦИИ
«ПРОЕКТ ГОДА В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ НАУКЕ»
ПО ИТОГАМ 2007 и 2014 ГОДОВ

Главный редактор
Холмогорова А.Б.

Главные редакторы
Консультативная психология и психотерапия
2013 – Холмогорова А.Б.
2010–2012 – Василюк Ф.Е.

Московский психотерапевтический журнал
2009 – Василюк Ф.Е.
1999–2008 – Снегирева Т.В.
1997–1998 – Фенько А.Б.
1992–1996 – Василюк Ф.Е., Цапкин В.Н.

Редакционная коллегия
Барabanшиков В.А.
Веракса Н.Е.
Гаранян Н.Г.
Головей Л.А.
Зарецкий В.К.
Лутова Н.Б.
Майденберг Э. (США)
Марцинковская Т.Д.
Польская Н.А.
Сирота Н.А.
Филиппова Е.В.
Шайб П. (Германия)
Шумакова Н.Б.
Ялтонский В.М.

Редакционный совет
Бек Дж.С. (США)
Кадиров И.М.
Карягина Т.Д.
Копьев А.Ф.
Кехеле Х. (Германия)
Лэнгле А. (Австрия)

Perre M.
Петровский В.А.
Соколова Е.Т.
Сосланд А.И.
Тагэ С. (Германия)

Редактор выпуска
Москачева М.А.

Оригинал-макет
Баскакова М.А.

Адрес редакции
127051, Москва, ул. Сретенка, 29, к. 305
Телефон +7(495) 632-92-12
E-mail: mpj@mgppu.ru
«Консультативная психология и психотерапия»
индексируется:
АК Минобрнауки России
ВИНИТИ РАН РИНЦ
Ulrich's web, WoS, Scopus

Издается с 1992
Периодичность: 4 раза в год.
Свидетельство о регистрации СМИ:
ПИ № ФС77-69996 от 30 августа 2016 г.
Формат 60 × 84/16. Тираж 1000 экз.

Все права защищены. Название журнала, рубрики, все тексты
и иллюстрации являются собственностью ФГБОУ ВО МГППУ
и защищены авторским правом. Перепечатка материалов
журнала и использование иллюстраций допускается только
с письменного разрешения редакции.

© ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-
педагогический университет», 2024, № 2

THE WINNER OF THE NATIONAL
CONTEST “GOLDEN PSYCHE”
IN THE “PROJECT OF THE YEAR”
IN PSYCHOLOGICAL
SCIENCE 2007, 2014

Editor-in-Chief
Kholmogorova A.B.

Editors-in-Chief
Counseling Psychology and Psychotherapy
2013 – Kholmogorova A.B.
2010–2012 – Vasilyuk F.E.

Moscow psychotherapeutic journal
2009 – Vasilyuk F.E.
1999–2008 – Snegireva T.V.
1997–1998 – Fenko A.B.
1992–1996 – Vasilyuk F.E., Tsapkin V.N.

Editorial Board
Barabanshikov V.A.
Filippova E.V.
Garanian N.G.
Golovey L.A.
Lutova N.B.
Maidenberg E. (USA)
Martsinkovskaya T.D.
Polskaya N.A.
Scheib P. (Germany)
Shumakova N.B.
Sirota N.A.
Sokolova E.T.
Yaltonsky V.M.
Zaretsky V.K.

The Editorial Council
Beck J.S. (USA)
Kadyrov I.M.
Karyagina T.D.
Kop'ev A.F.
Kächele H. (Germany)
Längley A. (Austria)

Perrez M. (Germany)
Petrovsky V.A.
Sokolova E.T.
Sosland A.I.
Tagay C. (Germany)

Issue Editor
Moskacheva M.A.

DTP
Baskakova M.A.

Editorial office address
Sretenka St., 29, office 305, Moscow, Russia, 127051
Phone: + 7 (495) 632-92-12
E-mail: mpj@mgppu.ru
«Counseling Psychology and Psychotherapy» Indexed in:
Higher qualification commission of the Ministry
of Education and Science of Russian Federation
Russian Science Citation Index (RSCI)
VINITI Database RAS
Ulrich's Periodicals Directory, WoS, Scopus
Published quarterly since 1992
The mass medium registration certificate:
PI № FS77-69996. Registry date 30.08.2016.

Format 60 × 84/16. 1000 copies.

All rights reserved. Journal title, rubrics, all text and images
are the property of MSUPE and copyrighted.
Using reprints and illustrations is allowed only with
the written permission of the publisher.

© MSUPE, 2024, № 2

П О Д П И С К А

КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

2025 год

ВО ВСЕХ ОТДЕЛЕНИЯХ СВЯЗИ

По объединенному каталогу «Пресса России»
Индекс — 32344

В РЕДАКЦИИ

По адресу: 127051, Москва, Сретенка д. 29, каб. 305
Тел.: (495) 632-92-12, e-mail: mpj@mgppu.ru

Сайт в интернете: <https://psyjournals.ru/journals/cpp>
Website on the Internet: <https://psyjournals.ru/en/journals/cpp>

ISSN 2075-3470

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций ПИ № ФС77-69996

Главный редактор
А.Б. Холмогорова

Редакционная коллегия
В.А. Барабанщиков, Н.Е. Веракса, Н.Г. Гаранян, Л.А. Головей,
В.К. Зарецкий, Н.Б. Лутова, Э. Майденберг (США),
Т.Д. Марцинковская, Н.А. Польская, Н.А. Сирота, Е.В. Филиппова,
П. Шайб (Германия), Н.Б. Шумакова, В.М. Ялтонский

Редактор
М.А. Москачева

Оригинал-макет
М.А. Баскакова

Адрес редакции:
127051, Москва, ул. Сретенка, 29, к. 305
Телефон: + 7 (495) 632-92-12
E-mail: mpj@mgppru.ru

Вопросы подписки и приобретения:
27051, Москва, ул. Сретенка, 29, к. 305
Телефон: + 7 (495) 632-92-12
E-mail: mpj@mgppru.ru

*Редакция не располагает возможностью вести переписку,
не связанную с вопросами подписки и публикаций*

*Перепечатка любых материалов, опубликованных в журнале
«Консультативная психология и психотерапия»,
допускается только с разрешения редакции*

В оформлении обложки использован фрагмент картины
Клод Моне. Дама в саду Сент-Адресс. 1867

**© ФГБОУ ВО МГППУ. Факультет консультативной
и клинической психологии, 2024**

Формат 60×84/16. Гарнитура NewtonС. Усл. печ. л. 11,27. Тираж 1000 экз.

КОЛОНКА РЕДАКТОРА

- 5 *Холмогорова А.Б.*
Предисловие главного редактора

ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ***Психологические аспекты послеродовых осложнений***

- 9 *Харченко А.А., Юрьева В.С., Якупова В.А., Суарэз А.Д.*
Психологическая и фармакологическая помощь при послеродовой депрессии и послеродовом ПТСР в России: социоэкономические факторы

- 31 *Андрущенко Н.В., Мухамедрахимов Р., Крюков Е.Ю.*
Эмоциональное состояние матерей недоношенных новорожденных детей с внутрижелудочковыми мозговыми кровоизлияниями, находящихся в отделении реанимации и интенсивной терапии

Психологические и психосоматические последствия тяжелых соматических заболеваний и наркозависимости у детей и подростков

- 48 *Шелумова О.С.*
Психоэмоциональный статус детей младшего школьного возраста с туберкулезом органов дыхания при поступлении в стационар и его связь с ранними дезадаптивными схемами
- 68 *Никишина В.Б., Петраш Е.А., Энгель Е.Я., Карташила Г.М., Маргарян С.Р.*
Регуляция нейрокогнитивных функций у подростков с печеночной энцефалопатией
- 86 *Малыгин В.Л., Балашова Ю.С., Меркурьева Ю.А., Искандирова А.С., Пахтусова Е.Е.*
Психосексуальность подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами

Эмпирические основания выбора мишеней психологической помощи и психотерапии в различных сферах медицины

- 104 *Сергиенко Е.А., Циринг Д.А., Пахомова Я.Н., Пономарева И.В.*
Роль субъективного возраста в системе психологических факторов течения болезни у мужчин с раком предстательной железы. Часть I. Субъективный возраст и качество жизни у мужчин с раком предстательной железы
- 127 *Миняйчева М.В., Рубайлова В.Е., Пуговкина О.Д.*
Руминативное мышление, перфекционизм и стратегии совладания со стрессом как мишени метакогнитивного тренинга у пациентов с депрессией
- 150 *Яровая Н.П., Исаева Е.Р., Аравийская Е.Р.*
Акцентуации характера у пациенток эстетической медицины как факторы восприятия своей внешности и основания для выбора стратегии взаимодействия при оказании услуг
- 171 *Твилле П.С., Ледовский В.И., Сирота Н.А., Мадьянова В.В.*
Распространенность синдрома эмоционального выгорания врачей-ординаторов в Российской Федерации: анализ факторов и подходы к профилактике

EDITOR'S NOTES

- 5 *Kholmogorova A.B.*
From the Editor

EMPIRICAL STUDIES

Psychological Aspects of Postpartum Complications

- 9 *Kharchenko A.A., Yurieva V.S., Yakupova V.A., Suarez A.D.*
Psychological and Pharmacological Care for Postpartum
Depression and Postpartum PTSD in Russia: Socio-Economic Factors
- 31 *Andrushchenko N.V., Muhamedrahimov R.J., Kriukov E.Y.*
Emotional State of Mothers of Premature Newborns with
Intraventricular Cerebral Hemorrhages in the Intensive Care Unit

***Psychological And Psychosomatic Consequences of Severe Somatic
Diseases and Drug Addiction in Children and Adolescents***

- 48 *Sheloumova O.S.*
Psychoemotional Status of Primary School Children with
Respiratory Tuberculosis Upon Admission to the Hospital
and its Connection with Early Maladaptive Schemes
- 68 *Nikishina V.B., Petrash E.A., Engel E.Ya., Kartashila G.M.,
Margaryan S.R.*
Regulatory Disorders in Adolescents with Hepatic Encephalopathy
- 86 *Malygin V.L., Balashova Yu.S., Merkurieva Yu.A., Iskandirova A.S.,
Pahtusova E.E.*
Psychosexuality of Adolescents with Substance Abuse

***Empirical Basis for Choosing Targets for Psychological Assistance
and Psychotherapy in various Fields of Medicine***

- 104 *Sergienko E.A., Tsiring D.A., Pakhomova Ya.N., Ponomareva I.V.*
The Role of Subjective Age in the System of Psychological Factors
in the Course of the Disease in Men with Prostate Cancer. Part I.
Subjective Age and Quality of Life in Men with Prostate Cancer
- 127 *Minyaycheva M.V., Rubaylova V.E., Pugovkina O.D.*
Targets of Metacognitive Training for Patients with Depression:
Rumination, Perfectionism and Coping Strategies
- 150 *Yarovaya N.P., Isaeva E.R., Araviyskaya E.R.*
Relationship between Accentuations in Women
and the Peculiarities of the Perception of their own Appearance
- 171 *Tuillet P.S., Ledovskiy V. I. , Sirota N.A., Madyanova V.V.*
Burnout Prevalence among Resident Physicians in the Russian Federation:
Factors Analysis and Prevention Approaches

КОЛОНКА РЕДАКТОРА EDITOR'S NOTES

ПРЕДИСЛОВИЕ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Для цитаты: Холмогорова А.Б. Предисловие главного редактора // Консультативная психология и психотерапия. 2024. Том 32. № 2. С. 5—8.

FROM THE EDITOR

For citation: From the Editor. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology And Psychotherapy*, 2024. vol. 32, no. 2, pp. 5—8.

Уважаемые читатели!

Наша редакция подготовила для вас второй, летний выпуск журнала, и мы надеемся, что он вызовет интерес и окажется полезным разным специалистам.

На этот раз в редакционном портфеле оказались исключительно статьи, написанные на основе оригинальных эмпирических исследований. И хотя в этом выпуске нет других привычных рубрик, приятно отметить, что российскими специалистами в сфере психического здоровья активно проводятся собственные исследования. Особенно важно отметить, что научные данные, представленные в статьях номера, еще раз обосновывают важную роль психологической помощи в соматической медицине, а не только в психиатрии.

Открывают выпуск две статьи, посвященные психологическим аспектам послеродовых осложнений. Результаты исследований и эпидемиологические данные показывают, что, несмотря на прогресс медицины, послеродовая депрессия у женщин становится все более распространен-

ным феноменом. В год столетия культурно-исторической психологии хочется проследить истоки этой проблемы в современной культуре, где рождение ребенка все большее ассоциируется у женщин с неизбежностью ограничений в карьерном росте, финансовыми трудностями и самоограничением в разных сферах. Помимо гормональной перестройки женщинам, родившим ребенка, приходится сталкиваться и с обострением внутренних конфликтов: надо радоваться событию, а вместо этого на душе тяжелое эмоциональное состояние. Может быть, именно поэтому, испытывая симптомы депрессии, родившие женщины довольно редко ищут помощи, как это показано в исследовании А.А. Харченко и соавторов. В статье продемонстрировано, как на поиск медицинской и психологической помощи при послеродовых расстройствах влияют факторы экономического благополучия и уровня образования. Материалы статьи закономерно ставят важный вопрос о необходимости психообразования беременных женщин с целью облегчения обращения за помощью не только из-за возможных проблем с физическим здоровьем, но и в случае психологического неблагополучия.

Во второй статье выпуска известные исследователи ранних стадий онтогенеза и его нарушений Андрущенко Н.В., Мухамедрахимов Р.Ж., Крюков Е.Ю. представили результаты исследования матерей, у которых нарушения эмоционального состояния связаны с осложненными родами и рождением недоношенного ребенка с внутрижелудочковыми мозговыми кровоизлияниями. Рождение такого ребенка является кризисной ситуацией, сопровождающейся, как правило, травматическим стрессом у матери и других членов семьи. Высокий уровень симптомов депрессии и тревоги в выборке показывает, что матери таких детей нуждаются в психологическом сопровождении, а анализ содержания их переживаний позволяет наметить мишени психологической помощи.

Проблемы психического здоровья детей и подростков, страдающих различными соматическими заболеваниями и зависимостью от ПАВ, рассмотрены во втором блоке статей данного номера. В статье О.С. Шеллоумовой впервые представлена связь негативного раннего опыта и ранних дезадаптивных когнитивных схем с выраженностью эмоциональной дезадаптации у детей, страдающих таким тяжелым инфекционным заболеванием как туберкулез, который влечет за собой, как известно, много негативных социальных последствий и резко осложняет социальную адаптацию. На основании данных исследования можно сделать вывод, что эти дети нуждаются в специальной психологической помощи, ориентированной на их травматический опыт и ненадежную привязанность.

В.Б. Никишина с соавторами обращаются к такой патологии подросткового возраста как печеночная недостаточность и ее возможному негативному влиянию на нейрокогнитивные функции, обуславливаю-

шему возникновение трудностей в обучении и адаптации у этих детей. Полученные данные привлекают внимание к психологическим аспектам указанной патологии, а также остро ставят вопрос о методах психосоциальной реабилитации данного контингента.

В связи с неуклонным ростом распространенности зависимостей от ПАВ среди подростков важными также представляются данные третьей статьи из рассматриваемой рубрики. Данные В.Л. Малыгина и соавторов о специфике психосексуальных отношений у зависимых от ПАВ подростков отчетливо показывают проблему ненадежной привязанности и, как следствие, трудности при установлении близких интерперсональных отношений с потенциальными партнерами. Эту проблему объективации Другого хорошо знают специалисты, занимающиеся реабилитацией данного контингента. Ее акцентирование и привлечение внимания именно к этим механизмам зависимости, представляется очень важным для дальнейшего развития мероприятий по социальной реабилитации, а также профилактике зависимости от ПАВ у подростков.

Третья рубрика номера является наиболее разнородной: тут собраны четыре статьи из разных областей медицины, которые, однако, объединяет общая направленность на выделение научных оснований для выбора мишеней психологической помощи. Подчеркивается необходимость учета психологических аспектов не только для успешной работы с разным контингентом больных, но и, в том числе, для сохранения психического и физического здоровья молодых врачей, как группы повышенного риска по профессиональному выгоранию со всеми его негативными последствиями.

Открывает рубрику первая часть статьи, написанная по результатам масштабного исследования различных факторов течения рака предстательной железы у мужчин. Тяжелое и связанное с высоким уровнем дистресса в аспекте двойной угрозы (жизни и сексуальному здоровью) заболевание является одним из эпидемиологически значимых. Данные Е.А. Сергиенко и соавторов о роли социодемографических, клинических и психологических факторов представляются важным основанием для построения реабилитационных, психообразовательных и психотерапевтических программ.

Авторы второй статьи рубрики — Миняйчева М.В., Рубайлова В.Е. и Пуговкина О.Д. — провели исследование на выборке депрессивных пациентов и представили математические модели сложных опосредованных связей различных механизмов хронификации депрессии, что поможет специалистам более тонко и осознанно планировать и вести психотерапевтическую работу с этой группой больных.

В наше время к услугам косметической медицины прибегает все больше и больше женщин, при этом их психологические особенности

редко учитываются, что часто приводит к неудовлетворенности услугами и даже конфликтным ситуациям. Необходимость психологической диагностики и учета личностных особенностей этих пациенток при оказании им услуг обосновывается в исследовании авторов третьей статьи Яровой Н.П., Исаевой Е.Р. и Аравийской Е.Р.

Завершает номер статья П.С. Твилле и соавторов, написанная по результатам всероссийского опроса врачей-ординаторов разных медицинских специальностей. Результаты опроса, согласно которому существенные признаки эмоциональной дезадаптации наблюдаются у 85% молодых врачей, вызывают серьезную тревогу. Авторы статьи справедливо ставят вопрос о необходимости переосмысления кадровой политики, улучшения организационных условий работы молодых врачей и повышения уровня их психологической компетентности.

Таким образом, все статьи номера убедительно обосновывают роль психологических исследований в современной медицине и необходимость учета психологических аспектов в самых разных ее областях.

В завершении хотелось бы пожелать всем читателям нашего журнала хорошего лета и полноценного отдыха, а также напомнить о важности заботы о себе, как важнейшем условии нашей профессиональной эффективности.

А.Б. Холмогорова

ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

EMPIRICAL STUDIES

Психологические аспекты послеродовых осложнений

Psychological Aspects of Postpartum Complications

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ И ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ И ПОСЛЕРОДОВОМ ПТСР В РОССИИ: СОЦИОЭКОНОМИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

А.А. ХАРЧЕНКО

Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова
(ФГБОУ ВО МГУ),

г. Москва, Российская Федерация

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-4002-3722>,

e-mail: an.an.kharchenko@gmail.com

В.С. ЮРЬЕВА

Ассоциация специалистов в сфере контекстуально-поведенческой
науки (АКПН),

г. Москва, Российская Федерация

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-5059-5547>,

e-mail: ikoritza@gmail.com

В.А. ЯКУПОВА

Московский Государственный университет имени М.В. Ломоносова
(ФГБОУ ВО «МГУ имени М.В. Ломоносова»),

г. Москва, Российская Федерация

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9472-8283>,

e-mail: vera.a.romanova@gmail.com

А.Д. СУАРЭЗ

Московский Государственный университет имени М.В. Ломоносова
(ФГБОУ ВО «МГУ имени М.В. Ломоносова»)

г. Москва, Российская Федерация

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5935-2498>,

e-mail: anna.suarez.fig@gmail.com

Цель. В настоящем исследовании изучались социо-экономические факторы и их связь с доступом к профессиональной помощи (фармацевтической и психологической), а также связь между наличием/отсутствием психологической и фармакологической помощи и выраженностью симптомов послеродовой депрессии (ПРД) и ПТСР после родов. **Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 2574 женщин в возрасте 18–43 лет ($M = 31,03$, $SD = 4,29$), родившие одного ребенка или несколько детей в течение 12 месяцев, предшествовавших опросу. Депрессия оценивалась при помощи Единбургской шкалы послеродовой депрессии [11], в адаптации Якуповой [35], послеродовое ПТСР — при помощи Городской шкалы травмы в родах (City Birth Trauma Scale) [8], в адаптации Якуповой [2]. Кроме того, были собраны социально-демографические данные (уровень образования, уровень дохода, семейный статус, место жительства), информация о ранее диагностированных и актуальных проблемах с ментальным здоровьем, о видах получаемой помощи. **Результаты и выводы.** Полученные данные показывают, что лишь небольшой процент женщин с выраженными симптомами послеродовой депрессии и послеродового ПТСР обращаются за психологической или фармакологической помощью (11% и 9,3% соответственно). Такие социально-экономические факторы, как уровень образования не ниже высшего, более высокий экономический статус, проживание в Москве и Санкт-Петербурге, а также наличие супруга, связаны с более редким проявлением ПРД и ПТСР после родов и более частым обращением за психологической и фармакологической помощью. В России остро стоит вопрос информирования о послеродовых расстройствах настроения, их диагностики, а также вопрос доступа к профессиональной помощи.

Ключевые слова: послеродовая депрессия, ПТСР после родов, психологическая помощь, доступность психологической помощи, послеродовые расстройства, психологическое просвещение.

Финансирование. Исследование выполнено за счет гранта Российского Научного Фонда № 22-18-00-356.

Для цитаты: Харченко А.А., Юрьева В.С., Якупова В.А., Суарэз А.Д. Психологическая и фармакологическая помощь при послеродовой депрессии и послеродовом ПТСР в России: социоэкономические факторы // Консультативная психология и психотерапия. 2024. Том 32. № 2. С. 9–30. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2024320201>

PSYCHOLOGICAL AND PHARMACOLOGICAL CARE FOR POSTPARTUM DEPRESSION AND POSTPARTUM PTSD IN RUSSIA: SOCIO-ECONOMIC FACTORS

ANNA A. KHARCHENKO

Lomonosov Moscow State University (MSU),
Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-4002-3722>,
e-mail: an.an.kharchenko@gmail.com

VICTORIA S. YURIEVA

Association of Specialists in the Field of Contextual Behavioral Science (APN),
Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-5059-5547>,
e-mail: ikoritza@gmail.com

VERA A. YAKUPOVA

Lomonosov Moscow State University (MSU),
Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9472-8283>,
e-mail: vera.a.romanova@gmail.com

ANNA D. SUAREZ

Lomonosov Moscow State University (MSU),
Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5935-2498>,
e-mail: anna.suarez.fig@gmail.com

Aim. This study examined socio-economic factors and their relationship to access to professional care (pharmaceutical and psychological), as well as the relationship between the presence/absence of psychological and pharmacological care and the severity of symptoms of postpartum depression (PD) and PTSD after childbirth. **Materials and methods.** The study involved 2,574 women aged 18–43 years ($M=31,03$, $SD=4,29$) who gave birth to one or more children during the 12 months preceding the survey. Depression was assessed using the Edinburgh Postpartum Depression Scale [11] in Yakupova's adaptation [35]. Postpartum PTSD was assessed using the City Birth Trauma Scale [8] in Yakupova's adaptation [2]. In addition, socio-demographic data were collected (education level, income level, family status, place of residence), information about previously diagnosed and current mental health problems, and the types of assistance received. **Results and conclusions.** The

data obtained show that only a small percentage of women with severe symptoms of postpartum depression and postpartum PTSD seek psychological or pharmacological help (11% and 9.3%, respectively). Socio-economic factors such as higher education, higher economic status, residence in Moscow and St. Petersburg, as well as the presence of a spouse are associated with a rarer manifestation of PD and PTSD after childbirth and more frequent seeking psychological and pharmacological help. In Russia, there is an urgent issue of informing about postpartum mood disorders, their diagnosis, as well as the issue of access to professional help.

Keywords: postpartum depression, postpartum PTSD, psychological help, availability of psychological help, postpartum disorders, psychological education.

Funding. The research has been funded by the Russian Science Foundation, grant № 22-18-00-356.

For citation: Kharchenko A.A., Yurieva V.S., Yakupova V.A., Suarez A.D. Psychological and Pharmacological Care for Postpartum Depression and Postpartum PTSD in Russia: Socio-Economic Factors. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2024. Vol. 32, no. 2, pp. 9–30. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2024320201> (In Russ.).

Введение

Материнство — не только радость, но также испытание для организма и психики женщины. Первые двенадцать месяцев после родов являются послеродовым периодом [6]. Это уязвимый период в жизни женщины, связанный с увеличением риска возникновения психических расстройств, в частности послеродовой депрессии (ПРД) и посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) после родов [18].

Статистика разных стран крайне сильно варьируется в зависимости от того, в какой стране было проведено исследование: так, в США частота депрессий в послеродовом периоде составляет 9% [32], а в странах Европы распространённость ПРД — около 10% [23]. При этом, согласно мировой статистике, от 10 до 26% женщин сталкиваются с симптомами ПРД [29]. Исследования, проведенные авторами статьи на российской выборке, показывают, что до 30% женщин могут сталкиваться с симптомами ПРД [32].

Точной статистики о том, сколько женщин страдают от ПТСР после родов в разных странах, нет. Оценки распространённости ПТСР после родов колеблются от 0% до 21% [7]. Наши данные на российской выборке показывают более высокую распространённость, а именно 15%—17% [34].

К факторам риска развития ПРД относят депрессию во время беременности, стрессовые жизненные события, плохую социальную и финансовую ситуацию, отсутствие партнера, нежелательную беременность или сексуализированное насилие со стороны партнера [6; 24]. Также значимым фактором является наличие страха перед предстоящими ро-

дами [22]. К факторам риска развития ПТСР после родов относят акушерскую агрессию, субъективную или объективную угрозу своей жизни или жизни ребенка, недостаток постоянной поддержки в родах и предыдущий травматический опыт родов [17; 27].

ПРД и ПТСР после родов влекут за собой неблагоприятные последствия, как для здоровья и благополучия матери, так и для ребенка. ПРД увеличивает суицидальные риски для матери, а также значительно снижает качество жизни. Кроме прочего, ПРД чревата трудностями с грудным вскармливанием, проблемами с установлением контакта между матерью и младенцем [16], а также связана с когнитивными нарушениями и психопатологией у ребенка [14].

ПТСР после родов также имеет долгосрочные последствия для качества жизни женщины и ребенка. Женщина может сталкиваться с ощущением повторения травматического события или его части в реальности, повторяющимися тревожными снами о травмирующем событии и прочими проблемами со сном, а также нарушением привязанности между мамой и новорожденным. Женщинам необходимо больше времени для того, чтобы почувствовать привязанность к младенцу. При этом в долгосрочной перспективе женщины, имеющие послеродовое ПТСР, демонстрируют избегающий или тревожный тип привязанности к ребенку. Женщины, которые столкнулись с ПТСР, чаще имеют вторичный страх родов и не хотят больше иметь детей [15].

Несмотря на то, что послеродовые расстройства имеют большой масштаб распространения и серьезные последствия, матери не всегда получают необходимую профессиональную медицинскую и психологическую помощь. Исследователи выделяют несколько потенциальных причин данного феномена.

1. В действующих на сегодняшний день клинических рекомендациях ни ПРД, ни ПТСР после родов не рассматриваются как отдельные психические расстройства [4].

2. Отсутствует налаженная система информирования женщин и медиков о послеродовых расстройствах.

3. Нет обязательного скрининга на послеродовую депрессию. Во многих странах для этого используется Эдинбургская шкала послеродовой депрессии (Edinburgh Postnatal Depression Scale) [31].

4. В обществе очень распространена стигматизация послеродовых ментальных трудностей [26].

5. Уровень образования и дохода влияет на частоту обращения за профессиональной помощью [3].

Таким образом, женщины с симптомами послеродовых расстройств рискуют остаться без точного диагноза, эффективного лечения, а также надлежащего последующего наблюдения.

Основным методом помощи при ПРД является психотерапия [36]. Лечение с помощью психотерапии является терапией выбора, так как в этом случае возможно продолжение грудного вскармливания без вероятности развития побочных эффектов от приема фармакологических препаратов [30]. От тяжести симптомов заболевания зависит, потребуется ли пациентке прием антидепрессантов [20]. При этом важно отметить, что существуют антидепрессанты, совместимые с грудным вскармливанием, их может подобрать и назначить врач психиатр.

Мировые исследования показывают, что поддержка близких людей, услуги доулы, посещение групп психологической помощи и групп поддержки, проводимых равными консультантами, являются дополнительными методами лечения [13]. Чаще всего женщины сталкиваются с отсутствием помощи в силу того, что скрининги на послеродовую депрессию отсутствуют; поэтому женщины могут не знать о том, что имеют психические расстройства. После выписки из роддома женщина впервые сталкивается с медицинским персоналом на послеродовом патронаже, однако его целью является контроль за здоровьем ребенка [5].

Одним из немногих, но при этом неофициальным источником информации о послеродовых расстройствах становятся курсы подготовки к родам. В данном случае женщина сама несет ответственность за получение информации, так как курсы не являются обязательными. Как отмечает исследовательница А. Ожиганова [1], на сегодняшний день существуют разные программы подготовки к родам, в том числе такие, на которых женщина может получить информацию о психических расстройствах. Другой практикой является обращение женщин к частным специалистам, таким как консультанты по грудному вскармливанию и доулы.

Проблема информированности о послеродовых расстройствах и получения доступа к профессиональной помощи является социально значимой, поскольку ПРД и ПТСР коррелируют с материнской смертностью. Критически важно перевести эту тему в поле изучения науки и привлечь внимание общества к описанным выше трудностям.

Целью данного исследования является изучение социоэкономических факторов и их связь с доступом к профессиональной помощи (фармацевтической и психологической) при ПРД и ПТСР после родов, а также связь между наличием/отсутствием помощи и выраженностью симптомов послеродовых расстройств.

Методы

Дизайн исследования. Исследование проводилось с мая по сентябрь 2022 года. Женщины получали приглашение принять участие в исследо-

вании через школы для будущих родителей, родительские сообщества, поликлиники и родильные дома. В исследовании приняли участие 2574 женщины в возрасте от 18 до 43 лет ($M = 31,03$ лет, $SD = 4,29$). Критерии включения в выборку: возраст старше 18 лет, свободное чтение и письмо на русском языке, роды на территории России не более 1 года назад. Критерии исключения из выборки: возраст младше 18 лет, роды не на территории России, роды прошли больше года назад, антенатальная гибель ребенка.

Соответствие этическим нормам. Исследование получило одобрение этической комиссии Российского психологического общества, протокол от 06.12.21 г. Участие в исследовании было добровольным. Перед началом заполнения анкеты участницы подтверждали, что они достигли 18 лет и согласны на участие в исследовании, опрос проводился в онлайн-формате на платформе «Тестограф». Анкетирование проводилось в соответствии с Хельсинкской декларацией Всемирной медицинской организации (ВМА).

Методики

Социодемографические данные и данные о родах

В ходе исследования собирались социодемографические данные: возраст матери на момент исследования, возраст ребенка, количество детей, статус семейных отношений (замужем/гражданский брак/нет партнера/в разводе/есть партнер без совместного проживания), уровень образования (начальное/среднее/высшее). Также была собрана информация о месте жительства участниц (Москва/Санкт-Петербург/Регионы РФ) и уровне дохода семьи (низкий/средний/высокий).

Послеродовая депрессия

В качестве скрининга послеродовой депрессии была использована Эдинбургская шкала послеродовой депрессии [11], в адаптации Якуповой [35]. Шкала состоит из 10 утверждений, которые респондентам предлагается оценить по 4-балльной шкале (от 0 до 3). Суммарный балл опросника равный 30 соответствует максимальной степени выраженности депрессивных симптомов, 11 баллов — порог, после которого симптомы депрессии считаются значимыми. Адаптация Эдинбургской шкалы на русском языке продемонстрировала высокую надежность ($\alpha = 0,87$) [28].

Послеродовое ПТСР

Для оценки послеродового посттравматического стрессового расстройства была использована Городская шкала травмы в родах (City Birth Trauma Scale) [8], в адаптации Якуповой [2]. Шкала состоит из 29 вопросов, которые соответствуют критериям DSM-5 для ПТСР. Ре-

спонденту предлагается оценить частоту проявления симптомов за последнюю неделю по шкале от 0 («ни разу») до 3 («5 и более раз»). Более высокий балл соответствует более выраженным симптомам ПТСР. Вопросы, относящиеся к критерию «А» DSM-5, оцениваются как «да/нет». Дистресс, нарушение ежедневного функционирования и потенциальные физические причины симптомов ПТСР оцениваются как «да/нет/отчасти». Русскоязычная версия шкалы продемонстрировала высокую надежность ($\alpha = 0,89$) [2].

Данные о психологической помощи

В формате электронной анкеты респондентов спрашивали о том, были ли у них ранее диагностированы проблемы с ментальным здоровьем (да/нет/неизвестно), получали ли они ранее помощь в связи с ними (да/нет). Есть ли сейчас трудности с ментальным здоровьем (да/нет, неизвестно), обращается ли респондент сейчас за помощью (да/нет). Также были собраны данные о видах помощи, если участница исследования их использует в настоящее время или использовала в прошлом (психологическая или психотерапевтическая помощь, фармакологическая помощь, оба варианта).

Статистический анализ

Мы исследовали связь между выраженностью симптомов послеродовой депрессии и послеродового ПТСР и ранее диагностированными проблемами с ментальным и эмоциональным здоровьем, текущими трудностями и опытом обращения за помощью посредством дисперсионного анализа.

Связь между актуальными и ранее диагностированными ментальными трудностями и социоэкономическими факторами изучалась с помощью Хи-квадрата Пирсона.

Статистический анализ выполнен с использованием программного обеспечения SPSS 25.

Результаты

В табл. 1 представлены социодемографические характеристики выборки, данные о выраженности симптомов ПТСР и ПРД, а также информация о диагностированных ранее проблемах с ментальным и эмоциональным здоровьем, о текущих трудностях и опыте обращения за помощью.

Выборка состоит в основном из женщин с высшим образованием, проживающих в городах и состоящих в зарегистрированном браке.

Таблица 1

Характеристики выборки

Характеристики		Участницы исследования (n = 2574)		
		Mean/N	SD/%	Range
Возраст		31,03	4,29	18–46
Образование	Начальное	44	1,7%	
	Среднее	184	7,1%	
	Высшее	2346	91,1%	
Семейное положение	Замужем	2361	91,7%	
	Гражданский брак	131	5,1%	
	Нет партнера	20	0,8%	
	В разводе	31	1,2%	
	Есть партнер, но без со- вместного проживания	20	0,8%	
Время, которое прошло с момента родов		5,48	3,52	0–12
Место жительства	Регион РФ	1697	65,9%	
	Москва	588	22,8%	
	Санкт-Петербург	289	11,2%	
Количество детей	1	1625	63,1%	
	2	699	27,2%	
	3+	250	9,7%	
Шкала ПТСР		15,8	10,08	0–53
Шкала послеродовой депрессии		9,09	6,15	0–30
Экономический статус	Низкий	262	10,2%	
	Средний	1704	66,2%	
	Высокий	608	23,6%	
Диагностированные ранее проблемы с эмоциональ- ным или ментальным здоровьем	Нет	2050	79,6%	
	Не известно	277	10,8%	
	Да	247	9,6%	
Проблемы с эмоциональ- ным или ментальным здоровьем сейчас	Нет	1375	53,4%	
	Не известно	591	23,0%	
	Да	608	23,6%	
Обращение за помощью в связи с психологиче- скими трудностями или проблемами ментального здоровья	Не было трудностей	968	37,6%	
	Обращалась в прошлом	441	17,1%	
	В настоящее время	171	6,6%	
	Нет, не обращалась	994	38,6%	

Характеристики		Участницы исследования (n = 2574)		
		Mean/N	SD/%	Range
Форма получаемой сейчас помощи	Психологическая помощь или психотерапия	140	5,4%	
	Фармакологическое лечение	18	0,7%	
	Оба варианта	16	0,6%	
	Не получают сейчас помощь	2400	93,2%	

Примечание: в зависимости от шкалы, в которой измерялись представленные в таблице данные, в таблице указаны либо численность в абсолютных и относительных величинах (обычный шрифт), либо значения среднего и стандартного отклонения (выделено курсивом).

Текущие симптомы ПРД и ПТСР, ранее диагностированные трудности и обращение за помощью

Ранее диагностированные проблемы с ментальным и эмоциональным здоровьем значимо связаны с уровнем выраженности симптомов ПРД ($F = 74,348$, $\eta^2 = 0,055$, $p < 0,001$) и симптомов ПТСР ($F = 57,718$, $\eta^2 = 0,043$, $p < 0,001$), выявленных по шкалам опросников. Наиболее низкие средние показатели текущих симптомов ПРД и ПТСР выявлены у женщин, у которых ранее не были диагностированы проблемы с ментальным и эмоциональным здоровьем (табл. 2).

Выраженные симптомы ПРД (11 и более баллов по шкале) обнаружены у 37,5% ($N = 964$ чел.) выборки, из них только 11% ($N = 106$ чел.) получали хотя бы один вид помощи на момент проведения исследования. По критериям ПТСР проходят 5,9% ($N = 151$ чел.) женщин из выборки, из них получают помощь в момент проведения опроса 9,3% ($N = 14$ чел.).

Также обнаружены статистически значимые различия в показателях текущих симптомов ПРД и ПТСР между теми, кто подтвердил наличие диагностированных проблем, и теми, кто не знает ответа. Количество положительных ответов на вопросы о том, испытывает ли респондентка трудности с эмоциональным и ментальным здоровьем в настоящее время, прямо связано с уровнем выраженности симптомов ПРД ($F = 594,650$, $\eta^2 = 0,316$, $p < 0,001$) и симптомов ПТСР, выявленных по шкалам опросников ($F = 473,526$, $\eta^2 = 0,269$, $p < 0,001$). Обращение за помощью в связи с психологическими трудностями или проблемами ментального здоровья в настоящем положительно связано с уровнем выраженности симптомов ПРД ($F = 130,834$, $\eta^2 = 0,132$, $p < 0,001$) и симптомов ПТСР, выявленных по шкалам опросников

Таблица 2

Средние значения показателей послеродовой депрессии и послеродового ПТСР для анализируемых переменных

Переменные		Средние значения ПРД (диапазон 0–30)		Средние значения ПТСР (диапазон 0–53)	
		М	SD	М	SD
Диагностированные ранее проблемы с эмоциональным или ментальным здоровьем	Нет	8,36	5,86	14,77	9,77
	Не известно	11,70	6,06	19,04	10,29
	Да	12,17	6,87	20,79	10,21
Проблемы с эмоциональным или ментальным здоровьем в настоящее время	Нет	6,05	4,57	11,1	8,06
	Не известно	10,81	5,20	19,04	8,82
	Да	14,28	6,01	23,27	9,62
Обращение за помощью в связи с психологическими трудностями или проблемами ментального здоровья	Не было трудностей	6,25	4,83	11,25	8,31
	Обращалась в прошлом	10,4	6,33	18,53	9,93
	В настоящее время	12,19	6,34	20,90	10,55
	Нет, не обращалась	10,73	6,14	18,15	10,01
Форма получаемой сейчас помощи	Психологическая помощь или психотерапия	11,42	5,78	19,48	9,8
	Фармакологическое лечение	14,56	8,19	25,56	11,17
	Оба варианта	16,13	6,9	28,06	11,64
	Не получаю сейчас помощь	8,86	6,08	15,43	9,96

($F = 124,442$, $\eta^2 = 0,127$, $p < 0,001$). Сравнение происходило между четырьмя группами респонденток: у кого не было трудностей, кто обращалась в прошлом, обращается в настоящее время, не обращалась за помощью.

Форма получаемой сейчас помощи связана с уровнем выраженности симптомов ПРД ($F = 19,936$, $\eta^2 = 0,023$, $p < 0,001$) и симптомов ПТСР, выявленных по шкалам опросников ($F = 21,245$, $\eta^2 = 0,024$, $p < 0,001$). Участницы исследования с наиболее высокими баллами ПРД и ПТСР получают как фармакологическую, так и психологическую помощь (табл. 2).

Актуальные и ранее диагностированные ментальные трудности и социоэкономические факторы

Диагностированные ранее проблемы с эмоциональным или ментальным здоровьем связаны с образованием женщин (Pearson Chi-square = 32,3, $p < 0,001$). Среди женщин с высшим образованием было диагностировано меньше трудностей с эмоциональным или ментальным здоровьем. Наличие проблем с эмоциональным и ментальным здоровьем в настоящее время также связано с образованием женщин (Pearson Chi-square = 10,7, $p = 0,031$). Меньше проблем в настоящее время испытывают женщины с высшим образованием.

Диагностированные ранее проблемы с эмоциональным или ментальным здоровьем связаны с местом жительства (Москва/Санкт-Петербург/Регионы РФ) (Pearson Chi-square = 16,7, $p = 0,002$): чаще встречается диагноз в сфере эмоционального и ментального здоровья у женщин в Москве и Санкт-Петербурге. Однако не обнаружено связи между ответом о наличии проблем с эмоциональным и ментальным здоровьем в настоящее время и местом проживания женщин (Москва/ Санкт-Петербург/Регионы РФ) (Pearson Chi-square = 4,7, $p = 0,317$).

Наличие в прошлом диагноза в ментальной и эмоциональной сфере связаны с уровнем дохода женщин (Pearson Chi-square = 22,5, $p < 0,001$). Женщины с доходом ниже среднего реже отвечали отрицательно о наличии диагноза. Женщины со средним уровнем дохода чаще склонялись к ответу «Я не знаю». Женщины с уровнем дохода выше среднего реже отвечали «Я не знаю». Наличие проблем с эмоциональным и ментальным здоровьем в настоящее время также связано с уровнем дохода женщин (Pearson Chi-square = 35,0, $p < 0,001$). Меньше проблем в настоящее время испытывают женщины со средним и высоким уровнем дохода.

Не обнаружено связи между статусом отношений и диагностированными ранее проблемами с эмоциональным или ментальным здоровьем (Pearson Chi-square = 11,58, $p = 0,171$). Однако наличие проблем с эмоциональным и ментальным здоровьем в настоящее время связано со статусом отношений женщин (Pearson Chi-square = 28,6, $p < 0,001$). Меньше проблем в настоящее время испытывают женщины, находящиеся в официальном или гражданском браке.

Обращение за помощью, форма помощи и социоэкономические факторы

Обращение за помощью в связи с психологическими трудностями или проблемами ментального здоровья связано с образованием женщин (Pearson Chi-square = 14,7, $p = 0,022$). Женщины, имеющие средне-специальное образование, чаще отвечали, что не обращались за помощью и реже отвечали, что у них не было трудностей. Форма помощи не связана с образованием женщин (Pearson Chi-square = 6,957, $p = 0,138$): нет различий

между женщинами с различным уровнем образования в выборе формы помощи (психологической, фармакологической или обеими вариантами).

Обращение за помощью в связи с психологическими трудностями или проблемами ментального здоровья связано с местом проживания (Москва/Санкт-Петербург/Регионы РФ) (Pearson Chi-square = 23,8, $p = 0,001$). Женщины в регионах чаще отвечали, что не испытывали трудностей или не обращалась за помощью. Форма помощи связана с местом проживания (Москва/Санкт-Петербург/Регионы РФ) (Pearson Chi-square = 10,6, $p = 0,031$). Женщины в Москве реже обращаются за психологической помощью и чаще за фармакологической, женщины в регионах чаще обращаются за психологической помощью.

Обращение за помощью в связи с психологическими трудностями или проблемами ментального здоровья связано с уровнем дохода женщин (Pearson Chi-square = 31,6, $p < 0,001$). Женщины с уровнем дохода ниже среднего реже отвечают, что не было трудностей, и чаще, что они не обращались за помощью. У женщин со средним доходом чаще не было трудностей в прошлом. Женщины с доходом выше среднего чаще обращаются за помощью. Не обнаружено связи между формой помощи и уровнем дохода женщины (Pearson Chi-square = 5,7, $p = 0,225$).

Не обнаружено связи между обращением за помощью в связи с психологическими трудностями или проблемами ментального здоровья и статусом отношений (Pearson Chi-square = 14,9, $p = 0,250$).

Обсуждение

Целью данной работы было изучение социоэкономических факторов и их связь с доступом к профессиональной помощи у женщин (фармакологической и психологической) в прошлом и настоящем, а также связь между формой получения помощи и выраженностью симптомов ПРД и ПТСР после родов.

В данной работе оценивались такие переменные, как симптомы ПТСР и ПРД, обращение за профессиональной помощью в связи с психическими и эмоциональными трудностями, ранее диагностированные проблемы с ментальным и эмоциональным здоровьем, трудности с эмоциональным и ментальным здоровьем в настоящее время, форма получаемой сейчас помощи, образование женщин, место жительства, уровень дохода женщин, семейное положение.

Диагностированные проблемы в прошлом и сейчас

Результаты проведенного исследования показывают, что женщины, которые в прошлом сталкивались с какими-либо психическими про-

блемами, демонстрируют более выраженные симптомы ПРД и ПТСР в настоящем. Данные предыдущих исследований подтверждают, что ментальные проблемы в прошлом могут коррелировать с послеродовыми психическими трудностями [10]. Это показывает необходимость информирования медиков, помогающих практиков и будущих мам о необходимости терапии ментальных трудностей в целях профилактики послеродовых расстройств.

Полученные результаты иллюстрируют, что лишь небольшой процент женщин с выраженными симптомами ПРД и ПТСР обращаются за психологической или фармакологической помощью. Данные раскрывают потенциальные социоэкономические причины этого явления.

Так, данные нашего исследования показывают, что наличие высшего образования связано с отсутствием диагноза в сфере психического здоровья в прошлом и на момент прохождения исследования, а более низкий уровень дохода связан с наличием диагноза в сфере психического здоровья в прошлом и на момент прохождения исследования. Это подтверждают результаты наших предыдущих работ [3], а также результаты других авторов [26]. Вероятно, что самообразование играет важную роль в профилактике психических заболеваний — для этого важны навык поиска достоверной информации и доступ к качественной медицинской и психологической помощи. При этом важно отметить, что психологическое просвещение и информирование — это задача специалистов: врачей, психологов и социальных работников.

Такие факторы, как низкий экономический статус и низкий уровень образования, связаны с тем, что женщины не обращаются за медицинской помощью, хотя отмечают, что трудности есть. Есть исследования, которые связывают уровень образования с ментальными расстройствами: люди с высшим образованием в целом более информированными, у них развита рефлексия, они могут сопоставить симптомы, проанализировать и найти помощь. Женщины с низким экономическим статусом имеют меньше доступа к бытовому комфорту и помощи с ребенком, что, в свою очередь, связано с частотой возникновения ментальных проблем [28].

В Санкт-Петербурге и Москве женщины лучше обследованы и чаще имеют диагноз в сфере психического расстройства по сравнению с жительницами других регионов. Можно предположить, что специалисты, которые работают с женщинами до родов и после родов (акушеры-гинекологи, педиатры) стали более информированы в вопросах послеродовых расстройств. Послеродовые расстройства являются стигматизированными [26] в российском обществе, что затрудняет для женщин обращение за помощью. Например, женщины могут не сообщать о симптомах послеродового расстройства из-за страха, что их посчитают плохими матерями [9]. Наше исследование показывает, что обращение за профессиональной помощью связано с местом проживания. Напри-

мер, женщины из Москвы и Санкт-Петербурга чаще обращаются за помощью, а в регионах женщины чаще отмечают, что у них не было ментальных и эмоциональных трудностей или что они не обращались за помощью. К сожалению, в России остро стоит вопрос доступа к профессиональной помощи в случае послеродовых психических трудностей. И если в Москве и Санкт-Петербурге у женщин есть доступ к специалистам, информированным о послеродовых проблемах, то в регионах женщины могут даже не знать о том, что их проблемы могут быть решены.

Женщины, состоящие в браке на момент прохождения исследования, реже сталкивались с психическими трудностями. Можно предположить, что партнеры чаще включаются в уход за ребенком и оказывают социальную поддержку своей супруге. Есть данные, что чем более партнер включен в поддержку жене и информирован о возможных проблемах, тем быстрее наступает выздоровление [21].

Обращение за помощью и форма помощи

Согласно полученным результатам, чем интенсивнее проявляются симптомы ПРД и ПТСР, тем чаще женщина обращается за профессиональной помощью. Вероятно, когда на симптомы заболевания невозможно не обращать внимания, то женщины стремятся к тому, чтобы получить помощь специалиста. Но при этом женщины, имеющие средние показатели выраженности ПРД и ПТСР, остаются без какой-либо помощи. Во-первых, часто такие состояния женщины, как недостаток сна, усталость, волнение за ребенка презентуются в культуре как нормальные послеродовые состояния, в связи с чем женщине может быть сложно распознать самостоятельно симптомы ПРД. Во-вторых, женщины после родов неохотно сообщают о симптомах и обращаются за лечением, и лишь около одной трети фактически получают профессиональную помощь [25]. Наличие скрининга на ПРД решило бы эту проблему. В таких странах, как США, Новая Зеландия, Канада, Великобритания и Австралия, скрининг на ПРД введен в систему здравоохранения [26]. В России такой скрининг отсутствует. Таким образом, отсутствие информирования женщин и их партнеров о послеродовых проблемах, завышенные общественные ожидания о родах, как об исключительно радостном событии, а также отсутствие скрининга на ПРД делает получение профессиональной помощи практически невозможным.

Форма помощи, которую получают женщины, связана с уровнем выраженности симптомов. Кривая распределения показывает такую закономерность: если симптомы ПРД и ПТСР очень выражены, то женщина получает и фармакотерапию, и психотерапию; если симптомы ПРД и ПТСР выражены средне, то женщина получает фармакотерапию; если выраженность симптомов ПРД и ПТСР низкая, то женщина получает психотера-

пию. В силу нежелательности фармакотерапии в послеродовом периоде терапией выбора в случае послеродовых расстройств является психотерапия. В случае, когда психотерапия не показала положительных результатов, применяется медикаментозное лечение. Согласно результатам настоящего исследования, женщины чаще получают медикаментозное лечение по сравнению с психотерапией. В этом случае логично предположить, что вследствие побочных эффектов фармакотерапии женщины могут получать врачебную рекомендацию завершать лактацию, что, в свою очередь, может вызывать еще большее снижение настроения [12]. Несмотря на то, что психотерапия является терапией выбора в случае послеродовых трудностей, как метод с отсутствием побочных явлений для младенца, женщины, у которых отсутствует информация о том, что психотерапия эффективна, могут не получать более безопасную помощь.

Преимущества и ограничения исследования

Это первое исследование, проведенное на российской выборке, которое изучает проблему доступа к профессиональной помощи у женщин после родов. Исследование затрагивает социально значимые аспекты, а также ставит перед исследователями новые задачи, например, о необходимости изучения того, как помогающие специалисты, такие как доулы и консультанты по грудному вскармливанию, могут вносить свой вклад в психологическое просвещение матерей.

Ограничениями данного исследования является то, что анализ производится на данных самоотчетов, а не медицинских заключений. А также то, что участницами исследования стали в основном жители крупных городов.

Заключение

В России остро стоит вопрос информирования о послеродовых расстройствах настроения, их диагностики, а также проблема доступа к профессиональной помощи. Женщины, имеющие психические трудности, редко обращаются за медицинской помощью. Доступ к психологической и фармакологической помощи и информация о том, что таковые возможны, является важным звеном в цепи лечения послеродовых расстройств, в частности послеродовой депрессии и послеродового ПТСР. Такие социально-экономические факторы, как высшее образование, более высокий экономический статус, проживание в Москве и Санкт-Петербурге являются протективными факторами в отношении послеродовой депрессии и послеродового ПТСР, а также связаны с более высокой вероятностью получения психологической и фармакологической помощи в случае возникновения проблем с психическим здоровьем.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Ожиганова А.А.* «Сознательные» родители и пациенты: что изучают на курсах подготовки к родам // Журнал исследований социальной политики. 2022. № 2. С. 229—246. DOI:17323/727-0634-2022-20-2-229-246
2. *Якупова В.А.* Диагностика ПТСР после родов. Адаптация шкалы послеродового ПТСР на российской выборке // Вестник практической психологии. 2020. № 2. С. 110—116.
3. *Якупова В.А., Суарэз А.Д., Шрайбман Л.А.* Социально-экономические факторы риска развития послеродовой депрессии // Российский психологический журнал. 2023. Том 20. № 1. С. 182—201. DOI:10.21702/грj.2023.1.12
4. Депрессивный эпизод. Рекуррентное депрессивное расстройство. Клинические рекомендации. Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава России. 2021. [Электронный ресурс]. URL: <https://fzakon.ru/dokumenty-ministerstv-i-vedomstv/klinicheskie-rekomendatsii-depressivnyy-epizod,-rekurrentnoe-depressivnoe-rasstroystvo/> (дата обращения: 21.08.2023).
5. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 апреля 2007 года № 307 «О стандарте диспансерного (профилактического) наблюдения ребенка в течение первого года жизни» [Электронный ресурс]. URL: <https://www.medkirov.ru/docs/id/3296EF> (дата обращения: 21.08.2023).
6. The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion no. 630. Screening for perinatal depression // *Obstet Gynecol.* 2015. № 125(5). P. 1268—1271. DOI:10.1097/01.AOG.0000465192.34779.dc
7. *Ayers S., Eagle A., Waring H.* The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: a qualitative study // *Psychol Health Med.* 2006. № 11(4). P. 389—398. DOI:10.1080/13548500600708409
8. *Ayers S., Wright D. B., Thornton A.* Development of a measure of postpartum PTSD: The city birth trauma scale // *Front Psychiatry.* 2018. № 9. P. 1—8. DOI:10.3389/fpsy.2018.00409
9. *Beck C.T.* Postpartum depression: a metasynthesis // *Qual Health Res.* 2002. № 12(4). P. 453—472. DOI:10.1177/104973202129120016
10. *Caron J., Liu A.* A descriptive study of the prevalence of psychological distress and mental disorders in the Canadian population: comparison between low-income and non-low-income populations // *Chronic Dis Can.* 2010. № 30(3). P. 84—94.
11. *Cox J.L., Holden J.M., Sagovsky R.* Detection of Postnatal Depression: Development of the 10—item Edinburgh Postnatal Depression scale // *The British Journal of Psychiatry.* 1987. № 150. P. 782—786. DOI:10.1192/bjp.150.6.782
12. *Coates A.O., Schaefer C.A., Alexander J.L.* Detection of postpartum depression and anxiety in a large health plan // *J Behav Health Serv Res.* 2004. № 31(2). P.117—133. DOI:10.1007/BF02287376
13. *Cuijpers P., Brännmärk J.G., van Straten A.* Psychological treatment of postpartum depression: a meta-analysis // *J Clin Psychol.* 2008. № 64(1). P. 103—118. DOI:10.1002/jclp.20432
14. *Dickmen-Yildiz P., Ayers S., Phillips L.* Longitudinal trajectories of post—traumatic stress disorder (PTSD) after birth and associated risk factors // *Journal of Affective Disorders.* 2018. № 229. P. 377—385. DOI:10.1016/j.jad.2017.12.074

15. *Dicmen-Yildiz P., Ayers S., Phillips L.* The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis // *Journal of Affective Disorders*. 2017. № 208. P. 634—645. DOI:10.1016/j.jad.2016.10.009
16. *Freedman S.A., Reshef S., Weiniger C.F.* Post—traumatic stress disorder and postpartum depression and their reported association with recent labor and delivery: a questionnaire survey cohort // *International Journal of Obstetric Anesthesia*. 2020. № 43. P. 18—247. DOI:10.1016/j.ijoa.2020.04.009
17. *Gaillard A., Le Strat Y., Mandelbrot L.* Predictors of postpartum depression: prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum // *Psychiatry Res*. 2014. № 215(2). P. 341—346. DOI:10.1016/j.psychres
18. *Howard L.M., Molyneaux E., Dennis C.L.* Non-psychotic mental disorders in the perinatal period // *Lancet*. 2014. № 384. P. 1775—1788. DOI:10.1016/S0140-6736(14)61276-9
19. *Kondirolli F., Sunder N.* Mental health effects of education // *Health Economics*. 2022. № 2. P. 22—39. DOI:10.1002/hec.4565
20. *Larsen E.R., Damkier P., Pedersen L.H.* Use of psychotropic drugs during pregnancy and breast-feeding [Электронный ресурс] // *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2015. № 445. P. 1—28. DOI:10.1111/acps.12479
21. *Mayers A., Hambidge S., Bryant O.* Supporting women who develop poor postnatal mental health: what support do fathers receive to support their partner and their own mental health? // *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020. № 22. DOI:10.1186/s12884-020-03043-2
22. *Norhayati M.N., Hazlina N.H., Asrenee A.R.* Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review // *J Affect Disord*. 2015. № 175 P. 34—52. DOI:10.1016/j.jad.2014.12.041
23. *O'Hara M.W., Wisner K.L.*, Perinatal mental illness: definition, description and aetiology // *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014. № 28(1). P. 3—12. DOI:10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002
24. *O'Hara M.W., McCabe J.E.* Postpartum depression: current status and future directions // *Annu Rev Clin Psychol*. 2013. № 9. P. 379—407. DOI:10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612
25. *Pope C.J., Mazmanian D.* Breastfeeding and Postpartum Depression: An Overview and Methodological Recommendations for Future Research [Электронный ресурс] // *Depress Res Treat*. 2016. № 2016. e4765310. DOI:10.1155/2016/4765310
26. *Ramchandani P.G., Psychogiou L., Vlachos H.* Paternal depression: an examination of its links with father, child and family functioning in the postnatal period // *Depress Anxiety*. 2011. № 28(6). P. 471—477. DOI:10.1002/da.20814
27. *Räisänen S., Lehto S.M., Nielsen H.S.* Fear of childbirth predicts postpartum depression: a population-based analysis of 511 422 singleton births in Finland [Электронный ресурс] // *BMJ Open*. 2013. № 28. DOI:10.1136/bmjopen-2013-004047
28. *Rockicki S., McGovern M., Von Jaglinsky A.* Depression in the Postpartum Year and Life Course Economic Trajectories // *American Journal of Preventive Medicine*. 2022. № 62(2). P. 165—173. DOI:10.1016/j.amepre.2021.08.011
29. *Shorey S., Chee CYI., Ng ED.* Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis // *J Psychiatr Res*. 2018. № 104. P. 235—248. DOI:10.1016/j.jpsychires

30. Stuart S., Koleva H. Psychological treatments for perinatal depression // *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2014. № 28(1). P. 61–70. DOI:10.1016/j.bpobgyn.2013.09.004
31. Van der Zee-van den Berg A.I., Boere-Boonekamp M.M., Groothuis-Oudshoorn C.G.M. Post-up study: postpartum depression screening in well-child care and maternal outcomes [Электронный ресурс] // *Pediatrics.* 2017. № 140 (4). DOI:10.1542/peds.2017-0110
32. Vesga-López O., Blanco C., Keyes K. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States // *Arch Gen Psychiatry.* 2008. № 65(7). P. 805–815. DOI:10.1001/archpsyc.65.7.805
33. Yakupova V.A., Suarez A.D. Postpartum PTSD and birth experience in Russian-speaking women // *Midwifery.* 2022. № 112. e103385. DOI:10.1016/j.midw.2022.103385
34. Yakupova V.A., Suarez A.D., Kharchenko A.A. Birth Experience, Postpartum PTSD and Depression before and during the Pandemic of COVID-19 in Russia [Электронный ресурс] // *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2022. № 19. DOI:10.3390/ijerph19010335
35. Yakupova V.A. Validation Of Edinburgh Postnatal Depression Scale In A Sample Of Russian Mothers // *European Proceedings of Social and Behavioural Sciences.* 2018. № 43. P. 676–679. DOI:10.15405/epsbs.2018.07.89
36. Yonkers K.A., Vigod S., Ross L.E. Diagnosis, pathophysiology, and management of mood disorders in pregnant and postpartum women // *Obstet Gynecol.* 2011. № 117(4). P. 961–977. DOI:10.1097/AOG.0b013e31821187a7

REFERENCES

1. Ozhiganova A.A. «Soznatel'nye» roditeli i pacienty: chto izuchayut na kursah podgotovki k rodam. *Zhurnal Issledovaniy Social'noj Politiki*, 2022, № 2, pp. 229–246. DOI:17323/727-0634-2022-20-2-229-246
2. Yakupova V.A. Diagnostika PTSR posle rodov. Adaptaciya shkaly poslerodovogo PTSR na rossijskoj vyborke. *Vestnik prakticheskoy psihologii*, 2020, № 2, pp. 110–16.
3. Yakupova V.A., Suarez A.D., SHrajbman L.A. Social'no-ekonomicheskie faktory riska razvitiya poslerodovoj depressii. *Rossijskij psihologicheskij zhurnal*, 2023, vol. 20, № 1, pp. 182–201. DOI:10.21702/rpj.2023.1.12
4. Depressivnyj epizod. Rekurrentnoe depressivnoe rasstrojstvo. Klinicheskie rekomendacii. Odobreno Nauchno-prakticheskim Sovetom Minzdrava Rossii [Elektronnyj resurs]. URL: <https://fzakon.ru/dokumenty-ministerstv-i-vedomstv/klinicheskie-rekomendatsii-depressivnyy-epizod,-rekurrentnoe-depressivnoe-rasstrojstvo/> (Accessed 21.08.2023).
5. Prikaz Ministerstva zdravoohraneniya i social'nogo razvitiya Rossijskoj Federacii ot 28 aprelya 2007 goda N 307 «O standarte dispansernogo (profilakticheskogo) nablyudeniya rebenka v techenie pervogo goda zhizni» [Elektronnyj resurs]. URL: <https://www.medkirov.ru/docs/id/3296EF> (Accessed 21.08.2023).
6. The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion no. 630. Screening for perinatal depression. *Obstet Gynecol*, 2015, № 125 (5), pp. 1268–1271. DOI:10.1097/01.AOG.0000465192.34779.dc

7. Ayers S., Eagle A., Waring H. The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: a qualitative study. *Psychol Health Med*, 2006, № 11 (4), pp. 389—398. DOI:10.1080/13548500600708409
8. Ayers S., Wright D. B., Thornton A. Development of a measure of postpartum PTSD: The city birth trauma scale. *Front Psychiatry*, 2018, № 9, pp. 1—8. DOI:10.3389/fpsy.2018.00409
9. Beck C.T. Postpartum depression: a metasynthesis. *Qual Health Res*, 2002, № 12(4), pp. 453—472. DOI:10.1177/104973202129120016
10. Caron J., Liu A. A descriptive study of the prevalence of psychological distress and mental disorders in the Canadian population: comparison between low-income and non-low-income populations. *Chronic Dis Can*, 2010, № 30(3), pp. 84—94.
11. Cox J.L., Holden J.M., Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression: Development of the 10—item Edinburgh Postnatal Depression scale. *The British Journal of Psychiatry*, 1987, № 150, pp. 782—786. DOI:10.1192/bjp.150.6.782
12. Coates A.O., Schaefer C.A., Alexander J.L. Detection of postpartum depression and anxiety in a large health plan. *J Behav Health Serv Res*, 2004, № 31(2), pp. 117—133. DOI:10.1007/BF02287376
13. Cuijpers P., Brännmärk J.G., van Straten A. Psychological treatment of postpartum depression: a meta-analysis. *J Clin Psychol*, 2008, № 64(1), pp. 103—118. DOI:10.1002/jclp.20432
14. Dickmen-Yildiz P., Ayers S., Phillips L. Longitudinal trajectories of post—traumatic stress disorder (PTSD) after birth and associated risk factors. *Journal of Affective Disorders*, 2018, № 229, pp. 377—385. DOI:10.1016/j.jad.2017.12.074
15. Dicmen-Yildiz P., Ayers S., Phillips L. The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 2017, № 208, pp. 634—645. DOI:10.1016/j.jad.2016.10.009
16. Freedman S.A., Reshef S., Weiniger C.F. Post—traumatic stress disorder and postpartum depression and their reported association with recent labor and delivery: a questionnaire survey cohort. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 2020, № 43, pp. 18—247. DOI:10.1016/j.ijoa.2020.04.009
17. Gaillard A., Le Strat Y., Mandelbrot L. Predictors of postpartum depression: prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum. *Psychiatry Res*, 2014, № 215(2), pp. 341—346. DOI:10.1016/j.psychres
18. Howard L.M., Molyneaux E., Dennis C.L. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet*, 2014, № 384, pp. 1775—1788. DOI:10.1016/S0140-6736(14)61276-9
19. Kondirolli F., Sunder N. Mental health effects of education. *Health Economics*, 2022, № 2, pp. 22—39. DOI:10.1002/hec.4565
20. Larsen E.R., Damkier P., Pedersen L.H. Use of psychotropic drugs during pregnancy and breast-feeding [Электронный ресурс]. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 2015, № 445, pp. 1—28. DOI:10.1111/acps.12479
21. Mayers A., Hambidge S., Bryant O. Supporting women who develop poor postnatal mental health: what support do fathers receive to support their partner and their own mental health? *BMC Pregnancy Childbirth*, 2020, № 22. DOI:10.1186/s12884-020-03043-2

22. Norhayati M.N., Hazlina N.H., Asrenee A.R. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *J Affect Disord*, 2015, № 175, pp. 34—52. DOI:10.1016/j.jad.2014.12.041
23. O'Hara M.W., Wisner K.L., Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 2014, № 28(1), pp. 3—12. DOI:10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002
24. O'Hara M.W., McCabe J.E. Postpartum depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol*, 2013, № 9, pp. 379—407. DOI:10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612
25. Pope C.J., Mazmanian D. Breastfeeding and Postpartum Depression: An Overview and Methodological Recommendations for Future Research [Электронный ресурс]. *Depress Res Treat*, 2016, № 2016, e4765310. DOI:10.1155/2016/4765310
26. Ramchandani P.G., Psychogiou L., Vlachos H. Paternal depression: an examination of its links with father, child and family functioning in the postnatal period. *Depress Anxiety*, 2011, № 28(6), pp. 471—477. DOI:10.1002/da.20814
27. Räisänen S., Lehto S.M., Nielsen H.S. Fear of childbirth predicts postpartum depression: a population-based analysis of 511 422 singleton births in Finland [Электронный ресурс]. *BMJ Open*, 2013, № 28. DOI:10.1136/bmjopen-2013-004047
28. Rokicki S., McGovern M., Von Jaglinsky A. Depression in the Postpartum Year and Life Course Economic Trajectories. *American Journal of Preventive Medicine*, 2022, № 62(2), pp. 165—173. DOI:10.1016/j.amepre.2021.08.011
29. Shorey S., Chee CYI., Ng ED. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res*, 2018, № 104, pp. 235—248. DOI:10.1016/j.jpsychires
30. Stuart S., Koleva H. Psychological treatments for perinatal depression. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 2014, № 28(1), pp. 61—70. DOI:10.1016/j.bpobgyn.2013.09.004
31. Van der Zee-van den Berg A.I., Boere-Boonekamp M.M., Groothuis-Oudshoorn C.G.M. Post-up study: postpartum depression screening in well-child care and maternal outcomes [Электронный ресурс]. *Pediatrics*, 2017, № 140 (4). DOI:10.1542/peds.2017-0110
32. Vesga-López O., Blanco C., Keyes K. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Arch Gen Psychiatry*, 2008, № 65(7), pp. 805—815. DOI:10.1001/archpsyc.65.7.805
33. Yakupova V.A., Suarez A.D. Postpartum PTSD and birth experience in Russian-speaking women. *Midwifery*, 2022, № 112, e103385. DOI:10.1016/j.midw.2022.103385
34. Yakupova V.A., Suarez A.D., Kharchenko A.A. Birth Experience, Postpartum PTSD and Depression before and during the Pandemic of COVID—19 in Russia [Электронный ресурс]. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2022, № 19. DOI:10.3390/ijerph19010335
35. Yakupova V.A. Validation Of Edinburgh Postnatal Depression Scale In A Sample Of Russian Mothers. *European Proceedings of Social and Behavioural Sciences*, 2018, № 43, pp. 676—679. DOI:10.15405/epsbs.2018.07.89

36. Yonkers K.A., Vigod S., Ross L.E. Diagnosis, pathophysiology, and management of mood disorders in pregnant and postpartum women. *Obstet Gynecol*, 2011, № 117(4), pp. 961—977. DOI:10.1097/AOG.0b013e31821187a7

Информация об авторах

Харченко Анна Андреевна, аспирант факультета психологии, Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова (ФГБОУ ВО «МГУ имени М.В. Ломоносова»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-4002-3722>, e-mail: an.an.kharchenko@gmail.com

Юрьева Виктория Сергеевна, психолог, Ассоциация специалистов в сфере контекстуально-поведенческой науки (АКПН), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-5059-5547>, e-mail: ikoritza@gmail.com

Якупова Вера Анатольевна, кандидат психологических наук, научный сотрудник факультета психологии, Московский Государственный университет имени М.В. Ломоносова (ФГБОУ ВО «МГУ имени М.В. Ломоносова»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9472-8283>, e-mail: vera.a.romanova@gmail.com

Суарез Анна Дмитриевна, кандидат психологических наук, научный сотрудник факультета психологии, Московский Государственный университет имени М.В. Ломоносова (ФГБОУ ВО «МГУ имени М.В. Ломоносова»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5935-2498>, e-mail: anna.suarez.fig@gmail.com

Information about the authors

Anna A. Kharchenko, PhD student, Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University (MSU), Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-4002-3722> e-mail: an.an.kharchenko@gmail.com

Victoria S. Yurieva, Psychologist, Association of Specialists in the Field of Contextual Behavioral Science (ACPN), Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-5059-5547>, e-mail: ikoritza@gmail.com

Vera A. Yakupova, PhD in Psychology, Researcher, Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University (MSU), Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9472-8283>, e-mail: vera.a.romanova@gmail.com

Anna D. Suarez, PhD in Psychology, Researcher, Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University (MSU), Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5935-2498>, e-mail: anna.suarez.fig@gmail.com

Получена 22.08.2023

Received 22.08.2023

Принята в печать 26.06.2024

Accepted 26.06.2024

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МАТЕРЕЙ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫМИ МОЗГОВЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ, НАХОДЯЩИХСЯ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Н.В. АНДРУЩЕНКО

Санкт-Петербургский государственный университет
(ФГБОУ ВО СПбГУ),
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация,
Северо-Западный государственный медицинский университет
(ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России),
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1301-1668>,
e-mail: natvladandr@gmail.com

Р.Ж. МУХАМЕДРАХИМОВ

Санкт-Петербургский государственный университет
(ФГБОУ ВО СПбГУ),
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3532-5019>,
e-mail: rjm@list.ru

Е.Ю. КРЮКОВ

Северо-Западный государственный медицинский университет
(ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России),
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0746-5826>,
e-mail: e.krukov@mail.ru

Цель: работа направлена на исследование связи особенностей эмоционального состояния и выраженностью стресса у матерей, посещающих в отделении реанимации и интенсивной терапии своих недоношенных детей, с показателями состояния здоровья младенцев, видом их лечения и с социально-демографическими показателями семьи ребенка. **Выборка.** В исследование включены 77 матерей преждевременно родившихся детей (средний возраст матерей — $32,1 \pm 4,7$ лет; гестационный возраст — $28,3 \pm 3,1$ недель; средний вес детей при рождении — 1186 ± 499 г., среди детей было 40 мальчиков и 37 девочек). **Методы.** Для достижения цели исследования в работе использованы методики оценки депрессивных переживаний (BDI-II; Beck et al., 1996) и тревожности (Spielberger et al., 1983), шкала родительского стресса (Miles, 1987) и Гейдельбергская шкала семейного стресса (Sidor et al., 2007). **Результаты и выводы.** 69,2% матерей отмечают у себя высокий уровень депрессивных переживаний, 29,3% — умеренный и 1,5% — низкий. Высокие и умеренные значения реактивной тревожности обнаружены соответственно у 63,5% и 33% матерей. Высокие и умеренные показатели личностной тревожности характерны соответственно для 42% и 52% респондентов. Около 88% матерей в качестве источника стресса называют чувство беспомощности, вызванное отсутствием возможности защитить ребенка от болезненных процедур или дефицитом знаний о том, как помочь ребенку в этот период его жизни. Показано, что характеристики эмоционального состояния и различные виды семейного стресса у матерей связаны с социально-демографическими характеристиками семьи, однако значимо не связаны с показателями состояния здоровья новорожденных и видом их лечения.

Ключевые слова: недоношенные младенцы, внутрижелудочковое кровоизлияние, родители, эмоциональное состояние, депрессия, тревожность, стресс, ранняя помощь, психическое здоровье.

Финансирование. Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ) в рамках научного проекта № 18-013-01183.

Благодарности. Авторы благодарят за помощь в сборе данных для исследования сотрудников Детского городского многопрофильного клинического специализированного центра высоких медицинских технологий, г. Санкт-Петербург, Россия.

Для цитаты: Андрущенко Н.В., Мухамедрахимов Р., Крюков Е.Ю. Эмоциональное состояние матерей недоношенных новорожденных детей с внутрижелудочковыми мозговыми кровоизлияниями, находящихся в отделении реанимации и интенсивной терапии // Консультативная психология и психотерапия. 2024. Том 32. № 2. С. 31—47. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2024320202>

EMOTIONAL STATE OF MOTHERS OF PREMATURE NEWBORNS WITH INTRAVENTRICULAR CEREBRAL HEMORRHAGES IN THE INTENSIVE CARE UNIT

NATALIYA V. ANDRUSHCHENKO

Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia
North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov
at the Ministry of Health of Russia, Saint Petersburg, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1301-1668>,
e-mail: natvladandr@gmail.com

RIFKAT J. MUHAMEDRAHIMOV

Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3532-5019>,
e-mail: rjm@list.ru

EVGENIY Y. KRIUKOV

North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov
at the Ministry of Health of Russia, Saint Petersburg, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0746-5826>,
e-mail: e.krukov@mail.ru

This article presents the results of a study of the emotional state and stress of mothers attending their premature infants with structural intracranial changes at the stage of their stay in the neonatal intensive care unit, sociodemographic characteristics of the family, and the relationship between the studied indicators. **Sample.** The study included 77 mothers (age $M \pm SD = 32,1 \pm 4,7$ years) of prematurely born children (gestational age $28,3 \pm 3,1$ weeks; birth weight 1186 ± 499 g; 40 boys). **Methods.** To assess the emotional state and stress of the mothers, the methods of assessing depressive experiences (BDI-II; Beck et al., 1996), anxiety (Spielberger et al., 1983), the Parental Stress Scale (Miles, 1987), and the Heidelberg Family Stress Scale (Sidor et al., 2007) were used. **The results** of the study indicate that 69,2% of the mothers show a strong level of depressive experiences, 29,3% show a moderate level, and 1,5% show a weak level. 63,5% of mothers are found to have high and 33% have moderate values of reactive anxiety, 42% have high and 52% have moderate values of personality anxiety. About 88% of mothers cite a feeling of helplessness from not being able to protect their child from painful procedures or from not knowing how to help their child during this period of his or her life as a source of stress. Characteristics of emotional state and different types of maternal family stress were shown to be associated with socio-demographic characteris-

tics of the family, but were not significantly associated with indicators of newborn health status and type of treatment.

Keywords: preterm infants, caregivers, intraventricular hemorrhages, emotional state, depression, anxiety, stress, early care, mental health.

Funding. The reported study was funded by Russian Foundation for Basic Research (RFBR), project number 18-013-01183

Acknowledgements. The authors thank the staff of City Children Multidisciplinary Specialized Clinical Center of High Medical Technologies for their assistance in collecting data for the study.

For citation: Andrushchenko N.V., Muhamedrahimov R.J., Kriukov E.Y. Emotional State of Mothers of Premature Newborns with Intraventricular Cerebral Hemorrhages in the Intensive Care Unit. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2024. Vol. 32, no. 2, pp. 31–47. DOI:<https://doi.org/10.17759/cpp.2024320202> (In Russ.).

Введение

По сравнению с матерями доношенных младенцев матери недоношенных детей подвержены более высоким рискам развития нарушений психического здоровья [3; 19; 23]. Показано, что матери недоношенных детей переживают более выраженный стресс [9; 10; 20] и значительно чаще испытывают такие тяжелые эмоциональные состояния, как депрессия [17; 20] и тревога [9; 14; 22]. При этом эмоциональное состояние матери недоношенного младенца обладает более сильным влиянием на регуляцию поведения ребенка и долгосрочные показатели его психического здоровья и развития, чем в случае, когда новорожденный появляется на свет в срок [5; 8; 13; 14]. Вместе с тем можно отметить, что научная информация об эмоциональном состоянии матерей детей первого года жизни, родившихся до срока и имеющих выраженные структурные внутричерепные изменения в виде внутрижелудочковых кровоизлияний (ВЖК) различной степени тяжести, в том числе матерей детей, получавших различные варианты лечения (консервативного, оперативного) по поводу постгеморрагической гидроцефалии и гидроцефального синдрома представлена недостаточно широко. Также недостаточно данных об эмоциональном состоянии матерей этой группы детей в связи с социально-демографическими семейными характеристиками, а имеющиеся в литературе сведения нередко носят противоречивый характер [9]. В связи с этим *целью* настоящей работы было изучение эмоционального состояния матерей недоношенных младенцев со структурными внутричерепными изменениями в виде ВЖК различной степени тяжести, находящихся в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных, а также сопоставление показателей состояния матерей с показателями состояния здоровья младенцев (степенью выраженности

ВЖК), видом лечения гидроцефального синдрома или гидроцефалии, а также с социально-демографическими показателями семьи. Научная актуальность работы определяется необходимостью восполнения пробелов в данной области научного знания. Практическая значимость работы связана с возможностью использования полученных в исследовании данных о состоянии матерей для разработки научно обоснованной программы ранней помощи детям со структурными внутричерепными изменениями в виде ВЖК различной степени тяжести и членам их семей.

Материал и методы

Исследование проведено на базе детской городской больницы г. Санкт-Петербурга «Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий» (ДГМ КСЦ ВМТ). На основании информированного согласия на участие в исследовании (рассмотрено и одобрено Этическим комитетом Санкт-Петербургского государственного университета) в выборку исследования были включены 77 матерей, посещавших в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН) своих преждевременно родившихся детей (40 мальчиков, 37 девочек) с диагностированными структурными внутричерепными изменениями — внутрижелудочковыми кровоизлияниями (ВЖК). Из них 21 ребенок с ВЖК I степени, 37 детей с ВЖК II степени и 19 детей с ВЖК III степени. Исходя из степени выраженности структурных внутричерепных изменений и применявшегося лечения были выделены три исследуемых группы. В первую группу вошли 33 матери детей, получавших оперативное хирургическое лечение по поводу постгеморрагической гидроцефалии (ПГГ), вторую группу составили 26 матерей детей, получавших консервативное лечение по поводу гидроцефального синдрома (ГС), третья группа представлена 18 матерями детей с ВЖК, которые не проходили лечения, но оставались под наблюдением в отделении. Все матери, принимавшие участие в исследовании, относили себя и членов своей семьи к среднему классу по уровню дохода и условиям проживания. При этом уровень совокупного семейного дохода составлял у 30,8% семей менее 50 тысяч рублей, у 18,4% доход отмечался в диапазоне от 51 до 80 тысяч рублей, у 29,2% — в диапазоне от 81 до 100 тысяч рублей и у 21,6% — выше 100 тысяч рублей. Большинство семей (86,8%) проживало в отдельных квартирах, в своем загородном доме проживали 5,9% семей, в коммунальных квартирах — 2,9%, в общежитии — 1,5%, жили в иных условиях проживания (съемная квартира, временное проживание у родственников) — 2,9%. Большинство матерей (62%) имели высшее образование, среднее профессиональ-

ное образование имели 31,8%, общее среднее образование — 6%; аналогичное распределение получено и по уровню образования отцов-детей. Матери состояли в зарегистрированном браке в 84,1% случаев, в незарегистрированном браке с партнером — в 4,4% случаев, жили без партнера — в 4,3% случаев, иные ситуации отмечались в 7,2% случаев. Основные характеристики участников исследования приведены в табл. 1.

Таблица 1
Характеристики участников исследования по группам

Характеристики участников	Общая группа матерей	Распределение по группам		
		1-я группа: матери детей, получавших нейрохирургическое лечение постгеморрагической гидро- цефалии (ПГГ)	2-я группа: матери детей, получавших консервативное лечение по поводу гидроцефального синдрома (ГС)	3-я группа: матери детей с ВЖК, не получавших лечение
Количество матерей, чел. (из них с мальчиками)	77 (40)	33 (22)	26 (13)	18 (5)
Возраст матерей, лет M ± SD (min — max)	32,1 ± 4,7 (20—43)	32,7 ± 5,0 (23—42)	30,8 ± 4,2 (20—38)	32,8 ± 4,8 (21—43)
Гестационный возраст детей, недель M ± SD (min — max)	28,3 ± 3,1 (23—36)	27,1 ± 2,8 (23—27)	28,3 ± 2,2 (24—22)	30,0 ± 3,4 (25—36)
Вес тела при рождении, г. M ± SD (min — max)	1186 ± 499 (510—2920)	1083 ± 470 (510—2920)	1083 ± 372 (510—900)	1503 ± 584 (700—2500)
ВЖК I степени, чел.	21	1	2	18
ВЖК II степени, чел.	37	14	23	-
ВЖК III степени, чел.	19	18	1	-

Для оценки эмоционального состояния матерей и уровня переживаемого ими стресса-использовались следующие методики: шкала депрессии А.Т. Бека (Beck Depression Inventory-II, BDI-II; Beck et al., 1996), шкала тревоги Ч.Д. Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory — STAI, Spielberger et al., 1983), а также шкала родительского стресса (Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit, PSS NICU; Miles, 1987) и Гейдельбергская шкала семейного стресса (Heidelberger Belastungsskala — HBS; Sidor et al., 2007). BDI-II направлена на оценку депрессивных

переживаний матерей, минимальный уровень которых соответствовал результатам в диапазоне от 0 до 13 баллов, слабый уровень — от 14 до 19, умеренный — от 20 до 28 и сильный — от 29 до 63 баллов. STAI позволяет оценить уровень тревожности матерей, при этом к низкому уровню тревожности относили результаты матерей менее 30 баллов, к умеренному от 31 до 44, к высокому — выше 45 баллов. Шкала родительского стресса состоит из нескольких шкал самооценки источников стресса у матери ребенка, находящегося в реанимационном отделении: внешний вид ребенка; среда реанимационного отделения; переживания, связанные с выполнением родительской роли; поведение персонала и то, насколько в целом стрессовой является госпитализация ребенка. Проводимая специально обученным экспертом оценка уровня стресса в семейной системе (от 0 до 100%) с использованием HBS позволяет оценить общий стресс, персональный стресс, переживаемый как ребенком, так и его родителями, социальный стресс и стресс, связанный с материальным положением. Данные анамнеза матери и ребенка и социально-демографические данные семьи были получены на основании беседы с родителями и изучения истории болезни ребенка и занесены в специально разработанные формы регистрации информации.

Полученные результаты соотносились с нормами, представленными авторами использованных в работе методик. Анализ связей показателей состояния матерей с показателями состояния здоровья младенцев (степенью выраженности ВЖК), видом лечения гидроцефального синдрома или гидроцефалии, а также с социально-демографическими показателями семьи проводился с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена (r). Статистические решения принимались на 5%-ом уровне значимости (p). Анализ данных проводился на основе программного комплекса SPSS Inc.

Результаты

Эмоциональное состояние матерей. Среднегрупповые значения ($M \pm SD$) депрессивных переживаний матерей недоношенных младенцев, находящихся в отделении реанимации и интенсивной терапии, равны $33,1 \pm 7,5$ балла, что согласно данным авторов методики BDI-II соответствует высокому уровню депрессивных переживаний. Распределение выборки по уровням выраженности депрессии показало, что у 69,2% матерей отмечаются высокие, у 29,3% — умеренные и у 1,5% матерей — низкие показатели депрессивных переживаний. Среднегрупповые значения реактивной тревожности равны $49,2 \pm 11,9$ баллов, личностной тревожности — $45,1 \pm 10,0$ баллов.

Подавляющее большинство матерей, посещающих отделение реанимации и интенсивной терапии, имеют высокие и умеренные показатели реактивной (63% и 33% соответственно) и личностной тревожности (42% и 52% соответственно).

Характеристики переживаемого стресса. Среднегрупповые значения ($M \pm SD$) переживаемого матерями стресса, связанного с пребыванием их детей в ОРИТН, равны, по данным использования методики HBS, следующим значениям: общий стресс — $33,8 \pm 15,3$ баллов; стресс ребенка — $46,3 \pm 21,6$; стресс семьи — $29,3 \pm 19,2$; социальный стресс — $20,7 \pm 17,0$; материальный стресс — $31,8 \pm 15,9$. По результатам использования опросника PSS NICU, стресс матери, вызванный внешним видом ребенка, равен $37,5 \pm 10,9$ баллов; вызванный поведением персонала — $23,3 \pm 17,1$ баллов; переживаниями, связанными с родительской ролью — $20,0 \pm 5,6$ баллов; средой реанимационного отделения — $7,7 \pm 4,3$ баллов. Отвечая на вопрос, насколько стрессовой в целом является госпитализация ребенка, 56,9% матерей свидетельствуют, что переживаемый в связи с госпитализацией ребенка стресс является для них *очень* сильным, 26,2% — сильным, 10,8% — средне сильным, 6,2% матерей воспринимают госпитализацию своего ребенка как немного стрессовую ситуацию.

Результаты использования PSS NICU свидетельствуют, что 89,2% матерей испытывают стресс, вызванный невозможностью находиться рядом с ребенком (из них у 21,5% уровень стресса средний, у 32,3% — сильный и у 35,4% — очень сильный); такое же число респонденток переживают, что их ребенок испытывает боль (у 15,4% уровень стресса средний, у 24,6% — сильный, у 49,2% — очень сильный). 87,8% матерей в качестве источника стресса называют чувство беспомощности, возникающее в связи с невозможностью защитить ребенка от переживаемой боли и болезненных процедур (средний уровень стресса — у 6,2%, сильный — у 18,5%, очень сильный — у 63,1%). 87,7% матерей испытывают чувство беспомощности от того, что не знают, как помочь своему ребенку в этот период его жизни (у 9,2% — средний уровень стресса, у 18,5% — сильный, у 60% — очень сильный).

Характеристики эмоционального состояния матерей в связи с показателями состояния здоровья новорожденных и видом их лечения. Результаты исследования свидетельствуют, что при обследовании респонденток, посещавших своих детей в отделении реанимации, статистически значимых связей между показателями эмоционального состояния матерей и такими характеристиками ребенка, как гестационный возраст, пол и степень ВЖК, не обнаружено ($p > 0,10$). Результаты однофакторного дисперсионного анализа ANOVA свидетельствуют об отсутствии влияния на эмоциональное состояние матерей фактора принадлежности к

определенной группе испытуемых. Методом корреляционного анализа была выявлена положительная связь между степенью ВЖК и переживаемым матерью социальным стрессом ($r = 0,370$; $p = 0,05$).

Характеристики эмоционального состояния и стресса матерей в связи социально-демографическими характеристиками семьи. Результаты корреляционного анализа свидетельствуют об отрицательной связи между уровнем личностной тревожности матерей и уровнем образования супруга ($r = -0,420$, $p = 0,01$), а также уровнем реактивной тревожности и количеством детей в семье ($r = -0,304$, $p = 0,05$). Значимых связей между уровнем депрессивных переживаний матерей и социально-демографическими характеристиками семей не обнаружено ($p > 0,10$). Выявлены отрицательные связи между стрессом, испытываемым матерями от поведения персонала, и общей суммой семейного дохода ($r = -0,330$, $p = 0,05$), а также между выраженностью переживаемого стресса и уровнем образования супруга ($r = -0,315$, $p = 0,05$). Обнаружена положительная связь между оценкой матерями семейного стресса и количеством детей в семье ($r = 0,355$, $p = 0,05$).

Обсуждение результатов

В данной работе представлены результаты исследования эмоционального состояния матерей, посещающих в отделении реанимации и интенсивной терапии своих недоношенных младенцев со структурными внутричерепными изменениями (ВЖК). Изучена его связь с со степенью выраженности этих изменений у ребенка, наличием у него осложнений в виде гидроцефального синдрома и постгеморрагической гидроцефалии, видами проводимого лечения (консервативного, оперативного), а также с социально-демографическими характеристиками семьи.

Согласно полученным данным, все матери младенцев, родившихся до срока и находящихся в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИНТ), имеют признаки депрессивных переживаний, среднегрупповое значение соответствует сильному уровню переживания депрессии. Эти значения выше имеющихся в научной литературе данных о распространенности и выраженности депрессивных переживаний у матерей детей, находящихся в ОРИНТ [3; 19; 23], и, возможно, отражают, с одной стороны, особенности выборки, которую составили дети, имеющие структурные внутричерепные изменения, наиболее тяжелые в плане прогноза развития младенцев, и, с другой стороны, качество оказания психологической поддержки и перинатальной психотерапевтической помощи матерям детей, родившихся до срока. Большинство матерей отличают высокие уровни реактивной и умеренные уровни личностной

тревожности, что в целом соответствует данным, полученным в более ранних исследованиях [9; 10; 17]. В отношении переживаемого стресса можно отметить, что измеренные на основании экспертной оценки уровни материнского стресса относятся к области умеренного, что соответствует имеющимся в научной литературе данным [3; 19]. Вместе с тем при ответе на вопрос, насколько в целом госпитализация их ребенка в ОРИТН является стрессовой, 83,1% матерей сообщили, что она вызывает сильный или очень сильный стресс. Применение в исследовании Шкалы родительского стресса (PSS NICU) позволило проанализировать восприятие родителями стрессоров, возникающих в физической и психосоциальной среде отделения интенсивной терапии новорожденных [18], и показать, что наибольшее число матерей испытывают стресс в связи с нахождением отдельно от ребенка — вследствие того, что им кажется, что их ребенок испытывает боль и они не могут ему помочь, а также из-за переживания беспомощности, вызванного дефицитом знаний о том, как помочь своему ребенку в этот период его жизни. Эти данные свидетельствуют о необходимости повышения информированности матерей и других членов семей детей о том, что на современном уровне оказания неонатальной помощи предупреждению болевого синдрома у детей, рожденных до срока, оказывается особое внимание.

Наиболее высокий уровень стресса в целом матери отмечают в разделе методики «Шкала родительского стресса», описывающем различные характеристики ребенка, связанные с его внешним видом. При этом при анализе отдельных пунктов, составляющих разделы шкалы, выявлено, что указываемые наибольшим процентом матерей источники стресса относятся к трем пунктам из семи раздела Шкалы родительского стресса, описывающего переживания, связанные с выполнением родительской роли. В меньшей степени однородны ответы по выбору источников материнского стресса в других пунктах раздела, связанного с переживанием родительской роли и в разделах «среда реанимационного отделения», «персонал» и даже «внешний вид ребенка». Полученные нами научные данные соответствуют данным исследований, проведенных в США, Великобритании, Австрии и Австралии, где также наибольшее количество матерей испытывали стресс в связи изменением родительской роли [21; 25]. При этом в Китае источником стресса для большинства матерей был внешний вид ребенка [6], что может свидетельствовать о возможной связи основного источника стресса с культуральными особенностями страны проживания родителей.

По полученным в исследовании данным, наиболее высокий уровень стресса в целом матери переживают в связи с внешним видом ребенка, затем в связи с поведением персонала реанимационного отделения и родительской ролью, наименьший уровень стресса матери испытывают

от среды реанимационного отделения. Выявленные ведущие источники стресса могут быть отнесены к модифицируемым и их необходимо учитывать для составления программ ранней помощи [1; 25], однако данная область нуждается в дополнительном исследовании [2].

На депрессивные переживания, выраженность стресса и тревожность матерей не оказывали, по нашим данным, значимого влияния такие биологические характеристики ребенка, как его пол, срок гестации, а также вид проводимого лечения, что согласуется с научными данными, полученными на материале исследования детей, родившихся до срока и имеющих другие осложнения недоношенности [5; 14]. Это, вероятно, связано с тем, что матери, в целом, находятся в состоянии стресса от пребывания ребенка в отделении реанимации и многие прочие факторы не являются определяющими для их состояния. Полученные данные ставят под сомнение распространенные в практике работы персонала ОРИТН представления, когда тяжесть эмоционального состояния родителей напрямую связывается с тяжестью состояния и прогнозом жизни и развития ребенка. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о необходимости более широкого привлечения службы психологического сопровождения, как для оценки эмоционального состояния, разработки и реализации программ психологической помощи матерям младенцев, находящихся в отделении реанимации [1], так и для улучшения понимания персоналом ОРИТН источников родительского стресса и изменения их эмоционального состояния.

Результаты исследования демонстрируют, что уровень совокупного семейного дохода находится в отрицательной связи с уровнем стресса, переживаемого матерями при общении с персоналом ОРИТН. Наличие опыта материнства снижает уровень реактивной тревожности матери, а более высокий уровень образования супруга способствует снижению личностной тревожности матери ребенка, находящегося на ОРИТН, что, вероятно, связано с перераспределением внутрисемейных ролей и с дополнительным семейным ресурсом по переработке стрессовой информации, связанной с болезнью ребенка. В результате проведенного исследования не получено данных об отмеченной в ряде работ связи уровня депрессии и стресса с уровнем образования и семейным положением матери [6; 16; 24]. Такая неоднозначность данных о связи переживаемого родителями стресса и изменения психического состояния с социально-демографическими данными выделена в литературе [9; 25], и этот вопрос требует дальнейшего изучения.

Полученные в работе данные расширяют представление об эмоциональном состоянии и переживании стресса матерями детей, родившихся до срока, и могут быть использованы в ранней помощи семьям, имеющим детей с внутричерепными структурными изменениями (ВЖК) и на-

ходящимся в ОРИТН. Помимо модификации среды ОРИТН, обеспечивающей для ребенка и его родителей более комфортное, приближенное к естественным условиям пребывание [7], программы ранней помощи также должны обеспечивать возможность раннего выявления матерей, имеющих высокий уровень депрессивных переживаний и стресса [2; 4]. Необходимо обеспечить как можно более раннее совместное пребывание родителей с младенцем, находящимся в отделении реанимации, которое будет способствовать сохранению психического здоровья ребенка и его матери [26; 27]; при этом детско-родительское взаимодействие в условиях ОРИТН требует особой поддержки и дальнейшего изучения [11; 12; 15]. Необходимо повышение информированности матерей о болезни и об отсутствии страдания младенца, в том числе во время медицинских манипуляций, а также повышение компетентности в уходе за ребенком, что также будет способствовать лучшей адаптации диады «мать—ребенок» при переходе на следующий этап оказания помощи [1; 3].

Выводы

1. Матери недоношенных младенцев, получающих лечение в ОРИТН, демонстрируют признаки депрессии, высокие уровни реактивной и умеренные уровни личностной тревожности и стресса. Характеристики их эмоционального состояния не связаны с биологическими характеристиками детей: сроком гестации, полом, степенью выраженности структурных внутричерепных изменений.

2. Для улучшения психологического состояния матерей, посещающих в ОРИТН своих детей, родившихся до срока и имеющих структурные внутричерепные изменения, важно привлечение родителей к уходу за младенцами, обеспечение совместного пребывания, а также проведение частых беседы с персоналом с целью разъяснения безболезненности переносимых детьми медицинских манипуляций.

3. Необходимо дальнейшее совершенствование ранней помощи с учетом эмоционального состояния родителей детей, рожденных до срока, включающей аспекты психологического (и при необходимости психотерапевтического) сопровождения родителей, посещающих своих детей в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных.

Ограничением данного исследования является анализ данных эмоционального состояния матерей, источников и уровня их стресса исключительно на первом этапе выхаживания младенца, рожденного до срока. В дальнейшем предполагается представить данные о динамике эмоционального состояния матерей, наблюдавшихся на дальнейших этапах выхаживания их недоношенных младенцев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андрущенко Н.В., Аникина В.О., Иова А.С., и др. Оптимизация выхаживания недоношенных новорожденных на госпитальных этапах ранней помощи при поддержке детско-родительских отношений. // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. 2021. Том 121 № 10. С. 123—130. DOI:10.17116/jnevro2021121101123
2. Василенко В.Е., Савеньшева С.С., Заплетина О.О. Родительский и повседневный стресс у матерей детей раннего и дошкольного возраста // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Том 29. № 4. С. 27—48. DOI:10.17759/cpp.2021290403
3. Каган А.В., Плотникова Е.В., Симаходский А.С. и др. Научное обоснование и совершенствование организации медицинской помощи детям с последствиями заболеваний перинатального периода. СПб.: ИД ПРЕМИУМ ПРЕСС, 2023. 138 с.
4. Коргожа, М. А., Евмененко А.О., Сергиенко О.И. Перинатальная тревога и ее предикторы: эмпирическое исследование у женщин с первой беременностью // Азимут научных исследований: педагогика и психология. 2023. Том 12. № 3(44). С. 128—132. DOI:10.57145/27128474_2023_12_03_30
5. Bugental D.B., Beaulieu D., Schwartz A. Hormonal sensitivity of preterm versus full-term infants to the effects of maternal depression // Infant Behav. Dev. 2008. Vol. 31. № 1. P. 51—61. DOI:10.1016/j.infbeh.2007.06.003
6. Chi X., Zhang P., Wu H., et.al. Screening for Postpartum Depression and Associated Factors Among Women in China: A Cross-Sectional Study [Электронный ресурс] // Front Psychol. 2016. Vol. 1. № 7. Article 1668. DOI:10.3389/fpsyg.2016.01668
7. Fusch G., Mohamed S., Bakry A.et al. Analysis of noise levels in the neonatal intensive care unit: the impact of clinical microsystems // Eur J Pediatr. 2024. Vol. 183 № 3. P.1245—1254. DOI:10.1007/s00431-023-05335-z
8. Garfield L., Holditch-Davis D., Carter C.S., et.al. Risk factors for postpartum depressive symptoms in low-income women with very low-birth-weight infants // Adv Neonatal Care. 2015. Vol. 15. № 1. P. 3—8. DOI:10.1097/ANC.0000000000000131
9. Gondwe K.W., White-Traut R., Brandon D., et.al. The role of sociodemographic factors in maternal psychological distress and mother-preterm infant interactions // Res Nurs Health. 2017. Vol. 40. № 6. P. 528—540. DOI:10.1002/nur.21816
10. Greene M.M., Rossman B., Patra K., et.al. Maternal psychological distress and visitation to the neonatal intensive care unit // Acta Paediatr. 2015. Vol. 10. № 7. P. 306—313. DOI:10.1111/apa.12975
11. Hartzell G., Shaw R.J., Givrad S. Preterm infant mental health in the neonatal intensive care unit: A review of research on NICU parent-infant interactions and maternal sensitivity // Infant Ment Health J. 2023.Vol. 44 № 6. P. 837—856. DOI:10.1002/imhj.22086
12. Hendy A., El-Sayed S., Bakry S., et al. The Stress Levels of Premature Infants' Parents and Related Factors in NICU // SAGE Open Nursing. 2024. Vol.10. DOI:10.1177/23779608241231172
13. Holditch-Davis D., Thoman E. B. The early social environment of premature and fullterm infants // Early Human Development. 1988. Vol. 17. P. 221—232. DOI:10.1016/S0378-3782(88)80009-4

14. *Kleine I., Falconer S., Roth S., et al.* Early postnatal maternal trait anxiety is associated with the behavioural outcomes of children born preterm // *Journal of Psychiatric Research*. 2020. Vol. 131. P. 160—168. DOI:10.1016/j.jpsychires.2020.09.010
15. *Kobus S., Diezel M., Dewan M.V. et al.* Music therapy modulates mothers' perception of their preterm infants // *Front Psychol*. 2023. Vol.14. e1231741. DOI:10.3389/fpsyg.2023.1231741
16. *Lakshmanan A., Agni M., Lieu T., et al.* The impact of preterm birth <37 weeks on parents and families: a cross-sectional study in the 2 years after discharge from the neonatal intensive care unit // *Health Qual Life Outcomes*. 2017. Vol. 15. № 1. P. 3—8. DOI:10.1186/s12955-017-0602-3
17. *McManus B.M., Poehlmann J.* Parent-child interaction, maternal depressive symptoms and preterm infant cognitive function // *Infant Behav Dev*. 2012. Vol. 35. № 3. P. 489—498. DOI:10.1016/j.infbeh.2012.04.005
18. *Miles M.S., Funk S.G., Carlson J.* Parental Stressor Scale: neonatal intensive care unit // *Nurs Res*. 1993. Vol. 42. № 3. P. 148—152. DOI:10.1097/00006199-199305000-00005
19. *Pace C.C., Spittle A.J., Molesworth C.M., et al.* Evolution of depression and anxiety symptoms in parents of very preterm infants during the newborn period // *Jama Pediatrics*. 2016. Vol. 170. № 9. P. 863—870. DOI:10.1001/jamapediatrics.2016.0810
20. *Panagl A., Kohlhauser C., Fuiko R., et al.* Stress on parents in neonatological intensive care units — Self-assessment versus external evaluation // *Ceburtshilfe und Frauenheilkunde*. 2002. Vol. 62. P. 369—375. DOI:10.1055/s-2002-29107
21. *Pichler-Stachl E., Urlsberger P., Mattersberger C., et al.* Parental Stress Experience and Age of Mothers and Fathers After Preterm Birth and Admission of Their Neonate to Neonatal Intensive Care Unit; A Prospective Observational Pilot Study // *Front Pediatr*. 2019. Vol. 24. № 7. P. 4—39. DOI:10.3389/fped.2019.00439
22. *Roque A.T.F., Lasiuk G.C., Rad nz V., et al.* Scoping Review of the Mental Health of Parents of Infants in the NICU // *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2017. Vol. 46. № 4. P. 576—587. DOI:10.1016/j.jogn.2017.02.005
23. *Schechter R., Pham T., Hua A., et al.* Prevalence and longevity of PTSD symptoms among parents of NICU infants analyzed across gestational age categories // *Clinical Pediatrics*. 2020. Vol. 59. P. 163—169. DOI:10.1177/0009922819892046
24. *Shaw R.J., Bernard R.S., Storfer-Isser A., et al.* Parental coping in the neonatal intensive care unit // *J Clin Psychol Med Settings*. 2013. Vol. 20. № 2. P. 135—142. DOI:10.1007/s10880-012-9328-x
25. *Turner M., Chur-Hansen A., Winefield H., et al.* The assessment of parental stress and support in the neonatal intensive care unit using the Parent Stress Scale — Neonatal Intensive Care Unit // *Women Birth*. 2015. Vol. 28. № 3. P. 252—258. DOI:10.1016/j.wombi.2015.04.001
26. *Ulmer-Yaniv A., Yirmiya K., Peleg I. et al.* Developmental Cascades Link Maternal-Newborn Skin-to-Skin Contact with Young Adults' Psychological Symptoms, Oxytocin, and Immunity; Charting Mechanisms of Developmental Continuity from Birth to Adulthood // *Biology (Basel)*. 2023. Vol. 12. № 6. P. 847. DOI:10.3390/biology12060847
27. *Voulgaridou A., Paliouras D., Deftereos S. et al.* Hospitalization in neonatal intensive care unit: parental anxiety and satisfaction [Электронный ресурс] // *Pan Afr. Med J*. 2023. № 44. URL: <https://www.panafrican-med-journal.com//content/article/44/104/full> (дата обращения; 01.01.2024).

REFERENCES

1. Andrushchenko N.V., Anikina V.O., Iova A.S., et.al. Optimizatsiya vykhazhivaniya nedonoshennykh novorozhdennykh na gospital'nykh etapakh rannei pomoshchi pri podderzhke detsko-roditel'skikh otnoshenii [Optimization of neonatal hospital care for very preterm babies while supporting early parent-child relationships]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova = Neuroscience and Behavioral Physiology*, 2021, vol. 121, № 10, pp. 123—130. DOI:10.17116/jnevro2021121101123 (In Russ., abstr. In Engl).
2. Vasilenko V.E., Savenysheva S.S., Zapletina O.O. Roditel'skii i povsednevnyi stress u materei detei rannego i doskol'nogo vozrasta [Parenting stress and daily hassles in mothers of young and preschool children]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2021, vol. 29, № 4, pp. 27—48. DOI:10.17759/cpp.2021290403 (In Russ., abstr. In Engl).
3. Kagan A. V., Plotnikova E. V., Simakhodskii A. S. et al. Nauchnoe obosnovanie i sovershenstvovanie organizatsii meditsinskoi pomoshchi detyam s posledstviyami zabolevanii perinatal'nogo perioda [Scientific substantiation and improvement of the organization of medical care for children with consequences of diseases of the perinatal period]. Sankt-Peterburg: ID PREMIUM PRESS, 2023. 138 p.
4. Korgozha, M.A., Evmenenko A.O., Sergienko O.I. Perinatal'naya trevoga i ee prediktory: empiricheskoe issledovanie u zhenshchin s pervoi beremennost'yu [The perinatal anxiety and its predictors: an empirical study in women with first pregnancy]. *Azimut nauchnykh issledovaniy: pedagogika i psikhologiya*, 2023, vol. 12. no. 3 (44), pp. 128—132. DOI:10.57145/27128474_2023_12_03_30 (In Russ., abstr. In Engl).
5. Bugental D. B., Beaulieu D., Schwartz A. Hormonal sensitivity of preterm versus full-term infants to the effects of maternal depression. *Infant Behav. Dev.*, 2008, vol. 31, № 1, pp. 51—61. DOI:10.1016/j.infbeh.2007.06.003
6. Chi X., Zhang P., Wu H., et.al. Screening for Postpartum Depression and Associated Factors Among Women in China: A Cross-Sectional Study. *Front Psychol.*, 2016, vol. 1, № 7, pp. 16—68. DOI:10.3389/fpsyg.2016.01668
7. Fusch G., Mohamed S., Bakry A., Li E.W., Dutta S., Helou S.E., Fusch C. Analysis of noise levels in the neonatal intensive care unit: the impact of clinical microsystems. *Eur J. Pediatr*, 2024, vol. 183 № 3, pp. 1245—1254. DOI:10.1007/s00431-023-05335-z
8. Garfield L., Holditch-Davis D., Carter C.S., et.al. Risk factors for postpartum depressive symptoms in low-income women with very low-birth-weight infants. *Adv Neonatal Care*, 2015, vol. 15, no.1, pp. 3—8. DOI:10.1097/ANC.0000000000000131
9. Gondwe K.W., White-Traut R., Brandon D., et.al. The role of sociodemographic factors in maternal psychological distress and mother-preterm infant interactions. *Res Nurs Health*, 2017, vol. 40, № 6, pp. 528—540. DOI:10.1002/nur.21816
10. Greene M.M., Rossman B., Patra K., et.al. Maternal psychological distress and visitation to the neonatal intensive care unit. *Acta Paediatr.*, 2015, vol. 10, № 7, pp. 306—313. DOI:10.1111/apa.12975
11. Hartzell G., Shaw R.J., Givrad S. Preterm infant mental health in the neonatal intensive care unit: A review of research on NICU parent-infant interactions and maternal sensitivity. *Infant Ment Health J*, 2023, vol. 44, № 6, pp. 837—856. DOI:10.1002/imhj.22086

12. Hendy A., El-Sayed S., Bakry S., et al. The Stress Levels of Premature Infants' Parents and Related Factors in NICU. *SAGE Open Nursing*, 2024, vol.10. DOI:10.1177/23779608241231172
13. Holditch-Davis D., Thoman E. B. The early social environment of premature and fullterm infants. *Early Human Development*, 1988, vol. 17, pp. 221—232. DOI:10.1016/S0378-3782(88)80009-4
14. Kleine L., Falconer S., Roth S., et.al. Early postnatal maternal trait anxiety is associated with the behavioural outcomes of children born preterm. *Journal of Psychiatric Research*, 2020, vol. 131, pp. 160—168. DOI:10.1016/j.jpsychires.2020.09.010
15. Kobus S., Diezel M., Dewan M.V. et al. Music therapy modulates mothers' perception of their preterm infants. *Front Psychol.*, 2023, vol. 14, e1231741. DOI:10.3389/fpsyg.2023.1231741
16. Lakshmanan A., Agni M., Lieu T., et.al. The impact of preterm birth <37 weeks on parents and families: a cross-sectional study in the 2 years after discharge from the neonatal intensive care unit. *Health Qual Life Outcomes*, 2017, vol. 15, № 1. pp. 38. DOI:10.1186/s12955-017-0602-3
17. McManus B.M., Poehlmann J. Parent-child interaction, maternal depressive symptoms and preterm infant cognitive function. *Infant Behav. Dev.*, 2012, vol. 35, № 3, pp. 489—98. DOI:10.1016/j.infbeh.2012.04.005
18. Miles M.S., Funk S.G., Carlson J. Parental Stressor Scale: neonatal intensive care unit. *Nurs Res.*, 1993, vol. 42, № 3, pp. 148—152. DOI:10.1097/00006199-199305000-00005
19. Pace C.C., Spittle A.J., Molesworth C.M., et al. Evolution of depression and anxiety symptoms in parents of very preterm infants during the newborn period. *Jama Pediatrics.*, 2016, vol. 170, № 9, pp. 863—870. DOI:10.1001/jamapediatrics.2016.0810
20. Panagl A., Kohlhauser C., Fuiko R., et.al. Stress on parents in neonatological intensive care units — Self-assessment versus external evaluation. *Ceburtshilfe und Frauenheilkunde*, 2002, vol. 62, pp. 369—375. DOI:10.1055/s-2002-29107
21. Pichler-Stachl E., Urlesberger P., Mattersberger C., et.al. Parental Stress Experience and Age of Mothers and Fathers After Preterm Birth and Admission of Their Neonate to Neonatal Intensive Care Unit; A Prospective Observational Pilot Study. *Front Pediatr.*, 2019, vol. 24, № 7, e439. DOI:10.3389/fped.2019.00439
22. Roque A.T.F., Lasiuk G.C., Rad nz V., et.al. Scoping Review of the Mental Health of Parents of Infants in the NICU. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.*, 2017, vol. 46, № 4, pp. 576—587. DOI:10.1016/j.jogn.2017.02.005
23. Schecter R., Pham T., Hua A., et.al. Prevalence and longevity of PTSD symptoms among parents of NICU infants analyzed across gestational age categories. *Clinical Pediatrics*, 2020, vol. 59, pp. 163—169. DOI:10.1177/0009922819892046
24. Shaw R.J., Bernard R.S., Storfer-Isser A., et.al. Parental coping in the neonatal intensive care unit. *J Clin Psychol Med Settings*, 2013, vol. 20, № 2, pp. 135—142. DOI:10.1007/s10880-012-9328-x
25. Turner M., Chur-Hansen A., Winefield H., et.al. The assessment of parental stress and support in the neonatal intensive care unit using the Parent Stress Scale — Neonatal Intensive Care Unit. *Women Birth.*, 2015, vol. 28, №. 3, pp. 252—258. DOI:10.1016/j.wombi.2015.04.001

26. Ulmer-Yaniv A., Yirmiya K., Peleg I. et al. Developmental Cascades Link Maternal-Newborn Skin-to-Skin Contact with Young Adults' Psychological Symptoms, Oxytocin, and Immunity; Charting Mechanisms of Developmental Continuity from Birth to Adulthood. *Biology (Basel)*, 2023, vol.12, № 6, pp. 8–47. DOI:10.3390/biology12060847
27. Voulgaridou A., Paliouras D., Deftereos S. et al. Hospitalization in neonatal intensive care unit: parental anxiety and satisfaction // *Pan Afr. Med J*, 2023, vol. 44, № 55, e34344. DOI:10.11604/pamj.2023.44.55.34344

Информация об авторах

Андрущенко Наталья Владимировна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психического здоровья и раннего сопровождения детей и родителей, Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ); доцент кафедры детской невропатологии и нейрохирургии, Северо-Западный государственный медицинский университет (ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова» Минздрава России), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1301-1668>, e-mail: natvladandr@gmail.com

Мухамедрахимов Рифкат Жаудатович, доктор психологических наук, профессор, заведующий кафедрой психического здоровья и раннего сопровождения детей и родителей, Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3532-5019>, e-mail: rjm@list.ru

Крюков Евгений Юрьевич, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой детской невропатологии и нейрохирургии, Северо-Западный государственный медицинский университет (ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0746-5826>, e-mail: e.krukov@mail.ru

Information about the authors

Nataliia V. Andrushchenko, PhD of Medical Sciences, Associate Professor, Saint Petersburg State University; North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov at the Ministry of Health of Russia, Saint Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1301-1668>, e-mail: natvladandr@gmail.com

Rifkat J. Muhamedrahimov, Dr. Sciences in Psychology, Professor, Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3532-5019>, e-mail: rjm@list.ru

Evgeniy Y. Kriukov, Dr. of Medical Sciences, Professor, North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov at the Ministry of Health of Russia, Saint Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0746-5826>, e-mail: e.krukov@mail.ru

Получена 01.02.2024

Received 01.02.2024

Принята в печать 18.03.2024

Accepted 18.03.2024

*Психологические и психосоматические последствия тяжелых
соматических заболеваний и наркозависимости у детей и подростков*
*Psychological And Psychosomatic Consequences of Severe Somatic Diseases
and Drug Addiction in Children and Adolescents*

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ В СТАЦИОНАР И ЕГО СВЯЗЬ С РАННИМИ ДЕЗАДАПТИВНЫМИ СХЕМАМИ

О.С. ШЕЛОУМОВА

Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза
(ФГБНУ «ЦНИИТ»),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2323-2253>,
e-mail: oksanasheloumova@yandex.ru

Длительные сроки лечения туберкулеза органов дыхания (ТОД) обуславливают актуальность проблемы стрессогенного воздействия госпитализации во фтизиатрии. В связи с этим остро встает вопрос о том, наличие каких факторов связано с большей выраженностью психоэмоциональных нарушений у детей при прохождении лечения в стационаре. **Цель.** Работа посвящена изучению взаимосвязи характеристик психоэмоционального статуса с ранними дезадаптивными схемами (РДС) у детей младшего школьного возраста с ТОД при поступлении в стационар. **Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 28 детей 8—12 лет с ТОД, проходивших лечение в стационаре (15 девочек и 13 мальчиков). Были использованы следующие методики: опросник депрессии у детей (CDI) М. Ковак, опросник «Сильные стороны и трудности (SDQ)», шкала явной тревожности для детей (СМАС), цветовой тест Люше-

ра, Дюссельдорфский иллюстрированный опросник схем у детей (DISC). **Результаты и выводы.** Выявлена связь повышенного уровня депрессии с большей выраженностью РДС «жесткие стандарты/придирчивость», «подавление эмоций», «негативизм/пессимизм», «неуспешность», «самопожертвование», «уязвимость», «социальная отчужденность» и «дефективность/стыдливость». Нарушения психосоциальной адаптации положительно коррелировали со следующими РДС: «запутанность/неразвитая идентичность», «недоверие/ожидание жестокого обращения», «дефективность/стыдливость» и «жесткие стандарты/придирчивость».

Ключевые слова: ранние дезадаптивные схемы (РДС), психоэмоциональные нарушения, психосоциальная адаптация, дети, младший школьный возраст, туберкулез органов дыхания, стационарное лечение.

Для цитаты: Шелоумова О.С. Психоэмоциональный статус детей младшего школьного возраста с туберкулезом органов дыхания при поступлении в стационар и его связь с ранними дезадаптивными схемами // Консультативная психология и психотерапия. 2024. Том 32. № 2. С. 48—67. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2024320203>

PSYCHOEMOTIONAL STATUS OF PRIMARY SCHOOL CHILDREN WITH RESPIRATORY TUBERCULOSIS UPON ADMISSION TO THE HOSPITAL AND ITS CONNECTION WITH EARLY MALADAPTIVE SCHEMES

OKSANA S. SHELOUMOVA

Central Research Institute of Tuberculosis, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2323-2253>,

e-mail: oksanasheloumova@yandex.ru

Long-term treatment of respiratory tuberculosis (RT) determines the urgency of the problem of the stressful effects of hospitalization in phthisiology. In this regard, the question of what factors are associated with a greater severity of psychoemotional disorders in children during treatment in a hospital is acute. **Aim.** The work is devoted to the study of the relationship between the characteristics of psychoemotional status with early maladapted schemes (EMS) in primary school-age children with RT upon admission to the hospital. **Materials and methods.** The study involved 28 children aged 8—12 years with RT who were treated in a hospital (15 girls and 13 boys). The following methods were used: M. Kovacs' Children's Depression In-

ventory (CDI), Strengths and Difficulties Questionnaires (SDQ), The Children's Form of Manifest Anxiety Scale (CMAS), the Lusher color test, The Dusseldorf Illustrated Schema Questionnaire for Children (DISC). **Results and conclusions.** The association of an increased level of depression with a greater severity of EMS "unrelenting standards", "emotional inhibition", "negativity/pessimism", "failure", "self-sacrifice", "vulnerability", "social isolation/alienation" and "defectiveness/shame" was revealed. Disorders of psychosocial adaptation positively correlated with the following EMS: "enmeshment/undeveloped self", "mistrust/abuse", "defectiveness/shame" and "unrelenting standards".

Keywords: early maladaptive schemes (EMS), psychoemotional disorders, psychosocial adaptation, children, primary school age, respiratory tuberculosis, inpatient treatment.

For citation: Sheloumova O.S. Psychoemotional Status of Primary School Children with Respiratory Tuberculosis upon Admission to the Hospital and its Connection with Early Maladaptive Schemes. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2024. Vol. 32, no. 2, pp. 48–67. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2024320203> (In Russ.).

Введение

Госпитализация и предшествующая ей постановка диагноза оказывают серьезное стрессогенное воздействие на пациентов любого возраста, приводя к нарушению психологической адаптации и возникновению различных психопатологических симптомов. Однако самой уязвимой возрастной категорией являются дети, для которых стационарное лечение и различные медицинские процедуры становятся травмирующим опытом, вызывающим различные психосоциальные трудности [19]. Наиболее выраженные негативные психологические последствия после госпитализации наблюдаются у детей, проходивших стационарное лечение без сопровождения взрослого [18].

Во фтизиатрии актуальность вопросов стрессогенного воздействия госпитализации является очень высокой, поскольку туберкулез органов дыхания (ТОД) остается одним из заболеваний, требующих госпитализации для обеспечения оптимального соблюдения сложных схем химиотерапии и проведения комплексного лечения. Длительность стационарного лечения ТОД у детей и подростков при различных клинико-эпидемиологических характеристиках заболевания может варьировать от 6 до 18 месяцев, а в ряде случаев и превышать эти сроки. В то время как значительная доля пациентов дошкольного возраста госпитализируются в сопровождении взрослого, дети младшего школьного возраста в подавляющем большинстве случаев на протяжении всего срока лечения находятся в стационаре без сопровождения родителя или опекуна. Это обусловлено, с одной стороны, отсутствием симптомов, нарушающих

социально-бытовую адаптацию ребенка, с другой стороны, такими социальными причинами, как необходимость осуществления родителями или опекунами трудовых функций, а также воспитанием ими сиблингов.

Результаты исследования в группе детей 7—14 лет с ТОД демонстрируют наличие серьезных стрессовых переживаний, возникших в процессе постановки диагноза и при последующем стационарном лечении. Это приводит к возникновению трудностей в физической, психической и социальной сферах [20]. Показано, что уже в начале госпитализации у значительного числа детей с ТОД 6—13 лет отмечается повышенный уровень нервно-психического напряжения и тревоги [9]. В связи с этим особую важность представляет выявление факторов неблагоприятного психоэмоционального состояния детей на этапе стационарного лечения ТОД для определения мишеней психокоррекционного и психотерапевтического воздействия.

В исследованиях, проведенных в последнее десятилетие, показана роль ранних дезадаптивных схем (РДС) в возникновении симптомов психопатологии, а также подчеркнута важность оценки РДС для разработки программ психологического сопровождения, направленных на предотвращение развития психоэмоциональных нарушений у детей и подростков [21; 22].

РДС представляют собой широкие, всеобъемлющие паттерны, состоящие из воспоминаний, эмоций, когнитивных и телесных ощущений, затрагивающих отношения с самим собой и с другими людьми, сформировавшиеся в детстве или в подростковом возрасте вследствие нарушений удовлетворения эмоциональных потребностей, оказывающих непосредственное влияние на восприятие и осмысление дальнейших жизненных событий и обстоятельств [10]. Выявлена взаимосвязь ряда РДС с показателями тревоги и депрессии у подростков 12—18 лет с эпизодической и хронической мигренью [14], а также положительная корреляция между РДС и тревожными автоматическими мыслями социальной направленности, являющимися посредниками между РДС и симптомами социальной тревожности, у подростков 13—17 лет [11]. Наряду с этим изучена опосредующая роль РДС во взаимосвязи между восприятием болезни и стратегиями преодоления боли у подростков с диагнозом мигрень [16].

Отмечается наличие причинно-следственной связи между РДС и депрессией, безнадежностью, алекситимией, являющихся факторами уязвимости к самоубийству [15]. Подчеркивается важность оценки РДС в профилактике и раннем выявлении подростков с анорексией, а также отмечается возможность индивидуализации психотерапевтического лечения этой группы пациентов с учетом РДС [12].

Имеются данные о связи ряда РДС с выраженностью психопатологической симптоматики и особенностями совладания со стрессом у

взрослых пациентов с ТОД [6]. Однако данных о психоэмоциональном статусе детей, проходящих стационарное лечение ТОД, в связи с РДС найти не удалось.

Целью данного исследования стало изучение взаимосвязи характеристик психоэмоционального статуса с ранними дезадаптивными схемами у детей младшего школьного возраста с ТОД при поступлении в стационар.

Гипотезой исследования явилось предположение о том, что большая выраженность определенных РДС будет коррелировать с более высоким уровнем психоэмоциональных нарушений у детей с ТОД при поступлении в стационар.

Метод

Исследование проводилось очно, индивидуально, в период с октября 2022 года по июль 2023 года в ФГБНУ «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза» (ФГБНУ «ЦНИИТ»).

Выборка. В исследование были включены 28 пациентов с ТОД в возрасте 8–12 лет ($10,39 \pm 1,7$), поступивших на стационарное лечение, из них — 15 (53,57%) девочек и 13 (46,43%) мальчиков. Родители и опекуны госпитализированных детей давали письменное согласие на проведение исследования в рамках сотрудничества с учреждением. Участие для всех респондентов было добровольным. Исследование получило одобрение Локального этического комитета ФГБНУ «ЦНИИТ».

Для достижения цели исследования были использованы следующие **методики**.

1. Для определения депрессии использовался Опросник депрессии у детей (CDI) М. Ковак [1].

2. Оценка психосоциальной адаптации детей осуществлялась с помощью опросника «Сильные стороны и трудности (SDQ)», русскоязычные версии которого валидизированы Е.Р. Слободской и соавторами [13]. К отклоняющемуся от нормы показателю общего числа проблем психологической адаптации относили значения, превышающие нормальный уровень (> 15 баллов).

3. Тревожность выявлялась с помощью Шкалы явной тревожности для детей (СМАС) [8].

4. Определение нервно-психической напряженности, тревоги и стресса осуществлялось с помощью методики «Цветовой тест Люшера (ЦТЛ)» с последующим математическим анализом цветовых выборов в соответствии с расчетными формулами [3; 7]. К повышенному уровню нервно-психической напряженности относили значения, превышающие 3 балла [9]. Наличие тревоги и стрессового состояния регистрировали в случае отличия показателя от нулевого значения.

5. Для определения ранних дезадаптивных схем использовался Дюссельдорфский иллюстрированный опросник схем у детей (DISC) [17] в адаптации Е.В. Романовой и М.В. Галимзяновой [4]. Наличие РДС регистрировали в том случае, когда количество баллов по схеме превышало 4.

Процедура. Обследование проводилось в форме интервью в течение первой недели после поступления ребенка в стационар: медицинский психолог зачитывал вопросы и фиксировал ответы пациентов.

Статистическая обработка проводилась с помощью пакета SPSS 23.0. Анализ клинико-психологических характеристик и РДС у пациентов осуществлялся с помощью методов описательной статистики. Для выявления связи между показателями психоэмоционального статуса и выраженностью РДС использовался коэффициент ранговой корреляции r Спирмена. Достоверными считались различия при $p < 0,05$.

Результаты

На рис. 1 можно увидеть, что в первую неделю после поступления в стационар в психоэмоциональном статусе большинства пациентов выявлялись тревога и стрессовое состояние (у 22 (78,6%) и 23 (82,2%) детей соответственно). Наряду с этим были отмечены и другие симптомы психоэмоциональных нарушений: для 16 (57,1%) пациентов было характерно наличие повышенного уровня нервно-психической напряженности, у 14 (50%) детей уровень депрессивных симптомов превышал средние значения. Тревожность 16 (57,1%) пациентов была выше нормального уровня (среднее значение по контрольной субшкале социальной желательности = 4,86 (SD = 2,34)).

Несмотря на то, что показатели по шкале общего числа проблем у большинства пациентов (21 чел., 75%) не превышали нормальных значений, частотный анализ результатов по отдельным характеристикам психосоциальной адаптации выявил наличие у значительного числа пациентов эмоциональных и поведенческих проблем, а также проблем со сверстниками. Они были характерны для 10 (35,7%), 13 (46,4%) и 12 (42,9%) пациентов соответственно (табл. 1).

На рис. 2 можно увидеть, что для значительного числа пациентов характерно наличие таких РДС, как «зависимость/беспомощность» — 17 (60,7%), «подавление эмоций» — 17 (60,7%), «жесткие стандарты/придирчивость» — 17 (60,7%), «запутанность/неразвитая идентичность» — 18 (64,3%) и «самопожертвование» — 19 (67,9%). Наряду с этим, обращает на себя внимание увеличение среднего балла выраженности РДС с возрастанием частоты их выявления: от $M = 3,32$ для РДС «эмоциональная депривированность» и «привилегированность/грандиозность»,

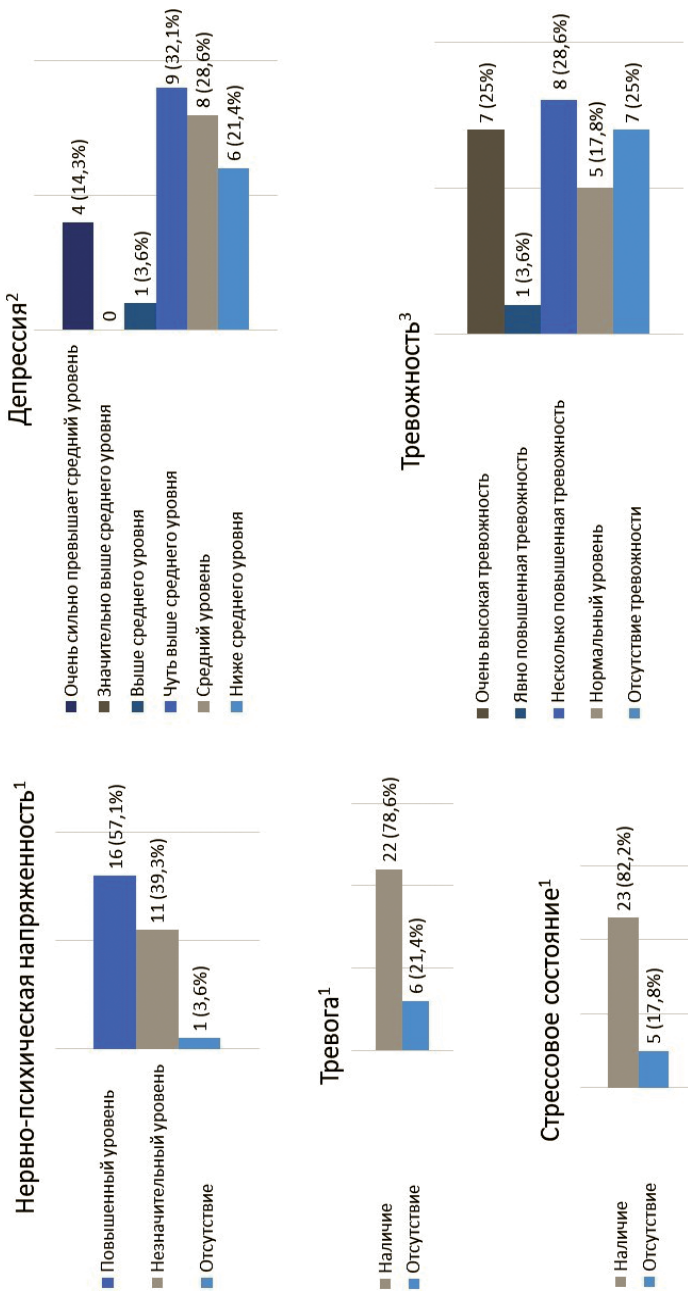


Рис. 1. Результаты частотного анализа клинико-психологических показателей пациентов (N = 28):
 1 — по Цветовому тесту Люшера; 2 — по Опроснику депрессии у детей (CDI) М. Ковак; 3 — по Шкале явной тревожности для детей (CMAS)

Таблица 1

**Показатели психосоциальной адаптации пациентов
(опросник «Сильные стороны и трудности, SDQ)**

Характеристики	Нормальный уровень, n (%)	Пограничный уровень, n (%)	Отклоняющийся уровень, n (%)	Всего отклонений от нормального уровня	M (SD)
Эмоциональные проблемы	18 (64,3)	7 (25,0)	3 (10,7)	10 (35,7)	4,61 (2,13)
Проблемы с поведением	15 (53,6)	11 (39,3)	2 (7,1)	13 (46,4)	2,21 (1,89)
Гиперактивность	23 (82,1)	1 (3,6)	4 (14,3)	5 (17,9)	2,64 (2,5)
Проблемы со сверстниками	16 (57,1)	5 (17,9)	7 (25,0)	12 (42,9)	3,79 (2,41)
Общее число проблем	21 (75,0)	2 (7,1)	5 (17,9)	7 (25,0)	13,25 (6,93)
Просоциальное поведение	24 (85,7)	1 (3,6)	3 (10,7)	4 (14,3)	7,36 (2,02)

Примечание: M — среднее значение; SD — стандартное отклонение.

выявленных у 14,3% пациентов, до M = 5,61 для РДС «самопожертвование», характерной для 67,9% пациентов.

Анализ взаимосвязи выраженности РДС с показателями депрессии показал наличие сильной положительной корреляционной связи с высоким уровнем значимости между схемой «жесткие стандарты/придирчивость» и такими симптомами депрессии, как «негативное настроение» ($r = 0,716$, $p < 0,01$) «межличностные проблемы» ($r = 0,742$, $p < 0,01$), а также общим показателем депрессии ($r = 0,735$, $p < 0,01$). Наряду с этим выявлено, что повышение данного показателя депрессии связано с большей выраженностью таких схем, как «подавление эмоций» ($r = 0,621$, $p < 0,01$), «негативизм/пессимизм» ($r = 0,525$, $p < 0,01$), «неуспешность» ($r = 0,528$, $p < 0,01$), «самопожертвование» ($r = 0,430$, $p < 0,05$), «уязвимость» ($r = 0,426$, $p < 0,05$), «социальная отчужденность» ($r = 0,410$, $p < 0,05$) и «дефективность/стыдливость» ($r = 0,410$, $p < 0,05$).

Результаты исследования показали, что помимо схемы «жесткие стандарты/придирчивость» значимую положительную связь с наибольшим количеством симптомов депрессии имеют такие РДС, как «негативизм/пессимизм», «подавление эмоций», «самопожертвование», «привелегированность/грандиозность», «уязвимость» и «неуспешность» (табл. 2).

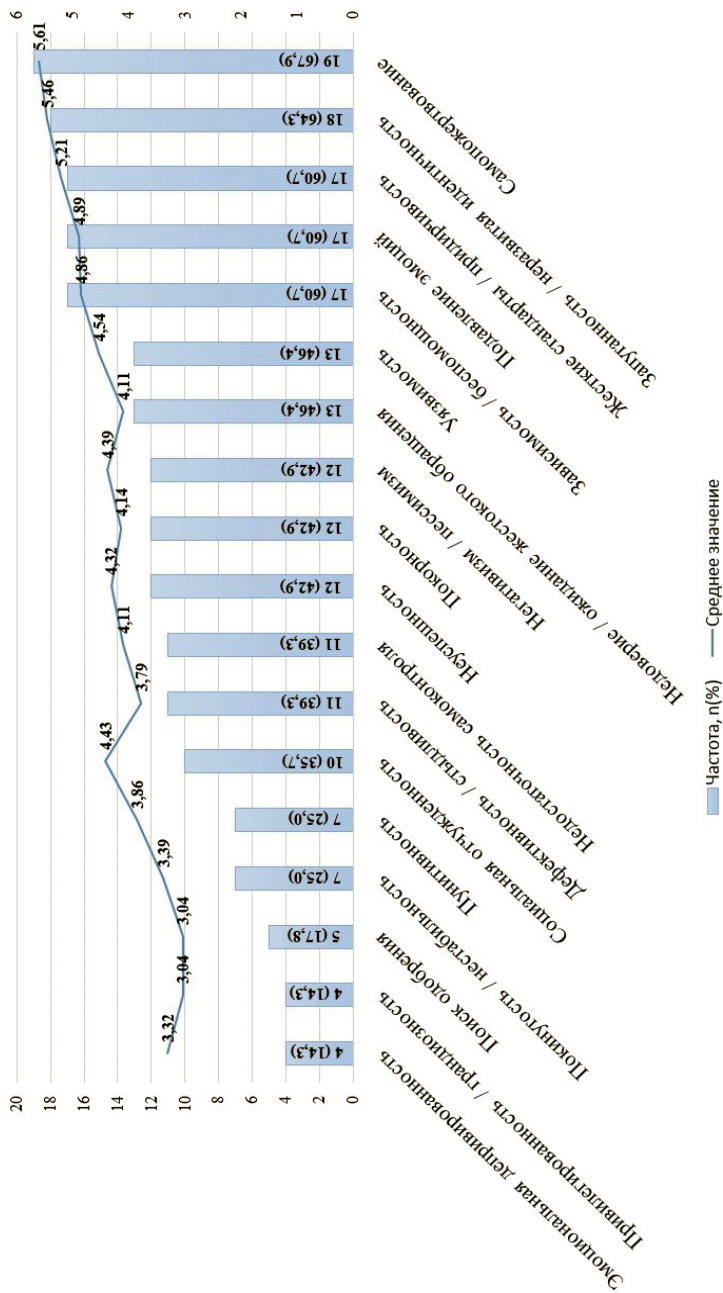


Рис. 2. Частоты и средние значения РДС у пациентов

Таблица 2

Связь ранних дезадаптивных схем с показателями депрессии

Ранние дезадаптивные схемы	Шкала явной тревожности для детей (CMAS)					
	Негативное настроение	Межличностные проблемы	Неэффектив- ность	Ангедония	Негативная самооценка	Общий показатель депрессии
Эмоциональная депри- вированность	0,308	0,265	0,101	-0,056	-0,013	0,155
Покинутость/ нестабильность	0,466*	0,143	0,308	0,321	0,042	0,366
Недоверие/ожидание жестокого обращения	0,338	0,166	0,101	0,091	-0,111	0,215
Социальная отчужденность	0,147	0,230	0,094	0,096	0,112	0,410*
Дефективность/стыдли- вость	0,223	0,251	0,227	0,315	0,319	0,410*
Неуспешность	0,426*	0,441*	0,303	0,321	0,383*	0,528**
Зависимость/беспомощ- ность	0,365	0,461*	-0,098	0,248	-0,052	0,242
Уязвимость	0,401*	0,417*	0,470*	0,236	0,228	0,426*
Запутанность/неразви- тая идентичность	0,204	0,245	0,010	0,154	0,040	0,182
Привилегированность/ грандиозность	0,344	0,385*	0,066	0,385*	0,110	0,381*
Недостаточность само- контроля	0,053	0,042	0,222	0,059	-0,141	0,045
Покорность	0,192	0,228	0,201	0,168	0,300	0,357
Самопожертвование	0,348	0,491**	-0,193	0,533**	0,187	0,430*
Поиск одобрения	-0,036	0,030	-0,106	0,185	0,024	0,080
Подавление эмоций	0,686**	0,658**	0,530**	0,319	0,331	0,621**
Жесткие стандарты/при- дирчивость	0,716**	0,742**	0,349	0,519**	0,470*	0,735**
Негативизм/пессимизм	0,569**	0,401*	0,444*	0,389*	0,275	0,525**
Пунитивность	0,362	0,432*	0,047	0,189	0,072	0,257

Примечание: «*» — статистическая значимость корреляционной связи по г Спирмена $p < 0,05$; «**» — статистическая значимость корреляционной связи по г Спирмена $p < 0,01$.

Анализ взаимосвязи РДС и психосоциальной адаптации (табл. 3) выявил наличие положительной корреляционной связи высокого уровня значимости между схемой «запутанность/неразвитая идентичность» и такими показателями, как проблемы с поведением ($r = 0,502, p < 0,01$), проблемы со сверстниками ($r = 0,500, p < 0,01$) и общее число проблем ($r = 0,498, p < 0,01$), а также отрицательной — с просоциальным поведением ($0,539, p < 0,01$). Показатели шкалы «Эмоциональные проблемы», отрицательно связанные со схемой «поиск одобрения» ($r = -0,475, p < 0,05$), коррелировали с большей выраженностью схем «недоверие/ожидание жестокого обращения» ($r = 0,474,$) и «дефективность/стыдливость» ($r = 0,382, p < 0,05$).

Наряду с этим было выявлено, что схема «жесткие стандарты/придирчивость» положительно связана с показателем проблем с поведением ($r = 0,392, p < 0,05$), со сверстниками ($r = 0,411, p < 0,05$) и общим числом проблем ($r = 0,377, p < 0,05$).

Таблица 3

Связь ранних дезадаптивных схем с показателями психологической адаптации

Ранние дезадаптивные схемы	Шкалы опросника «Сильные стороны и трудности (SDQ)»					
	Эмоциональные проблемы	Проблемы с поведением	Гиперактивность	Проблемы со сверстниками	Общее число проблем	Просоциальное поведение
Эмоциональная депривированность	0,248	-0,088	-0,047	0,109	0,091	-0,065
Покинутость/нестабильность	0,211	0,050	0,343	0,170	0,367	-0,011
Недоверие/ожидание жестокого обращения	0,474*	-0,124	-0,146	0,176	0,145	0,051
Социальная отчужденность	0,216	-0,110	-0,253	0,153	-0,046	0,183
Дефективность/стыдливость	0,382*	-0,213	-0,149	0,115	0,048	0,243
Неуспешность	-0,052	0,364	0,202	0,371	0,293	-0,277
Зависимость/беспомощность	-0,190	-0,116	-0,187	-0,062	-0,183	-0,126

Ранние дезадаптивные схемы	Шкалы опросника «Сильные стороны и трудности (SDQ)»					
	Эмоциональные проблемы	Проблемы с поведением	Гиперактивность	Проблемы со сверстниками	Общее число проблем	Просоциальное поведение
Уязвимость	0,113	0,067	0,182	0,264	0,284	-0,130
Запутанность/неразвитая идентичность	-0,064	0,502**	0,215	0,500**	0,498**	-0,539**
Привилегированность/грандиозность	0,102	0,071	0,239	0,218	0,322	-0,272
Недостаточность самоконтроля	-0,244	-0,153	0,115	-0,213	-0,083	0,202
Покорность	0,129	-0,287	-0,257	0,096	-0,055	0,281
Самопожертвование	0,233	0,185	0,029	0,347	0,242	-0,144
Поиск одобрения	-0,475*	-0,039	0,008	-0,208	-0,224	0,082
Подавление эмоций	0,158	0,033	0,051	0,284	0,197	-0,163
Жесткие стандарты/придиричность	0,039	0,392*	0,286	0,411*	0,377*	-0,322
Негативизм/пессимизм	0,359	0,282	0,151	0,372	0,329	-0,252
Пунитивность	0,188	0,073	-0,006	0,331	0,173	-0,354

Примечание: «*» — статистическая значимость корреляционной связи по г Спирмена $p < 0,05$; «**» — статистическая значимость корреляционной связи по г Спирмена $p < 0,01$.

Результаты исследования выявили значимую положительную корреляцию между уровнем нервно-психической напряженности и схемой «самопожертвование» ($r = 0,784$, $p < 0,01$). Большая выраженность данной РДС также была связана с повышенным уровнем тревоги ($r = 0,442$, $p < 0,05$) и стресса ($r = 0,697$, $p < 0,01$). Тревожность была положительно связана с такими РДС, как «дефективность/стыдливость», «зависимость/беспомощность», «уязвимость», «подавление эмоций», «жесткие стандарты/придиричность» и «пунитивность» (табл. 4).

Таблица 4

Связь ранних дезадаптивных схем с уровнем нервно-психической напряженности, тревожности, тревоги и стресса

Ранние дезадаптивные схемы	Нервно-психическая напряженность (Цветовой тест Люшера)	Тревожность (Шкала явной тревожности для детей, CMAS)	Тревога (Цветовой тест Люшера)	Стресс (Цветовой тест Люшера)
Эмоциональная депривированность	0,279	0,160	0,032	0,093
Покинутость/нестабильность	-0,231	0,134	-0,106	-0,326
Недоверие/ожидание жестокого обращения	0,049	0,255	-0,153	-0,153
Социальная отчужденность	0,304	0,069	0,198	0,076
Дефективность/стыдливость	0,224	0,382*	0,231	0,169
Неуспешность	0,372	0,143	-0,047	0,296
Зависимость/беспомощность	0,399*	0,402*	0,206	0,260
Уязвимость	0,119	0,443*	0,183	0,032
Запутанность/неразвитая идентичность	0,265	0,193	-0,090	0,215
Привилегированность/грандиозность	0,107	0,302	-0,186	0,000
Недостаточность самоконтроля	-0,216	0,344	0,098	-0,284
Покорность	0,016	0,123	-0,023	-0,196
Самопожертвование	0,784**	0,289	0,442*	0,697**
Поиск одобрения	-0,278	-0,128	0,129	-0,175
Подавление эмоций	0,368	0,442*	0,240	0,162
Жесткие стандарты/придирчивость	0,475*	0,445*	0,157	0,354
Негативизм/пессимизм	0,273	0,347	-0,013	0,204
Пунитивность	0,426*	0,380*	0,171	0,256

Примечание: «*» — статистическая значимость корреляционной связи по r Спирмена $p < 0,05$; «**» — статистическая значимость корреляционной связи по r Спирмена $p < 0,01$.

Обсуждение результатов

Результаты проведенного исследования подтвердили предположение о взаимосвязи большей выраженности определенных РДС с повы-

шенным уровнем психоэмоциональных нарушений у детей младшего школьного возраста с ТОД при поступлении в стационар.

Обращает на себя внимание наличие наиболее тесной связи между РДС, относящихся к домену «чрезмерная ответственность и жесткие стандарты» (схемы «негативизм/пессимизм», «подавление эмоций», «жесткие стандарты/придирчивость», «пунитивность») с широким спектром психоэмоциональных нарушений: депрессивными симптомами, личностной тревожностью и проблемами адаптации. РДС, относящиеся к указанному домену, формируются в случае воспитания ребенка в условиях излишне требовательной семьи, нередко использующей наказания за ошибки и промахи, побуждающей соблюдать жесткие правила и соответствовать завышенным ожиданиям, что формирует у ребенка стремление к подавлению спонтанных чувств, побуждений и выборов, пессимистичный взгляд на жизнь и беспокойство о возможных неудачах [10].

Сильная связь РДС данного домена с большим количеством психоэмоциональных нарушений становится особенно понятной при рассмотрении ее в возрастном контексте. В младшем школьном возрасте происходит перестройка эмоционально-мотивационной сферы ребенка: постепенно теряют побудительную силу интересы и мотивы, связанные с игрой, и им на смену приходят новые, связанные с учебной деятельностью [2]. Претерпевает изменение и социальная ситуация развития — младший школьник оказывается включенным в общественно значимую учебную деятельность, результаты которой оцениваются как учителем, так и родителями. Поскольку в этом возрасте все развитие личности ребенка в значительной степени обусловлено школьной успешностью, невозможность соответствовать завышенным требованиям родителей приводит к дистрессу. Обращает на себя внимание значительная частота выявления у детей с ТОД ранних дезадаптивных схем этого домена, сопряженная с высокими средними значениями выраженности схем.

Наряду с этим представляет интерес взаимосвязь межличностных проблем, проблем со сверстниками, а также низкого уровня просоциального поведения с РДС, относящихся к доменам «нарушение автономии и эффективности», «нарушение границ», «направленность на окружающих». Схемы домена «нарушение автономии и эффективности» («зависимость/беспомощность», «уязвимость», «запутанность/неразвитая идентичность», «неуспешность») формируются в условиях гиперопекающей, непоследовательной, подрывающей самооценку ребенка семьи, не поддерживающей его попытки в достижениях за пределами семейного круга, что приводит к трудностям в сепарации и независимом функционировании, ощущению невозможности быть успешным в какой-либо деятельности [10]. Недостаточное развитие именно этих характеристик, составляющих чувство компетентности, являющегося,

по Э. Эриксону, центральным новообразованием младшего школьного возраста, оказывает сильное негативное влияние на личность ребенка.

Для схем домена «нарушение границ» («привилегированность/грандиозность», «недостаточность самоконтроля») характерна недостаточная развитость у ребенка внутренних границ, ответственности перед окружающими, ориентации на долгосрочные цели, что приводит к возникновению проблем с уважительным отношением к правам других людей, способностью сотрудничать с ними, с выполнением принятых на себя обязательств, постановкой и достижением личных целей. Формирование РДС указанного домена может происходить как в условиях вседозволенности, потакания, нехватки наставничества и поддержки со стороны родителей, так и в случае подавления мнения ребенка за счет родительского авторитета, недостаточных дисциплины, сотрудничества и отсутствия системы в постановке целей [10]. В условиях стационара, где ребенок сталкивается с необходимостью понимать и соблюдать границы других детей и выстраивать с ними эффективную коммуникацию, наличие схем этого домена оказывает негативное влияние на адаптацию.

Тесная связь РДС, относящихся к домену «направленность на окружающих» («покорность», «самопожертвование», «поиск одобрения»), также вызывает интерес в контексте госпитализации ребенка. Схемы указанного домена формируются в семье с условным принятием ребенка значимыми взрослыми, в которой потребности и желания родителей или их социальное признание и статус ценятся выше, чем уникальные потребности и чувства ребенка. Это приводит к чрезмерному сосредоточению ребенка на желаниях, чувствах и реакциях других людей в ущерб собственным потребностям с целью заслужить любовь и одобрение, поддержать ощущение связи или избежать наказания. При этом наблюдается подавление собственного гнева и личных предпочтений [10]. В условиях стационара, где ребенок вынужден взаимодействовать с большим количеством новых людей, как детей, так и взрослых, подавление значимых сторон своей личности для получения внимания и одобрения окружающих приводит к высокому уровню нервно-психической напряженности. Результаты исследования показали, что относящаяся к этому домену РДС «самопожертвование» была выявлена у наибольшего числа детей с ТОД. Среднее значение данной схемы также было самым высоким.

Полученные данные согласуются с результатами исследования на выборке взрослых пациентов с ТОД [6], указывающими на наличие наиболее значимых различий между группами с высоким и низким индексом тяжести психологического состояния по частоте выявления РДС доменов «недоверие/ожидание жестокого обращения», «социальная отчужденность», «зависимость/беспомощность», «уязвимость», «недостаточность самоконтроля», «поиск одобрения». При согласованности полученных

результатов по взаимосвязи психоэмоциональных нарушений с выраженностью РДС с данными исследований на выборках подростков [11; 12; 22] наблюдаются некоторые различия в конкретных доменах РДС, коррелирующих с большей выраженностью симптомов, что может быть обусловлено как разницей в выборках, так и отличиями в социальной ситуации (в более ранних исследованиях респонденты не находились в стационаре).

Результаты данного исследования следует рассматривать в свете ряда ограничений. Одним из них является небольшой объем выборки. При дальнейшем изучении данной проблемы необходимо увеличение количества пациентов для повышения репрезентативности результатов. Наряду с этим для повышения объективности результатов актуальным представляется проведение аналогичных исследований на разных этапах стационарного лечения.

Выводы

В стрессогенной ситуации поступления в стационар у детей с ТОД наблюдались различные симптомы дезадаптации, среди которых можно выделить психоэмоциональные нарушения, проблемы с поведением, трудности в общении со сверстниками.

В спектре выявленных РДС отмечено преобладание схем, относящихся к доменам «нарушение автономии и эффективности», «чрезмерная ответственность и жесткие стандарты», «направленность на окружающих». Определено, что симптомы депрессии в большей степени были связаны с РДС домена «чрезмерная ответственность и жесткие стандарты», в то время как трудности в психосоциальной адаптации больше коррелировали с РДС домена «нарушение автономии и эффективности».

Полученные результаты расширяют теоретические представления о проблеме стрессогенного воздействия ситуации госпитализации, демонстрируя взаимосвязь между ранними дезадаптивными схемами, как устойчивыми когнитивными, аффективными и поведенческими паттернами реагирования на текущие жизненные события, и психосоциальным благополучием детей при поступлении в стационар.

Данные исследования могут быть использованы при оказании психокоррекционной и психотерапевтической помощи детям с ТОД на этапе адаптации к стационару, позволяя сконцентрироваться не только на ситуационных, но и на личностных аспектах реагирования на стрессовую ситуацию.

На этапе стационарного лечения ключевым направлением психологической помощи ребенку является создание условий для удовлетворения основных эмоциональных потребностей (в надежной привязанности, самостоятельности/независимости и компетентности, свободе

выражения своих потребностей и эмоций, спонтанности и игре, реалистичных границах и самоконтроле), как в рамках психотерапевтических отношений, так и во взаимодействии с воспитателями, учителями и медицинским персоналом, что позволяет получить корригирующий эмоциональный опыт, способствующий изменению РДС. На амбулаторном этапе основным психотерапевтическим вектором становится работа с семьей как системой, целью которой является улучшение детско-родительских и внутрисемейных взаимоотношений с формированием у родителей понимания потребностей ребенка и навыков их удовлетворения, повышение личностных ресурсов родителей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воликова, С. В., Калина О.Г., Холмогорова А.Б. Валидизация опросника детской депрессии М. Ковак // Вопросы психологии. 2011. № 5. С. 121—131.
2. Кулагина И.Ю., Колоцкий В.Н. Возрастная психология: Полный жизненный цикл развития человека: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. 2-е изд. М.: ТЦ «Сфера», 2009. 464 с.
3. Прохоров А.О. Методики диагностики и измерения психических состояний личности. М.: ПЕР СЭ, 2004. 176 с.
4. Романова Е.В., Галимзянова М.В. Опросник схем у детей (DISC). СПб.: Институт схематерапии, 2019. 20 с.
5. Слободская Е.Р., Гудман Р., Рябиченко Т.И. Психосоциальные факторы эмоциональных проблем и отклонений в поведении подростков // Психиатрия. 2006. № 2(20). С. 28—36.
6. Стрельцов В.В., Харитонова Н.Ю., Баранова Г.В. Психопатологический статус заболевающих туберкулезом органов дыхания в связи с ранними дезадаптивными схемами // Вестник Центрального научно-исследовательского института туберкулеза. 2022. № 3. С. 44—53. DOI: 10.57014/2587-6678-2022-3-44-53
7. Цыганок И.И. Цветовая психодиагностика. Модификация полного клинического теста Люшера: метод. руководство. СПб.: Речь, 2007. 264 с.
8. Шалимова Г.А. Психодиагностика эмоциональной сферы личности: практ. пособие. М.: АРКТИ, 2006. 232 с.
9. Шелумова О.С., Золотова Н.В. Возможности нормализации психоэмоционального статуса детей с туберкулезом органов дыхания в стационаре в условиях пандемии COVID-19 // Туберкулез и болезни легких. 2022. Том 100. № 11. С. 6—12. DOI: 10.21292/2075-1230-2022-100-11-6-12
10. Янг Дж., Клоско Дж., Вайсхаар М. Схема-терапия. практ. руководство: пер. с англ. СПб. ООО «Диалектика», 2020. 464 с.
11. Calvete E., Orue I., Hankin B.L. Early maladaptive schemas and social anxiety in adolescents: the mediating role of anxious automatic thoughts // J. Anxiety Disord. 2013. Vol. 27. № 3. P. 278—288. DOI: 10.1016/j.janxdis.2013.02.011
12. Damiano S.R., Reece J., Reid S., Atkins L., Patton G. Maladaptive schemas in adolescent females with anorexia nervosa and implications for treatment // Eat Behav. 2015 Vol. 16. № 1. P. 64—71. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2014.10.016

13. Goodman R., Slobodskaya H., Knyazev G. Russian child mental health: a cross-sectional study of prevalence and risk factors // *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2005. Vol. 14. № 1. P. 28—33. DOI: 10.1007/s00787-005-0420-8
14. Güler Aksu G., Kayar O., Tufan A.E., Küçük M.Ö., Özdağ Acarlı A.N., Sucu D.H., Taşdelen B., Toros F., Özge A. Early maladaptive schemas in episodic and chronic migraine in adolescents [Электронный ресурс] // *Front Neurol*. 2023. № 14. DOI: 10.3389/fneur.2023.1128953. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37153683/> (дата обращения: 07.09.2023).
15. Hirsch N., Hautekeete M., Kochman F. Sch mas pr coces mal adaptés, dépression et alexithymie chez des adolescents hospitalisés suicidaires (Early maladaptive processes, depression and alexithymia in suicidal hospitalized adolescents) // *Encephale*. 2001. Vol. 27. № 1. P. 61—70.
16. Kayar O., Altinoğlu Dikmeer İ., Güler Aksu G., Toros F., Özge A. The mediating role of early maladaptive schemas on the relationship between illness perception and pain coping strategies among adolescents diagnosed with migraine [Электронный ресурс] // *Front Neurol*. 2023. № 14. DOI: 10.3389/fneur.2023.1128965. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37056362/> (дата обращения: 07.09.2023).
17. Loose C., Meyer F., Pietrowsky R. The Dusseldorf Illustrated Schema Questionnaire for Children (DISC) // *Psicol. Reflex Crit*. 2018. Vol. 31 № 7. P. 1—12. DOI: 10.1186/s41155-018-0087-y
18. Luljuraj D., Maneval R.E. Unaccompanied Hospitalized Children: An Integrative Review // *J. Pediatr. Nurs*. 2021. Vol. 56. P. 38—46. DOI: 10.1016/j.pedn.2020.10.015
19. Meentken M. G., van der Ende J., del Canho R., et al. Psychological outcomes after pediatric hospitalization: The role of trauma type // *Children's Health Care*. 2021. Vol. 50. № 3. P. 278—292. DOI:10.1080/02739615.2021.1890077
20. Misra S., Misra N., Seepamore B., Holloway K., Singh N., Ngozo J., Dlamini., Radebe Z., Ndjeka N.O., Furin J. «I would watch her with awe as she swallowed the first handful»: A qualitative study of pediatric multidrug-resistant tuberculosis experiences in Durban, South Africa [Электронный ресурс] // *PLoS One*. 2022. Vol. 17. № 9. DOI: 10.1371/journal.pone.0274741. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36112604/> (дата обращения: 07.09.2023).
21. Tsouvelas G., Chondrokokou M., Antoniou X., Nikolaidis G. Early maladaptive schemas and symptoms of psychopathology in children in residential care // *Psychiatriki*. 2023. Vol. 34. № 4. P. 301—311. DOI: 10.22365/jpsych.2023.007.
22. Van Vlierberghe, L., Braet, C., Bosmans, G., Rosseel, Y., & Bögels, S. Maladaptive schemas and psychopathology in adolescence: On the utility of young's schema theory in youth // *Cognitive Therapy and Research*. 2010. Vol. 34. № 4. P. 316 332. DOI:10.1007/s10608-009-9283-5

REFERENCES

1. Volikova, S. V., Kalina O.G., Kholmogorova A.B. Validizatsiya oprosnika detskoj depressii M. Kovak [Validation of M. Kovacs' Children's Depression Inventory]. *Voprosy psikhologii*, 2011, no. 5. pp. 121—131. (In Russ., abstr. in Engl.).
2. Kulagina I.Yu., Kolyutskii V.N. Vozrastnaya psikhologiya: Polnyi zhiznennyi tsikl razvitiya cheloveka. Uchebnoe posobie dlya studentov vysshikh uchebnykh zavedenii

- [Age psychology: The full life cycle of human development. Textbook for students of higher educational institutions]. Moscow: TTs Sfera, 2009. 464 p. (In Russ.).
3. Prokhorov A.O. Metodiki diagnostiki i izmereniya psikhicheskikh sostoyanii lichnosti [Methods of diagnosis and measurement of mental states of personality]. Moscow: PER SE, 2004. 176 p. (In Russ.).
 4. Romanova E.V., Galimzyanova M.V. Oprosnik skhem u detei (DISC) [Questionnaire of schemes in children (DISC)]. SPb.: Institut skhematerapii, 2019. 20 p. (In Russ.).
 5. Slobodskaya E.R., Gudman R., Ryabichenko T.I. Psikhosotsial'nye faktory emotsional'nykh problem i otklonenii v povedenii podrostkov [Psychosocial factors of emotional problems and deviations in adolescent behavior]. *Psikhiatriya [Psychiatry]*, 2006. no. 2(20), pp. 28–36. (In Russ., abstr. in Engl.).
 6. Strel'tsov V.V., Kharitonova N.Yu., Baranova G.V. Psikhopatologicheskii status zabolevayushchikh tuberkulezom organov dykhaniya v svyazi s rannimi dezadaptivnymi skhemami [Psychopathological status of respiratory tuberculosis patients in connection with early maladaptive schemes]. *Vestnik Tsentral'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta tuberkuleza = Central TB Research Institute Bulletin*, 2022, no. 3, pp. 44–53. DOI 10.57014/2587-6678-2022-3-44-53. (In Russ., abstr. in Engl.).
 7. Tsyganyuk I.I. Tsvetovaya psikhodiagnostika. Modifikatsiya polnogo klinicheskogo testa Lyushera: Metodicheskoe rukovodstvo [Color psychodiagnostics. Modification of the complete clinical Lusher test: Methodological Guide]. SPb.: Rech', 2007. 264 p. (In Russ.).
 8. Shalimova G.A. Psikhodiagnostika emotsional'noi sfery lichnosti: Prakticheskoe posobie [Psychodiagnostics of the emotional sphere of personality: A practical guide]. M.: ARKTI, 2006. 232 p. (In Russ.).
 9. Sheloumova O.S., Zolotova N.V. Vozmozhnosti normalizatsii psikhoeffemotsional'nogo statusa detei s tuberkulezom organov dykhaniya v statsionare v usloviyakh pandemii COVID-19 [Possibilities to improve the psycho-emotional state of children with respiratory tuberculosis in in-patient settings during the COVID-19 pandemic]. *Tuberkulez i bolezni legkikh = Tuberculosis and Lung Diseases*, 2022, vol. 100, no. 11. pp. 6–12. DOI 10.21292/2075-1230-2022-100-11-6-12. (In Russ., abstr. in Engl.).
 10. Yang Dzh., Klosko Dzh., Vaishkhaar M. Skhema-terapiya. Prakticheskoe rukovodstvo [Scheme-therapy. Practical guide]: Per. s angl. SPb. OOO «Dialektika», 2020. 464 p. (In Russ.).
 11. Calvete E., Orue I., Hankin B.L. Early maladaptive schemas and social anxiety in adolescents: the mediating role of anxious automatic thoughts. *J. Anxiety Disord.*, 2013, vol. 27, no. 3, pp. 278–288. DOI: 10.1016/j.janxdis.2013.02.011
 12. Damiano S.R., Reece J., Reid S., Atkins L., Patton G. Maladaptive schemas in adolescent females with anorexia nervosa and implications for treatment. *Eat Behav.*, 2015, vol. 16, no. 1, pp. 64–71. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2014.10.016
 13. Goodman R., Slobodskaya H., Knyazev G. Russian child mental health: a cross-sectional study of prevalence and risk factors // *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2005. Vol. 14, no. 1, pp. 28–33. DOI: 10.1007/s00787-005-0420-8
 14. Güler Aksu G., Kayar O., Tufan A.E., Kütük M.Ö., Özdağ Acarli A.N., Sucu D.H., Taşdelen B., Toros F., Özge A. Early maladaptive schemas in episodic and chronic migraine in adolescents [Elektronnyi resurs]. *Front Neurol.*, 2023, № 14. DOI: 10.3389/fneur.2023.1128953. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37153683/> (Accessed 07.09.2023)

15. Hirsch N., Hautekeete M., Kochman F. Schémas précoces mal adaptés, dépression et alexithymie chez des adolescents hospitalisés suicidaires (Early maladaptive processes, depression and alexithymia in suicidal hospitalized adolescents). *Encephale*, 2001, vol. 27, no. 1, pp. 61—70.
16. Kayar O., Altinoğlu Dikmeer İ., Güler Aksu G., Toros F., Özge A. The mediating role of early maladaptive schemas on the relationship between illness perception and pain coping strategies among adolescents diagnosed with migraine [Elektronnyi resurs]. *Front Neurol.*, 2023. № 14. DOI: 10.3389/fneur.2023.1128965. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37056362/> (Accessed 07.09.2023).
17. Loose C., Meyer F., Pietrowsky R. The Dusseldorf Illustrated Schema Questionnaire for Children (DISC). *Psicol. Reflex Crit.*, 2018, vol. 31, no. 7, pp. 1—12. DOI: 10.1186/s41155-018-0087-y
18. Lulgjuraj D., Maneval R.E. Unaccompanied Hospitalized Children: An Integrative Review. *J. Pediatr. Nurs.*, 2021, vol. 56, pp. 38—46. DOI: 10.1016/j.pedn.2020.10.015
19. Meentken M. G., van der Ende J., del Canho R., et al. Psychological outcomes after pediatric hospitalization: The role of trauma type. *Children's Health Care*, 2021, vol. 50, no. 3, pp. 278—292. DOI:10.1080/02739615.2021.1890077
20. Misra S., Misra N., Seepamore B., Holloway K., Singh N., Ngozo J., Dlamini ., Radebe Z., Ndjeka N.O., Furin J. «I would watch her with awe as she swallowed the first handful»: A qualitative study of pediatric multidrug-resistant tuberculosis experiences in Durban, South Africa [Elektronnyi resurs]. *PLoS One*, 2022, № 17 (9). DOI: 10.1371/journal.pone.0274741. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36112604/> (Accessed 07.09.2023)
21. Tsouvelas G., Chondrokouki M., Antoniou X., Nikolaidis G. Early maladaptive schemas and symptoms of psychopathology in children in residential care. *Psychiatriki*, 2023, vol. 34 (4), pp. 301—311. DOI: 10.22365/jpsych.2023.007
22. Van Vlierberghe, L., Braet, C., Bosmans, G., Rosseel, Y., & Bögels, S. Maladaptive schemas and psychopathology in adolescence: On the utility of young's schema theory in youth. *Cognitive Therapy and Research*, 2010, vol. 34, no. 4, pp. 316—332. DOI: 10.1007/s10608-009-9283-5

Информация об авторах

Шелоумова Оксана Сергеевна, научный сотрудник лаборатории изучения психологических проблем туберкулеза, Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза (ФГБНУ «ЦНИИТ»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2323-2253>, e-mail: oksanasheloumova@yandex.ru

Information about the authors

Oksana S. Sheloumova, Research Associate of the Laboratory for the Study of Psychological Problems of Tuberculosis, Central Research Institute of Tuberculosis, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2323-2253>, e-mail: oksanasheloumova@yandex.ru

Получена 08.09.2023

Received 08.09.2023

Принята в печать 25.01.2024

Accepted 25.01.2024

РЕГУЛЯЦИЯ НЕЙРОКОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ПОДРОСТКОВ С ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

В.Б. НИКИШИНА

Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова (ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова»),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2421-3652>,
e-mail: vbnikishina@mail.ru

Е.А. ПЕТРАШ

Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова (ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова»),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3177-088X>,
e-mail: petrash@mail.ru

Е.Я. ЭНГЕЛЬ

Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова (ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова»),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-1318-6818>
e-mail: elen-2012eng@mail.ru

Г.М. КАРТАШИЛА

Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова (ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова»),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-5253-0391>
e-mail: kartashila98@mail.ru

С.Р. МАРГАРЯН

Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова (ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова»),

г. Москва, Российская Федерация

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9968-2931>

e-mail: sergey.margaryan27@mail.ru

Актуальность исследования обусловлена необходимостью изучения регуляторных функций у подростков с портальной гипертензией, которая сопровождается развитием генерализованного интоксикационного эффекта в отношении нервной системы, затрагивающего корковые структуры префронтальных отделов головного мозга. Цель исследования: изучение специфики прогностической регуляции нейрокогнитивных функций у подростков с печеночной энцефалопатией при портальной гипертензии.

Материалы и методы: общий объем выборки — 60 подростков. В экспериментальную группу (ЭГ) вошли подростки в количестве 30 человек (14 муж., 16 жен.) с диагнозом, установленным врачом-гастроэнтерологом, — К76.6 «Портальная гипертензия» по МКБ-10. В контрольную группу (КГ) вошли 30 респондентов (14 муж., 16 жен.) с нормативным соматическим статусом. Экспериментальная и контрольная группы уравнивались по полу, возрасту и социальному статусу. Эмпирическое исследование включало в себя мотивирование, инструктирование, собственно психологическое обследование с применением нейрокогнитивных и тестовых методик оценки прогностической регуляции: The Line Tracing Test, Digit-symbol Test, Number Connection Test A/B, методика «Стиль саморегуляции поведения — ССП-98» В.И. Моросановой. **Результаты.** Низкие значения общего уровня произвольной саморегуляции поведения подростков с печеночной энцефалопатией обусловлены снижением выраженности регуляторных процессов гибкости и самостоятельности. Полученные результаты свидетельствуют о том, что снижение процессов планирования, гибкости и самостоятельности, обуславливающее низкий общий уровень произвольной саморегуляции, приводит к значимому снижению нейрокогнитивных показателей прогностической регуляции. **Выводы.** Выявленные качественно-количественные особенности регуляции нейрокогнитивных функций могут рассматриваться в качестве одного из предикторов в генезе печеночной энцефалопатии, позволяющего осуществлять прогностическое диагностирование симптомов болезни у подростков на наиболее ранних стадиях ее развития, а также осуществлять дифференциальную диагностику заболевания.

Ключевые слова: нейрокогнитивные показатели прогностической регуляции, система произвольной саморегуляции поведения, печеночная энцефалопатия, портальная гипертензия.

Для цитаты: Никишина В.Б., Петраш Е.А., Энгель Е.Я., Карташила Г.М., Маргарян С.Р. Регуляция нейрокогнитивных функций у подростков с печеночной энцефалопатией // Консультативная психология и психотерапия. 2024. Том 32. № 2. С. 68—85. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2024320204>

REGULATORY DISORDERS IN ADOLESCENTS WITH HEPATIC ENCEPHALOPATHY

VERA B. NIKISHINA

Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2421-3652>,
e-mail: vbnikishina@mail.ru

EKATERINA A. PETRASH

Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3177-088X>,
e-mail: petrash@mail.ru

ELENA YA. ENGEL

Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7607-0799>
e-mail: elen-2012eng@mail.ru

GRIGIRIY M. KARTASHILA

Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7607-0799>
e-mail: kartashila98@mail.ru

SERGEY R. MARGARYAN

Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9968-2931>
e-mail: sergey.margaryan27@mail.ru

The relevance of the study is due to the need to study the regulatory functions of adolescents with portal hypertension, which is accompanied by the development of a generalized intoxication effect on the nervous system affecting the cortical structures of the prefrontal parts of the brain. **Objective:** to study the specifics of prognostic regulation in adolescents with hepatic encephalopathy with portal hypertension. **Materials and methods:** the total sample size is 60 adolescents. The experimental group (EG) included adolescents in the number of 30 people (14 men; 16 women) with a diagnosis established by a gastroenterologist K76.6 “Portal hypertension” according to ICD-10. The control group (KG) included 30 respondents (14 men; 16 women) with a normative somatic status. The experimental and control groups were equalized by gender, age and social status. The empirical study included motivation, instruction, and psychological examination with the use of neurocognitive and test methods for assessing regulation: The Line Tracing Test, Digit-symbol Test, Number Connection Test A/B, methodology «Style of self—regulation of behavior - SSP-98» by V.I. Morosanova. **Results.** Low values of the general level of voluntary self-regulation of behavior of ado-

lescents with hepatic encephalopathy are due to a decrease in the severity of regulatory processes of flexibility and independence. The results obtained allow us to conclude that the reduction of planning processes, flexibility and independence, providing a low overall level of arbitrary self-regulation, provide a significant decrease in neurocognitive indicators of prognostic regulation. **Conclusions.** The revealed qualitative and quantitative features of the regulatory sphere can be considered as one of the predictors in the genesis of hepatic encephalopathy, which make it possible to carry out prognostic diagnosis of the symptoms of the disease in adolescents at the earliest stages of its development, as well as to carry out differential diagnosis of the disease.

Keywords: neurocognitive indicators of prognostic regulation, system of arbitrary self-regulation of behavior, hepatic encephalopathy, portal hypertension.

For citation: Nikishina V.B., Petrash E.A., Engel E.Ya., Kartashila G.M., Margaryan S.R. Regulatory Disorders In Adolescents With Hepatic Encephalopathy. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2024. Vol. 32, no. 2, pp. 68–85. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2024320204> (In Russ.).

Введение

Решая проблему спецификации регуляторных нарушений у подростков с печеночной энцефалопатией, мы проанализировали показатели распространенности заболеваний печени различной этиологии в России, которые на 2016 год составили 950 человек на 100 000 населения [24]. При этом развитие печеночной энцефалопатии регистрируется у 60–70% пациентов с хроническими заболеваниями печени [20]. В ходе анализа статистических данных по болезням печени в России среди детей до 14 лет в сравнении со всем населением, полученных за период 2007–2016 гг., наблюдается явная картина превышения показателей заболеваемости детей по сравнению со взрослыми в 1,6 раз по ряду нозологий [8].

В ходе развития печеночной недостаточности проявляется генерализованный интоксикационный эффект в отношении нервной системы [25], который затрагивает корковые структуры префронтальных отделов головного мозга, отвечающие за формирование функции прогностической регуляции, сензитивный период развития которой приходится на подростковый возраст [12].

На основании результатов библиометрического анализа публикационной активности по проблеме влияния фактора нейроинтоксикации при печеночной энцефалопатии на когнитивные функции можем констатировать недостаточную разработанность данного аспекта, как в медицинской, так и в психологической отраслях науки. При этом в большинстве медицинских исследований фиксируется факт изменения когнитивного статуса данной категории пациентов [7; 17; 19]. Таким образом, основной

запрос специалистов-практиков состоит в том, чтобы выделить когнитивные индикаторы, которые можно рассматривать как предикторы в генезе печеночной энцефалопатии, позволяющие осуществлять прогностическое диагностирование симптомов болезни у подростков на наиболее ранних стадиях ее развития, а также осуществлять дифференциальную диагностику заболевания [9; 17]. Данный возрастной период морфологически сензитивен к формированию нейрофункциональных систем префронтальной коры больших полушарий [12], отвечающей за регуляцию психической деятельности, в том числе и прогностическую.

Согласно подходу В.И. Моросановой, психическая саморегуляция представляет собой многоуровневую и динамическую систему процессов, состояний и свойств, являющуюся инструментом инициации и поддержания произвольной активности человека [14]. В онтогенезе уровни регуляции деятельности формируются в соответствии с возрастными периодами. Подростковый возраст соответствует смысловому уровню регуляции, следующему за психофизиологическим, операциональным и целевым. Осознанная саморегуляция личности, в свою очередь, является рефлексивным психологическим инструментом организации активности человека на основе самоорганизации различных подсистем регуляторных процессов операционально-когнитивного и регуляторно-личностного уровней. Содержанием операционально-когнитивного уровня саморегуляции является прогностическая регуляция нейрокогнитивных функций, реализуемая на морфофункциональном уровне преимущественно структурами префронтальной ассоциативной коры больших полушарий головного мозга. Е.Г. Дроздовцева указывает на то, что нарушение формирования личностных уровней регуляции деятельности характеризует аномальное развитие личности подростка, что, в свою очередь, приводит к их дезадаптации и нарушениям поведения [10].

В модели осознанной саморегуляции В.И. Моросановой описываются регуляторные процессы как комплекс тесного взаимодействия физиологически развертывающихся процессов с личностно-индивидуальными проявлениями, в ней подчеркивается мультипарадигмальная направленность исследования прогностической регуляции [14]. Уровень прогностической регуляции, как сквозного высшего интегративного фактора, регулирующего нейрокогнитивные функции, обеспечивает способность прогнозирования результатов решаемой задачи. Выраженный тормозной эффект, оказываемый на ЦНС, неадекватная передача сигналов и угнетение мозговых центров, а также гипоэнергетическое состояние полушарий, обусловленные наличием тяжелого соматического заболевания (печеночной энцефалопатии), приводят к нарушению прогностической регуляции нейрокогнитивных функций. Токсическое влияние аммиака и меркаптана на кору больших полушарий, изменения в процессе нейротрансмиссии, повреждение постсинаптических нейронов, АТФ-голодание нейронов проявляются наруше-

нием психофизиологического и операционального уровней. Следствием этого является нарушение прогностической регуляции нейрокогнитивных функций, реализуемых на морфофункциональном уровне преимущественно структурами префронтальной ассоциативной коры больших полушарий головного мозга. Ю.В. Микадзе указывает на то, что произвольное управление психическими функциями, в том числе и нейрокогнитивными, связано с их осознанностью, предполагает наличие соответствующей мотивации, опосредованной речевой системой, а именно выбора определенной активности из множества вариантов реагирования, доступных в данный момент [12]. При этом при дискуссионности вопроса о процессуальном составе регуляторных (управляющих) функций, большинство авторов сходятся во мнении, что нарушение любого из регуляторных звеньев (инициативность, целеполагание, планирование и удержание программы, контроль выполнения, переключаемость с одного этапа выполнения на другой) приводит к нарушению произвольной регуляции нейрокогнитивных функций, проявляясь в затруднении выбора определенной активности из множества вариантов реагирования, доступных в конкретный момент решения поставленной задачи.

В качестве *гипотезы исследования* мы предполагаем, что существуют значимые различия уровня прогностической регуляции между подростками с диагнозом портальная гипертензия и подростками с нормативным соматическим статусом.

Целью исследования является изучение специфики прогностической регуляции у подростков с печеночной энцефалопатией при портальной гипертензии.

Реализуя эмпирическое исследование в рамках обозначенной цели, мы исходили из предположения о том, что у подростков с печеночной энцефалопатией (имеющих диагноз портальной гипертензии) уровень прогностической регуляции ниже, чем у подростков с нормативным соматическим статусом (нормативным развитием).

Материалы и методы

Эмпирическое исследование проводилось на выборке подростков (13—17 лет — согласно Международной классификации возрастов ВОЗ), общий объем которой — 60 респондентов (28 (46,7%) — муж.; 32 (53,3%) — жен.). В экспериментальную группу (ЭГ) вошли подростки в количестве 30 человек (14 (46,7%) — муж.; 16 (53,3%) — жен.) с диагнозом, установленным врачом-гастроэнтерологом, — К76.6 «Портальная гипертензия» по МКБ-10 без уточнения формы. Все участники экспериментальной группы на момент обследования находились под диспансерным наблюдением гастроэнтеролога в состоянии средней и средне-легкой декомпенсации без

проявления симптомов органического поражения головного мозга (в соответствии с диагностическими критериями F07.8 по МКБ-10). Контрольная группа (КГ) формировалась по результатам заключений ежегодной диспансеризации на май 2023 года, в которую вошли 30 респондентов (14 (46,7%) — муж.; 16 (53,3%) — жен.) с нормативным соматическим статусом без психических, церебрально-травматических и тяжелых инфекционных заболеваний головного мозга. Экспериментальная и контрольная группы уравнивались по полу, возрасту и социальному статусу.

Исследование ЭГ проходило в кабинете медицинского психолога на базах: ГБУЗ «ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗМ» и ФГБУ «РДКБ» Минздрава РФ. Исследование КГ проходило в кабинете школьного психолога на базе АНОО «Ломоносовский лицей». Исследование проходило этическую экспертизу на базе ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (протокол № 229 от 15 мая 2023 г.).

Организация исследования осуществлялась на условиях письменного информированного согласия, подписанного родителем (законным представителем) каждого подростка, принимающего участие в исследовании.

Эмпирическое исследование включало мотивирование, инструктирование, собственно психологическое обследование с применением нейрокогнитивных и тестовых методик оценки прогностической регуляции: The Line Tracing Test [21; 22; 23], Digit-symbol Test [21; 22; 23], Number Connection Test A/B [21; 22; 23], методика «Стиль саморегуляции поведения — ССП-98» В.И. Моросановой [13]. Исследование осуществлялось в индивидуальной форме, длительность работы с каждым испытуемым составляла 45—70 мин.

Количественная обработка полученных эмпирических результатов осуществлялась с использованием методов описательной (показатели средних тенденций), сравнительной (непараметрический U-критерий Манна—Уитни, $p = 0,05$) статистики и метода корреляционного анализа (г-критерий ранговой корреляции Спирмена, $p < 0,05$).

Результаты исследования

В результате оценки нейрокогнитивных показателей прогностической регуляции у подростков с печеночной энцефалопатией выявлено значительно большее количество допущенных ошибок при выполнении заданий в сравнении с подростками без патологии (рис. 1). При прохождении методики «The Line Tracing Test», требующей без отрыва руки вести линию по ломаному «коридору», подростки с печеночной энцефалопатией при ведении линии отрывают карандаш от листа и неоднократно касаются краев установленного «коридора».

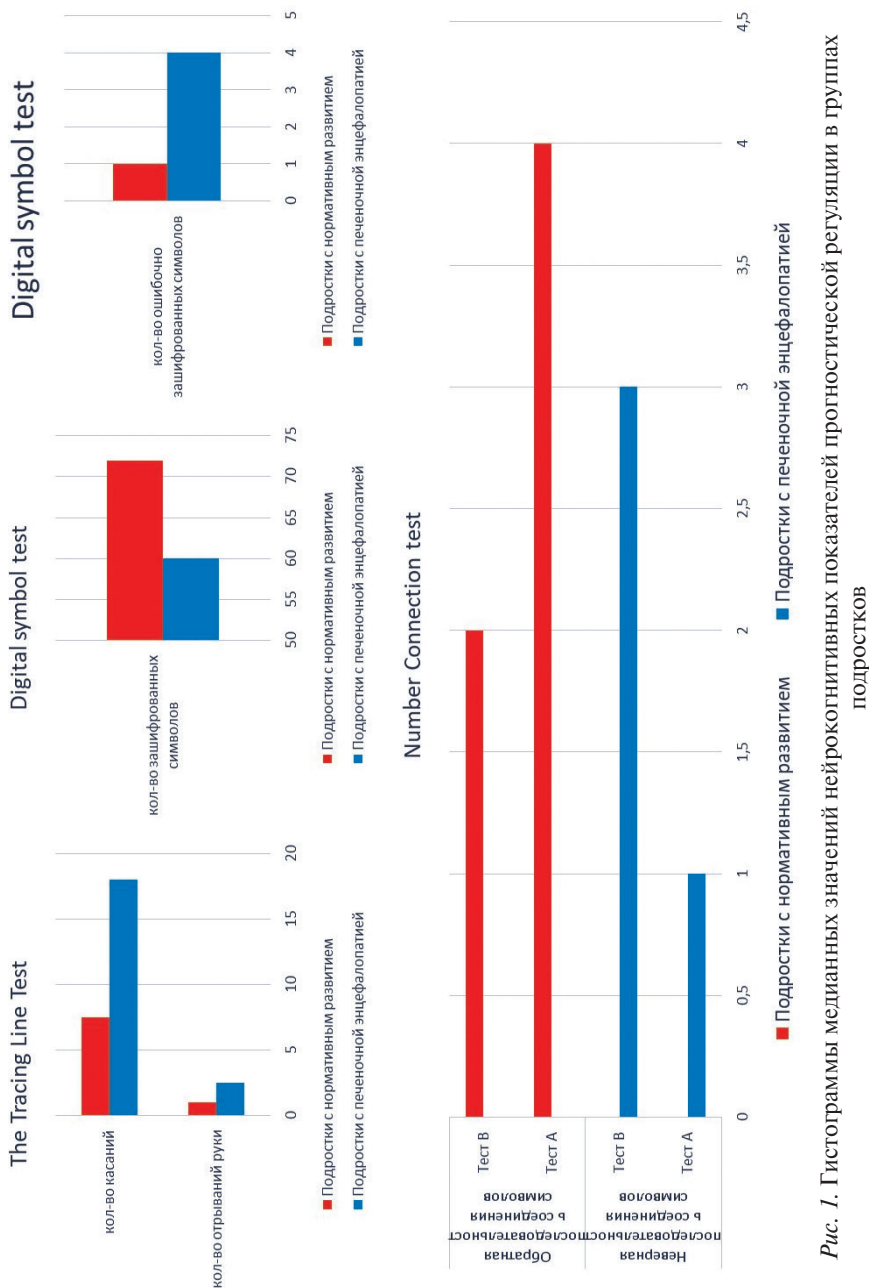


Рис. 1. Гистограммы медианных значений нейрокогнитивных показателей прогностической регуляции в группах подростков

При выполнении заданий, предполагающих последовательное соединение букв и цифр («Number Connection Test»), подростки также допускали ошибки. Однако тип данных ошибок различался по группам. Подростки с печеночной энцефалопатией допускали ошибки по типу неверной последовательности соединения символов (букв и цифр). Подростки с нормативным развитием допускали ошибки в виде обратной последовательности соединения предложенных символов (рис. 2).

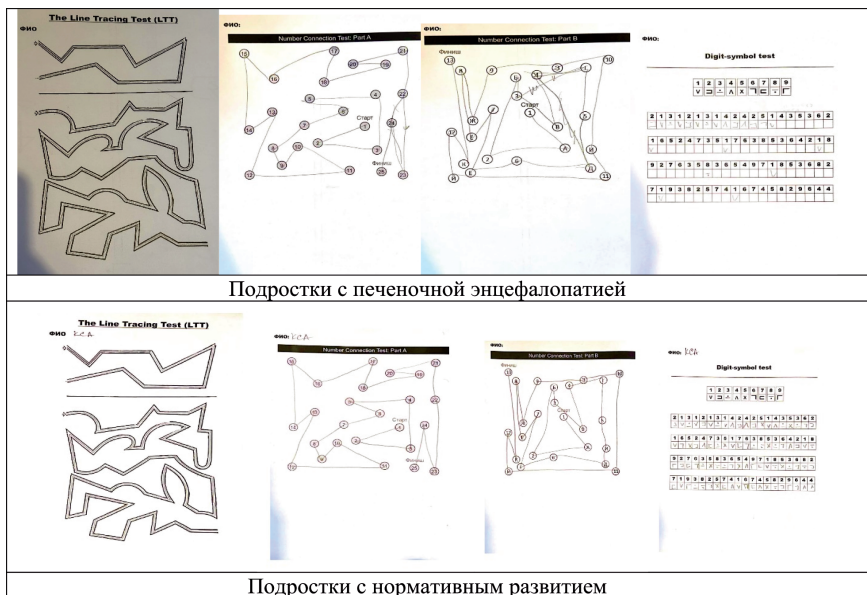


Рис. 2. Примеры выполнения заданий подростками экспериментальной и контрольной групп

Выполняя методику «Digital symbol test», предполагающую обозначение («шифрование») каждой цифры определенным символом, подростки обеих группы допускали ошибки. Однако следует отметить, что подростки с печеночной энцефалопатией в единицу времени успевают закодировать значительно меньшее количество цифр ($p = 0,000^{**}$), а также допускают значительно большее количество ошибок ($p = 0,000^{**}$)¹.

¹ Здесь и далее в тексте: «*» — значимость различий при $p \leq 0,05$; «**» — значимость различий при $p \leq 0,01$; «***» — значимость различий при $p \leq 0,000$.

При исследовании системы саморегуляции поведения подростков на основании показателей средних значений уровня выраженности регуляторных процессов (планирования, моделирования, программирования, оценивания результатов, гибкости и самостоятельности) были построены усредненные регуляторные профили, характеризующие систему произвольной саморегуляции подростков (рис. 3).

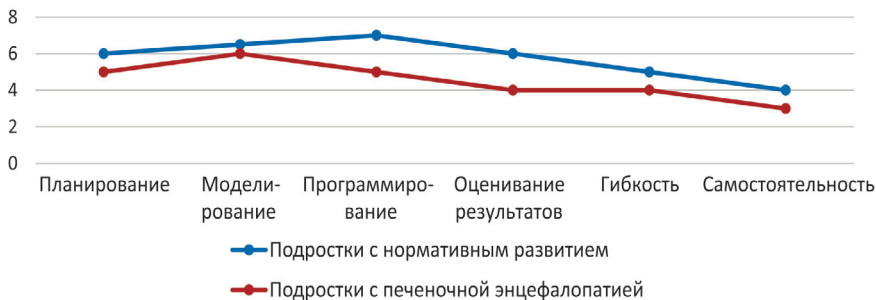


Рис. 3. Профиль системы произвольной саморегуляции подростков

У подростков с печеночной энцефалопатией выявлен низкий общий уровень саморегуляции поведения, что является следствием несформированности потребности в осознанном планировании и программировании своего поведения (уровень выраженности данных регуляторных процессов соответствует нижней границе диапазона среднего уровня). В поведении данные особенности проявляются в зависимости от мнения окружающих и ситуации. Низкие показатели регуляторной гибкости проявляются в неспособности перестраивать систему саморегуляции при изменении внешних или внутренних условий. Низкая самостоятельность проявляется в незрелости регуляторной автономности.

У подростков с нормативным развитием выявлен средний общий уровень саморегуляции с тенденцией к высокому, что проявляется в самостоятельности и гибкости реагирования на изменение условий при неустойчивости процессов целеполагания.

В результате оценки значимости различий статистически значимые различия выявлены по общему уровню саморегуляции ($p = 0,000^{**}$), а также по всем регуляторным процессам: «планирование» ($p = 0,017^*$), «моделирование» ($p = 0,016^*$), «программирование» ($p = 0,000^{**}$), «оценивание результатов» ($p = 0,000^{**}$), «гибкость» ($p = 0,000^{**}$), «самостоятельность» ($p = 0,020^*$) (табл. 1).

На следующем этапе оценивания результатов была реализована процедура корреляционного анализа нейрокогнитивных показателей про-

Таблица 1

**Результаты сравнительного анализа прогностической регуляции
 U-критерием Манна—Уитни по методике ССП В.И. Моросановой**

ХАРАКТЕРИСТИКИ ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ РЕГУЛЯЦИИ	U МАННА—УИТНИ	
	Me (ЭГ)	Me (КГ)
Общий уровень саморегуляции	p = 0,000**	
	22	31,5
Планирование	p = 0,017*	
	5	6
Моделирование	p = 0,016*	
	6	6,5
Программирование	p = 0,000**	
	5	7
Оценивание результатов	p = 0,000**	
	4	6
Гибкость	p = 0,000**	
	4	5
Самостоятельность	p = 0,020*	
	3	4

Примечание: Me — медиана; «*» — значимость различий при $p \leq 0,05$; «**» — значимость различий при $p \leq 0,01$.

гностической регуляции и процессов произвольной саморегуляции поведения отдельно для каждой группы подростков (г-критерий ранговой корреляции Спирмена, $p < 0,05$).

В результате корреляционного анализа в группе подростков с печеночной энцефалопатией выявлены обратно пропорциональные взаимосвязи между регуляторным процессом гибкости и двумя типами ошибок: ошибками в форме количества отрываний руки и ошибками в форме неверно соединенных чисел и букв. Количество неверно соединенных чисел и букв также характеризуется значимыми обратно пропорциональными взаимосвязями с регуляторным процессом планирования и общим уровнем саморегуляции (рис. 4).

В группе подростков нормативной группы выявлена статистически значимая прямо пропорциональная взаимосвязь между регуляторным процессом гибкости и количеством верно зашифрованных символов. Статистически значимая обратно пропорциональная взаимосвязь обнаружена между регуляторным процессом программирования и количеством допущенных ошибок в форме касания границ «коридора» (рис. 5).

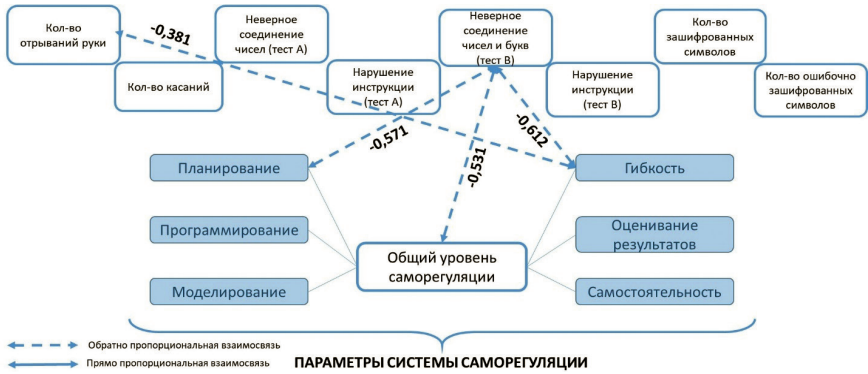


Рис. 4. Система взаимосвязей параметров саморегуляции поведения и нейрокогнитивных показателей прогностической регуляции подростков с печеночной энцефалопатией

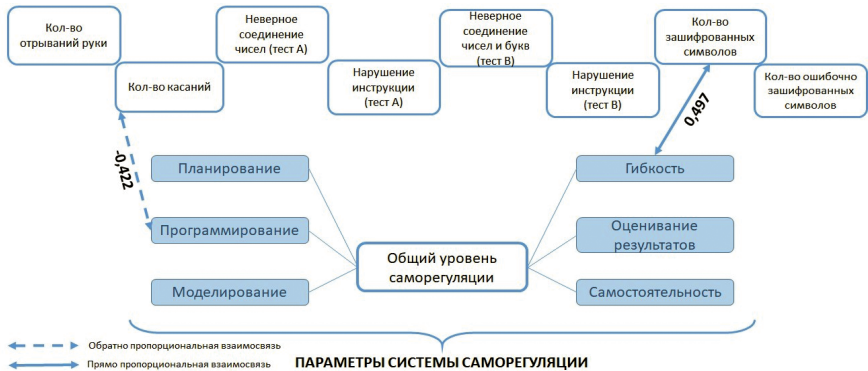


Рис. 5. Система взаимосвязей параметров саморегуляции поведения и нейрокогнитивных показателей прогностической регуляции нормативной группы подростков

Обсуждение результатов

На основании результатов количественного и качественного анализа при исследовании регуляторных нарушений у подростков с печеночной энцефалопатией были выявлены следующие тенденции. В качестве общей тенденции можем констатировать наличие ошибок при оценке нейрокогнитивных показателей прогностической регуляции и процессов произвольной саморегуляции поведения. В качестве специфических тенденций следует отметить следующие: качественные различия нейро-

когнитивных показателей прогностической регуляции подростков (количество и характер допускаемых ошибок при выполнении заданий), а также уровень выраженности как отдельных регуляторных процессов, так и общего уровня саморегуляции. Также специфической является система взаимосвязей нейрокогнитивных показателей прогностической регуляции и процессов произвольной саморегуляции поведения. Зафиксированные нами результаты согласуются с выявленными ранее данными, полученными в ранее проведенных исследованиях, указывающих на развитие генерализованного интоксикационного эффекта в отношении нервной системы, затрагивающего функционирование корковых структур префронтальных отделов головного мозга, отвечающих за формирование функции прогностической регуляции, сензитивный период развития которой приходится на подростковый возраст [12; 25].

Выводы

Выявленные регуляторные нарушения нейрокогнитивных функций у подростков с печеночной энцефалопатией следует рассматривать в качестве одного из когнитивных индикаторов, выступающего предиктором в генезе печеночной энцефалопатии, позволяющим осуществлять прогностическое диагностирование симптомов болезни у подростков на наиболее ранних стадиях ее развития.

Низкие значения общего уровня произвольной саморегуляции поведения подростков с печеночной энцефалопатией обусловлены снижением выраженности регуляторных процессов гибкости и самостоятельности.

Количество допущенных ошибок в форме неверных соединений чисел и букв при оценке нейрокогнитивных показателей прогностической регуляции в группе подростков с печеночной энцефалопатией тем выше, чем ниже регуляторная гибкость и планирование, что подтверждается статистически значимыми прямо пропорциональными корреляционными взаимосвязями между указанными параметрами. Снижением гибкости также обусловлено увеличение количества отрываний руки при необходимости непрерывного ведения линии по заданной траектории с изменением траектории изображения.

Выполнение задач, предполагающих изменение способа решения в процессе, требует планирования каждого последующего шага (предполагающего изменение способа решения задачи) и высокой гибкости, обеспечивающей переключение с одного способа решения на другой (в данном случае — изменение траектории ведения линии на определенном этапе, нарушение последовательности цифр и букв при соединении).

Полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что снижение процессов планирования, гибкости и самостоятельности, обеспечивающие низкий общий уровень произвольной саморегуляции, обеспечивают значимое снижение нейрокогнитивных показателей прогностической регуляции.

Ограничения и дальнейшие перспективы исследования

В качестве ограничений представленного исследования выступает небольшой объем выборки, в связи с чем выводы в настоящий момент носят предварительный характер и требуют дальнейшей проверки на большем объеме исследовательской выборки.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Аксенов В.А., Никонов Е.Л.* Печеночная энцефалопатия. Доказательная гастроэнтерология. // Доказательная гастроэнтерология. 2017. № 4. С. 25—31.
2. *Ахметзянова А.И.* Структурно-функциональная организация и генез антиципационно-прогностического механизма социально-психологической адаптации на разных возрастных этапах // Вестник Удмуртского университета. Серия философия. Психология. Педагогика. 2018. № 1. С. 35—41.
3. *Ахметзянова А.И.* Антиципационно-прогностический механизм социально-психологической адаптации при делинквентном поведении: структурно-функциональная и генетическая организация // Психическое здоровье и образование. 2018. № 1. С. 26—28.
4. *Ахметзянова А.И., Никишина В.Б., Петраш Е.А.* Психологические механизмы взаимосвязи антиципации и прогнозирования в подростковом и юношеском возрастах // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2015. № 4. С. 46—50.
5. *Барабанищев В. А.* Системное исследование психики // Вестник РУДН. Серия: Психология и педагогика. 2007. № 1. С. 8—19.
6. *Блеер А.Н., Москвин В.А., Москвина Н.В.* Индивидуальные характеристики произвольной регуляции у молодых спортсменов с учетом особенностей асимметрии // Спортивный психолог. 2018. № 1(48). С. 49—52.
7. *Буверов А.О.* Аммиак как нейро- и гепатотоксин: клинические аспекты // Медицинский совет. 2015. № 13. С. 80—85.
8. Вирусные гепатиты в Российской Федерации. Аналитический обзор. 11 выпуск / Под ред. В.И. Покровского, А.А. Тотоляна. СПб.: ФБУН НИИЭМ имени Пастера, 2018. 112 с.
9. *Вьючнова Е.С., Бабина С.М.* Дифференциальная диагностика и лечение печеночной энцефалопатии // Consilium Medicum. 2017. Vol. 8. № 19. С. 84—88.
10. *Дозорцева Е.Г.* Аномальное развитие личности у подростков с противоправным поведением. М.: Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, 2004. 352 с.
11. *Менделевич В.Д., Граница А.С.* Роль прогностической компетентности и интуитивности в механизмах неврозогенеза // Экология человека. 2019. № 12. С. 40—45.

12. *Микадзе Ю. В.* Нейропсихология детского возраста: теория и методы нейропсихологии детского возраста. Москва [и др.]: Питер, 2008. 284 с.
13. *Моросанова, В.И.* В помощь практическому психологу: опросник Моросановой «Стиль саморегуляции учебной деятельности (ССУД-М)» // Психология саморегуляции: эволюция подходов и вызовы времени / Под ред. Ю.П. Зинченко, В.И. Моросановой. М.: Психологический институт Российской академии образования, 2020. С. 151—175.
14. Моросанова В.И. Осознанная саморегуляция как метаресурс достижения целей и разрешения проблем жизнедеятельности // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2021. № 1. С. 3—37. DOI:10.11621/vsp.2021.01.01
15. *Москвин В.А., Москвина Н.В.* Индивидуальные особенности волевой регуляции у спортсменов-подростков // Спортивный психолог. 2016. № 3(42). С. 52—57.
16. *Никишина В.Б., Петраш Е.А., Шутеева Т.В., Никишина Е.И.* Антиципационно-прогностическая регуляция моторных функций в восстановительном обучении пациентов, перенесших инсульт (анализ клинических случаев) // Неврологический вестник. 2020. № 4(89). С. 83—92.
17. *Полухина А.В., Хайменова Т.Ю., Винницкая Е.В.* Печеночная энцефалопатия: проблема фармакотерапии // Медицинский совет. 2018. № 3. С. 43—48.
18. *Регуш Л.А., Алексеев А.А., Алексеева Е.В., Веретина О.Р., Орлова А.В., Пежемская Ю.С.* Сравнительная характеристика мышления современных подростков и подростков XX века // Известия российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. 2018. № 187. С. 59—69.
19. *Трухан Д.И.* Синдром печеночной энцефалопатии. Актуальные аспекты диагностики и лечения // Медицинский совет. 2016. № 14. С. 80—86.
20. *Blachier M., Leleu H., Peck-Rado-savljevic M., et al.* The burden of liver disease in Europe: a review of available epidemiological data // J Hepatol. 2013. № 58(3). P. 593—608.
21. *Goldbecker A., Weissenborn K., Hamidi Shahrezaei G.* Comparison of the most favoured methods for the diagnosis of hepatic encephalopathy in liver transplantation candidates // Gut. 2013. № 62(10). P. 1497—1504.
22. *Hadjihambi A., Arias N., Sheikh M. et al.* Hepatic encephalopathy: a critical current review // Hepatol Int. 2018. № 12. P. 135—147.
23. *Kircheis G., Bode J.G., Hilger N., Kramer T., Schnitzler A., Hussinger D.* Diagnostic and prognostic values of critical flicker frequency determination as new diagnostic tool for objective HE evaluation in patients undergoing TIPS implantation // Eur J. Gastroenterol Hepatol. 2009. № 21(12). P. 1383—1394.
24. *Pimpin L., Cortez-Pinto H., Negro F., Corbould E., Lazarus J.V., Webber L., Sheron N.* EASL HEPANEALTH Steering Committee. Burden of liver disease in Europe: Epidemiology and analysis of risk factors to identify prevention policies // J Hepatol. 2018. № 69(3). P. 718—735.
25. *Reis E., Coolen T., Loll V.* MRI Findings in Acute Hyperammonemic Encephalopathy: Three Cases of Different Etiologies // Journal of the Belgian Society of Radiology. 2020. № 104(1). P. 2—5.

REFERENCES

1. *Aksenov V.A., Nikonov E.L.* Hepatic encephalopathy. Evidence-based gastroenterology. *Evidence-based gastroenterology*, 2017, №. 4, pp. 25—31.
2. *Akhmetzyanova A.I.* Structural and functional organization and genesis of the anticipation and prognostic mechanism of socio-psychological adaptation at different age stages. *Bulletin of the Udmurt University. Philosophy series. Psychology. Pedagogy*, 2018, №. 1, pp. 35—41.
3. *Akhmetzyanova A.I.* Anticipation-prognostic mechanism of socio-psychological adaptation in delinquent behavior: structural-functional and genetic organization. *Mental health and education*, 2018, № 1, pp. 26-28.
4. *Akhmetzyanova A.I., Nikishina V.B., Petrash E.A.* Psychological mechanisms of the relationship of anticipation and prediction in adolescence and adolescence. *Siberian Bulletin of Psychiatry and Narcology*, 2015, №. 4, pp. 46—50.
5. *Barabanshchikov V. A.* Systemic research of the psyche. *Bulletin of the RUDN. Series: Psychology and Pedagogy*, 2007, №. 1, pp. 8—19.
6. *Bleer A.N., Moskvina V.A., Moskvina N.V.* Individual characteristics of arbitrary regulation in young athletes taking into account the peculiarities of asymmetry. *Sports psychologist*, 2018, №. 1 (48), pp. 49—52.
7. *Bueverov A.O.* Ammonia as a neuro- and hepatotoxin: clinical aspects. *Medical advice*, 2015, №. 13, pp. 80—85.
8. Viral hepatitis in the Russian Federation. Analytical review. Issue 11 / Edited by V.I. Pokrovsky, A.A. Totolyan. St. Petersburg: Pasteur Research Institute, 2018. 112 p.
9. *Vyuchnova E.S., Babina S.M.* Differential diagnosis and treatment of hepatic encephalopathy. *Consilium Medicum*, 2017, №. 8 (19), pp. 84—88.
10. *Mendelevich V.D., Border A.S.* The role of prognostic competence and intuitiveness in the mechanisms of neurosis. *Human ecology*, 2019, № 12, pp. 40—45.
11. *Mikadze, Yu. V.* Neuropsychology of childhood: theory and methods of neuropsychology of childhood. Moscow [et al.]: Peter, 2008. 284 p. (Study guide).
12. *Morosanova, V.I.* To help a practical psychologist: Morosanova's questionnaire «Style of self-regulation of educational activity (LOAN-M)». Psychology of self-regulation: evolution of approaches and challenges of time: A collective monograph. Moscow: Psychological Institute of the Russian Academy of Education, 2020. pp. 151—175.
13. *Moskvina V.A., Moskvina N.V.* Individual features of volitional regulation in adolescent athletes. *Sports psychologist*, 2016, № 3 (42), pp. 52—57.
14. *Nikishina V.B., Petrash E.A., Shuteeva T.V., Nikishina E.I.* Anticipation-prognostic regulation of motor functions in restorative training of stroke patients (analysis of clinical cases). *Neurological Bulletin*, 2020, № 4 (89), pp. 83—92.
15. *Polukhina A.V., Khaimenova T.Yu., Vinnitskaya E.V.* Hepatic encephalopathy: the problem of pharmacotherapy. *Medical advice*, 2018, № 3, pp. 43—48.
16. *Regush L.A., Alekseev A.A., Alekseeva E.V., Veretina O.R., Orlova A.V., Pezhemskaya Yu.S.* Comparative characteristics of the thinking of modern adolescents and adolescents of the XX century. *Proceedings of the A.I. Herzen Russian State Pedagogical University*, 2018, № 187, pp. 59—69.
17. *Trukhan D.I.* Hepatic encephalopathy syndrome. Current aspects of diagnosis and treatment. *Medical advice*, 2016, № 14, pp. 80—86.

18. *Blachier M., Leleu H., Peck-Rado-savljevic M., et al.* The burden of liver disease in Europe: a review of available epidemiological data. *J Hepatol*, 2013, № 58 (3), pp. 593—608.
19. *Goldbecker A., Weissenborn K., Hamidi Shahrezaei G.* Comparison of the most favoured methods for the diagnosis of hepatic encephalopathy in liver transplantation candidates. *Gut*, 2013, № 62 (10), pp. 1497—1504.
20. *Hadjihambi A., Arias N., Sheikh M. et al.* Hepatic encephalopathy: a critical current review. *Hepatol Int*, 2018, № 12, pp. 135—147.
21. *Kirchheis G., Bode J.G., Hilger N., Kramer T., Schnitzler A., Hussinger D.* Diagnostic and prognostic values of critical flicker frequency determination as new diagnostic tool for objective HE evaluation in patients undergoing TIPS implantation. *Eur J Gastroenterol Hepatol*, 2009, № 21 (12), pp. 1383—1394.
22. *Pimpin L., Cortez-Pinto H., Negro F., Corbould E., Lazarus J.V., Webber L., Sheron N.* EASL HEPAHEALTH Steering Committee. Burden of liver disease in Europe: Epidemiology and analysis of risk factors to identify prevention policies. *J Hepatol*. 2018, № 69 (3), pp. 718—735.
23. *Reis E., Coolen T., Loll V.* MRI Findings in Acute Hyperammonemic Encephalopathy: Three Cases of Different Etiologies. *Journal of the Belgian Society of Radiology*, 2020, № 104 (1), pp. 2—5.

Информация об авторах

Никишина Вера Борисовна, доктор психологических наук, профессор, заведующая кафедрой клинической психологии, директор Института клинической психологии и социальной работы, Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова (ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2421-3652>, e-mail: vbnikishina@mail.ru

Петраш Екатерина Анатольевна, доктор психологических наук, профессор кафедры клинической психологии, заместитель директора Института клинической психологии и социальной работы, Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова (ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3177-088X>, e-mail: petrash@mail.ru

Энгель Елена Яковлевна, студентка 6-го курса Института клинической психологии и социальной работы, Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова (ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-1318-6818>, e-mail: elen-2012eng@mail.ru

Карташова Григорий Михайлович, студент 6-го курса Института клинической психологии и социальной работы, Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова (ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова»), г. Москва, Российская Федерация; ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-5253-0391>, e-mail: kartashila98@mail.ru

Маргарян Сергей Рубенович, аспирант, Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова (ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9968-2931>,

e-mail: sergey.margaryan27@mail.ru

Information about the authors

Vera B. Nikishina, Doctor of Psychology, Professor, Head of the Department of Clinical Psychology, Director of the Institute of Clinical Psychology and Social Work, Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov (FGAOU VO Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov), Moscow, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2421-3652> , e-mail: vbnikishina@mail.ru

Ekaterina A. Petrash, Doctor of Psychology, Professor of the Department of Clinical Psychology, Deputy Director of the Institute of Clinical Psychology and Social Work, Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov (FGAOU VO Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov), Moscow, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3177-088X> , e-mail: petrash@mail.ru

Elena Ya. Engel, 6th year student of the Institute of Clinical Psychology and Social Work, N.I. Pirogov Russian National Research Medical University (N.I. Pirogov Russian National Research Medical University), Moscow, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-1318-6818> , e-mail: elen-2012eng@mail.ru

Grigory M. Kartashila, 6th year student of the Institute of Clinical Psychology and Social Work, N.I. Pirogov Russian National Research Medical University (N.I. Pirogov Russian National Research Medical University), Moscow, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-5253-0391>, e-mail: kartashila98@mail.ru

Sergey R. Margaryan, PhD student, N.I. Pirogov Russian National Research Medical University (N.I. Pirogov Russian National Research Medical University), Moscow, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9968-2931>; e-mail: sergey.margaryan27@mail.ru

Получена 31.10.2023

Принята в печать 07.02.2024

Received 31.10.2023

Accepted 07.02.2024

ПСИХОСЕКСУАЛЬНОСТЬ ПОДРОСТКОВ, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ

В.Л. МАЛЫГИН

Российский университет медицины
(ФГБОУ ВО «Российский университет медицины»
Минздрава России),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0269-7361>,
e-mail: malyginvl@yandex.ru

Ю.С. БАЛАШОВА

Логопедический центр «Детская академия речи»
(ООО «Детская академия речи»),
г. Москва, Российская Федерация
e-mail: b.ulia.99@mail.ru

Ю.А. МЕРКУРЬЕВА

Российский университет медицины
(ФГБОУ ВО «Российский университет медицины»
Минздрава России),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5545-6708>,
e-mail: juliamerkurieva@gmail.com

А.С. ИСКАНДИРОВА

Российский университет медицины
(ФГБОУ ВО «Российский университет медицины»
Минздрава России),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1785-9164>,
e-mail: arisha21@rambler.ru

Е.Е. ПАХТУСОВА

Российский университет медицины
(ФГБОУ ВО «Российский университет медицины»
Минздрава России),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3749-9576>,
e-mail: lin22@mail.ru

Актуальность. Имеется достаточное количество исследований, посвященных рискованному сексуальному поведению и употреблению ПАВ среди подростков. В меньшей мере описаны особенности психосексуальной сферы подростков, употребляющих ПАВ, эмоционально-когнитивные паттерны, влияющие на сексуальное поведение подростков. **Цель исследования:** изучить особенности психосексуальности подростков, употребляющих ПАВ. **Материал и методы.** Выборка составила 78 человек в возрасте от 14 до 20 лет. Экспериментальная группа — 39 человек, средний возраст — $15,8 \pm 1,37$ лет (20 девушек и 19 юношей, злоупотребляющих ПАВ. Контрольная группа составила 38 человек, сопоставимых по половозрастному составу с экспериментальной группой. Методики: 1) социально-демографическая анкета; 2) анкета на употребление ПАВ; 3) опросник установок к сексу Г. Айзенка; 4) опросник «Каков ваш коэффициент интимности?»; 5) «Международный опросник детского неблагоприятного опыта (ACE)»; 6) методика «Диагностика ранних дезадаптивных схем» Дж. Янга (YSQ S3R). **Результаты и выводы.** Подростки, употребляющие ПАВ, испытывают сложности в установлении близких доверительных отношений, стеснительны и неуверенны в себе, склонны воспринимать своего партнера только в качестве объекта получения удовольствия. Они статистически чаще по сравнению с группой контроля подвергались жестокому обращению или находились в неблагоприятной семейной ситуации. Исследование ранних дезадаптивных схем позволило описать своеобразный когнитивно-поведенческий портрет подростков, злоупотребляющих ПАВ: убежденность подростков в ненадежности и нестабильности значимых других, затрудняющая развитие интимных отношений; неразвитость способности управлять и регулировать свою жизнь без помощи других людей; наличие тенденции к протестному поведению и дистанцированию.

Ключевые слова: психосексуальность подростков, злоупотребление ПАВ в подростковом возрасте, ранние дезадаптивные схемы у подростков.

Для цитаты: Малыгин В.Л., Балашова Ю.С., Меркурьева Ю.А., Искандирова А.С., Пахтусова Е.Е. Психосексуальность подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами // Консультативная психология и психотерапия. 2024. Том 32. № 2. С. 86—103. DOI:<https://doi.org/10.17759/cpp.2024320205>

PSYCHOSEXUALITY OF ADOLESCENTS WITH SUBSTANCE ABUSE

VLADIMIR L. MALYGIN

Russian University of Medicine, Moscow, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0269-7361>,
e-mail: malyginvl@yandex.ru

YULIA S. BALASHOVA

Children's Speech Academy LLC, Moscow, Russia
e-mail: b.ulia.99@mail.ru

YULIA A. MERKURIEVA

Russian University of Medicine,
Moscow, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5545-6708>,
e-mail: juliamerkurieva@gmail.com

ARINA S. ISKANDIROVA

Russian University of Medicine,
Moscow, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1785-9164>,
e-mail: arisha21@rambler.ru

ELENA E. PAHTUSOVA

Russian University of Medicine,
Moscow, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3749-9576>,
e-mail: lin22@mail.ru

Relevance. There is a sufficient number of studies dedicated to risky sexual behavior and the consumption of drugs among teens. Fewer features are described of psychosexual behavior of teens who use drugs, emotionally cognitive patterns that are influencing teen sexual behavior. Research purpose. To analyze the characteristics of psychosexuality in teens who consume drugs. **Material and methods.** The sample consisted of 78 people with their age varying from 14 to 20. Experimental group: 39 people with an average age of $15,8 \pm 1,37$ (20 females and 19 males abusing drugs) 1) socio-demographic questionnaire; 2) questionnaire on the use of drugs; 3) ayzenka sexual attitudes questionnaire; 4) questionnaire «what is your intimacy quotient»; 5) questionnaire on negative childhood experience (ace); 6) young's scheme questionnaire (ysq s3r). **Results and conclusion.** Teens who are consuming drugs are experiencing difficulties in constructing close and trustworthy relationships, shy and lack confidence, tend to see their partner as an object to receive pleasure from. Statistics tell us that they were abused or had problems in their family. An early study of

maladaptive schemes allowed us to describe a unique cognitive-behavioral portrait of teens who are abusing drugs. Teens belief in the unreliability and instability of significant others makes it difficult to develop intimate relationships. Underdeveloped ability to manage and regulate their life without the help of others. Presence of tendencies towards protest behavior and distancing.

Keywords: psychosexuality of adolescents, substance abuse in adolescence, early maladaptive patterns in adolescents.

For citation: Malygin V.L., Balashova Yu.S., Merkurieva Yu.A., Iskandirova A.S., Pahtusova E.E. Psychosexuality of Adolescents with Substance Abuse. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2024. Vol. 32, no. 2, pp. 86–103. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2024320205> (In Russ.).

Введение

В исследованиях последних лет отмечается явная связь раннего рискованного сексуального опыта и употребления ПАВ [6; 15; 16]. Рискованное сексуальное поведение часто связано с сексуальной неуверенностью, снижением самоконтроля и употреблением больших доз алкоголя [12; 13]. В состоянии опьянения у подростков появляется повышение интенсивности сексуальных импульсов, возможность реализации сексуальных фантазий, быстрота достижения оргазма, ощущается нереалистичная близость с партнером, а также появляется способность одновременно быть нежным и сексуально агрессивными. В то же время отмечается искажение направленности полового влечения, вуайеризм, сверхценное увлечение порнографией [1]. Под влиянием ПАВ в состоянии эмоционального возбуждения подростки часто нарушают границы интимности в отношениях с партнером [7]. По данным Деткова Д.В и соавторов [1], в состоянии опьянения в 12,7% случаев юноши проявляли садизм, испытывая сексуальное наслаждение в интимных отношениях, связанных с доминированием, полным подчинением партнера и причинением ему боли и унижения.

Напротив, в 13% случаев девушки испытывали возбуждение и наслаждение от ощущения боли и унижения. Среди подростков, зависимых от ПАВ, чаще отмечается рискованное сексуальное поведение и насилие на свиданиях [5; 11; 15]. Рискованное сексуальное поведение и агрессивность имеют связь с низким уровнем эмпатии, эмоциональной черствостью [4]. Паттерны девиантного и рискованного поведения у подростков часто обусловлены страхом быть отвергнутым сверстниками и желанием быть не хуже других, что в том числе приводит подростка к употреблению психоактивных веществ [3]. Следует

отметить, что подростки, склонные к употреблению ПАВ, отличаются высокой тревожностью, наличием негативных психоэмоциональных состояний, конформностью, низкой самооценкой и низким социальным интеллектом [2]. Негативный детский опыт в форме физического и сексуального насилия, эмоционального пренебрежения является значимым фактором, определяющим сексуальные преступления подростков [8]. Ранние детские невзгоды, в свою очередь, способствуют формированию неадаптивных схем, нарушению саморегуляции поведения [10]. Исследования последних лет свидетельствуют о связи ранних дезадаптивных схем как с формированием зависимостей, так и с отклоняющимся сексуальным поведением [9; 14]. Недостаточный самоконтроль является наиболее распространенной дезадаптивной схемой среди юношей и девушек, употребляющих ПАВ. Предполагается, что употребление ПАВ в этом случае является попыткой справиться с эмоциональным дискомфортом и душевной болью. Также отмечается, что среди девушек более распространены схемы «недоверие/жестокое обращение» и «покинутость», что связано с более частым сексуальным насилием в отношении лиц женского пола. Таким образом, имеется достаточное количество исследований, посвященных рискованному сексуальному поведению и употреблению ПАВ среди подростков. В меньшей мере описаны особенности психосексуальной сферы подростков, употребляющих ПАВ, также недостаточно исследованы эмоционально-когнитивные паттерны, влияющие на сексуальное поведение подростков.

Цель исследования: изучение особенностей психосексуальности подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами.

Задачи исследования.

1. Изучить особенности психосексуальности у подростков, употребляющих психоактивные вещества.
2. Исследовать влияние раннего детского негативного опыта на психосексуальность подростков.
3. Изучить особенности ранних дезадаптивных схем и их связи с психосексуальностью подростков, употребляющих психоактивные вещества.

Материал и методы

Выборка составила 78 подростков. В экспериментальную группу вошли 39 человек (средний возраст — $15,8 \pm 1,37$ лет), проходящих лечение в ГБУЗ № 1 «МНПЦ наркологии ДЗМ» г. Москвы в связи с употреблением ПАВ (каннабиноиды, кокаин, героин, галлюциногены): 20 девушек

(средний возраст — $15,5 \pm 1,5$ лет) — подгруппа № 1 и 19 юношей (средний возраст — $16,1 \pm 1,2$ лет) — подгруппа № 2.

Критерии включения в экспериментальную группу: 1) подростки мужского и женского пола в возрасте от 14 до 18 лет включительно; 2) наличие симптомов злоупотребления ПАВ (употребление с вредными последствиями по МКБ-10). Критерий исключения для экспериментальной группы: сопутствующий психиатрический диагноз в рубриках F00-09, F20-29.

В контрольную группу вошли 39 человек, средний возраст — $17,3 \pm 1,4$ лет (26 девушек — подгруппа № 1 ($17,9 \pm 1,2$) и 13 юношей — подгруппа № 2 ($16,4 \pm 1,6$)), не употребляющих или редко употребляющих психоактивные вещества, по данным анкетирования «Google Форм».

Критерии включения в контрольную группу: 1) подростки мужского и женского пола в возрасте от 14 до 18 лет включительно; 2) отсутствие зависимости или злоупотребления ПАВ. Критерий исключения для контрольной группы: наличие диагностированного психического расстройства.

Сбор материала производился с помощью «Google Форм», а также очного тестирования на базе ГБУЗ № 1 «МНПЦ наркологии ДЗМ» г. Москвы.

Процедура и методики. Все участники исследования были обследованы с помощью следующих методик: 1) социально-демографическая анкета; 2) анкета на употребление ПАВ, направленная на исследование опыта употребления различных психоактивных веществ; 3) опросник установок к сексу Г. Айзенка (Eysenk Inventory of Attitudes to Sex, EIAS, 1989 г.), направленная на диагностику отношения к сексу, выявление отклонений в сексуальном поведении, оценку маскулинности и феминности; 4) опросник «Каков ваш коэффициент интимности?» (Intimacy Potential Quotient, IPQ, 1971 г.; перевод и адаптация О.Ф. Потемкиной, 1993 г.); 5) методика «Международный опросник неблагоприятного детского опыта, ACE», 1995 г., адаптация М.А. Качаева и соавт., 2015; 6) методика «Диагностика ранних дезадаптивных схем» Дж. Янга (YSQ S3R), адаптация П.М. Касьяник, Е.В. Романова, 2013.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета статистических программ Statistical Package for Social Science for Microsoft Windows, version 16.0 (SPSS 16.0). Для обработки использовались: дескриптивный анализ, вычисление и описание средних значений (M), стандартных отклонений (SD), построение гистограмм распределения, анализ нормальности распределения по критерию Z Шапиро—Уилка, анализ значимости различий по критерию U Манна—Уитни, корреляционный анализ по критерию R Спирмена.

Результаты исследования

Результаты анализа психосексуальности в двух группах подростков представлены в табл. 1 (здесь и далее в таблицах будут приводиться данные по подшкалам, где получены только значимые различия между группами). В группе подростков, употребляющих ПАВ, в сравнении с подростками, не употребляющими ПАВ, наблюдаются значимо более низкие показатели по следующим шкалам: «Кoeffициент интимности», «Любовь как потребность», «Сексуальное поведение: плохое и хорошее».

Таблица 1
**Особенности психосексуальности исследуемых групп,
по данным опросника «Каков ваш коэффициент интимности? (IPQ)»**

Шкалы опросника IPQ	Экспериментальная группа (n = 39), Me (SD)	Контрольная группа (n = 39) (группа 2), Me (SD)	Критерий Манна—Уитни, p
Кoeffициент интимности	4,4 (0,8)	5,7 (1,1)	0,000
Сексуальное поведение: плохое и хорошее	4,6 (1,5)	6,2 (2,3)	0,033
Любовь как потребность	4 (1,2)	6,3 (1,1)	0,000

Таким образом, среди подростков, употребляющих ПАВ, по сравнению с контрольной группой отмечаются более низкие способности к выстраиванию близких интимных отношений и более слабые потребности в них и в любви. Они имеют большее количество предрассудков по отношению к сексу, чаще оценивают свое сексуальное поведение как неудовлетворительное. В ходе исследования установок к сексу у подростков исследуемых групп (табл. 2) обнаружено, что подростки, употребляющие ПАВ, имеют значимо более высокие показатели по шкалам «Физический секс», «Обезличенный секс», «Реализованность», «Целомудрие». По сравнению с подростками контрольной группы, подростки, употребляющие ПАВ, чаще рассматривают своего партнера только как объект получения удовольствия без внимания к нему как к личности, тем самым избегая истинной близости.

Также выявлены гендерные различия установок к сексу в группе подростков, злоупотребляющих ПАВ (табл. 3). Юноши по сравнению с девушками имеют более высокие показатели по шкалам «Реализованность» и «Сексуальная удовлетворенность». Они более удовлетворены своей сексуальной жизнью, что может быть связано с неразборчивостью

Т а б л и ц а 2

**Особенности психосексуальности исследуемых групп,
 по данным опросника установок к сексу Г. Айзенка (EIAS)**

Шкалы опросника EIAS	Экспериментальная группа (n = 39), Me (SD)	Контрольная группа (n = 39), Me (SD)	критерий U Манна–Уитни, р
Целомудрие	2,73 (1,79)	2,09 (1,71)	0,028
Физический секс	3,86 (2,36)	2,31 (2,06)	0,000
Реализованность	7,40 (2,74)	6,09 (3,08)	0,026
Обезличенный секс	3,467 (2,19)	1,32 (1,94)	0,003

в сексуальных контактах и доступностью выбора партнеров. Дальнейшее употребление психоактивных веществ, вероятно, будет негативно влиять на сферу сексуальности.

Т а б л и ц а 3

**Гендерные особенности психосексуальности в экспериментальной группе,
 по данным опросника установок к сексу Г. Айзенка (EIAS)**

Шкалы опросника EIAS	Девушки (подгруппа 1, N = 20), Me (SD)	Юноши (подгруппа 2, N = 19), Me (SD)	критерий U Манна–Уитни, р
Реализованность	6,44 (3,04)	8,83 (1,47)	0,011
Сексуальная удовлетворенность	8,78 (2,77)	10,66 (2,16)	0,007

При исследовании раннего неблагоприятного опыта (табл. 4) обнаружено, что в группе подростков, употребляющих ПАВ, показатель неблагоприятного детского опыта (> 4 баллов) значимо выше, чем в контрольной группе.

Т а б л и ц а 4

**Сравнение исследуемых групп, по данным Международного опросника
 неблагоприятного детского (ACE)**

Шкалы опросника ACE	Экспериментальная группа (n = 39), Me (SD)	Контрольная группа (n = 39), Me (SD)	критерий U Манна–Уитни, р
Неблагоприятный детский опыт	4,067 (2,63)	2 (1,54)	0,001

В ходе исследования ранних дезадаптивных схем (табл. 5) обнаружено, что в группе подростков, злоупотребляющих ПАВ, по сравнению с

контрольной группой отмечаются значимо более высокие показатели по следующим ранним дезадаптивным схемам: «Покинутость/нестабильность», «Зависимость/беспомощность», «Самопожертвование», «Привилегированность/грандиозность».

Таблица 5
Сравнительный анализ ранних дезадаптивных схем и неблагоприятного детского опыта у подростков, употребляющих психоактивные вещества, по данным схемного опросника Дж. Янга (YSQ S3R)

Шкалы опросника YSQ S3R	Экспериментальная группа (группа 1, n = 39), Me (SD)	Контрольная группа (группа 2, n = 39), Me (SD)	Критерий Манна-Уитни, P
Покинутость/нестабильность	56,53 (24,28)	31,64 (25,53)	0,005
Зависимость/беспомощность	34,94 (19,74)	22,36 (25,32)	0,049
Самопожертвование	35,20 (20,74)	20,73 (18,17)	0,030
Привилегированность/грандиозность	40,27 (21,67)	25,09 (21,53)	0,033

Также были выявлены гендерные различия выраженности ранних дезадаптивных схем среди подростков, употребляющих ПАВ: среди девушек показатель РДС «Покинутость/Нестабильность» был значимо выше, чем у юношей ($68,44 \pm 18,92$ и $38,67 \pm 20,96$ соответственно, $p = 0,008$).

Корреляционный анализ показателей опросника «Каков ваш коэффициент интимности?» с показателями ранних дезадаптивных схем опросника Дж. Янга (табл. 6) обнаруживает положительные корреляционные связи «общего коэффициента интимности» и шкалы «Любовь как потребность» с ранней дезадаптивной схемой «Покинутость/нестабильность», а также наличие обратной связи показателя шкалы «Сексуальное поведение: плохое и хорошее» с ранними дезадаптивными схемами «Покинутость/нестабильность», «Уязвимость».

Показатели шкалы «бремя независимости» положительно связаны с ранней дезадаптивной схемой «Зависимость/беспомощность», шкала «Творческий секс» имеет обратную средней силы связь с показателями ранней дезадаптивной схемы «Жесткие стандарты/перфекционизм».

Корреляционный анализ взаимосвязей показателей схемного опросника Дж. Янга (YSQ S3R) и опросника установок к сексу Г. Айзенка (EIAS) показал следующее (табл. 7): РДС «Недостаточность самоконтроля» и «Поиск одобрения» имеют положительную связь со шкалами «До-

Таблица 6

Связи показателей опросников «Каков ваш коэффициент интимности?», опросника «Диагностики ранних дезадаптивных схем» Дж. Янга (YSQ S3R) и опросника установок к сексу (EIAS) Г. Айзенка в экспериментальной группе

Шкалы опросников YSQ S3R/ EIAS/Каков ваш коэффициент Интимности?	Покинутость/ нестабильность	Зависимость/ беспомощность	Уязвимость	Поиск одобрения	Жесткие стандарты	Сексуальное влечение
Коэффициент интимности	0,528*	—	—	—	—	—
Бремя независимости	—	0,520*	—	—	—	—
Ребенок, родитель и взрослый	—	—	—	0,617*	—	0,508*
Любовь как потребность	0,540*	—	—	-0,593*	—	—
Сексуальное поведение: плохое и хорошее	-0,524*	—	-0,571*	—	—	—
Насколько творчески вы используете секс	—	—	—	—	-0,522*	—

Примечание: «*» — корреляция значима на уровне 0,05.

зволненность», «Сексуальное влечение», «Сила сексуального влечения», «Физический секс» и отрицательную связь со шкалой «Целомудрие».

Таблица 7

Взаимосвязи показателей опросника «Диагностики ранних дезадаптивных схем» Дж. Янга (YSQ S3R) и опросника установок к сексу Г. Айзенка (EIAS) в экспериментальной группе

Шкалы опросника YSQ S3R	Шкалы опросника установок к сексу Г. Айзенка (EIAS)								
	Дозволенность	Обезличенный секс	Порнография	Целомудрие	Сексуальное отращение	Сексуальная возбужденность	Физический секс	Агрессивный секс	Сексуальное влечение
Дефективность/ стыдливость								0,502*	
Покорность/ подчинение								0,572*	

Шкалы опросника YSQ S3R	Шкалы опросника установок к сексу Г. Айзенка (EIAS)								
	Дозволенность	Обезличенный секс	Порнография	Целомудрие	Сексуальное отвращение	Сексуальная возбудимость	Физический секс	Агрессивный секс	Сексуальное влечение
Самопожертвование									0,544*
Поиск одобрения	0,686**			-0,571*			0,592*		0,582*
Привилегированность/грандиозность		0,516*	0,580*			0,598*			0,671**
Недостаточность самоконтроля	0,558*			-0,502*		0,579*	0,691**		0,509*
Негативизм/пессимизм		0,607*						0,576*	
Пунитивность	0,544*			0,551*	0,504*				

Примечание: «**» — корреляция значима на уровне 0,01; «*» — корреляция значима на уровне 0,05.

Анализ связей дезадаптивных схем и установок к сексу показал, что РДС «Привилегированность/грандиозность» имеет положительную средней силы связь со шкалами: «Обезличенный секс», «Порнография», «Сексуальная возбудимость», «Сексуальное влечение». При этом РДС «Пунитивность/карательность» положительно связана с показателями «Целомудрие» и «Сексуальное отвращение».

Обсуждение результатов исследования

Среди подростков, злоупотребляющих ПАВ, по сравнению с контрольной группой отмечается более низкая способность к выстраиванию близких интимных отношений и менее выраженная потребность в любви. Они имеют большее количество предрассудков по отношению к сексу, чаще оценивают свое сексуальное поведение как неудовлетворительное, преимущественно рассматривают своего партнера только как объект получения удовольствия, без внимания к нему как к личности, тем самым избегая истинной близости. Следует отметить, что юноши, употребляющие ПАВ, по сравнению с девушками более удовлетворены своей сексуальной жизнью, что может быть связано с неразборчивостью в сексуальных контактах и доступностью выбора партнеров. Полученные данные позволяют описать своеобразный когнитивно-поведенческий портрет подростка, употребляющего ПАВ: убежденность в ненадежности и нестабильности значимых других, затрудняющая раз-

вите интимных отношений (дезадаптивная схема «Покинутость/нестабильность»); неразвитость способности управлять и регулировать свою жизнь без помощи других людей (дезадаптивная схема «Зависимость/беспомощность»). Выраженность последней схемы в подростковом возрасте вполне предсказуема, однако подростки, употребляющие ПАВ, по сравнению условно здоровыми подростками более беспомощны и зависимы. При этом подростки, употребляющие ПАВ, считают, что они имеют особые привилегии и права и не подвергают критике свои взгляды (дезадаптивная схема «Привилегированность»). Особое значение имеет РДС «Покинутость/нестабильность», выраженность которой отражает наличие у подростков недоверия по отношению к значимым другим. Схема «Покинутость/нестабильность», как правило, более выражена у лиц, имеющих похожий негативный опыт в детстве, что подтверждается большей распространенностью раннего негативного опыта среди подростков, употребляющих ПАВ, по сравнению с контрольной группой (табл. 4). Полученные данные отражают значимость негативного детского опыта в формировании недоверия к другим и постоянного ожидания подростком жестокого обращения, насилия, унижения со стороны других людей. Поведенческие стратегии подростков в этом случае могут проявляться выбором партнеров, склонных к насилию, собственным насилием над другими, либо закрытостью, недоверием и дистанцированием. Корреляционные связи показателей опросника «Каков ваш коэффициент интимности?» с показателями ранних дезадаптивных схем опросника Дж. Янга (табл. 6) отражает наличие внутреннего конфликта — готовность к интимности и потребность в любви сосуществуют одновременно с неуверенностью в стабильности интимных отношений (положительная связь показателя общего коэффициента интимности и шкалы «Любовь как потребность» с выраженностью РДС «Покинутость/нестабильность»).

Чем больше неуверенности в отношениях и страха быть отвергнутым, тем сильнее неуверенность в себе и своих сексуальных способностях. Это может проявляться в скованности и ранимости во время сексуальных контактов (обратная связь показателя шкалы «Сексуальное поведение: плохое и хорошее» с РДС «Покинутость/нестабильность» и РДС «Уязвимость»).

Как было выявлено, показатели шкалы «Бремя независимости» положительно связаны с дезадаптивной схемой «Зависимость/Беспомощность», что отражает противоречивость потребностей подростка: попытка изолироваться от влияния взрослых, демонстрировать самостоятельность, протестное поведение зачастую приводит к неудачам в повседневных делах, снижению уверенности в собственных силах и способствует активизации ранней дезадаптивной схемы «Зависимость/

беспомощность». Шкала «Творческий секс» имеет обратную связь с показателями РДС «Жесткие стандарты/перфекционизм». Активность данной схемы приводит к скованности в проявлении своих сексуальных фантазий и желаний. При этом употребление ПАВ может снижать эмоциональное напряжение и проявление перфекционизма.

Снижение контроля собственного поведения, эмоций и импульсов делает отношение к сексу более легким и свободным от предрассудков, повышает стремление к реальному сексуальному контакту, сексуальную чувствительность, сексуальное влечение и раскрепощает молодых людей в сексуальном плане, на что указывает наличие положительных связей РДС «Недостаточность самоконтроля» и «Поиск одобрения» со шкалами «Дозволенность», «Сексуальное влечение», «Сила сексуального влечения», «Физический секс» и отрицательная связь со шкалой «Целомудрие».

Положительная связь показателей шкалы «Целомудрие» со шкалой «Поиск одобрения» может быть обусловлена возможной социальной желательностью ответов, приводящей к повышению показателя «Целомудрие». Выявленные положительные связи РДС Привилегированность/грандиозность со шкалами: «Обезличенный секс», «Порнография», «Сексуальная возбудимость», «Сексуальное влечение» отражают проявление у подростков собственной привилегированности, права на пренебрежение общепринятыми правилами и обесценивание других, что способствует рассмотрению собственного партнера только в качестве объекта удовольствия, а также сексуальную возбудимость и конкуренцию за обладание объектом удовольствия. Напротив, убежденность в том, что за все допущенные ошибки следует суровое наказание, карательность и самообвинения усиливают воздержание от проявлений сексуальности, а также отвращение к занятиям сексом даже с любимым человеком (РДС «Пунитивность/карательность» положительно связана с показателями РДС «Целомудрие» и «Сексуальное отвращение»). Следует отметить положительную связь РДС «Покорность» и «Негативизм» с показателем агрессивного секса, т. е. передача контроля над собственным поведением другому человеку способствует формированию пассивной агрессии, накоплению негативных переживаний, что в последствии вызывает агрессивное и враждебное поведение по отношению к сексуальному партнеру.

РДС «Дефективность/стыд», «Покорность» и «Негативизм/пессимизм» положительно коррелируют с показателем «Агрессивный секс». Это может быть связано с высоким уровнем пассивной агрессии и стремлением к сверхкомпенсации через агрессивные реакции, обесценивание и унижение партнера. Такое поведение может быть направлено на повышение собственной значимости и самооценности.

Заключение

Подростки, злоупотребляющие ПАВ, по сравнению с контрольной группой испытывают более выраженные сложности в установлении близких доверительных отношений, переживают стеснительность, неуверенность в себе, склонны воспринимать своего партнера только в качестве объекта получения удовольствия без внимания к его личностным качествам, предъявляют завышенные ожидания и требования к партнеру в сексуальной жизни. Испытывая меньшую потребность в любви, они оценивают свое сексуальное поведение как неудовлетворительное и обладают большим количеством предрассудков по отношению к своей сексуальной жизни. При этом у подростков, употребляющих ПАВ, отмечается наличие большей реализованности своей сексуальности, что может быть связано с неразборчивостью в сексуальных контактах, доступностью выбора партнеров и импульсивным характером реализации влечения.

Исследование ранних дезадаптивных схем позволяет описать своеобразный когнитивно-поведенческий портрет подростков, злоупотребляющих ПАВ: убежденность в ненадежности и нестабильности значимых других, затрудняющая развитие интимных отношений; неразвитость способности управлять и регулировать свою жизнь без помощи других людей, наличие тенденции к протестному поведению и дистанцированию. Подростки, злоупотребляющие ПАВ, статистически чаще в детском возрасте подвергались жестокому обращению или находились в неблагоприятной семейной ситуации по сравнению с не употребляющими ПАВ подростками.

Полученные данные отражают значимость неблагоприятного детского опыта в формировании у подростка недоверия к окружающим, постоянного ожидания насилия, унижения и жестокого обращения со стороны других людей. Особенно сильно это проявляется среди девушек, в связи с чем им сложнее выстраивать близкие и доверительные отношения, что затрудняет реализацию сексуального поведения и получение сексуального удовлетворения.

Убежденность в опасности окружающего мира, ожидание грядущих неприятностей снижает уверенность в успешности сексуальных отношений. В свою очередь, злоупотребление подростками ПАВ снижает эмоциональное напряжение, ослабляет контроль собственного поведения и эмоций. Это приводит к более легкому и свободному от предрассудков отношению к сексу, что делает употребление ПАВ привлекательным, тем самым способствуя формированию зависимости.

Полученные результаты обуславливают необходимость проведения дальнейших исследований в области психосексуальности подростков, злоупотребляющих ПАВ. Нуждаются в уточнении мотивы обращения подростков к ПАВ в рамках их сексуального поведения (такие например, как способ

регулирования негативных эмоций, затрудняющих проявления сексуальности, или с целью получения растормаживающего эффекта, усиливающего проявления сексуальности). Выявление и описание психологических характеристик групп подростков с различными вариантами проявления сексуальности под влиянием ПАВ позволит разработать дифференцированные программы психологической коррекции дезадаптивных межличностных отношений с противоположным полом. Отдельным направлением исследования является уточнение влияния негативного детского опыта на психологические компоненты сексуальности подростков. Полученные данные могут прояснить влияние негативного детского опыта на развитие телесности, психологических и физиологических компонентов сексуальности.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Детков Д.В., Ретюнский К.Ю., Забродин О.В.* Психосексуальные расстройства у подростков, обусловленные алкогольной зависимостью // Уральский медицинский журнал. 2011. № 11. С. 8—13.
2. *Мишурова С.А., Кружкова О.В., Воробьева И.В., Матвеева А.И.* Аддиктивное поведение подростков и юношей в системе образования: обзор психолого-педагогических исследований // Образование и наука. 2022. № 6. С. 84—86.
3. *Мухина В.С.* Возрастная психология: феноменология развития, детство, отрочество. М.: Изд. центр «Академия», 2003. 456 с.
4. *Anderson S.L., Zheng Y., McMahon R.J.* Predicting Risky Sexual Behavior: the Unique and Interactive Roles of Childhood Conduct Disorder Symptoms and Callous-Unemotional Traits // *J Abnorm Child Psychol.* 2017. № 45(6). P. 1147—1156. DOI:10.1007/s10802-016-0221-1
5. *Bonar E.E., Walton M.A., Epstein-Ngo Q.M., Zimmerman M.A., Blow F.C., Cunningham R.M.* Two-Year Trajectories of Sexual Risk Behaviors Among Drug-Using Adolescents and Emerging Adults in an Urban Community // *AIDS Behav.* 2017. № 21(7). P. 2069—2078.
6. *Clark D.A., Donnellan M.B., Durbin C.E., Nuttall A.K., Hicks B.M., Robins R.W.* Sex, drugs, and early emerging risk: Examining the association between sexual debut and substance use across adolescence // *PLoS One.* 2020. № 15(2). e0228432. DOI:10.1371/journal.pone.0228432
7. *Dalenberg W.G., Timmerman M.C., van Geert P.L.C.* Dutch Adolescents' Everyday Expressions of Sexual Behavior Trajectories Over a 2-Year Period: A Mixed-Methods // *Study Arch Sex Behav.* 2018. № 47(6). P. 1811—1823. DOI:10.1007/s10508-018-1224-5
8. *Diaz A., Shankar V., Nucci-Sack A., Linares L.O., Salandy A., Strickler H.D., Burk R.D., Schlecht N.F.* Effect of child abuse and neglect on risk behaviors in inner-city minority female adolescents and young adults // *Child Abuse Negl.* 2020. № 101. e104347. DOI:10.1016/j.chiabu.2019.104347
9. *Elmquist J., Shorey R.C., Anderson S., Stuart G.L.* A preliminary investigation of the relationship between early maladaptive schemas and compulsive sexual behaviors in a substance-dependent population // *J Subst Use.* 2016. № 21(4). P. 349—354. DOI:10.3109/14659891.2015.1029021

10. Levenson J.S., Socia K.M. Adverse Childhood Experiences and Arrest Patterns in a Sample of Sexual Offenders // *J Interpers Violence*. 2016. № 31(10). P. 1883—1911. DOI:10.1177/0886260515570751
11. Kaggwa M.M., Muwanguzi M., Najjuka S.M., Nduhuura E., Kajjimu J., et al. Risky sexual behaviours among Ugandan university students: A pilot study exploring the role of adverse childhood experiences, substance use history, and family environment // *PLoS One*. 2022. № 17(11). e0277129. DOI:10.1371/journal.pone.0277129
12. Kelley E.L., Gidycz C.A. Mediators of the Relationship Between Sexual Assault and Sexual Behaviors in College Women // *J Interpers Violence*. 2020. № 35(21—22). P. 4863—4886. DOI:10.1177/0886260517718188
13. Rubens M., Batra A., Sebekos E., Tanaka H., Gabbidon K., Darrow W. Exploring the Determinants of Risky Sexual Behavior Among Ethnically Diverse University Students: the Student Behavioral Health Survey-Web // *J Racial Ethn Health Disparities*. 2019. № 6(5). P. 953—961. DOI:10.1007/s40615-019-00596-7
14. Shorey R.C., Elmquist J., Anderson S., Stuart G.L. Early Maladaptive Schemas and Aggression in Men Seeking Residential Substance Use Treatment Pers // *Individ Dif*. 2015. № 83. P. 6—12. DOI:10.1016/j.paid.2015.03.040
15. Simichak R. Sexual Risk and High Risk Behavior among Substance Abusing Adolescents in Hartford, Connecticut: Implications for Effective Treatment Delivery. UCHC Graduate School Masters Theses 2003—2010. 2010. P. 166.
16. Wu T.L., Ting T.T., Chen C.Y., Su L.W., Chen W.J. Early sexual initiation and risky sexual practices among alcohol- and tobacco-using young adults in Taiwan: mediation analysis of preceding-sex use of illicit drugs // *BMC Public Health*. 2020. № 20(1). P. 16—47. DOI:10.1186/s12889-020-09777-0

REFERENCES

1. Detkov D.V., Retyunskij K.YU., Zabrodin O.V. Psikhoseksual'nye rasstrojstva u podrostkov, obuslovlennyye alkohol'noj zavisimost'yu. *Ural'skij medicinskij zhurnal*, 2011, № 11, pp. 8—13.
2. Minyurova S.A., Kruzhkov O.V., Vorob'eva I.V., Matveeva A.I. Additivnoe povedenie podrostkov i yunoshej v sisteme obrazovaniya: obzor psikhologo-pedagogicheskikh issledovanij. *Obrazovanie i nauka*, 2022, № 6, pp. 84—86.
3. Mukhina V.S. Vozrastnaya psikhologiya: fenomenologiya razvitiya, detstvo, otrochestvo: uchebnik. Moscow: Akademiya, 2003. 456 p.
4. Anderson S.L., Zheng Y., McMahon R.J. Predicting Risky Sexual Behavior: the Unique and Interactive Roles of Childhood Conduct Disorder Symptoms and Callous-Unemotional Traits. *J Abnorm Child Psychol*, 2017, № 45 (6), pp. 1147—1156. DOI:10.1007/s10802-016-0221-1
5. Bonar E.E., Walton M.A., Epstein-Ngo Q.M., Zimmerman M.A., Blow F.C., Cunningham R.M. Two-Year Trajectories of Sexual Risk Behaviors Among Drug-Using Adolescents and Emerging Adults in an Urban Community. *AIDS Behav*, 2017, № 21 (7), pp. 2069—2078.
6. Clark D.A., Donnellan M.B., Durbin C.E., Nuttall A.K., Hicks B.M., Robins R.W. Sex, drugs, and early emerging risk: Examining the association between sexual debut and substance use across adolescence. *PLoS One*, 2020, № 15 (2), e0228432. DOI:10.1371/journal.pone.0228432

7. Dalenberg W.G., Timmerman M.C., van Geert P.L.C. Dutch Adolescents' Everyday Expressions of Sexual Behavior Trajectories Over a 2-Year Period: A Mixed-Methods Study. *Arch Sex Behav*, 2018, № 47 (6), pp. 1811—1823. DOI:10.1007/s10508-018-1224-5
8. Diaz A., Shankar V., Nucci-Sack A., Linares L.O., Salandy A., Strickler H.D., Burk R.D., Schlecht N.F. Effect of child abuse and neglect on risk behaviors in inner-city minority female adolescents and young adults. *Child Abuse Negl*, 2020, № 101, e104347. DOI:10.1016/j.chiabu.2019.104347
9. Elmquist J., Shorey R.C., Anderson S., Stuart G.L. A preliminary investigation of the relationship between early maladaptive schemas and compulsive sexual behaviors in a substance-dependent population. *J Subst Use*, 2016, № 21 (4), pp. 349—354. DOI:10.3109/14659891.2015.1029021
10. Levenson J.S., Socia K.M. Adverse Childhood Experiences and Arrest Patterns in a Sample of Sexual Offenders. *J Interpers Violence*, 2016, № 31 (10), pp. 1883—1911. DOI:10.1177/0886260515570751
11. Kaggwa M.M., Muwanguzi M., Najjuka S.M., Nduhuura E., Kajjimu J., et al. Risky sexual behaviours among Ugandan university students: A pilot study exploring the role of adverse childhood experiences, substance use history, and family environment. *PLoS One*, 2022, № 17 (11), e0277129. DOI:10.1371/journal.pone.0277129
12. Kelley E.L., Gidycz C.A. Mediators of the Relationship Between Sexual Assault and Sexual Behaviors in College Women. *J Interpers Violence*, 2020, № 35 (21—22), pp. 4863—4886. DOI:10.1177/0886260517718188
13. Rubens M., Batra A., Sebekos E., Tanaka H., Gabbidon K., Darrow W. Exploring the Determinants of Risky Sexual Behavior Among Ethnically Diverse University Students: the Student Behavioral Health Survey-Web. *J Racial Ethn Health Disparities*, 2019, № 6 (5), pp.953—961. DOI:10.1007/s40615-019-00596-7
14. Shorey R.C., Elmquist J., Anderson S., Stuart G.L. Early Maladaptive Schemas and Aggression in Men Seeking Residential Substance Use Treatment. *Pers Individ Dif*, 2015, № 83, pp. 6—12. DOI:10.1016/j.paid.2015.03.040
15. Simichak R. Sexual Risk and High Risk Behavior among Substance Abusing Adolescents in Hartford, Connecticut: Implications for Effective Treatment Delivery. UCHC Graduate School Masters Theses 2003—2010. 2010, pp. 166.
16. Wu T.L., Ting T.T., Chen C.Y., Su L.W., Chen W.J. Early sexual initiation and risky sexual practices among alcohol- and tobacco-using young adults in Taiwan: mediation analysis of preceding-sex use of illicit drugs. *BMC Public Health*, 2020, № 20 (1), pp. 16—47. DOI:10.1186/s12889-020-09777-0

Информация об авторах

Малыгин Владимир Леонидович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии, Российский университет медицины (ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0269-7361>, e-mail: malyninvi@yandex.ru

Балашова Юлия Сергеевна, нейропсихолог, Логопедический центр «Детская академия речи» (ООО «Детская Академия Речи»), Москва, Российская Федерация, e-mail: b.ulia.99@mail.ru

Меркурьева Юлия Александровна, кандидат медицинских наук, старший преподаватель кафедры психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии, Российский университет медицины (ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5545-6708>, e-mail: juliamerkurieva@gmail.com

Искандирова Арина Сункаровна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии, Российский университет медицины (ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1785-9164>, e-mail: arisha21@rambler.ru

Пахтусова Елена Евгеньевна, кандидат медицинских наук, старший преподаватель кафедры психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии, Российский университет медицины (ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3749-9576>, e-mail: lin22@mail.ru

Information about the authors

Vladimir L. Malygin, Doctor of Medicine, Professor, Head of the Chair of Psychological Counseling and Psychotherapy, Russian University of Medicine, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0269-7361>, e-mail: malyginvl@yandex.ru

Yulia S. Balashova, Neuropsychologist, Children's Speech Academy LLC, Moscow, Russia, e-mail: b.ulia.99@mail.ru

Yulia A. Merkurieva, PhD in Medicine, Senior Lecturer of the Department of Psychological counseling, Psychocorrection and Psychotherapy, Russian University of Medicine, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5545-6708>, e-mail: juliamerkurieva@gmail.com

Arina S. Iskandirova, PhD in Medicine, associate Professor of the Department of Psychological Counseling, Psychocorrection and Psychotherapy, Russian University of Medicine, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1785-9164>, e-mail: arisha21@rambler.ru

Elena E. Pahtusova, PhD in medicine, Senior Lecturer of the Department of Psychological Counseling, Psychocorrection and Psychotherapy, Russian University of Medicine, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3749-9576>, e-mail: lin22@mail.ru

Получена 23.10.2023

Received 23.10.2023

Принята в печать 03.03.2024

Accepted 03.03.2024

*Эмпирические основания выбора мишеней психологической помощи
и психотерапии в различных сферах медицины*
*Empirical Basis for Choosing Targets for Psychological Assistance and Psychotherapy
in various Fields of Medicine*

**РОЛЬ СУБЪЕКТИВНОГО ВОЗРАСТА
В СИСТЕМЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ
ФАКТОРОВ ТЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ
У МУЖЧИН С РАКОМ
ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.
ЧАСТЬ I. СУБЪЕКТИВНЫЙ ВОЗРАСТ
И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ
У МУЖЧИН С РАКОМ
ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Е.А. СЕРГИЕНКО

Институт психологии Российской академии наук
(ФГБУН ИП РАН),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4068-9116>,
e-mail: elenas13@mail.ru

Д.А. ЦИРИНГ

Национальный исследовательский
Томский государственный университет
(ФГАОУ ВО «НИ ТГУ»),
г. Томск, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7065-0234>,
e-mail: l-di@yandex.ru

Я.Н. ПАХОМОВА

Национальный исследовательский

Томский государственный университет

(ФГАОУ ВО «НИ ТГУ»),

г. Томск, Российская Федерация;

Челябинский государственный университет

(ФГБОУ ВО «ЧелГУ»),

г. Челябинск, Российская Федерация

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9000-7238>,

e-mail: sizova159@yandex.ru

И.В. ПОНОМАРЕВА

Национальный исследовательский

Томский государственный университет

(ФГАОУ ВО «НИ ТГУ»),

г. Томск, Российская Федерация

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8600-3533>,

e-mail: ivp-csu@yandex.ru

Актуальность. Рак предстательной железы остается одной из серьезных проблем общественного здравоохранения во всем мире, поскольку сопровождается высокими показателями заболеваемости и смертности населения. **Цель.** Исследование посвящено изучению роли субъективного возраста в системе психологических факторов течения болезни у мужчин с раком предстательной железы. Работа состоит из двух частей. В первой части статьи внимание сфокусировано на выявлении взаимосвязи субъективного возраста и качества жизни. **Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 127 мужчин в возрасте от 53 до 85 лет ($M = 68$; $Me = 69$; $SD = 10,27$) с диагнозом рак предстательной железы (I стадия заболевания — 16 мужчин; II стадия — 64; III стадия — 13; IV — 34; благоприятное течение болезни — 40 чел., неблагоприятное — 61). Кроме социально-демографических данных изучались субъективный возраст (опросник В. Вагак в адаптации Е.А. Сергиенко, 2011), качество жизни — субъективные оценки здоровья (опросник SF-36 в адаптации К.Г. Гуревич, Е.Г. Фабрикант, 2008). Для достижения цели исследования выборка была разделена на три группы в зависимости от показателя субъективного возраста: чувствующие себя моложе своего паспортного возраста (80 чел.), адекватно своему возрасту (44 чел.) и старше (3 чел.). **Результаты и выводы.** Проведен анализ особенностей восприятия субъективного возраста у мужчин с благоприятным и неблагоприятным течением болезни. Показано, что мужчины, чувствующие себя моложе, концентрируются на физических аспектах здоровья и собственной витальности, опасаясь за уровень собственной активности и соответствие гендерному функционированию независимо от благополучного/неблагополучного течения болезни.

Ключевые слова: рак предстательной железы, субъективный возраст, составляющие субъективного возраста, психологические факторы, качество жизни, субъективная оценка физического здоровья, субъективная оценка психического здоровья.

Финансирование. Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда № 21-18-00434 (URL: <https://rscf.ru/project/21-18-00434/>).

Для цитаты: Сергиенко Е.А., Циринг Д.А., Пахомова Я.Н., Пономарева И.В. Роль субъективного возраста в системе психологических факторов течения болезни у мужчин с раком предстательной железы. Часть I. Субъективный возраст и качество жизни у мужчин с раком предстательной железы // Консультативная психология и психотерапия. 2024. Том 32. № 2. С. 104—126. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2024320206>

THE ROLE OF SUBJECTIVE AGE IN THE SYSTEM OF PSYCHOLOGICAL FACTORS IN THE COURSE OF THE DISEASE IN MEN WITH PROSTATE CANCER. PART I. SUBJECTIVE AGE AND QUALITY OF LIFE IN MEN WITH PROSTATE CANCER

ELENA A. SERGIENKO

Institute of Psychology of the Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4068-9116>,
e-mail: elenas13@mail.ru

DIANA A. TSIRING

National Research Tomsk State University, Tomsk, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7065-0234>,
e-mail: l-di@yandex.ru

YANA N. PAKHOMOVA

National Research Tomsk State University, Tomsk, Russia.
Chelyabinsk State University, Chelyabinsk, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9000-7238>,
e-mail: sizova159@yandex.ru

IRINA V. PONOMAREVA

National Research Tomsk State University, Tomsk, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8600-3533>,
e-mail: ivp-csu@yandex.ru

Relevance. Prostate cancer remains one of the major public health problems worldwide, as it is accompanied by high rates of morbidity and mortality. Purpose. The work is devoted to the study of the role of subjective age in the system of psychological factors of the course of the disease in men with prostate cancer; in this part of the work, attention is focused on the relationship between subjective age and quality of life. **Materials and methods.** The study involved 127 men aged 53 to 85 years ($M=68$; $Me=69$; $SD=10,27$) diagnosed with prostate cancer (stage I of the disease — 16 men; stage II — 64; stage III — 13; IV — 34; favorable course of the disease — 40 people, unfavorable — 61). In addition to socio-demographic data, subjective age was studied (B. Barak questionnaire in adaptation by E.A. Sergienko, 2011), quality of life — subjective health assessments (SF-36 questionnaire in adaptation by K.G. Gurevich, E.G. Fabrikant, 2008). This work consists of two parts describing the role of subjective age in the system of psychological factors in men with prostate cancer. Part I of the article is devoted to the analysis of the role of subjective age and quality of life assessments. Three subgroups were identified according to estimates of subjective age: those who feel younger than their passport age (80 people), adequate to their age (44 people) and older (3 people). **Results and conclusions.** The analysis of men with different perceptions of subjective age with a favorable and unfavorable course of the disease was carried out. It is shown that men who feel younger concentrate on the physical aspects of health and their own vitality, fearing for the level of their own activity and compliance with gender functioning, regardless of the prosperous/dysfunctional course of the disease.

Keywords: prostate cancer, subjective age, components of subjective age, psychological factors, quality of life, subjective assessment of physical health, subjective assessment of mental health.

Funding. The research has been funded by the Russian Science Foundation, grant № 21-18-00434 (URL: <https://rscf.ru/project/21-18-00434/>).

For citation: Sergienko E.A., Tsiring D.A., Pakhomova Ya.N., Ponomareva I.V. The Role of Subjective Age in the System of Psychological Factors in the Course of the Disease in Men with Prostate Cancer. Part I. Subjective Age and Quality of Life in Men with Prostate Cancer. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2024. Vol. 32, no. 2, pp. 104—126. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2024320206> (In Russ.).

Введение

По данным Всемирной организации здравоохранения, в 2018 г. зарегистрировано 1,3 миллиона новых случаев постановки диагноза рака предстательной железы (РПЖ) и 359 тысяч смертей вследствие этого заболевания, в связи с чем РПЖ был вторым по распространенности злокачественным новообразованием и пятой по значимости причиной смерти у мужчин во всем мире [4; 8].

При изучении географической вариабельности РПЖ самые высокие показатели были зарегистрированы в Австралии и Новой Зеландии, са-

мые низкие уровни заболеваемости РПЖ — в Юго-Центральной Азии в Восточной Азии [4; 13; 24]. За период 2011—2021 г.г. в Российской Федерации «грубый» показатель заболеваемости РПЖ вырос в 2,2 раза (число зарегистрированных первичных больных на 100 тыс. населения в 2011 г. — 4,6 чел., в 2021 г. — 187,3 чел.) [7].

Заболеваемость РПЖ представлена неравномерно в разных странах и среди разных рас и этносов [17; 24]. В работах, посвященных исследованию причин таких различий, выделяется спектр эпигенетических факторов. Генетическая предрасположенность изучалась как потенциальный фактор риска РПЖ. На основании обзора 23 исследований [8] проводилась оценка объединенного относительного риска: он оказался выше у тех, кто имел больного РПЖ родственника первой степени родства, по сравнению с теми, у кого был болен родственник второй степени. Более того, риск значительно выше у мужчин, у которых есть брат с данным заболеванием, по сравнению с теми, у кого болел отец [10]. Эти данные свидетельствуют о том, что гены, зафиксированные семейным анамнезом, могут, по крайней мере частично, способствовать риску РПЖ и чем ближе родственник, тем выше риск. Социальные факторы, включая социально-экономический статус и расовую сегрегацию, а также психологические факторы, такие как депрессия и тревога, связаны с риском заболевания РПЖ, который увеличивается в связи с действием определенных биологических, поведенческих и эмоциональных процессов. Психосоциальные стрессоры вызывают депрессивные состояния, которые могут активировать физиологические системы [20]. Постоянная активация этих физиологических систем может нарушать их функции и истощать иммунную систему организма для защиты от раковых клеток [25]. Такая дисрегуляция из-за хронических стрессоров и дистресса часто называется аллостатической нагрузкой и характеризуется повышенной (или подавленной) физиологической активностью во многих регуляторных системах, включая сердечно-сосудистые и метаболические процессы, иммунную систему, симпатическую нервную систему и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую систему. Все больше данных свидетельствует о том, что эпигенетические модификации вносят важный вклад в развитие РПЖ [23]. Фактически все исследования, посвященные РПЖ, в мировой литературе подчеркивают роль психологических факторов в развитии и течении заболевания.

Для мужчин диагноз РПЖ становится сильнейшим стрессовым фактором. Он затрагивает реализацию мужественности, а при радикальном лечении (простоектомии) и представления о собственной телесности, сексуальности, работоспособности.

Так же, как и при других формах рака, для мужчин с РПЖ характерна триада выраженных психологических факторов: депрессия, тревож-

ность, дистресс. Изучение РПЖ на больших выборках (Канадское, Североамериканское, Австралийское, Немецкое исследования) выявило факторы риска, связанные с заболеванием [12; 13; 15; 16; 19; 21; 24; 26; 27]. В целом показано, что распространенность депрессии при данном заболевании выше, чем в популяционной выборке, показатели тревожности также превышают популяционные значения. Примерно у 60% мужчин с РПЖ возникают серьезные внутриличностные трудности, в том числе связанные с риском суицида, при этом 8,2% больных имеют клинически значимую депрессию [28].

В диссертационном исследовании М.В. Вагайцевой [1], изучавшей психологические характеристики мужчин с РПЖ после хирургического лечения, было показано, что интенсивность эмоциональных переживаний в связи с оперативным вмешательством зависит от возраста, отношения к болезни, оценки психического здоровья. У большинства мужчин (70%) наблюдаются глубокие аффективные переживания из-за заболевания и последующего хирургического лечения. Мужчины, состоящие в браке, достоверно реже, чем одинокие, демонстрируют интенсивные негативные переживания в связи с болезнью, такие как отчаяние и безнадежность. По данным немецкого исследования РПЖ, более молодые пациенты и пациенты с метастазами или химиотерапией в большей степени подвержены повышенному риску дистресса в силу специфических для заболевания симптомов (проблемы с сексуальностью и недержанием мочи) [15].

Андрогенная депривационная терапия (АДТ) так же способствует развитию депрессивных расстройств. Она обычно используется при локальном и метастатическом РПЖ. В исследованиях на большой выборке пациентов с РПЖ при сравнении групп, получавших гормональную терапию и без нее, была показана выраженность случаев депрессии при АДТ [3; 11].

Оценка качества жизни или субъективная оценка состояния здоровья становится общей характеристикой адаптивных возможностей больных раком. В английском лонгитюдном исследовании старения (N = 8182) общее самочувствие не было связано с самооценкой диагнозов рака в течение 8-летнего периода даже после поправки на социально-демографические данные. При рассмотрении конкретных факторов психологического благополучия результаты немецкого когортного исследования (N = 48411 чел.) показали, что более низкий уровень удовлетворенности жизнью был связан с более высоким риском рака среди женщин, но не мужчин в следующие 8 лет [16]. В то время как контроль над гневом в первую очередь оценивался как детерминанта риска рака молочной железы [22], его влияние на риск РПЖ рассматривалось только в одном проспективном когортном исследовании. Среди 19730 взрослых австралийцев

лучший контроль над гневом был положительно связан с развитием РПЖ в течение 9 лет, что позволяет предположить, что минимизация/подавление гнева может играть небольшую роль в развитии РПЖ [30].

В североамериканском исследовании на выборке 1016 мужчин с РПЖ Д. Эрим с коллегами [14] показали связь уровня удовлетворенности качеством жизни и депрессии с показателями подшкалы психического здоровья (MG) опросника SF-12 (оценивает плохое настроение/нервозность) и подшкалы функционирования эмоциональной роли (оценивает субъективную потерю продуктивности). Кроме того, риск вероятной депрессии был значительно выше у участников с клинически более тяжелыми формами РПЖ.

Краткий обзор исследований, несмотря на противоречивость представленных в них данных, указывает на травматичность диагноза РПЖ для мужчин и значимую роль психологических факторов, которые могут оказывать влияние на характер течения болезни, успешность лечения и продолжительность жизни при РПЖ.

В данной части работы мы остановились на значении субъективной оценки физического и психического здоровья как важнейшего из психологических факторов течения болезни. Однако при анализе литературы были обнаружены противоречивые данные. Например, в большинстве зарубежных исследований указывается на снижение субъективной оценки качества жизни при РПЖ, а по данным Вагайцевой [1], большая часть выборки мужчин с РПЖ (после простатэктомии) характеризуется нормативным уровнем оценок. Причиной таких противоречий могут быть методические различия в проведении исследований (различия применяемых тестов, разница в численности выборок и др.). Мы предполагаем, что одним из показателей прогноза лечения и продолжительности жизни мужчин с РПЖ является субъективный возраст (СВ), т. е. самовосприятие своего возраста, который может отличаться или быть равен хронологическому. Ранее было показано, что СВ выступает как генерализованная субъективная оценка собственных ресурсов [5]. Как показали западные и отечественные исследования, СВ человека тесно связан с его физическим и психологическим здоровьем, удовлетворенностью жизнью, временной перспективой и индивидуально-психической организацией [5]. Было обнаружено, что СВ женщин с РМЖ позволяет дифференцировать субъективные оценки собственного здоровья, стратегии совладающего поведения, изменения базисных убеждений и признаки личностной беспомощности, образующиеся в тяжелой травматической ситуации болезни у женщин с РМЖ [6]. Среди женщин разного возраста (31—80 лет) наблюдаются значимые различия в паттернах системы психологических ресурсов. Это означает, что кроме

общих психологических факторов РМЖ (депрессии, тревожности, дистресса), существуют индивидуальные варианты психической организации, связанные с оценкой возрастной идентичности, которая модифицирует актуализацию и оценку собственных психологических ресурсов. Аналогичные данные об СВ у мужчин с РПЖ в литературе на данный момент нами не обнаружены. Картина болезни, помимо угрозы жизни, затрагивает целый спектр травмирующих операций и лечения, связанных с собственной гендерной идентичностью и образом жизни как женщин, так и мужчин, вызывая острые психологические проблемы.

Целью настоящей работы является исследование роли СВ в системе психологических факторов течения болезни у мужчин с раком предстательной железы; в данной части работы внимание сфокусировано на взаимосвязи СВ и качества жизни.

Основная гипотеза исследования: СВ выступает показателем психологических ресурсов мужчин и буфером в стрессовых ситуациях. Учитывая, что оценка СВ как показателя психологических ресурсов и одновременно личностных установок и ценностей включена в анализ личностных характеристик мужчин (базисных убеждений, личностной беспомощности, совладания, субъективной оценки собственного физического и психического здоровья), можно сформулировать частную гипотезу относительно рассматриваемых в данной части работы феноменов: СВ позволяет дифференцировать субъективные оценки собственного качества жизни и здоровья в тяжелой травматической ситуации болезни у мужчин с РПЖ.

Материалы и методы исследования

Выборка. В исследовании принимали участие 141 мужчина в возрасте от 53 до 85 лет с диагнозом РПЖ разных стадий, находящиеся под наблюдением онколога. 14 протоколов были исключены по причине их частичного заполнения. Таким образом, в исследование были включены 127 мужчин (возраст: 53—85 лет, $M = 68$ лет; $Me = 69$ лет; $SD = 10,27$ лет). Работа проводилась на базе ГБУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины». В табл. 1 представлены социально-демографические характеристики выборки.

В исследовании роли субъективного возраста в системе психологических факторов течения болезни у мужчин с раком предстательной железы использовались 6 личностных методик. В части I работы рассматриваются результаты, полученные при анализе данных только двух методик и социально-демографической анкеты.

Таблица 1

Социально-демографические характеристики выборки

	Параметры	Н, чел.
Стадия РПЖ	I	16
	II	64
	III	13
	IV	34
Течение болезни	Благоприятное течение болезни, всего: 40	
	Ремиссия	14
	Стабилизация	26
	Неблагоприятное течение болезни, всего: 64	
	Прогрессия	26
	Рецидив	23
	Генерализация	5
	Второй рак	7
	Смерть	3
Точное течение не установлено, пациент в процессе лечения	23	
Семейное положение	Нет ответа	2
	Женат	99
	Не женат	3
	Разведен	7
	Вдовец	16
Наличие детей	Один и более	114
	Нет детей	7
	Нет ответа	6
Рабочий статус	Официально трудоустроен	19
	Работаю неофициально	4
	Работаю неполный день	1
	Не работаю	84
	Пенсионер	16
Образование	Среднее общее	16
	Среднее профессиональное	54
	Высшее профессиональное	55
Субъективная оценка уровня дохода	Средний и выше среднего	79
	Ниже среднего и низкий	46

Для выявления взаимосвязи субъективного возраста и качества жизни мужчин с РПЖ применялись следующие методики исследования:

1. Русскоязычная версия Опросника качества жизни (SF-36), созданная и рекомендованная Межнациональным центром исследования субъективной оценки здоровья. Опросник позволяет оценить субъективное восприятие физического и ментального здоровья (Ware, Kosinski, 1994 [29]; Гуревич Фабрикант, 2008 [2]). Опросник включает следующие шкалы: «Физическое функционирование», «Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием», «Интенсивность боли», «Общее состояние здоровья», «Жизненная активность», «Социальное функционирование», «Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» и «Психическое здоровье». Все шкалы опросника объединены в два суммарных измерения — физический (1—4 шкалы) и психический (5—8 шкалы) компоненты здоровья.

2. Опросник «Субъективный возраст человека», разработанный В. Вагак в 2009 г. и адаптированный Е.А. Сергиенко в 2011 г. [5]. Опросник позволяет оценить общий СВ, биологический СВ (на сколько лет человек себя чувствует), эмоциональный СВ (на сколько лет он выглядит), социальный СВ (какому возрасту соответствуют его действия) и интеллектуальный СВ (какому возрасту соответствуют интересы). Коэффициент надежности α Кронбаха составил 0,98.

3. Анкета для сбора данных социально-демографических характеристик респондентов.

Анализ данных осуществлялся с применением следующих статистических методов: описательная статистика (среднее арифметическое, медиана), корреляционный анализ (г-критерий Спирмена), сравнительный анализ (U-критерий Манна—Уитни). Анализ данных проводился в программе SPSS Statistics v. 24.

Результаты исследования

В табл. 2 представлены результаты оценки СВ по всем его составляющим.

Дифференциация мужчин с РПЖ по СВ указывает на значительные различия. Большинство мужчин (80 чел.) считают себя моложе паспортного возраста; особенно значительна разница в социальном субъективном возрасте (какому возрасту соответствуют действия) — 13,7 лет и интеллектуальном (какому возрасту соответствуют интересы и установки) — 13 лет. При этом среди мужчин, занижающих свой возраст, 20 чел. относятся к группе с благоприятным течением болезни (ремиссия, стабилизация), а 40 чел. — к неблагоприятному течению (прогресс, рецидив, генерализа-

Таблица 2

Составляющие субъективного возраста и разница между ними и хронологическим возрастом у мужчин с РПЖ в возрастной группе 53—85 лет

Кол-во человек (всего 127)	Возрастные группы	Хронологический возраст	Средний субъективный возраст	Биологический возраст (чувствует)	Эмоциональный возраст (выглядит)	Социальный возраст (действует)	Интеллектуальный возраст (интересы)					
								Медиана	Медиана	Медиана	Медиана	Медиана
								Разница	Разница	Разница	Разница	Разница
								Среднее	Среднее	Среднее	Среднее	Среднее
80	СВ < ХВ	69	55	55	60	57	59,5					
			12,52	13,6	9,9	13,7	13					
			68,5	55,98	54,9	58,6	54,8	55,5				
44	СВ = ХВ	71	70	70	70	70	70					
			1	1,1	1,2	0,7	1,1					
			70,1	69,1	69	68,9	69,4	69				
3	СВ > ХВ	68	75	80	70	80	70					
			-7	-8,6	-5,3	-8,6	-5,3					
			68	75	76,6	73,3	76,6	73,3				

Примечание: «СВ < ХВ» — группа респондентов, у которых субъективный возраст меньше хронологического; «СВ = ХВ» — группа респондентов, у которых субъективный возраст равен хронологическому; «СВ > ХВ» — группа респондентов, у которых субъективный возраст больше хронологического.

ция, второй рак). Субъективно оценивают свой возраст близко к хронологическому 44 мужчины с РПЖ, из них 20 чел. имеют благоприятное, а 24 чел. — неблагоприятное течение болезни. Только 3 пациента считают свой возраста выше календарного (в среднем на 7 лет).

В табл. 3 представлена значимость различий субъективного (СВ) и хронологического (ХВ) возрастов для всех групп.

Данные табл. 3 демонстрируют, что при сравнении компонентов СВ («между средними») в группах мужчин занижающих свой возраст и оценивающих свой субъективный возраст адекватно хронологическому получены статистически значимые различия. Аналогичный результат был достигнут и при сравнении изучаемых показателей в группах пациентов, занижающих и завышающих свой возраст. При сравнении компонен-

Таблица 3

Значимость различий между разницей хронологического (ХВ) и субъективного (СВ) возрастов (U критерий Манна—Уитни)

Сравниваемые группы	Хронологический возраст (сравнение средних значений)	Уровни значимости	Средний субъективный возраст	Биологический возраст (чувствует)	Эмоциональный возраст (выглядит)	Социальный возраст (действует)	Интеллектуальный возраст (интересы)
< и =	0,085	<i>p</i> (между средними)	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001
		<i>p</i> (между разницей)	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001
< и >	0,75	<i>p</i> (между средними)	0,005	0,005	0,007	0,004	0,005
		<i>p</i> (между разницей)	0,003	0,003	0,005	0,003	0,004
= и >	0,326	<i>p</i> (между средними)	0,115	0,076	0,319	0,078	0,274
		<i>p</i> (между разницей)	0,003	0,002	0,004	0,001	0,003

Примечание. Группы сравнений: «< и =» — СВ респондента меньше ХВ и СВ респондента равен ХВ; «< и >» СВ респондента больше ХВ и СВ респондента меньше ХВ; «= и >» СВ респондента равен ХВ и СВ респондента больше ХВ.

тов СВ «между разницей» статистически значимые различия получены между всеми группами.

В табл. 4 даны результаты корреляционного анализа СВ и показателей качества жизни (методика SF-36) субъективной оценки физического и психического здоровья.

Таблица 4

Корреляционный анализ показателей качества жизни (SF-36) и субъективного возраста (СВ) у подгрупп мужчин, занижающих и адекватного оценивающих СВ

Мужчины с РПЖ подгруппы 53—85 лет (средний — 68,53, медиана — 69), занижающих свой возраст (СВ < ХР, N = 80)								
СВ и его составляющие	<i>PF</i>	<i>RP</i>	<i>BP</i>	<i>GH</i>	<i>VT</i>	<i>SF</i>	<i>RE</i>	<i>MH</i>
Среднее значение СВ	-0,23*	-0,15	-0,18	-0,33**	-0,08	-0,13	-0,001	-0,08

Биологический СВ (чувствует)	-0,23*	-0,14	-0,12	-0,27*	-0,12	-0,09	-0,01	-0,11
Эмоциональный СВ (выглядит)	-0,12	0,001	-0,07	-0,29**	-0,003	-0,05	-0,06	-0,01
Социальный СВ (действует)	-0,25*	-0,23*	-0,15	-0,33**	-0,05	-0,19	-0,07	-0,06
Интеллектуальный СВ (интересы)	-0,17	-0,04	-0,14	-0,24*	0,05	-0,07	0,07	0,01
Мужчины с РПЖ подгруппы 5–85 лет (средний — 70,11, медиана — 71), адекватно оценивающих свой возраст (СВ = ХР, N = 44)								
Среднее значение СВ	-0,37*	-0,17	-0,35*	0,02	-0,45**	-0,23	-0,04	-0,02
Биологический СВ (чувствует)	-0,32*	-0,21	-0,34*	-0,07	-0,47**	-0,24	-0,05	-0,04
Эмоциональный СВ (выглядит)	-0,34*	-0,19	-0,29	0,006	-0,43**	-0,21	-0,07	-0,01
Социальный СВ (действует)	-0,36*	-0,14	-0,33*	0,03	-0,35*	-0,14	-0,03	0,04
Интеллектуальный СВ (интересы)	-0,39**	-0,12	-0,34*	0,06	-0,44**	-0,22	-0,06	-0,04

Примечание: GH — общее состояние здоровья; PF — физическое функционирование, отражающее степень, в которой здоровье лимитирует выполнение физических нагрузок; RP — влияние физического состояния на ролевое функционирование; RE — влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование; SF — социальное функционирование, определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение); BP — интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью; VT — жизнеспособность (подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным); MH — самооценка психического здоровья, характеризует настроение (наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций).

Анализ табл. 4 показывает, что у мужчин с РПЖ, чувствующих себя субъективно моложе, корреляции общего показателя СВ и его составляющих сопряжены с субъективной оценкой общего показателя физического здоровья (GH), оценкой физического функционирования (PF), отражающей степень, в которой здоровье лимитирует выполнение физических нагрузок. Отрицательные связи указывают на то, что чем моложе оценивают себя пациенты, тем выше оценки физического здоровья в целом и связанных с ним ограничений. У мужчин, адекватно оценивающих свой СВ, структура взаимосвязей изменяется, помимо физических ограничений добавляются связи с болевыми ощущениями (BP), мешающими физическому функционированию, и с общей оценкой витальности (VT), подразумевающей ощущение себя полным сил и энергии или,

напротив, обессиленным. В нашем случае — это отрицательные связи, указывающие на проблемность жизнеспособности. Однако взаимосвязей у подгруппы с адекватной оценкой СВ и общей оценкой физического состояния (РР) не обнаружено.

Как отмечалось выше, в подгруппе с адекватной оценкой своего возраста имеется сходное количество пациентов с благоприятным и неблагоприятным течением болезни. Дополнительный корреляционный анализ, проведенный с учетом характера течения болезни, показал, что независимо от течения болезни СВ и его составляющие отрицательно связаны с оценкой витальности, что указывает на снижение субъективных ощущений жизнеспособности. В подгруппе пациентов, чувствующих себя моложе ХВ, большая часть мужчин — с неблагоприятным течением болезни.

Распределение испытуемых в зависимости от стадии болезни и характера ее течения представлено в табл. 5. Данные 23 человек были исключены из анализа, поскольку точное течение заболевания на момент проведения исследования установлено не было, пациенты находились в процессе лечения.

Таблица 5

Соотношение стадий РПЖ и течения болезни у мужчин

Показатели		Течение болезни, чел.		Всего, чел.
		благоприятное (ремиссия, стабилизация)	неблагоприятное (прогресс, рецидив, генерал, 2-й рак)	
Стадия заболевания	1	7	6	13
	2	11	45	56
	3	9	4	13
	4	13	9	22
Всего		40	64	104

В табл. 6 представлен анализ изучаемых показателей в группе, занимающей свой СВ, с учетом характера течения болезни. В число пациентов с РПЖ группы «СВ < ХР» не было включено 20 человек, успешность лечения которых на момент исследования нельзя было оценить.

Результаты корреляционного анализа (табл. 6) показывают, что независимо от течения болезни у мужчин, чувствующих себя моложе, СВ (общий показатель и социальный возраст) взаимосвязан с общей витальностью (VT), биологический СВ — с особенностями ролевого функционирования, предполагающего оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повсед-

Таблица 6

Корреляционные связи субъективного возраста и его составляющих с показателями физического и психического здоровья в подгруппе участников, занижающих свой возраст при разном течение болезни

Мужчины с РПЖ подгруппа СВ < ХР, 53—85 лет (средний возраст — 67,8, медиана — 68), с неблагоприятным течением болезни (N = 40)								
Субъективный возраст и его составляющие	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
Среднее значение СВ	0,06	0,04	0,08	-0,15	0,43*	0,12	0,35	0,19
Биологический СВ (чувствует)	0,04	0,05	0,05	-0,13	0,33	-0,01	0,44*	0,13
Эмоциональный СВ (выглядит)	0,18	0,16	0,24	0,03	0,4	0,34	0,29	0,32
Социальный СВ (действует)	0,02	-0,06	0,07	-0,23	0,42*	0,09	0,15	0,21
Интеллектуальный СВ (интересы)	-0,03	-0,003	-0,07	-0,2	0,38	0,03	0,31	0,03
Мужчины с РПЖ подгруппа СВ < ХР, 62—82 года (средний возраст — 69,5, медиана — 68,5), с благоприятным течением болезни (N = 20)								
Среднее значение СВ	0,06	0,04	0,08	-0,15	0,43*	0,12	0,35	0,19
Биологический СВ (чувствует)	0,04	0,05	0,05	-0,13	0,33	-0,01	0,44*	0,13
Эмоциональный СВ (выглядит)	0,18	0,16	0,24	0,03	0,4	0,34	0,29	0,32
Социальный СВ (действует)	0,02	-0,06	0,07	-0,23	0,42*	0,09	0,15	0,21
Интеллектуальный СВ (интересы)	-0,03	-0,003	-0,07	-0,2	0,38	0,03	0,31	0,03

Примечание: GH — общее состояние здоровья; PF — физическое функционирование, отражающее степень, в которой здоровье лимитирует выполнение физических нагрузок; RP — влияние физического состояния на ролевое функционирование; RE — влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование; SF — социальное функционирование, определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение); BP — интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью; VT — жизнеспособность (подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным); MH — самооценка психического здоровья, характеризует настроение (наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций).

невной деятельности (RE). При этом в отличие от подгруппы с адекватной оценкой своего возраста эти корреляции положительные, что указывает на то, что чем моложе оценивает себя пациент, тем в большей степени эмоциональное состояние сказывается на эффективном функционировании.

Таким образом, проведенный статистический анализ показал, что СВ, позволяющий дифференцировать мужчин с РПЖ по величине данного показателя, дает нам возможность представить различную картину субъективного качества жизни больных с данной тяжелой болезнью.

Обсуждение результатов

Проведенное исследование на выборке мужчин с РПЖ, в отличие от аналогичных зарубежных работ, было сконцентрировано на субъективной оценке качества жизни, на которую могут оказывать влияние другие факторы помимо уже хорошо изученных депрессии, тревоги и общего дистресса. Наши предыдущие исследования женщин с РМЖ показали важность учета показателя субъективного возраста (СВ), который позволил в большей степени описать индивидуальные паттерны психологических ресурсов, направленных на борьбу с болезнью [6]. В настоящем исследовании в соответствии с оценкой СВ были выделены три подгруппы мужчин с РПЖ: 1) СВ меньше ХВ, 2) СВ адекватен ХВ и 3) СВ больше ХВ. Сравнение проводилось только по двум группам, поскольку в третьей группе было всего 3 пациента, показатели их качества жизни (субъективной оценки физического и психического здоровья) были значительно ниже даже других пациентов с РПЖ.

Характерными для первых двух подгрупп является наличие взаимосвязей между СВ и оценками физического здоровья. Но в группе мужчин с адекватными оценками СВ появляется также связь с витальностью. При введении более дробного деления этих подгрупп на пациентов с благоприятным и неблагоприятным прогнозом было обнаружено, что люди, чувствующие себя моложе независимо от благополучного или неблагоприятного течения болезни, концентрируются вокруг проблемы витальности и влияния эмоционального состояния на ролевое функционирование, что предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности. При этом в отличие от подгруппы с адекватной оценкой своего возраста эти корреляции положительные, что указывает на то, что чем моложе оценивает себя пациент, тем выше степень эмоциональных проблем, мешающих эффективной регуляции поведения.

В отличие от мужчин с РПЖ, женщины с РМЖ фокусируются на ролевом функционировании, т. е. на возможностях активно участвовать в семейной, профессиональной жизни, и на общем психическом здоровье, что отмечается в подгруппе женщин, чувствующих себя моложе ХВ [6]. Их психическое здоровье становится центральной субъективной проблемой, в отличие от мужчин с фокусом на физическом самочувствии. Взаимосвязи СВ с жизнеспособностью (витальностью) при благоприятном и неблагоприятном

гоприятном течении болезни в большей степени указывают на проблему общей активности жизни. Более широкий анализ психологических факторов, который будет представлен в части II нашей работы, в еще большей мере позволяет подчеркнуть гендерные различия в актуализации психологических факторов в борьбе с тяжелой смертельной болезнью.

Выводы

1. Полученные в исследовании результаты указывают на существование индивидуальных вариантов субъективного восприятия качества жизни, ассоциированного со здоровьем.

2. Для всей выборки мужчин с РПЖ оценки физического здоровья становятся более существенными, чем в отдельной подгруппе пациентов с субъективно молодым возрастом.

3. Независимо от благоприятного/неблагоприятного течения болезни, жизнеспособность (витальность) приобретает особое значение для пациентов с РПЖ. И чем моложе СВ, тем более проблематичной становится самоощущение собственных возможностей.

4. Для мужчин с РПЖ, чувствующих себя моложе, характерно более драматическое отношение к болезни, что проявляется в субъективных оценках качества жизни.

5. Среди мужчин с РПЖ, воспринимающих себя моложе хронологического возраста, вдвое больше пациентов с неблагоприятным течением болезни. Опираясь на полученные данные, мы приходим к выводу, что субъективное самовосприятие возраста моложе хронологического, также свидетельствует о попытке субъективно сохранить стиль жизни до болезни и функционально соответствовать гендерной роли.

По общему признанию психологов и клиницистов субъективная оценка качества жизни становится предиктором не только отношения к болезни, но и успешности ее лечения, поскольку в ней отражается интуитивное восприятие собственных ресурсов для борьбы с недугом. В связи с полученными данными о психологическом восприятии собственного здоровья мужчинами с РПЖ встает вопрос о специфике психологической помощи пациентам-мужчинам. Психологическая помощь требует специальных программ и усилий, предполагающих необходимость расширения представлений о гендерных ролях, имеющих культурную специфику.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вагайцева М.В. Отношение к болезни у мужчин с диагнозом рака предстательной железы после хирургического лечения: дисс. ... канд. психол. наук. СПб, 2017. 197 с.

2. Гуревич К.Г., Фабрикант Е.Г. Методические рекомендации по организации программ профилактики хронических неинфекционных заболеваний [Электронный ресурс]. М.: ГОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет, 2008. URL: http://bono-esse.ru/blizzard/RPP/M/ORGZDRAV/Orgproga/org_proga.html (дата обращения: 14.08.2023).
3. Кельн А.А., Алифов Д.Г., Звезда С.А., Засорина М.А. Взаимосвязь рака предстательной железы с развитием депрессии и суицидальных мыслей // Вестник урологии. 2022. № 10(1). С. 104—109. DOI:10.21886/2308-6424-2022-10-1-104-109
4. Салихар Р.И., Туманбаев А.М., Керимов А.Д., Камарли З.П., Макимбетов Э.К. Эпидемиология рака предстательной железы // Научное обозрение. Медицинские науки. 2020. № 3. С. 15—20.
5. Сергиенко Е.А. Субъективный возраст как предиктор течения тяжелой болезни // Вестник РГГУ. Серия «Психология. Педагогика. Образование». 2020. № 1. С. 25—39.
6. Сергиенко Е.А., Циринг Д.А., Пахомова Я.Н., Пономарева И.В. Субъективный возраст женщин с раком молочной железы в системе психологических факторов // Клиническая и специальная психология. 2022. Том 11. № 1. С. 67—89.
7. Состояние онкологической помощи населению России в 2021 году / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, А.О. Шахзадовой. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2022. 239 с.
8. Brown T.H. Diverging Fortunes: Racial Ethnic Inequality in Wealth Trajectories in Middle and Late Life // Race Soc Probl. 2016. № 8. P. 29—41. DOI:10.1007/s12552-016-9160-2
9. Lima M.M., Tobias Machado M. Suicide in patients with genitourinary malignancies [Электронный ресурс] // European journal of cancer care. 2017. Vol. 26. № 6. e12635. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28134462/> (дата обращения: 01.07.2023)
10. Dickey S.L., Motolani E., Pharm O.B. Quality of Life Among Black Prostate Cancer Survivors: An Integrative Review // American Journal of Men's Health. 2018. Vol. 12. № 5. P. 1648—1664. DOI:10.1177/1557988318780857
11. Dinh K.T., Reznor G, Muralidhar V., Mahal B.A., Nezoslosky M.D., Choueiri T.K., Hoffman K.E., Hu J.C., Sweeney C.J., Trinh Q.D., Nguyen P.L. Association of Androgen Deprivation Therapy With Depression in Localized Prostate Cancer // J Clin Oncol. 2016. Vol. 34. № 16. P. 1905—1912. DOI:10.1200/JCO.2015.64.1969
12. Ediebah D. E., Quinten C., Coens C., Ringash J., Dancey J., Zikos E. Canadian Cancer Trials Group and the European Organization for Research and Treatment of Cancer. Quality of life as a prognostic indicator of survival: a pooled analysis of individual patient data from Canadian cancer trials group clinical trials // Cancer. 2018. Vol. 124. № 16. P. 3409—3416.
13. Epidemiology of Prostate Cancer // World J Oncol. 2019. Vol.10. № 2. P. 63—89. DOI:10.14740/wjon1191
14. Erim D.O., Bennett A.V., Gaynes B.N., Basak R.S., Usinger D, Chen R.C. Associations between prostate cancer-related anxiety and health-related quality of life // Cancer Med. 2020. Vol. 9. № 12. P. 467—473. DOI:10.1002/cam4.3069

15. Esser P., Mehnert-Theuerkauf A, Friedrich M., et al. Risk and associated factors of depression and anxiety in men with prostate cancer: Results from a German multicenter study // *Psycho-oncology*. 2020. Vol. 29. № 10. P. 1604—1612.
16. Feller S., Teucher B., Kaaks R., Boeing H., Vigl M. Life satisfaction and risk of chronic diseases in the European prospective investigation into cancer and nutrition (EPIC)-Germany study [Электронный ресурс] // *PloS one*. 2013. Vol. 8. № 8. e73462. URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0073462> (дата обращения: 01.06.2023)
17. Fenton J.J., Weyrich M.S., Durbin S., Liu Yu., Bang H., Melnikow J. Prostate-Specific Antigen—Based Screening for Prostate Cancer. Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force // *JAMA*. 2018. № 319(18). P. 1914-1931. DOI:10.1001/jama.2018.3712
18. Groarke A., Curtis R., Skelton J., Groarke J.M. Quality of life and adjustment in men with prostate cancer: Interplay of stress, threat and resilience [Электронный ресурс] // *PLoS ONE*. 2020. Vol. 15. № 9. e0239469. URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239469> (дата обращения: 01.08.2023)
19. Jahnen M., Lehner L., Meissner V.H., Dinkel A., Schiele S., Schulwitz H., Herkommer K. Cancer-related self-perception in men affected by prostate cancer after radical prostatectomy // *Journal of Cancer Survivorship*. 2022. № 18(2). P. 10—41.
20. Krishnan V., Nestler E.J. Linking Molecules to Mood: New Insight Into the Biology of Depression // *Am J Psychiatry*. 2010. № 167. P. 1305—1320. DOI:10.1176/appi.ajp.2009.10030434
21. Lavalette C., Tretarre B., Rebillard X. Abdominal obesity and prostate cancer risk: epidemiological evidence from the EPICAP study // *Oncotarget*. 2018. № 9. P. 485—494. DOI:10.18632/oncotarget.26128
22. Lepore S.J., Helgeson V.S. Social constraints, intrusive thoughts and mental health after prostate cancer // *J Soc Clin Psychol*. 1998. № 17. P. 89—106.
23. McGinley K.F., Tay K.J., Moul J.W. Prostate cancer in men of African origin // *Nat Rev Urol*. 2017. № 13. P. 99—107. DOI:10.1038/nrurol.2015.298
24. Odedina F.T., Akinremi T.O., Chinegwundoh F. Prostate cancer disparities in Black men of African descent: a comparative literature review of prostate cancer burden among Black men in the United States, Caribbean, United Kingdom, and West Africa // *Infect Agent Cancer*. 2009. № 4. P. 2. DOI:10.1186/1750-9378-4-S1-S2
25. Reiche E.M.V., Nunes S.O.V., Morimoto H.K. Stress, depression, the immune system, and cancer // *Lancet Oncol*. 2004. № 5. P. 617—625. DOI:10.1016/S1470-2045(04)01597-9
26. Schroder F.H. Prostate cancer around the world: an overview // *Urol Oncol*. 2010. Vol. 28. P. 663—667.
27. Smith R.A., Andrews K.S., Brooks D., Fedewa S.A., Manassaram Baptiste D., Saslow D., Wender R.C. Cancer screening in the United States, 2019: A review of current American Cancer Society guidelines and current issues in cancer screening // *Cancer journal for clinicians*. 2019. Vol. 69. № 3. P. 184—210.
28. Tripp D.A., Mihajlovic V., Fretz K., Fervaha G., Izard J., Corby R., Siemens D.R. Quality of life, depression, and psychosocial mechanisms of suicide risk in prostate cancer // *Can Urol Assoc J*. 2020. Vol. 14. № 10. P. 487—492. DOI:10.5489/auaj.6310

29. Ware J.E.J., Kosinski M., Keller S.D. SF-36 physical and mental health summary scale: a user's manual. Boston, MA: New England Medical Centre, 1994. 188 p.
30. White V.M., English D.R., Coates H., Lagerlund M., Borland R., Giles G.G. Is cancer risk associated with anger control and negative affect? Findings from a prospective cohort study // *Psychosomatic medicine*. 2007. Vol. 69. № 7. P. 667—674.
31. Zamora D., Gordon-Larsen P., Jacobs D.R., Popkin B.M. Diet quality and weight gain among black and white young adults: the Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) Study (1985—2005) // *Am J Clin Nutr*. 2010. № 92. P. 784—793. DOI:10.3945/ajcn.2010.29161

REFERENCES

1. Vagajceva M.V. Otnoshenie k bolezni u muzhchin s diagnozom raka predstatel'noj zhelezy posle hirurgicheskogo lecheniya [Attitude to the disease in men diagnosed with prostate cancer after surgical treatment]. Dissertaciya na soiskanie uchenoj stepeni kandidata psihologicheskikh nauk = Dissertation for the degree of Candidate of Psychological Sciences. St. Petersburg, 2017. 197 p. (In Russ.)
2. Gurevich K.G., Fabrikant E.G. Metodicheskie rekomendacii po organizacii programm profilaktiki hronicheskikh neinfekcionnyh zabolevanij [Methodological recommendations for the organization of programs for the prevention of chronic non-communicable diseases] [Elektronnyj resurs]. Moskva: GOU VPO Moskovskij gosudarstvennyj mediko-stomatologicheskij universitet = Methodological recommendations for the organization of programs for the prevention of chronic non-communicable diseases, 2008. URL: http://bono-esse.ru/blizzard/RPP/M/ORGZDRAV/Orgproga/org_proga.html (Accessed 14.08.2023).
3. Kel'n A.A., Alifov D.G., Zvezda S.A., Zazorina M.A. Vzaimosvyaz' raka predstatel'noj zhelezy s razvitiem depressii i suicidal'nyh myslej [The relationship of prostate cancer with the development of depression and suicidal thoughts]. *Vestnik urologii = Bulletin of Urology*, 2022, № 10 (1), pp. 104—109. DOI:10.21886/2308-6424-2022-10-1-104-109. (In Russ., abstr. in Engl.)
4. Salihar R.I., Tumanbaev A.M., Kerimov A.D., Kamarli Z.P., Makimbetov E.K. Epidemiologiya raka predstatel'noj zhelezy [Epidemiology of prostate cancer]. *Nauchnoe obozrenie. Medicinskie nauki. = Scientific review. Medical sciences*, 2020, № 3, pp. 15—20. (In Russ., abstr. in Engl.)
5. Sergienko E.A. Sub"ektivnyj vozrast kak prediktor techeniya tyazheloj bolezni [Subjective age as a predictor of the course of a serious illness]. *Vestnik RGGU. Seriya «Psihologiya. Pedagogika. Obrazovanie» = Bulletin of the Russian State University. The series "Psychology. Pedagogy. Education"*, 2020, № 1, pp. 25—39. (In Russ., abstr. in Engl.)
6. Sergienko E.A., Tsiring D.A., Pahomova YA.N., Ponomareva I.V. Sub"ektivnyj vozrast zhenshchin s rakom molochnoj zhelezy v sisteme psihologicheskikh faktorov [Subjective age of women with breast cancer in the system of psychological factors]. *Klinicheskaya i special'naya psihologiya = Clinical and special psychology*, 2022, vol. 11, № 1, pp. 67—89. (In Russ., abstr. in Engl.)
7. Sostoyanie onkologicheskoy pomoshchi naseleniyu Rossii v 2021 godu [The state of oncological care to the population of Russia in 2021]. Pod red. A.D. Kaprina, V.V. Starinskogo, A.O. SHahzadovoj. M.: MNIOI im. P.A. Gercena, 2022. 239 p. (In Russ.).

8. Brown T.H. Diverging Fortunes: Racial Ethnic Inequality in Wealth Trajectories in Middle and Late Life. *Race Soc Probl.*, 2016, vol. 8, pp. 29—41. DOI:10.1007/s12552-016-9160-2
9. Lima M.M., Tobias Machado M. Suicide in patients with genitourinary malignancies [Elektronnyi resurs]. *European journal of cancer care*, 2017, vol. 26, № 6, e12635. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28134462/> (Accessed 01.07.2023).
10. Dickey S.L., Motolani E., Pharm, O.B. Quality of Life Among Black Prostate Cancer Survivors: An Integrative Review. *American Journal of Men's Health*, 2018, vol. 12, № 5, pp. 1648—1664. DOI:10.1177/1557988318780857
11. Dinh K.T., Reznor G, Muralidhar V., Mahal B.A., Nezoslosky M.D., Choueiri T.K., Hoffman K.E., Hu J.C., Sweeney C.J., Trinh Q.D., Nguyen P.L. Association of Androgen Deprivation Therapy With Depression in Localized Prostate Cancer. *J Clin Oncol.*, 2016, vol. 34, № 16, pp. 1905—1912. DOI:10.1200/JCO.2015.64.1969
12. Ediebah D. E., Quinten C., Coens C., Ringash J., Dancey J., Zikos E. Canadian Cancer Trials Group and the European Organization for Research and Treatment of Cancer. Quality of life as a prognostic indicator of survival: a pooled analysis of individual patient data from Canadian cancer trials group clinical trials. *Cancer*, 2018, vol. 124, № 16, pp. 409—416.
13. Epidemiology of Prostate Cancer. *World J Oncol*, 2019, vol.10, № 2, pp. 63—89. DOI:10.14740/wjon1191/.
14. Erim D.O., Bennett A.V., Gaynes B.N., Basak R.S., Usinger D, Chen R.C. Associations between prostate cancer-related anxiety and health-related quality of life. *Cancer Med.*, 2020, vol. 9, № 12, pp. 4467—4473. DOI:10.1002/cam4.3069
15. Esser P., Mehnert-Theuerkauf A, Friedrich M., et al. Risk and associated factors of depression and anxiety in men with prostate cancer: Results from a German multicenter study. *Psycho-oncology*, 2020, vol. 29, № 10, pp. 1604—1612.
16. Feller S., Teucher B., Kaaks R., Boeing H., Vigl M. Life satisfaction and risk of chronic diseases in the European prospective investigation into cancer and nutrition (EPIC)-Germany study [Elektronnyi resurs]. *PloS one*, 2013, vol. 8, № 8, e73462. URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0073462> (Accessed 01.06.2023).
17. Fenton J.J., Weyrich M.S., Durbin S., Liu Yu., Bang H., Melnikow J. Prostate-Specific Antigen—Based Screening for Prostate Cancer.Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*, 2018, № 319 (18), pp. 1914—1931. DOI:10.1001/jama.2018.3712
18. Groarke A., Curtis R., Skelton J., Groarke J.M. Quality of life and adjustment in men with prostate cancer: Interplay of stress, threat and resilience [Elektronnyi resurs]. *PLoS ONE*, 2020, vol. 15, № 9, e0239469. URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239469> (Accessed 01.08.2023).
19. Jahnhen M., Lehner L., Meissner V.H., Dinkel A., Schiele S., Schulwitz H., Herkommer K. Cancer-related self-perception in men affected by prostate cancer after radical prostatectomy. *Journal of Cancer Survivorship*, 2022, № 18 (2), pp. 18—41.
20. Krishnan V., Nestler E.J. Linking Molecules to Mood: New Insight Into the Biology of Depression. *Am J Psychiatry*, 2010, vol. 167, pp. 1305—1320. DOI:10.1176/appi.ajp.2009.10030434

21. Lavalette C., Tretarre B., Rebillard X. Abdominal obesity and prostate cancer risk: epidemiological evidence from the EPICAP study. *Oncotarget*, 2018, vol. 9, pp. 485—494. DOI:10.18632/oncotarget.26128
22. Lepore S.J., Helgeson V.S. Social constraints, intrusive thoughts and mental health after prostate cancer. *J Soc Clin Psychol*, 1998, vol. 17, pp. 89—106.
23. McGinley K.F., Tay K.J., Moul J.W. Prostate cancer in men of African origin. *Nat Rev Urol*, 2017, vol.13, pp. 99—107. DOI:10.1038/nrurol.2015.298
24. Odedina F.T., Akinremi T.O., Chinegwundoh F. Prostate cancer disparities in Black men of African descent: a comparative literature review of prostate cancer burden among Black men in the United States, Caribbean, United Kingdom, and West Africa. *Infect Agent Cancer*, 2009, vol. 4, pp. 2. DOI:10.1186/1750-9378-4-S1-S2
25. Reiche E.M.V., Nunes S.O.V., Morimoto H.K. Stress, depression, the immune system, and cancer. *Lancet Oncol*, 2004, vol. 5, pp. 617—625. DOI:10.1016/S1470-2045(04)01597-9
26. Schroder F.H. Prostate cancer around the world: an overview. *Urol Oncol*, 2010, vol. 28, pp. 663—667.
27. Smith R.A., Andrews K.S., Brooks D., Fedewa S.A., Manassaram Baptiste D., Saslow D., Wender R.C. Cancer screening in the United States, 2019: A review of current American Cancer Society guidelines and current issues in cancer screening. *Cancer journal for clinicians*, 2019, vol. 69, no 3, pp. 184—210.
28. Tripp D.A., Mihajlovic V., Fretz K., Fervaha G., Izard J., Corby R., Siemens D.R. Quality of life, depression, and psychosocial mechanisms of suicide risk in prostate cancer. *Can Urol Assoc J*, 2020, vol. 14, № 10, 487—492. DOI:10.5489/cuaj.6310
29. Ware J.E.J., Kosinski M., Keller S.D. SF-36 physical and mental health summary scale: a user's manual. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Centre, 1994.188 p.
30. White V.M., English D.R., Coates H., Lagerlund M., Borland R., Giles G.G. Is cancer risk associated with anger control and negative affect? Findings from a prospective cohort study. *Psychosomatic medicine*, 2007, vol. 69, № 7, pp. 667—674.
31. Zamora D., Gordon-Larsen P., Jacobs D.R., Popkin B.M. Diet quality and weight gain among black and white young adults: the Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) Study (1985—2005). *Am J Clin Nutr*, 2010, vol. 92, pp. 784—793. DOI:10.3945/ajcn.2010.29161

Информация об авторах

Сергиенко Елена Алексеевна, доктор психологических наук, главный научный сотрудник лаборатории психологии развития субъекта в нормальных и пост-травматических состояниях, Институт психологии Российской академии наук (ФГУН ИП РАН), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4068-9116>, e-mail: elenas13@mail.ru

Цириг Диана Александровна, доктор психологических наук, главный научный сотрудник лаборатории психофизиологии, Национальный исследовательский Томский государственный университет (ФГАОУ ВО «НИ ТГУ»), г. Томск, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7065-0234>, e-mail: 1-di@yandex.ru

Пахомова Яна Николаевна, кандидат психологических наук, научный сотрудник лаборатории психофизиологии, Национальный исследовательский Томский государственный университет (ФГАОУ ВО «НИ ТГУ»), г. Томск, Российская Федерация; доцент кафедры психологии, Челябинский государственный университет (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»), г. Челябинск, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9000-7238>, e-mail: sizova159@yandex.ru

Пономарева Ирина Владимировна, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник лаборатории психофизиологии, Национальный исследовательский Томский государственный университет (ФГАОУ ВО «НИ ТГУ»), г. Томск, Российская Федерация; заведующая кафедрой психологии, Челябинский государственный университет (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»), г. Челябинск, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8600-3533>, e-mail: ivp-csu@yandex.ru

Information about the authors

Elena A. Sergienko, Doctor of Psychology, Principal researcher, Laboratory of Psychology of the development of the subject in normal and post-traumatic states, Institute of Psychology of the Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4068-9116>, e-mail: elenas13@mail.ru

Diana A. Tsiring, Doctor of Psychology, Principal researcher, Laboratory of Psychophysiology, National Research Tomsk State University, Tomsk, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7065-0234>, e-mail: l-di@yandex.ru

Yana N. Pakhomova, PhD in Psychology, Researcher, Laboratory of Psychophysiology, National Research Tomsk State University, Tomsk, Russia; Assistant Professor, Department of Psychology, Chelyabinsk State University, Chelyabinsk, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9000-7238>, e-mail: sizova159@yandex.ru

Irina V. Ponomareva, PhD in Psychology, Senior Researcher, Laboratory of Psychophysiology, National Research Tomsk State University, Tomsk, Russia; Head of the Department of Psychology, Chelyabinsk State University, Chelyabinsk, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8600-3533>, e-mail: ivp-csu@yandex.ru

Получена 08.09.2023

Received 08.09.2023

Принята в печать 23.03.2024

Accepted 23.03.2024

РУМИНАТИВНОЕ МЫШЛЕНИЕ, ПЕРФЕКЦИОНИЗМ И СТРАТЕГИИ СОВЛАДАНИЯ СО СТРЕССОМ КАК МИШЕНИ МЕТАКОГНИТИВНОГО ТРЕНИНГА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИЕЙ

М.В. МИНЯЙЧЕВА

Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского
(ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.П. Сербского» Минздрава России),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-6729-3809>,
e-mail: minyaycheva@gmail.com

В.Е. РУБАЙЛОВА

Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского
(ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.П. Сербского» Минздрава России),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-3833-6912>,
e-mail: ve.rubaylova@gmail.com

О.Д. ПУГОВКИНА

Московский государственный психолого-педагогический
университет (ФГБОУ ВО МГППУ),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2878-9843>,
e-mail: olgapugovkina@yandex.ru

Современный этап изучения депрессивных расстройств характеризуется вниманием к различным аспектам метакогнитивного функционирования и к разработке компактных и эффективных психосоциальных вмеша-

тельств, примером которых служит метакогнитивный тренинг (МКТ-Д). **Цель данного исследования** — обоснование метакогнитивных интервенций: выявление взаимосвязи основных мишеней тренинга МКТ-Д (перфекционизма, руминаций и копинг-стратегий) и их связи с выраженностью симптомов депрессии. **Материалы и методы.** Проанализированы данные обследования 107 пациентов с депрессивными расстройствами. **Результаты.** Влияние руминаций на выраженность симптомов депрессии имеет непрямой характер, оно опосредовано установками и убеждениями перфекционистского содержания. Влияние депрессии на выбор копинг-стратегий также связано с выраженностью перфекционизма и руминаций, которые делают дисфункциональным даже условно конструктивный копинг «Принятие ответственности». **Вывод.** Набор мишеней метакогнитивного тренинга для депрессивных расстройств позволяет учитывать взаимовлияние основных дисфункциональных факторов риска возникновения и хронификации депрессий.

Ключевые слова: депрессия, депрессивные расстройства, руминации, копинг-стратегии, перфекционизм, метакогнитивный тренинг.

Благодарности. Авторы выражают благодарность доктору психологических наук, профессору А.Б. Холмогоровой за консультации по оформлению замысла общего исследования факторов эффективности метакогнитивного тренинга для пациентов с депрессивными расстройствами, а также доктору медицинских наук, профессору А.Б. Шмуклеру и кандидату медицинских наук О.О. Папасуеву за поддержку в проведении исследования.

Для цитаты: Миняйчева М.В., Рубайлова В.Е., Пуговкина О.Д. Руминативное мышление, перфекционизм и стратегии совладания со стрессом как мишени метакогнитивного тренинга у пациентов с депрессией // Консультативная психология и психотерапия. 2024. Том 32. № 2. С. 127—149. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2024320207>

TARGETS OF METACOGNITIVE TRAINING FOR PATIENTS WITH DEPRESSION: RUMINATION, PERFECTIONISM AND COPING STRATEGIES

MARIA V. MINYAYCHEVA

Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology Named after V.P. Serbsky, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-6729-3809>,

e-mail: minyaycheva@gmail.com

VERONIKA E. RUBAYLOVA

Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology Named after V.P. Serbsky, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-3833-6912>,

e-mail: ve.rubaylova@gmail.com

OLGA D. PUGOVKINA

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2878-9843>,

e-mail: olgapugovkina@yandex.ru

The current stage of studying depressive disorders is characterized by attention to various aspects of metacognitive functioning and the development of compact and effective psychosocial interventions, of which metacognitive training (D-MCT) is an example. **The aim** of this study is to provide a rationale for metacognitive interventions: to identify the correlation between the main targets of D-MCT training (perfectionism, rumination, and coping strategies) and their relationship with the severity of depression symptoms. **Materials.** We analyzed the data from the examination of 107 patients with depressive disorders. **Results:** the influence of rumination on the severity of symptoms of depression is indirect; it is mediated by perfectionist attitudes and beliefs. The influence of depression on the choice of coping strategies is also related to the expression of perfectionism and rumination, which make even conditionally constructive coping — taking responsibility — dysfunctional. **Conclusions:** The range of targets of metacognitive training for depressive disorders allows us to consider the mutual influence of the main dysfunctional risk factors for the occurrence and chronification of depression.

Keywords: depression, depressive disorders, rumination, coping strategies, perfectionism, metacognitive training.

Acknowledgements. The authors are grateful to Doctor of Psychology, Professor A.B. Kholmogorova for consultations on the design of a general study of factors of the effectiveness of metacognitive training for patients with depressive disorders, as well as Doctor of Medical Sciences, Professor A.B. Shmukler and Ph.D. of Medical Sciences O.O. Papsuev for support in conducting the study.

For citation: Minyaycheva M.V., Rubaylova V.E., Pugovkina O.D. Targets of Metacognitive Training for Patients with Depression: Rumination, Perfectionism and Coping Strategies. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2024. Vol. 32, no. 2, pp. 127—149. DOI:<https://doi.org/10.17759/cpp.2024320207> (In Russ.).

Введение

Потребность в развитии и внедрении психологических (немедикаментозных) методов помощи пациентам с депрессивными расстройствами, несмотря на множество современных лекарственных прото-

колов лечения, связана с негативным влиянием депрессий на качество жизни, социальную и трудовую адаптацию, активность и взаимоотношения с близкими, а также вероятностью хронификации и суицидальным риском [21].

Одним из таких методов является метакогнитивный тренинг для пациентов с депрессией (МКТ-Д) [6; 24; 25], разработанный на основе метакогнитивной модели А. Велша (A. Wells) [42] и базовых постулатов когнитивно-поведенческой терапии, а также с учетом опыта использования метакогнитивного тренинга у пациентов, перенесших психотические состояния [8; 30].

В цели метакогнитивного тренинга входит знакомство пациентов с когнитивной моделью депрессии и ее эмпирически подтвержденными компонентами: когнитивными искажениями, способами восприятия и обработки информации, дисфункциональными убеждениями. Тренинг включает как информирование, так и упражнения по модификации перечисленных дисфункциональных когнитивных паттернов.

Тренинг является структурированным. На каждом занятии с опорой на специально разработанную презентацию обсуждается отдельная запланированная тема (когнитивные искажения, самооценка, руминации, апатия, снижение социальной активности, дисфункциональные копинг-стратегии и др.). Материал, представленный в презентации, включает визуальные примеры, которые облегчают восприятие и усвоение. В обсуждении используются примеры метакогнитивных нарушений, заточенные ведущими, а также предлагаемые участниками тренинга.

Центральным звеном тренинга выступает работа с когнитивными искажениями, которые играют важную роль в развитии и поддержании симптомов расстройства [25]. После знакомства с идеями когнитивных искажений и тем, как они пронизывают привычное мышление пациентов, происходит совместная групповая работа над их выявлением, фиксацией, реструктуризацией. Примеры ведущего, групповые обсуждения и совместные инсайты мотивируют пациентов к рефлексии, т. е. к тому, чтобы занять наблюдательную позицию по отношению к своим когнитивным процессам. В результате этого изменяются привычные когнитивные и поведенческие паттерны пациентов.

Тренинг включает в себя 8 занятий продолжительностью 60—90 минут каждое. Одним из преимуществ тренинга является его низкий порог (т. е. минимальные требования) включения пациентов. Это связано с высокой структурированностью занятий и обилием опорных материалов (подробные презентации для демонстрации, руководство по их использованию и раздаточные листы с домашним заданием) [25]. Форма тренинга допускает пассивное участие, что повышает доступность тренинга для пациентов на фоне их малой активности. Благодаря четкой структу-

ре тренинга не требуется специализированного обучения для ведущих. При этом важно, чтобы ведущий группы (психолог/врач-психиатр/психотерапевт) уже был знаком с принципами когнитивно-поведенческой терапии, имел опыт работы с пациентами с расстройствами аффективного спектра и владел навыками проведения групповых занятий.

Мишенями МКТ-Д выступает комплекс взаимосвязанных эмпирически доказанных когнитивных и метакогнитивных паттернов, характерных для депрессивных состояний, который включает когнитивные искажения, руминации, перфекционизм, самооценку, апатию (пассивность), нарушения в сфере социального взаимодействия и восприятия эмоций. Ниже приводятся основные данные, подтверждающие значимость центральных мишеней МКТ-Д — руминаций, перфекционизма и дисфункциональных копинг-стратегий.

Обоснование мишеней МКТ-Д: руминации

Руминации — навязчивые, непродуктивные, тягостные циклические размышления [9; 11; 31; 36] — являются фактором риска депрессии, прямо связаны с ее актуальной тяжестью, а также повышают вероятность ее хронификации и суицидальный риск.

В литературе имеется несколько концепций руминаций, которые носят преимущественно описательный характер, например теория стилей реагирования (Response Styles Theory), предложенная S. Nolen-Hoeksema (1991). В рамках данной модели руминации представляются как повторяющиеся размышления о причинах, следствиях и симптомах своего сниженного аффекта [37], и, таким образом, усиление депрессивного настроения происходит по нисходящей спирали: негативное настроение вызывает сужение фокуса внимания и фиксацию на негативном содержании мыслей, что, в свою очередь, еще больше усиливает плохое настроение.

Фиксация на негативных мыслях не позволяет пациенту сосредоточиться на реальном содержании своих текущих жизненных задач (необязательно представляющих собой серьезные трудности) и препятствует их практическому разрешению, поэтому руминативное мышление относят к проявлениям когнитивного и поведенческого избегания. Такое дистанцирование от актуальных жизненных проблем снижает способность к их разрешению, приводит к ощущению их как непреодолимых и негативно влияет на ощущение самоэффективности.

Руминативное мышление в теории стилей реагирования понимается чаще как дисфункциональная стратегия регуляции эмоций, что и позволяет рассматривать ее в метакогнитивном ключе в рамках МКТ-Д.

Не углубляясь в дискуссионные вопросы концептуализации руминаций и изучения их как феномена мышления, можно констатировать, что их негативная роль в плане риска возникновения и хронификации депрессий установлена в многочисленных исследованиях [9; 10; 37; 39; 40]. При этом часто говорится о руминациях как о трансдиагностическом факторе, т. е. описанные выше механизмы в той же мере относятся к пациентам с биполярным аффективным расстройством и другими расстройствами настроения.

Зарубежные исследования демонстрируют, что пациенты с биполярным аффективным расстройством (БАР) в период депрессии испытывают множественные руминативные размышления, как и пациенты с униполярной депрессией [22]. Пациенты сообщают о повторяющихся мыслях о том, что другие люди воспринимают их как неудачников [27].

Перфекционизм

Перфекционизм — чрезмерно высокие стандарты деятельности, когнитивные искажения в субъективной оценке результатов и восприятие других людей как предъявляющих высокие требования [2; 17]. Как и руминации, перфекционизм является фактором риска возникновения депрессии, влияет на ее актуальную тяжесть, связан с риском хронификации и суицидальным риском. Связь перфекционизма и депрессивных расстройств также является хорошо изученной [2; 4; 13; 17].

В рамках МКТ-Д имеет значение то, что перфекционизм как личностная черта характеризуется соответствующими когнициями, связанными с достижением идеальных результатов: неприемлемым считается все, что не дотягивает до безупречности, а несоответствие реального результата ожидаемому вызывает дистресс. Поскольку эти ожидания нереалистичны и недостижимы даже при достаточном количестве усилий, перфекционизм провоцирует хроническое переживание неудачи, чувства нерешительности и стыда, внутреннюю критику [29]. Важным аспектом перфекционизма является проявление мышления по принципу «все или ничего», при котором успех представляется как идеальный результат, а все, что им не является, рассматривается как неудача. В таком случае сложно достигнуть удовлетворенности собой, происходит многократная активация внутренних критикующих суждений. Исследования показывают, что перфекционизм связан с симптомами депрессии, более частыми суицидальными мыслями и уязвимостью к дистрессу [16].

Исследования когнитивных стилей показывают, что перфекционизм проявляется в оценке конгруэнтных жизненных событий при развитии как депрессивных, так и (гипо)маниакальных симптомов

[14]. Перфекционистский когнитивный стиль у людей с биполярным аффективным расстройством в большей степени характеризуется самокритикой и стремлением к достижению целей [14; 27]. Данные последних исследований, повторяя результаты более ранних научных работ, показывают, что у пациентов с депрессивным расстройством фактор перфекционистских стремлений выражен значительно меньше фактора перфекционистских опасений, выражающихся в обеспокоенности по поводу собственных ошибок и сомнениях в действиях [41]. Имеются данные о том, что самокритика является стабильными фактором уязвимости к депрессии для пациентов с депрессией в прошлом и актуальном эпизоде ремиссии [28].

Высказываются предположения о наличии взаимосвязи между перфекционизмом и руминациями [34]. Авторы предполагают, что перфекционизм может быть продуктивным методом совладания, который заключается в разработке соответствующих конструктивных стратегий достижения цели. Однако при наличии «мрачных размышлений» («brooding rumination» — один из подвидов руминаций, выделяемый в теории стилей реагирования) эти мысли будут иметь слишком негативную эмоциональную окраску, вызывать парализующие сомнения в себе, самокритику и, таким образом, мешать достижению результатов. Эмпирические данные говорят о том, что высокий уровень «мрачных размышлений» оказывает депрессивное влияние независимо от выраженности самоориентированного и социально предписанного перфекционизма. Иначе говоря, люди с высоким уровнем самоориентированного и/или социально предписанного перфекционизма при низком уровне «мрачных размышлений» не особенно склонны к депрессии и могут использовать преимущества высоких стандартов, но при этом проявлять стойкость и упорство перед актуальными трудностями. Роль вышеописанного перфекционизма как диатеза депрессии скорее зависит от наличия и интенсивности таких руминативных проявлений, как мрачные размышления.

Копинг-стратегии

Когнитивные искажения и дисфункциональные убеждения имеют прямое влияние на выбор копинг-стратегий, определяющих модель поведения в период стрессовой ситуации [19; 43]. По аналогии с руминациями и перфекционизмом установлено, что выраженность и интенсивность депрессивной симптоматики связана с выбором определенных копинг-стратегий. У пациентов с депрессией отмечается активация защитных форм поведения и преобладание малоадаптивных эмоциональ-

но сфокусированных копинг-стратегий над продуктивными стратегиями совладания [5; 7].

В зарубежных публикациях приводятся данные о том, что в зависимости от выраженности актуальной симптоматики существует разница между выбором копинг-стратегий у пациентов с униполярной депрессией и биполярным аффективным расстройством. Так, пациенты с БАР в период стабильного состояния чаще используют паттерны избегающего поведения в сравнении с пациентами с депрессивным опытом в прошлом. В то же время при нарастании депрессивной симптоматики у пациентов из этих диагностических групп различия в выборе предпочитаемых копинг-стратегий снижаются [38].

Подытоживая приведенный выше краткий обзор, следует отметить большое значение описанных феноменов — руминаций, перфекционизма и копинг-стратегии — в отношении риска возникновения и степени тяжести депрессивного состояния. Это подчеркивает высокую мишене-ориентированность и эмпирическую обоснованность метакогнитивного тренинга депрессии (МКТ-Д) для данного контингента пациентов.

Вместе с тем можно отметить, что значительная часть исследований данных факторов была проведена относительно независимо друг от друга, т. е. в отдельных эмпирических работах фокус был сосредоточен на каком-то одном дисфункциональном паттерне или его связи с отдельными переменными. Новизна настоящего исследования заключается в попытке перейти от изолированного рассмотрения феноменов и факторов депрессивных расстройств к прояснению их связей и взаимного влияния.

Цель, материалы и методы исследования

Цель исследования заключается в выявлении взаимосвязи основных мишеней тренинга МКТ-Д (проявлений перфекционизма, руминаций и выбора копинг-стратегий).

Материал и методы. Исследование проводилось на базе Московского НИИ психиатрии (филиала ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.П. Сербского» МЗ РФ). Все пациенты принимали стандартную медикаментозную терапию и подписали информированное согласие на участие в исследовании. В исследование были включены 107 пациентов, 46 пациентов имели диагноз рекуррентное депрессивное расстройство (F33), 30 — депрессивный эпизод, (F32), 31 — биполярное аффективное расстройство, текущий депрессивный эпизод (F31). В выборку вошли 40 мужчин и 67 женщин. Средний возраст составил 31,7 лет, средний балл по шкале депрессии Бека равен 28,9, что соответствует средней выраженности депрессивной симптоматики.

Для оценки выраженности депрессии использовалась Шкала депрессии А. Бека (BDI, Beck A.T., 1961; Тарабрина Н.В., 2001) [12]. Для оценки копинг-стратегий — методика «Способы совладающего поведения» (ССП) (Folkman S., Lazarus R.S., 1988; версия НИИ им. В.М. Бехтерева, адаптация Вассерман Л.И. и соавт., 2009) [1]. Оценивались следующие копинг-стратегии: конфронтация, дистанцирование, самоконтроль, поиск социальной поддержки, принятие ответственности, бегство-избегание, планирование решения проблемы, положительная переоценка. Для оценки руминативного мышления была использована шкала руминаций (RRS) (Nolen-Hoeksema S. et al, 2003; адаптация Пуговкиной О.Д. с соавт., 2021) [9], которая предполагает оценку руминаций по трем видам: мрачные размышления (brooding), рефлексивные руминации (reflective) и навязчивые депрессивные переживания (depression-related). Также руминации оценивались по подшкалам: «анергия», «поиск глобальных объяснений», «анализ» и «переживание одиночества». Оценка внутренних жестких стандартов и требовательности к себе и другим проводилась с помощью опросника перфекционизма (Гаранян Н.Г, Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю., 2018) [3], включающего в себя следующие подшкалы: «Озабоченность оценками со стороны других», «Высокие стандарты» и «Негативное селектирование».

Результаты исследования

На первом этапе обработки была зафиксирована связь изучаемых переменных (руминаций, перфекционизма и копинг-стратегий) с выраженностью симптомов депрессии (табл. 1) и взаимосвязь этих факторов между собой с помощью корреляционного анализа (рис. 1).

Таблица 1
Связь руминаций (RRS), перфекционизма и копинг-стратегий (COPE) с выраженностью симптомов депрессии у пациентов с депрессивными расстройствами (n = 107)

Показатели	Подшкалы опросников RRS, COPE и перфекционизма	Выраженность симптомов депрессии (BDI)
Руминации	Общий балл	0,325***
	Анергия	0,567***
	Поиск глобальных объяснений	0,586***
	Анализ	0,499***
	Переживание одиночества	0,390***

Показатели	Подшкалы опросников RRS, COPE и перфекционизма	Выраженность симптомов депрессии (BDI)
Перфекционизм	Общий балл	0,499***
	Озабоченность оценками со стороны других	0,410***
	Высокие стандарты	0,332***
	Негативное селективное	0,481***
Копинг-стратегии	Конфронтация	0,089
	Дистанцирование	0,006
	Самоконтроль	−0,062
	Поиск социальной поддержки	0,085
	Принятие ответственности	0,17
	Бегство—избегание	0,276**
	Планирование решения проблем	−0,018
	Положительная переоценка	−0,136

Примечание: «***» — уровень значимости $p < 0,001$; «**» — уровень значимости $p < 0,01$.

Из табл. 1 видно, что перфекционизм и руминации выступают значимыми факторами депрессивных расстройств. С выраженностью симптомов депрессии прямо связаны все параметры перфекционизма и все виды руминаций. Что касается копинг-стратегий, то значимая связь установлена только со стратегией бегства-избегания.

В соответствии с задачами исследования анализ проявлений изучаемых переменных ограничивается лишь фиксацией их связи с выраженностью депрессивных переживаний согласно самоотчету пациентов по шкале депрессии Бека (BDI). Анализ связи руминаций, перфекционизма и копингов с другими клиническими характеристиками депрессивных расстройств (давностью, типом течения, принадлежностью к разным нозологиям) является предметом отдельной статьи.

На рис. 1 обращают на себя внимание комплексы взаимосвязей изучаемых переменных. Они включают корреляции между параметрами перфекционизма, видами руминаций и двумя копинг-стратегиями — принятием ответственности и бегством-избеганием. Эти результаты не только показывают взаимосвязь перфекционизма и руминаций с проявлениями депрессии, но и демонстрирует союз данных феноменов, что является важным при планировании реабилитационных интервенций.

Копинг-стратегии, имеющие связь с руминациями и перфекционизмом, коррелируют с избеганием поведенческого решения сложных ситуаций и представляют собой размышления разной степени деструк-

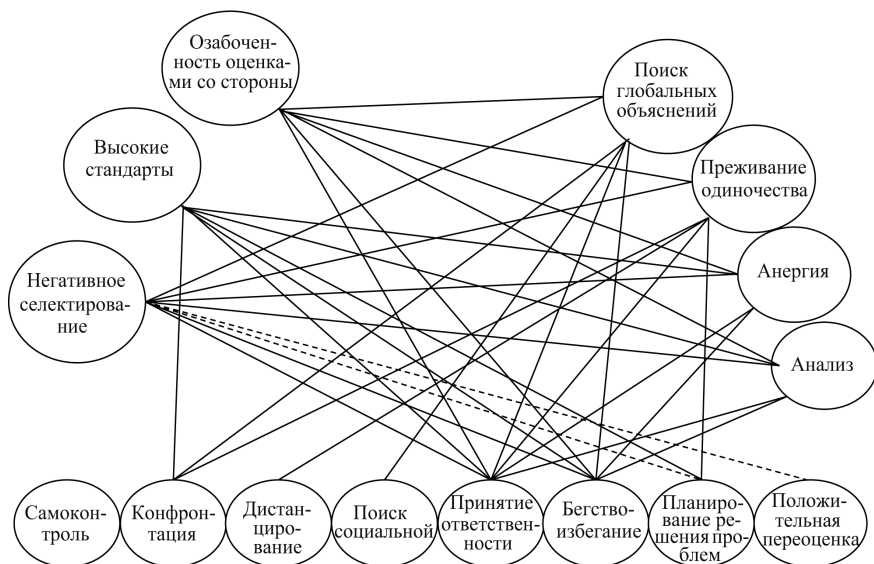


Рис. 1. Связь руминаций, перфекционизма и копинг-стратегий:

«—» — прямая связь; коэффициент корреляции Спирмена, $r = 0,2-0,8$, $p < 0,05$;
«- - -» — отрицательная связь, коэффициент корреляции Спирмена, $r = 0,2-0,5$, $p < 0,05$

тивности. Важно отметить, что стратегия совладания «принятие ответственности» при высокой балльной оценке означает не функциональный подход к решению с учетом всех обстоятельств, а фокусировку на своей роли в возникновении проблемы и ответственности за нее, что выражается в самообвинениях и критике. Такое ограничение справедливо и в отношении стратегии «планирование решения проблем». С одной стороны, планирование может способствовать целенаправленному разрешению проблемной ситуации, а с другой стороны, оно связано с чрезмерной рациональностью, недостаточной гибкостью и низкой спонтанностью в поведении. Описанное выше соотносится с классическим представлением о метакогнитивном функционировании Дж. Флейвелла [20].

На втором этапе обработки на основе выявленных корреляционных взаимосвязей была предпринята попытка построить модели путей возможного влияния изучаемых переменных друг на друга.

В первой модели анализируется связь руминаций, перфекционизма и депрессии. Выраженность симптомов депрессии выступает зависимой переменной, а руминации и перфекционизм — возможными предикто-

ром и медиатором соответственно. Визуальное представление модели опосредствования приведено на рис. 2.

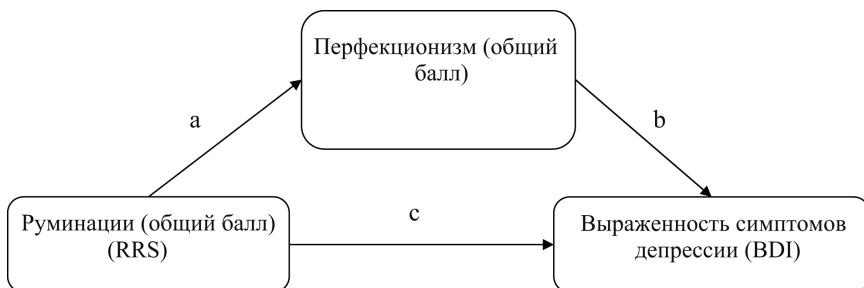


Рис. 2. Модель влияния руминаций и перфекционизма на выраженность симптомов депрессии:

a — коэффициент регрессии, выражающий зависимость медиатора (перфекционизм) от предиктора (руминативное мышление); b — коэффициент регрессии, выражающий связь зависимой переменной (уровень депрессии по самоотчетной шкале) с медиатором (перфекционизм); c — коэффициент регрессии, выражающий связь зависимой переменной (уровень депрессии по самоотчетной шкале) с независимой (руминативное мышление)

Проверка данной модели показала, что руминации не имеют прямого влияния на выраженность симптомов депрессии, т. е. не являются самостоятельным прогностическим фактором. Влияние руминаций становится значимым при включении в модель перфекционизма в качестве медиатора (табл. 2).

Таблица 2

Перфекционизм как медиатор влияния руминаций (RRS) на выраженность симптомов депрессии (BDI)

Направление эффекта	Структурные компоненты взаимосвязи	β	p
Непрямой эффект	общий балл RRS => общий балл шкалы перфекционизма => балл по самоотчетной шкале депрессии Бека (BDI)	0,145	0,003**
Прямой эффект	общий балл RRS => балл по самоотчетной шкале депрессии Бека (BDI)	0,156	0,088

Примечание: «**» — уровень значимости $p < 0,01$.

Во второй модели анализируется связь перфекционизма и руминаций с выбором копинг-стратегий. В опоре на литературные данные о влиянии депрессии на усиление и «заострение» перфекционизма, руми-

наций и избегающего поведения была построена еще одна модель, в которой копинг-стратегии выступали в качестве зависимой переменной, выраженность депрессии — предиктором, а перфекционизм и руминации — медиаторами. Графическое изображение модели представлено на рис. 3.

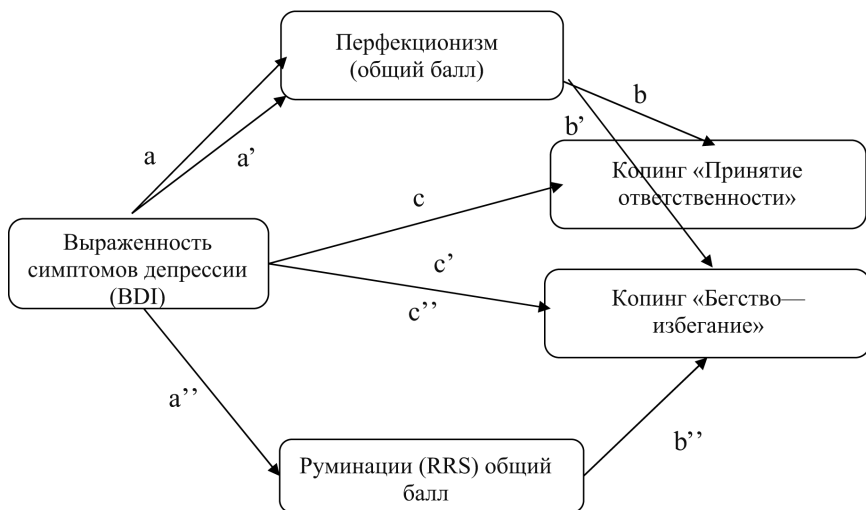


Рис. 3. Модель влияния выраженности симптомов депрессии на выбор копинг-стратегий:

a — коэффициент регрессии, выражающий зависимость медиатора (перфекционизм) от предиктора (выраженность симптомов депрессии); b — коэффициент регрессии, выражающий связь зависимой переменной (копинг «Принятие ответственности») с медиатором (перфекционизм); c — коэффициент регрессии, выражающий связь зависимой переменной (копинг «принятие ответственности») с независимой (выраженность симптомов депрессии); a' — коэффициент регрессии, выражающий зависимость медиатора (перфекционизм) от предиктора (выраженность симптомов депрессии); b' — коэффициент регрессии, выражающий связь зависимой переменной (копинг «Бегство—избегание») с медиатором (перфекционизм); c' — коэффициент регрессии, выражающий связь зависимой переменной (копинг «Бегство—избегание») с независимой (выраженность симптомов депрессии); a'' — коэффициент регрессии, выражающий зависимость медиатора (руминации) от предиктора (выраженность симптомов депрессии); b'' — коэффициент регрессии, выражающий связь зависимой переменной (копинг «Бегство—избегание») и медиатора (руминации); c'' — коэффициент регрессии, выражающий связь зависимой переменной (копинг «Бегство—избегание») и независимой (выраженность симптомов депрессии)

Проверка модели показала, что выраженность симптомов депрессии не является прямым предиктором дисфункциональных копинг-

стратегий. Это влияние становится значимым при включении таких медиаторов, как перфекционизм и руминации, которые усиливают вероятность возникновения избегающего поведения. Копинг «Принятие ответственности» также не связан прямо с влиянием симптомов депрессии. Это влияние опосредовано перфекционизмом (табл. 3).

Таблица 3

Руминации и перфекционизм как медиаторы влияния выраженности симптомов депрессии на выбор копинг-стратегий

Направление эффекта	Структурные компоненты взаимосвязи	β	p
Непрямой эффект	Балл по самоотчетной шкале депрессии Бека (BDI) => общий балл шкалы перфекционизма => копинг-стратегия «Принятие ответственности»	0,260	< 0,001***
Прямой эффект	Балл по самоотчетной шкале депрессии Бека (BDI) => копинг-стратегия «Принятие ответственности»	-0,07	0,71
Непрямой эффект	Балл по самоотчетной шкале депрессии Бека (BDI) => общий балл шкалы перфекционизма => копинг-стратегия «Бегство—избегание»	0,244	< 0,001***
Прямой эффект	Балл по самоотчетной шкале депрессии Бека (BDI) => копинг-стратегия «Бегство—избегание»	-3,99e-4	1
Непрямой эффект	Балл по самоотчетной шкале депрессии Бека (BDI) => общий балл RRS => копинг-стратегия «Бегство—избегание»	0,244	< 0,034*
Прямой эффект	Балл по самоотчетной шкале депрессии Бека (BDI) => копинг-стратегия «Бегство—избегание»	0,160	0,098

Примечание: «*» — уровень значимости $p < 0,05$; уровень значимости «***» — уровень значимости $p < 0,001$.

Обсуждение результатов

Проведенный в исследовании анализ и предложенные медиаторные модели позволяют проследить пути влияния дисфункциональных личностных черт (перфекционизма) и явлений когнитивной ригидности

(руминаций) на выраженность симптомов депрессии и, предположительно, на риск хронификации расстройства.

В современных исследованиях руминаций значительное внимание уделяется тематике этих заикленных размышлений. Разрабатываются психодиагностические инструменты, тестирующие по отдельности руминации гнева, стыда и др. Однако из-за недостаточной проработки теоретической модели руминаций как феномена мышления остается открытым вопрос о том, что определяет патологическое влияние руминаций на поведение, аффект и в итоге риск возникновения и хронификации депрессии: нарушение динамики мышления в виде вязкости и «заикливания» на определенном содержании мышления или же само содержание этих мыслей?

Предложенная в исследовании медиаторная модель указывает на то, что определяющую роль играет все-таки содержание или темы руминативного заикливания, а не ригидность когнитивных процессов сама по себе. Данные указывают на то, что, несмотря на значимые корреляции руминаций с выраженностью симптомов депрессии, прямого влияния в этой связке они не оказывают. Руминации становятся предиктором тяжести симптомов депрессии при подключении опосредующего фактора-медиатора — перфекционизма, который, как можно предположить, диктует темы и содержание руминативных мыслительных цепочек.

Вторая медиаторная модель, построенная в исследовании, проясняет связь (и путь влияния) депрессии и дисфункциональных копинг-стратегий. Показано, что не тяжесть симптомов, а именно комплекс взаимно усиливающих друг друга проявлений ригидности (руминаций) и перфекционистских установок приводит пациентов с депрессивными расстройствами к неэффективному поведению в текущих жизненных ситуациях. Этот комплекс объясняет также то, как даже конструктивные стратегии совладания приобретают дисфункциональный характер: принятие ответственности принимает характер самообвинений, а планирование совладания — неэффективный перебор возможных действий.

Таким образом, множественный медиаторный анализ показывает механизм «порочного цикла депрессии»: руминации при опосредующем влиянии перфекционизма способствуют усилению субъективных ощущений депрессии. Эти ощущения опять же, благодаря вкладу перфекционизма и руминаций, активируют дисфункциональные копинг-стратегии в виде бегства—избегания и принятия ответственности в виде навязчивых самообвинений и придиричивости к себе.

В отношении и руминаций, и перфекционизма было установлено, что они выступают по отношению к депрессивному расстройству предрасположенными чертами, которые еще более усиливаются в момент обострения заболевания. В моменты ремиссии эти черты несколько ком-

пенсируются, но без специальных вмешательств остаются значимыми факторами повторного эпизода депрессии. В настоящем исследовании подтверждена эта схема — показана зависимость выраженности руминаций и проявлений перфекционизма на фоне углубления депрессивных симптомов. Медиаторный анализ, приведенный выше, демонстрирует значимую роль перфекционизма и руминаций, как посредников, влияющих на вероятность проявлений копинг-стратегий и усиления выраженности депрессии.

Выделенный комплекс метакогнитивных нарушений у пациентов с депрессивными расстройствами носит характер «узла», где усиление каждого из элементов способствует повышению выраженности остальных, что буквально затягивает «узел» проблем и отдаляет от возможности предпринять функциональные способы разрешения трудностей. На фоне таких проявлений, как подавленное настроение, нарушения сна, снижение общей активности, когнитивные искажения и ориентация на негативный исход, пациенты с депрессией сталкиваются с выраженными явлениями негативных навязчивых переживаний о собственной несостоятельности, что усиливает их уровень притязаний к себе и способствует выбору избегающего копинга или принятия чрезмерной ответственности. Подобное, в свою очередь, способствует накоплению трудностей, развитию необоснованной самокритики и в результате приводит к усилению депрессивных проявлений. Сфокусированность на собственных неудачах и ошибках, а также фиксация на собственном несовершенстве снижают способность целенаправленного и планомерного разрешения проблем, положительного переосмысления проблемных ситуаций.

Выводы

Результаты исследования подтверждают взаимодействие проявлений руминаций, перфекционизма и копинг-стратегий друг с другом, а также их влияние на тяжесть депрессии и их обратную зависимость от выраженности аффективной симптоматики. Путевые модели, представленные в статье, позволяют выявить скрытые связи между переменными, вскрывают механизмы их взаимного усиления и подчеркивают важность комплексного изучения факторов депрессивных расстройств.

Метакогнитивный подход является эвристичной моделью для интеграции данных эмпирического изучения различных факторов депрессии. Многообразие мишеней МКТ-Д также связано с идеей компактных интервенций в отношении целого ряда ключевых факторов риска возникновения, тяжести и риска хронификации депрессивных расстройств.

Заключение

Подтвержденная в исследовании тесная связь некоторых факторов уязвимости и депрессии, опосредованная руминациями и перфекционизмом, обуславливает необходимость превентивных и терапевтических усилий по преодолению данных особенностей мышления у пациентов. Информированность о подобных типах мышления, его особенностях, видах когнитивных искажений и способах совладания могут ослабить склонность пациентов к повторяющемуся пассивным депрессивным размышлениям. Данные навыки способны активировать и развить адаптивные копинг-стратегии. Таким образом, использование метакогнитивного тренинга для пациентов с депрессией (МКТ-Д) на этапе стационарного лечения может обладать высоким реабилитационным потенциалом.

Материалы настоящего исследования включают анализ только по данным самоотчетной шкалы депрессии А. Бека, что можно считать ограничением представленной в рамках статьи работы, так как сведения, полученные с помощью метода самоотчета, не исчерпывают клинических факторов депрессии. Перспективами исследования может выступать попытка выделения специфики профиля метакогнитивного функционирования у пациентов с депрессиями в рамках отдельных нозологических групп, а также учет клинических характеристик, которые не вошли в материал данной публикации — давность заболевания, характеристики течения и клиническая (экспертная) оценка тяжести депрессии.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Вассерман Л.И., Абабков В.А., Трифонова Е.А. и др.* Психологическая диагностика совладающего со стрессом поведения: монография. СПб.: Скифия-принт, 2014. С. 323—345.
2. *Гараян Н.Г.* Перфекционизм и психические расстройства (обзор зарубежных эмпирических исследований) // Современная терапия психических расстройств. 2006. № 1. С. 31—40.
3. *Гараян Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю.* Факторная структура и психометрические показатели опросника перфекционизма: разработка трехфакторной версии // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Том 26. № 3. С. 8—32. DOI:10.17759/cpp.2018260302
4. *Гараян Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю.* Перфекционизм, депрессия и тревога // Консультативная психология и психотерапия. 2001. Том 9. № 4. С. 18—48.
5. *Исаева Е.Р., Зуйкова Н.В.* Защитно-совладающий стиль поведения больных депрессивными расстройствами // Сибирский психологический журнал. 2002. № 16—17. С. 84—88.
6. *Миняйчева М.В., Рубайлова В.Е., Мовина Л.Г.* Метакогнитивный тренинг для пациентов с депрессией // Социальная и клиническая психиатрия. 2021. Том 31. № 3. С. 85—90.

7. Муравьева О.В., Разуваева Т.Н. Особенности копинг—механизмов у больных депрессией // Медицина. 2001. № 5 С. 7—14.
8. Папсуев О.О., Мовина Л.Г., Миняйчева М.В. Метакогнитивный тренинг для больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Том 24. № 3. С. 33—36.
9. Пуговкина О.Д., Сырковашина А.Д., Истомина М.А. [и др]. Руминативное мышление как когнитивный фактор хронификации депрессии: определение понятия и валидность инструментария // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Том 29. № 3. С. 88—115. DOI:10.17759/cpp.2021290307
10. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В., Журнова О.В. Руминации как психологический механизм формирования и поддержания суицидального поведения [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2022. Том 11. № 1. С. 124—136. DOI:10.17759/jmfp.2022110112 (дата обращения: 16.01.2024).
11. Сирота Н.А., Московченко Д.В., Ялтонский В.М. [и др]. Когнитивная терапия депрессивных руминаций // Журнал неврологии и психиатрии. 2019. Том 1. № 2. С. 62—68.
12. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001. С. 182—190.
13. Юдеева Т.Ю. Перфекционизм как личностный фактор депрессивных и тревожных расстройств : дис. канд. психол. наук. М., 2011. 275 с.
14. Alloy L.B. et al. Behavioral approach system (BAS)—relevant cognitive styles and bipolar spectrum disorders: Concurrent and prospective associations // Journal of abnormal psychology. 2009. Vol. 118. № 3. P. 459—471. DOI:10.1037/a0016604
15. Barnow S. et al. Emotionsregulation bei Depression [Электронный ресурс] // Psychologische Rundschau. 2013. Vol. 64. № 4. URL: <https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1026/0033-3042/a000172> (дата обращения: 16.01.2024).
16. Bieling P.J., Israeli A.L., Antony M.M. Is perfectionism good, bad, or both? Examining models of the perfectionism construct // Personality and individual differences. 2004. Vol. 36. № 6. P. 1373—1385. DOI:10.1016/S0191-8869(03)00235-6
17. Burns D.D. The spouse who is a perfectionist // Medical aspect of human sexuality. 1983. Vol. 17. № 3. P. 219—230.
18. Ciesla J.A., Roberts J.E. Rumination, negative cognition, and their interactive effects on depressed mood // Emotion. 2007. Vol. 7. № 3. P. 555—565. DOI:10.1037/1528-3542.7.3.555
19. Ender N.S., Parker J.D. State and trait anxiety, depression and coping styles // Australian Journal of Psychology. 1990. Vol. 42. № 2. P. 207—220. DOI:10.1080/00049539008260119
20. Flavell J.H. Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive—developmental inquiry // American psychologist. 1979. Vol. 34. № 10. P. 906—911. DOI:10.1037/0003-066X.34.10.906
21. Frances A., Donovan S. The diagnosis of chronic depression in primary care // WPA Bulletin on Depression. 1998. Vol. 4. № 15. P. 3—5. DOI:10.1136/bmj.l835
22. Ghaznavi S., Deckersbach T. Rumination in bipolar disorder: evidence for an unquiet mind // Biology of mood & anxiety disorders. 2012. № 2. P. 1—11. DOI:10.1186/2045-5380-2-2

23. Hagen R. et al. Metacognitive therapy for depression in adults: a waiting list randomized controlled trial with six months follow-up // *Frontiers in psychology*. 2017. № 8. P. 31—42. DOI:10.3389/fpsyg.2017.00031
24. Jelinek L. et al. Long-term efficacy of Metacognitive Training for Depression (D-MCT): A randomized controlled trial // *British Journal of Clinical Psychology*. 2019. Vol. 58. № 3. P. 245—259. DOI:10.1111/bjc.12213
25. Jelinek L., Moritz S., Hauschildt M. Patients' perspectives on treatment with Metacognitive Training for Depression (D-MCT): Results on acceptability // *Journal of Affective Disorders*. 2017. № 221. P. 17—24. DOI:10.1016/j.jad.2017.06.003
26. Joormann J., Quinn M.E. Cognitive processes and emotion regulation in depression // *Depression and anxiety*. 2014. Vol. 31. № 4. P. 308—315. DOI:10.1002/da.22264
27. Lam D., Wright K., Smith N. Dysfunctional assumptions in bipolar disorder // *Journal of affective disorders*. 2004. Vol. 79. № 1—3. P. 193—199. DOI:10.1016/S0165-0327(02)00462-7
28. Levitt A., Joffe R.T., Shafir M.S. Major depression and the self-criticism and dependency personality dimensions // *Am J Psychiatry*. 1994. Vol. 151. № 4. P. 597—599. DOI:10.1176/ajp.151.4.597
29. Martin S. The CBT workbook for perfectionism: evidence-based skills to help you let go of self-criticism, build self-esteem, and find Balance. Oakland: New Harbinger Publications, 2019. 226 p.
30. Moritz S., Burlon M., Woodward T.S. Metacognitive training for schizophrenic patients. Manual. Hamburg: VanHam Campus Verlag, 2005. 286 p.
31. Nolen-Hoeksema S. The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms // *Journal of abnormal psychology*. 2000. Vol. 109. № 3. P. 504—511.
32. Nolen-Hoeksema S., Davis C.G. «Thanks for sharing that»: ruminators and their social support networks // *Journal of personality and social psychology*. 1999. Vol. 77. № 4. P. 801—814. DOI:10.1037/0022-3514.77.4.801
33. Nolen-Hoeksema S., Parker L.E., Larson J. Ruminative coping with depressed mood following loss // *Journal of personality and social psychology*. 1994. Vol. 67. № 1. P. 92—104. DOI:10.1037//0022-3514.67.1.92
34. Olson M.L., Kwon P. Brooding perfectionism: Refining the roles of rumination and perfectionism in the etiology of depression // *Cognitive therapy and research*. 2008. Vol. 32. P. 788—802. DOI:10.1007/s10608-007-9173-7
35. Papageorgiou C., Wells A. (ed.). Depressive rumination: Nature, theory and treatment. NY.: John Wiley & Sons, 2004. 282 p.
36. Smith J.M., Alloy L.B. A roadmap to rumination: A review of the definition, assessment, and conceptualization of this multifaceted construct // *Clinical psychology review*. 2009. Vol. 29. № 2. P. 116—128. DOI:10.1016/j.cpr.2008.10.003
37. Spasojević J., Alloy L.B. Rumination as a common mechanism relating depressive risk factors to depression // *Emotion*. 2001. Vol. 1. № 1. P. 25—37. DOI:10.1037/1528-3542.1.1.25
38. Suh H. et al. Similarities and differences of strategies between bipolar and depressive disorders on stress coping // *Psychiatry Investigation*. 2020. Vol. 17. № 1. P. 71—77. DOI:10.30773/pi.2019.0152
39. Watkins E.R. Constructive and unconstructive repetitive thought // *Psychological bulletin*. 2008. Vol. 134. № 2. P. 163—206. DOI:10.1037/0033-2909.134.2.163

40. Watkins E.R. Rumination-focused cognitive-behavioral therapy for depression. NY.: The Guilford Press, 2018. 360 p. DOI:10.1192/bjp.bp.110.090282
41. Weizman A. et al. Direct and indirect assessment of perfectionism in patients with depression and obsessive-compulsive disorder [Электронный ресурс] // PLOS ONE. 2022. № 10. URL: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0270184> (дата обращения 06.12.2023).
42. Wells A. Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression. NY.: The Guilford Press, 2009. 316 p.
43. Wenzlaff R.M., Bates D.E. Unmasking a cognitive vulnerability to depression: how lapses in mental control reveal depressive thinking // Journal of personality and social psychology. 1998. Vol. 75. № 6. P. 1559—1571.

REFERENCES

1. Vasserman, L.I. Ababkov V.A., Trifonova E.A. i dr. Psikhologicheskaya diagnostika sovladayushchego so stressom povedeniya: monografiya [Psychological diagnosis of stress-coping behavior]. Saint-Petersburg: Skifiya-print, 2014, pp. 323—345. (In Russ.).
2. Garanyan N.G. Perfeksionizm i psikhicheskie rasstroistva (obzor zarubezhnykh empiricheskikh issledovaniy) [Perfectionism and mental disorders (review of foreign empirical research)]. *Sovremennaya zarubezhnaya psihologiya = Modern foreign psychology*, 2006, № 1, pp. 31—40. (In Russ.).
3. Garanyan N.G. Kholmogorova A.B., Yudeeva T.Yu. Faktornaya struktura i psikhometricheskie pokazateli oprosnika perfeksionizma: razrabotka trekhfaktornoj versii [Factor structure and psychometric indicators of the perfectionism questionnaire: development of a three-factor version]. *Konsul'tativnaya psihologiya i psihoterapiya = Consultative psychology and psychotherapy*, 2018, vol. 26, № 3, pp. 8—32. DOI:10.17759/cpp.2018260302 (In Russ., abstr. in Engl.).
4. Garanyan N.G., Kholmogorova A.B., Yudeeva T.Yu. Perfeksionizm, depressiya i trevoga [Perfectionism, depression and anxiety]. *Konsul'tativnaya psihologiya i psihoterapiya = Consultative psychology and psychotherapy*, 2001, vol. 9, № 4, pp. 18—48.
5. Isaeva E.R., Zuikova N.V. Zashchitno-sovladayushchii stil' povedeniya bol'nykh depressivnymi rasstroistvami [Protective and coping style of behavior of patients with depressive disorders]. *Sibirskii psikhologicheskii zhurnal = Siberian psychological journal*, 2002, № 16—17, pp. 84—88. (In Russ., abstr. in Engl.).
6. Minyaicheva M.V., Rubailova V.E., Movina L.G. Metakognitivnyi trening dlya patsientov s depressiei [Metacognitive training for patients with depression]. *Social'naya i klinicheskaya psihiatriya = Social and clinical psychiatry*, 2021, vol. 31, № 3, pp. 85—90. (In Russ., abstr. in Engl.).
7. Murav'eva O.V., Razuvaeva T.N. Osobennosti koping-mekhanizmov u bol'nykh depressiei [Features of coping mechanisms in patients with depression]. *Medicina = Medicine*, 2001, № 5, pp. 7—14. (In Russ., abstr. in Engl.).
8. Papsuev O.O., Movina L.G., Minyaicheva M.V. Metakognitivnyi trening dlya bol'nykh shizofreniei i rasstroistvami shizofrenicheskogo spektra [Metacognitive training for patients with schizophrenia and schizophrenic spectrum disorders]. *Social'naya i klinicheskaya psihiatriya = Social and clinical psychiatry*, 2014, vol. 24, № 3, pp. 33—36 (In Russ., abstr. in Engl.).

9. Pugovkina O.D., Syrokvashina A.D., Istomin M.A. [i dr]. Ruminativnoe myshlenie kak kognitivnyi faktor khronifikatsii depressii: opredelenie ponyatiya i validnost' instrumentariya [Ruminative thinking as a cognitive factor of chronic depression: definition of the concept and validity of the toolkit]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psihoterapiya = Consultative psychology and psychotherapy*, 2021, vol. 29, № 3, pp. 88—115. DOI:10.17759/cpp.2021290307 (In Russ., abstr. in Engl.).
10. Sagalakova O.A., Truevtsev D.V., Zhirnova O.V. Ruminatsii kak psikhologicheskii mekhanizm formirovaniya i podderzhaniya suitsidal'nogo povedeniya [Elektronnyi resurs] [Rumination as a psychological mechanism for the formation and maintenance of suicidal behavior]. *Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya = Modern foreign psychology*, 2022, vol. 11, № 1, pp. 124—136. DOI:https://doi.org/10.17759/jmfp.2022110112 (Accessed 16.01.2024). (In Russ., abstr. in Engl.).
11. Sirota N.A., Moskovchenko D.V., Yaltonskii V.M. [i dr]. Kognitivnaya terapiya depressivnykh ruminatsii [Cognitive therapy of depressive ruminations]. *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii imeni S.S. Korsakova = S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*, 2019, vol. 1, № 2, pp. 62—68. (In Russ., abstr. in Engl.).
12. Tarabrina N. V. Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa [Workshop on the psychology of post-traumatic stress]. Saint-Petersburg: Piter, 2001, pp. 182—190. (In Russ.).
13. Yudeeva T.Yu. Perfeksionizm kak lichnostnyi faktor depressivnykh i trevozhnykh rasstroistv. Diss. kand. psikhol. nauk [Perfectionism as a personal factor of depressive and anxiety disorders. Ph.D (Psychology)]. Moscow, 2011. 275 p. (In Russ.).
14. Alloy L.B. et al. Behavioral approach system (BAS)—relevant cognitive styles and bipolar spectrum disorders: Concurrent and prospective associations. *Journal of abnormal psychology*, 2009, vol. 118, № 3, pp. 459—471. DOI:10.1037/a0016604
15. Barnow S. et al. Emotionsregulation bei Depression [Elektronnyi resurs]. *Psychologische Rundschau*, 2013, vol. 64, № 4. URL: https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1026/0033-3042/a000172 (Accessed 16.01.2024).
16. Bieling P.J., Israeli A.L., Antony M.M. Is perfectionism good, bad, or both? Examining models of the perfectionism construct. *Personality and individual differences*, 2004, vol. 36, № 6, pp. 1373—1385. DOI:10.1016/S0191-8869(03)00235-6
17. Burns D.D. The spouse who is a perfectionist. *Medical aspects of human sexuality*, 1983, vol. 17, no, pp. 219—230.
18. Ciesla J.A., Roberts J.E. Rumination, negative cognition, and their interactive effects on depressed mood. *Emotion*, 2007, vol. 7, № 3, pp. 555—565. DOI:10.1037/1528-3542.7.3.555
19. Endler N.S., Parker J.D. State and trait anxiety, depression and coping styles. *Australian Journal of Psychology*, 1990, vol. 42, № 2, pp. 207—220. DOI:10.1080/00049539008260119
20. Flavell J.H. Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive—developmental inquiry. *American psychologist*, 1979, vol. 34, № 10, pp. 906—911. DOI:10.1037/0003-066X.34.10.906
21. Frances A., Donovan S. The diagnosis of chronic depression in primary care. *WPA Bulletin on Depression*, 1998, vol. 4, № 15, pp. 3—5. DOI:10.1136/bmj.l835
22. Ghaznavi S., Deckersbach T. Rumination in bipolar disorder: evidence for an unquiet mind. *Biology of mood & anxiety disorders*, 2012, vol. 2, pp. 1—11. DOI:10.1186/2045-5380-2-2

23. Hagen R. et al. Metacognitive therapy for depression in adults: a waiting list randomized controlled trial with six months follow-up. *Frontiers in psychology*, 2017, vol. 8, pp. 31—42. DOI:10.3389/fpsyg.2017.00031
24. Jelinek L. et al. Long-term efficacy of Metacognitive Training for Depression (D-MCT): A randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 2019, vol. 58, № 3, pp. 245—259. DOI:10.1111/bjc.12213
25. Jelinek L., Moritz S., Hauschildt M. Patients' perspectives on treatment with Metacognitive Training for Depression (D-MCT): Results on acceptability. *Journal of Affective Disorders*, 2017, vol. 221, pp. 17—24. DOI:10.1016/j.jad.2017.06.003
26. Joormann J., Quinn M.E. Cognitive processes and emotion regulation in depression. *Depression and anxiety*, 2014, vol. 31, № 4, pp. 308—315. DOI:10.1002/da.22264
27. Lam D., Wright K., Smith N. Dysfunctional assumptions in bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 2004, vol. 79, № 1-3, pp. 193—199. DOI:10.1016/S0165-0327(02)00462-7
28. Levitt A., Joffe R.T., Shafir M.S. Major depression and the self-criticism and dependency personality dimensions. *Am J Psychiatry*, 1994, vol. 151, № 4, pp. 597—599. DOI:10.1176/ajp.151.4.597
29. Martin S. The CBT workbook for perfectionism: evidence-based skills to help you let go of self-criticism, build self-esteem, and find Balance. Oakland: New Harbinger Publications, 2019. 226 p.
30. Moritz S., Burlon M., Woodward T.S. Metacognitive training for schizophrenic patients. Manual. Hamburg: VanHam Campus Verlag, 2005. 286 p.
31. Nolen-Hoeksema S. The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of abnormal psychology*, 2000, vol. 109, № 3, pp. 504—511.
32. Nolen-Hoeksema S., Davis C.G. «Thanks for sharing that»: ruminators and their social support networks. *Journal of personality and social psychology*, 1999, vol. 77, № 4, pp. 801—814. DOI:10.1037/0022-3514.77.4.801
33. Nolen-Hoeksema S., Parker L.E., Larson J. Ruminative coping with depressed mood following loss. *Journal of personality and social psychology*, 1994, vol. 67, № 1, pp. 92—104. DOI:10.1037//0022-3514.67.1.92
34. Olson M.L., Kwon P. Brooding perfectionism: Refining the roles of rumination and perfectionism in the etiology of depression. *Cognitive therapy and research*, 2008, vol. 32, pp. 788—802. DOI:10.1007/s10608-007-9173-7
35. Papageorgiou C., Wells A. (ed.). Depressive rumination: Nature, theory and treatment. NY.: John Wiley & Sons, 2004. 282 p.
36. Smith J.M., Alloy L.B. A roadmap to rumination: A review of the definition, assessment, and conceptualization of this multifaceted construct. *Clinical psychology review*, 2009, vol. 29, № 2, pp. 116—128. DOI:10.1016/j.cpr.2008.10.003
37. Spasojević J., Alloy L.B. Rumination as a common mechanism relating depressive risk factors to depression. *Emotion*, 2001, vol. 1, № 1, pp. 25—37. DOI:10.1037/1528-3542.1.1.25
38. Suh H. et al. Similarities and differences of strategies between bipolar and depressive disorders on stress coping. *Psychiatry Investigation*, 2020, vol. 17, № 1, pp. 71—77. DOI:10.30773/pi.2019.0152
39. Watkins E.R. Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological bulletin*, 2008, vol. 134, № 2, pp. 163—206. DOI:10.1037/0033-2909.134.2.16.

40. Watkins E.R. Rumination-focused cognitive-behavioral therapy for depression. NY.: Guilford Publications, 2018. 360 p. DOI:10.1192/bjp.bp.110.090282
41. Weizman A. et al. Direct and indirect assessment of perfectionism in patients with depression and obsessive-compulsive disorder [Elektronnyi resurs]. *PLOS ONE*, 2022, № 10. URL: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0270184> (Accessed 06.12.2023)
42. Wells A. Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression. NY.: The Guilford Press, 2009. 316 p.
43. Wenzlaff R.M., Bates D.E. Unmasking a cognitive vulnerability to depression: how lapses in mental control reveal depressive thinking. *Journal of personality and social psychology*, 1998, vol. 75, № 6, pp. 1559—1571.

Информация об авторах

Миняйчева Мария Владимировна, медицинский психолог третьего общепсихиатрического отделения, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского (ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.П. Сербского» Минздрава России), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-6729-3809>, e-mail: minyaycheva@gmail.com

Рубайлова Вероника Евгеньевна, медицинский психолог первого детского отделения, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского (ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.П. Сербского» Минздрава России), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-3833-6912>, e-mail: ve.rubaylova@gmail.com

Пуговкина Ольга Дмитриевна, кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии и психотерапии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2878-9843>, e-mail: olgapugovkina@yandex.ru

Information about the authors

Maria V. Minyaycheva, Medical Psychologist, Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology Named after VP Serbsky, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-6729-3809>, e-mail: minyaycheva@gmail.com

Veronika E. Rubaylova, Medical Psychologist, Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology Named after VP Serbsky, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-3833-6912>, e-mail: ve.rubaylova@gmail.com

Olga D. Pugovkina, Ph.D., Associate Professor, Chair of Clinical Psychology and Psychotherapy, Department of Clinical and Counseling Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0003-2878-9843>, e-mail: olgapugovkina@yandex.ru

Получена 07.03.2024

Received 07.03.2024

Принята в печать 06.06.2024

Accepted 06.06.2024

АКЦЕНТУАЦИИ ХАРАКТЕРА У ПАЦИЕНТОК ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ КАК ФАКТОРЫ ВОСПРИЯТИЯ СВОЕЙ ВНЕШНОСТИ И ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ВЫБОРА СТРАТЕГИИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ УСЛУГ

Н.П. ЯРОВАЯ

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова Минздрава России (ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова»),
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация,
Многопрофильная клиника «Скандинавия» (ООО «Скандинавия»),
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7256-1550>,
e-mail: dr.yarovaya@gmail.com

Е.Р. ИСАЕВА

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова Минздрава России (ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова»),
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7731-7693>,
e-mail: isajeva@yandex.ru

Е.Р. АРАВИЙСКАЯ

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова Минздрава России (ФГБОУ «ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова»),
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6378-8582>,
e-mail: arelenar@mail.ru

CC BY-NC

Актуальность. Перцептивная обработка собственного лица играет значительную роль в формировании самоидентичности и самооощущения. Несмотря на обширные исследования способности к распознаванию лиц других людей, восприятие собственного лица остается недостаточно изученной областью. При этом перцептивная обработка своего лица зависит от множества психологических и психофизиологических особенностей человека. Так, например, акцентуации характера могут оказывать влияние на восприятие своей внешности. Понимание этих процессов важно для разработки пациент-центрированного подхода, персонализированных стратегий поддержки и лечения пациентов с разными характерологическими особенностями, обращающихся к услугам эстетической медицины. **Цель** данного исследования заключалась в выявлении взаимосвязи акцентуаций характера с особенностями восприятия своего лица. **Методы.** В исследовании приняли участие 86 женщин в возрасте от 20 до 65 лет (средний возраст — 39 ± 13 лет). Глазодвигательная активность регистрировалась при помощи айтрекера Gazepoint HD 150 Гц. Для измерения акцентуаций личности применялся опросник, разработанный К. Леонгардом и Г. Шмишеком в 1970 г. **Результаты.** При рассмотрении собственного лица характеристики движения глаз отражают отношение пациенток к своей внешности, связанное с определенными психологическими особенностями личности. Так, женщины с дистимическими чертами характера склонны тщательно рассматривать свою внешность, а женщины с возбудимыми чертами в структуре характера имеют тенденцию сосредоточиваться на позитивных аспектах визуальной информации. Пациентки с выраженностью черт эмотивной акцентуации уделяют больше внимания рассмотрению своих недостатков. Педантичность коррелирует с количеством возвратов и фиксаций взгляда на привлекательных чертах, что может отражать желание поддерживать положительное самооощущение. Экзальтированность связана с длиной пути сканирования, количеством саккад на привлекательных чертах, что также отражает позитивное самовосприятие. Для личностных профилей участниц исследования характерны акцентуированные черты, среди которых преобладают гипертимный и экзальтированный типы акцентуации характера. Исследование показало, что в зависимости от преобладающих черт характера пациентки смотрели преимущественно либо на привлекательные черты, либо фокусировались на недостатках лица. **Выводы.** На основании представленных данных сделан вывод о целесообразности проведения экспресс-диагностики психологических особенностей пациенток на первичном приеме в косметологической клинике. Первичное психологическое обследование пациента дает важную информацию о характерологических чертах личности, которые могут оказывать влияние на восприятие привлекательных черт и недостатков своего лица, что позволит врачу прогнозировать трудности, которые могут возникать в ходе дальнейших медицинских вмешательств, а также улучшить уровень взаимопонимания и коммуникации пациентов с врачом.

Ключевые слова: восприятие лица, движения глаз, айтрекинг, акцентуации характера, личностные профили пациентов, эстетическая медицина.

Для цитаты: Яровая Н.П., Исаева Е.Р., Аравийская Е.Р. Акцентуации характера у пациенток эстетической медицины как факторы восприятия своей внешности и основания для выбора стратегии взаимодействия при оказании услуг // Консультативная психология и психотерапия. 2024. Том 32. № 2. С. 150—170. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2024320208>

RELATIONSHIP BETWEEN ACCENTUATIONS IN WOMEN AND THE PECULIARITIES OF THE PERCEPTION OF THEIR OWN APPEARANCE

NATALIA P. YAROVAYA

Scandinavia Clinic, Saint Petersburg, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7256-1550>,
e-mail: dr.yarovaya@gmail.com

ELENA R. ISAEVA

First Saint Petersburg State Medical University named after I.P. Pavlov,
Ministry of Health of Russia, Saint Petersburg, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7731-7693>,
e-mail: isajeva@yandex.ru

ELENA R. ARAVIYSKAIA

First Saint Petersburg State Medical University named after I.P. Pavlov,
Ministry of Health of Russia, Saint Petersburg, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6378-8582>,
e-mail: arelenar@mail.ru

Introduction. Perceptual processing of one's own face plays a role in reducing self-identity and sense of self. Despite extensive research into the ability to recognize other people's faces, self-face perception remains an understudied area. In this perceptual processing, our faces are influenced by the medical and psychophysiological conditions of the individual. For example, accentuation of character can affect the perception of one's own face. Understanding these processes is important for developing a patient-centered approach, personalized strategies for supporting and treating patients with different characterological characteristics who seek aesthetic medicine services. **Objective.** The purpose of this study was to identify the relationship between character accentuations and perception of one's own face. **Methods.** The study involved 86 women aged from 20 to 65 years (mean age 39 ± 13 years). Oculomotor activity was recorded using a Gazepoint HD 150 Hz eye tracker. To measure personality accentuations, a questionnaire developed by K. Leonhard and

G. Shmishek in 1970 was used. **Results.** When examining one's own face, the characteristics of eye movements reflect the patients' attitude towards themselves, associated with certain psychological characteristics of the individual. Thus, women with dysthymic personality traits tend to scrutinize their appearance, while women with excitable personality traits tend to focus on the positive aspects of visual information. Pedantry correlates with the number of returns and fixations on attractive features, which may reflect a desire to maintain a positive sense of self. Exaltation is associated with the length of the scanning path, the number of saccades on attractive features, which also reflects a positive self-perception. The personal profiles of the study participants are characterized by accentuated traits, among which the hyperthymic and exalted type of character accentuation predominates. The patients were divided into subgroups depending on which areas of the face they looked at more often and for longer — attractive or problem areas of the face. The study showed that, depending on their predominant personality traits, patients either looked primarily at attractive features or focused on facial flaws. **Conclusion.** Based on the data presented, it was concluded that it is advisable to carry out express diagnostics of the psychological characteristics of patients at the initial appointment in a cosmetology clinic. An initial psychological examination of the patient provides important information about the characterological characteristics of the individual and the perception of attractive features and flaws of his face, which will allow the doctor to predict difficulties that may arise during further medical interventions, as well as improve the level of mutual understanding and communication between patients and the doctor.

Keywords: face perception, eye movements, eye tracking, character accentuations, personality profiles, aesthetic medicine.

For citation: Yarovaya N.P., Isaeva E.R., Araviyskaya E.R. Relationship between Accentuations in Women and the Peculiarities of the Perception of their own Appearance. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2024. Vol. 32, no. 2, pp. 150—170. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2024320208> (In Russ.).

Введение

Перцептивная обработка лица является когнитивным процессом, составляющие которого хорошо изучены. Несмотря на обширные исследования способности к распознаванию лиц других людей, существует относительно небольшое количество научных работ, посвященных изучению процесса восприятия собственного лица. Собственное лицо играет важную роль в формировании нашей идентичности и является наиболее знакомым образом для каждого из нас; перцептивный образ своего лица имеет решающее значение для поддержания целостного самоощущения [11; 19; 20]. Эта способность является предпосылкой для формирования «Образа Я [9; 10; 21]. Исследование движения глаз человека при распознавании собственного лица помогает лучше понять не

только стратегии зрительного восприятия, но и механизмы формирования самооотношения [12].

Перцептивная обработка собственного лица зависит от множества психологических и психофизиологических особенностей человека, в частности, от функциональных нарушений или повреждений головного мозга. Например, около 10% пациентов, страдающих шизофренией, испытывают трудности в распознавании изображения своего собственного лица на фотографиях, хотя они достаточно успешно распознают другие лица [14; 16]. Вероятнее всего, акцентуации характера также могут влиять на процесс восприятия своего лица и субъективную оценку своей внешности. Характер представляет собой каркас личности, включающий наиболее яркие и взаимосвязанные черты, проявляющиеся в различных сферах деятельности. Акцентуации характера являются крайними вариантами нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены, что проявляется в избирательной уязвимости к определенным видам психогенных воздействий при сохранении стойкости к другим [1; 3]. Понимание роли индивидуально-характерологических черт личности в оценке своего лица, его недостатков и позитивных сторон, в принятии решения об их коррекции, может иметь большое значение для разработки пациент-центрированного подхода при лечении пациентов, обращающихся к услугам эстетической медицины [17]. Экспресс-диагностика индивидуально-психологических особенностей и типа личности пациента играет важную роль в успешности дальнейшего лечения. Установлено, что лишь 30% пациентов, обращающихся к врачам эстетической медицины, не имеют расстройств личности или акцентуаций характера [4; 7]. Обычно пациенты с акцентуированными чертами характеризуются резкой сменой настроения, раздражительностью, замкнутостью, мнительностью, обидчивостью, импульсивностью. У большинства пациентов, обращающихся за помощью к врачу-косметологу, наблюдается повышенный уровень тревожности. У 50% пациентов, обратившихся за косметическими операциями, наблюдаются депрессивные симптомы [2; 7; 15; 18].

Отмеченные психологические особенности пациентов эстетической медицины могут вызывать высокий риск возникновения конфликтов в ходе проведения косметологических вмешательств. Чтобы предотвратить возможные проблемы, рекомендуется при первичном приеме врача проведение психолого-психотерапевтического консультирования пациентов, включающего предварительную психологическую диагностику, а также сбор психиатрического анамнеза [5; 8].

Понимание мотивации обращения пациентов к эстетическим процедурам становится все более важным для врачей-косметологов, а определение типов пациентов на основе их индивидуально-психологических особенностей — все более актуальным для предупреждения возможных

трудностей во время лечения [13]. Благодаря выделению преобладающих акцентуаций характеров пациентов появляется возможность выбора наиболее эффективных стратегий работы с их индивидуальными потребностями и ожиданиями для достижения желаемых результатов и улучшения их психологического благополучия.

Методы

Цель исследования заключалась в выявлении взаимосвязей особенностей зрительного восприятия собственного лица с акцентуациями характера у пациенток косметологического профиля.

В исследовании приняли участие 86 женщин в возрасте от 20 до 65 лет (средний возраст — 39 ± 13 лет), обратившихся за консультацией к врачу-косметологу. В исследование включались пациентки, согласившиеся принять участие в эксперименте и подписавшие информированное согласие, одобренное Этическим комитетом ПСПбГМУ имени акад. И.П. Павлова. На первом этапе исследования на основании врачебного осмотра были получены объективные клинические данные о состоянии кожи и лица пациенток. Помимо этого, в результате структурированного интервью с каждой испытуемой были составлены индивидуальные перечни привлекательных черт и недостатков внешности (пациентки давали оценку привлекательности различных черт собственного лица, а также отмечали недостатки в своей внешности). Это позволило собрать данные о предпочтениях каждой женщины относительно собственных привлекательных и непривлекательных черт.

Для измерения характерологических особенностей личности был использован опросник Шмишека—Леонгарда (Леонгард К., Шмишек Г., 1970 г.). Методика позволяет выявить преобладающие черты акцентуаций характера на основе классификации К. Леонгарда: демонстративной, педантичной, застревающей, возбудимой, гипертимной, дистимической, тревожной, циклотимной, экзальтированной или эмотивной.

После проведения врачебного осмотра, структурированного интервью и заполнения опросника пациентки приняли участие в экспериментальной части исследования. В начале эксперимента фотографом создавались цветные портретные фотографии участниц, сделанные без макияжа и постобработки в фотостудии. Затем каждая участница просматривала свою фотографию на компьютерном мониторе, направление взгляда испытуемых регистрировалось с помощью метода айтрекинга.

Глазодвигательная активность участниц эксперимента при разглядывании фотографий была зарегистрирована при помощи айтрекера Gazepoint HD 150 Гц и программно-аппаратного комплекса Нейробюро

[6]. Следует отметить, что все испытуемые имели нормальное (или скорректированное до нормального) зрение и не имели психических или неврологических заболеваний.

Во время исследования глазодвигательной (окуломотроной) активности был проведен анализ следующих параметров: общее время просмотра изображения; время до первой фиксации взгляда на субъективно привлекательных и непривлекательных чертах; общее время внимания, уделенное этим зонам, и количество возвратов взгляда к ним; общее время, в течение которого респондентки рассматривали свои собственные лица; время до первой фиксации взгляда на привлекательных чертах внешности; время до первой фиксации взгляда на недостатках внешности; количество возвратов взгляда к просмотру привлекательных черт внешности; количество возвратов взгляда к просмотру недостатков внешности; индекс внимания к привлекательным и непривлекательным чертам внешности.

В результате проведенного анализа окуломоторной (глазодвигательной) активности были определены области интереса женщин при рассмотрении собственного лица. При сопоставлении этих данных с субъективными оценками привлекательных черт и недостатков внешности, пациентки были разделены на четыре группы. В первой группе было 19 человек, во второй — 23, в третьей — 20, в четвертой — 24. Первая группа пациенток, согласно данным айтрекера, вначале обращала внимание на привлекательные черты своего лица и уделяла им большую часть внимания в процессе рассмотрения. Пациентки второй группы вначале замечали свои непривлекательные черты, но затем переключали внимание на привлекательные черты. Женщины третьей группы сначала фокусировались на своих привлекательных чертах, но затем больше времени уделяли просмотру своих непривлекательных зон. Четвертая группа пациенток изначально была сосредоточена на непривлекательных зонах и уделяла им большую часть времени при рассматривании фотографии собственного лица.

Для статистической обработки полученных данных было использовано программное обеспечение R (версия 3.5.1) с применением коэффициента корреляции r Пирсона.

Результаты

На первом этапе исследования были получены оценки по шкалам акцентуаций характера и составлен усредненный профиль личности для участниц каждой из четырех групп (рис. 1—4). На рисунках видно, что усредненные личностные характеристики пациенток всех групп имеют

пики, которые превышают пограничное значение в 12 баллов, что свидетельствует о наличии акцентуированных черт характера.

Так, для пациенток первой группы (рис. 1), которые вначале обращали внимание на привлекательные черты своего лица и уделяли им большую часть времени в процессе рассмотрения фотографий, оказались характерны выраженная экзальтированность и гипертимность. Это может говорить о них как о людях, склонных к оптимистичному и восторженному отношению к окружающему миру, имеющих активную жизненную позицию и общую позитивную эмоциональную ориентацию.

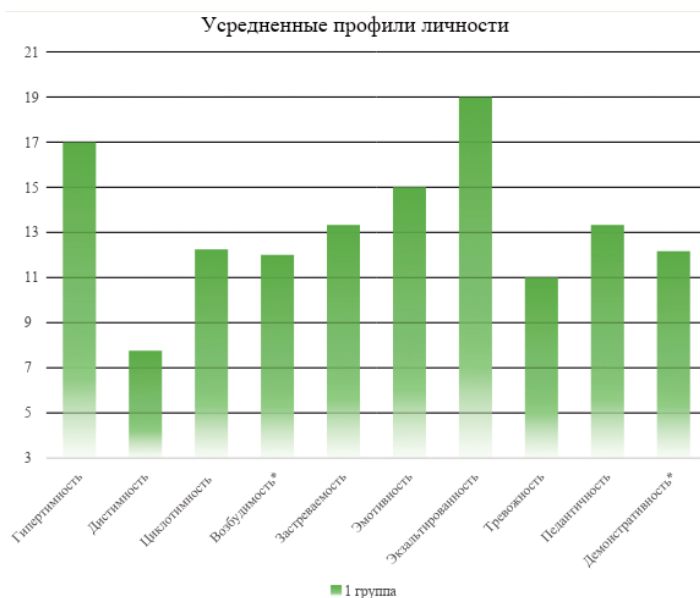


Рис. 1. Усредненный профиль личности первой группы

Пациентки второй группы, которые вначале замечали свои непривлекательные черты, но затем переключали внимание на привлекательные черты, отличались наибольшей гипертимностью и эмотивностью, а также высокой экзальтированностью, возбудимостью и, одновременно, наименьшей дистимностью, что характеризует их как лиц с активной жизненной позицией, выраженной эмоциональной неуравновешенностью, впечатлительностью, склонных к глубоким переживаниям и бурному выражению эмоциональных реакций (рис. 2).

Для пациенток третьей группы, которые сначала фокусировались на своих привлекательных чертах, но затем больше времени уделяли про-



Рис. 2. Усредненный профиль личности второй группы

смотру своих непривлекательных зон, оказались характерны: выраженная демонстративность, гипертимность, экзальтированность и низкие баллы по шкалам «Возбудимость», «Дистимность» и «Тревожность». Это позволяет описать их как личностей с тенденцией к демонстративному проявлению чувств, выраженной эмоциональной неуравновешенностью, склонных к упорству в достижении целей и застреванию на негативных эмоциональных реакциях (рис. 3).

Пациентки четвертой группы изначально были сосредоточены на непривлекательных зонах и уделяли им большую часть времени при просмотре фотографий. Они набрали наибольшее количество баллов по шкалам «Эмотивность», «Экзальтированность» и «Циклотимность», наименьшее — по шкале «Дистимность», что может указывать на повышенную склонность к периодическим колебаниям настроения. Респонденток четвертой группы отличает сентиментальность, склонность к глубоким переживаниям и состраданию, их поведение характеризуется спонтанностью, искренностью и глубоким интересом к другим людям, а также некоторой наивностью и детскостью (рис. 4).

Таким образом, согласно результатам настоящего исследования, в структуре личностного профиля женщин, обратившихся за консультацией к врачу-косметологу, преобладали черты гипертимного, экзаль-



Рис. 3. Усредненный профиль личности третьей группы

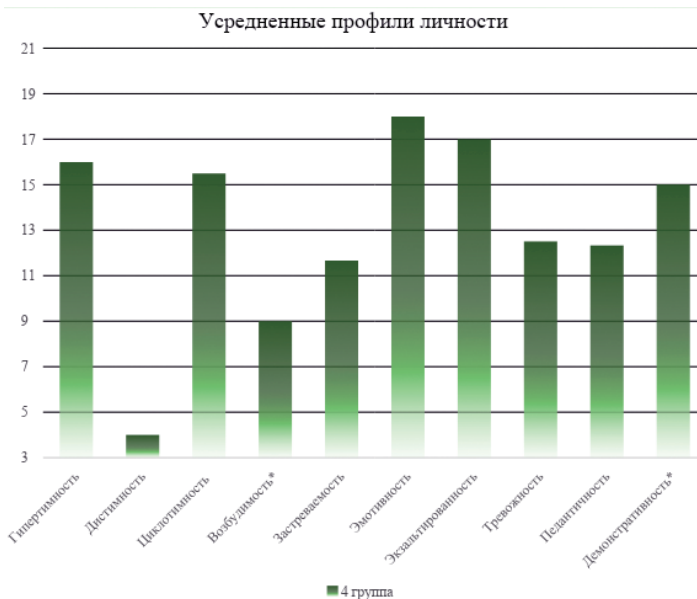


Рис. 4. Усредненный профиль личности четвертой группы

тированного, демонстративного, эмотивного типов акцентуаций характера. В зависимости от преобладания тех или иных черт пациентки по-разному смотрели на свое лицо, по-разному относились к своим привлекательным чертам и проблемным зонам.

С целью проверки гипотезы о роли акцентуаций в восприятии своего лица и субъективной оценке своей внешности, на втором этапе исследования был проведен корреляционный анализ между индивидуально-характерологическими особенностями личности пациенток и характеристиками движения глаз при рассматривании ими фотографий своего лица.

В результате корреляционного анализа было обнаружено, что выраженность дистимических черт положительно коррелировала с такими показателями глазодвигательной активности, как: общее время просмотра лица ($p = 0,002$), средняя продолжительность фиксации на лице ($p = 0,044$), число фиксации на лице ($p = 0,022$), длина пути сканирования лица ($p = 0,02$) (табл. 1). Таким образом, чем сильнее выражены черты дистимности у женщины, тем дольше она смотрит на свое лицо и чаще возвращается к просмотру своих привлекательных черт. Данной акцентуации характерно серьезное отношение к жизни, ответственность, добросовестность, пунктуальность, склонность ориентироваться на точные факты. Женщины с выраженностью черт дистимности склонны более тщательно и внимательно оценивать свою внешность, на что уходит немало времени. Возвраты взгляда к привлекательным чертам могут говорить о том, что женщина как бы проверяет их на то, насколько они ей нравятся и действительно являются ее сильной стороной.

Таблица 1

**Взаимосвязь параметров глазодвигательной активности
с выраженностью дистимических черт**

Глазодвигательные паттерны	Дистимность	
	R	p
Время просмотра лица	0,507	0,002
Средняя продолжительность фиксации на лице	0,352	0,044
N фиксации на лице	0,39	0,022
Длина пути сканирования лица	0,397	0,02
Время просмотра привлекательных черт	0,408	0,017
Длина пути сканирования привлекательных черт	0,352	0,048
Продолжительность первой фиксации на недостатках	0,44	0,015
Средняя продолжительность фиксации на недостатках	0,375	0,041

Примечание: R — коэффициент корреляции Пирсона; p — уровень статистической значимости.

Обнаружена положительная корреляция выраженности черт возбудимости с такими показателями глазодвигательной активности, как число фиксаций на лице ($p = 0,035$), число возвратов к привлекательным чертам ($p = 0,031$), число движений глаз до первой фиксации взгляда на недостатках ($p = 0,018$), время до первой фиксации на недостатках ($p = 0,032$). Это означает, что чем больше выражены у человека черты возбудимого типа акцентуации характера, тем дольше он задерживается на привлекательных чертах лица, не обращая внимания на недостатки. Таким образом, люди с выраженностью возбудимого типа акцентуации имеют тенденцию сосредоточиваться преимущественно на позитивных аспектах своей внешности, что может отражать некоторую самоуверенность и принятие себя, их общую психологическую ориентацию на позитивный опыт и эмоции (табл. 2).

Таблица 2

**Взаимосвязь параметров глазодвигательной активности
с выраженностью возбудимых черт**

Глазодвигательные паттерны	Возбудимость	
	R	p
N фиксаций на лице	0,363	0,035
Длина пути сканирования лица	0,353	0,040
N возвратов к привлекательным чертам	0,370	0,031
N фиксаций на привлекательных чертах	0,353	0,040
N фиксаций до первой фиксации на недостатках	0,430	0,018
Время до первой фиксации на недостатках	0,392	0,032

Примечание: R — коэффициент корреляции Пирсона; p — уровень статистической значимости.

Обнаружена положительная корреляция выраженности циклотимических черт с такими показателями глазодвигательной активности, как число возвратов к недостаткам ($p = 0,01$), число фиксаций на недостатках ($p = 0,388$), доля просмотра недостатков ($p = 0,004$). Чем больше у женщин выражены черты циклотимности, а именно периодическая смена настроения и активности, склонность к самообвинениям, тем больше они фиксируются на недостатках внешности (табл. 3).

Отмечены отрицательные корреляционные взаимосвязи эмотивного типа акцентуации характера с такими показателями глазодвигательной активности, как продолжительность первой фиксации на привлекательных чертах ($p = 0,021$), средняя продолжительность фиксаций на привлекательных чертах ($p = 0,029$), продолжительность первой фиксации на недостатках ($p = 0,019$). Данный тип акцентуации характеризуется

Таблица 3

**Взаимосвязь параметров глазодвигательной активности
с выраженностью циклотимических черт**

Глазодвигательные паттерны	Циклотимность	
	R	p
N возвратов к недостаткам	0,434	0,01
N фиксаций на недостатках	0,406	0,388
Доля просмотра недостатков	0,485	0,004

Примечание: R — коэффициент корреляции Пирсона; p — уровень статистической значимости.

глубоким и длительным переживанием чувств, ранимостью и мнительностью. Можно предположить, что женщины с выраженностью черт эмотивной акцентуации будут уделять больше внимания рассмотрению своих недостатков, так как это является эмоционально значимой для них темой; в силу мнительности они склонны перепроверять состояние лица с целью предотвращения его ухудшения (табл. 4).

Таблица 4

**Взаимосвязь параметров глазодвигательной активности
с выраженностью эмотивных черт**

Глазодвигательные паттерны	Эмотивность	
	R	p
Продолжительность первой фиксации на привлекательных чертах	-0,419	0,021
Продолжительность первой фиксации на недостатках	-0,423	0,019
Средняя продолжительность фиксаций на привлекательных чертах	-0,399	0,029

Примечание: R — коэффициент корреляции Пирсона; p — уровень статистической значимости.

Обнаружена положительная корреляция выраженности застревающего типа акцентуации с параметром «продолжительность первой фиксации на недостатках» ($p = 0,0004$). Чем сильнее женщина склонна заикливаться на чувствах или эмоциональном состоянии (аффективная ригидность), тем больше длительность первой фиксации на недостатках (табл. 5).

Отмечены положительные корреляционные взаимосвязи выраженности педантичных черт характера с продолжительностью рассматривания своего лица до первой фиксации на недостатках ($p = 0,034$), ко-

Т а б л и ц а 5

**Взаимосвязь параметров глазодвигательной активности
с выраженностью черт застреваемости**

Глазодвигательные паттерны	Застриваемость	
	R	p
Продолжительность первой фиксации на недостатках	0,603	0,0004

Примечание: R — коэффициент корреляции Пирсона; p — уровень статистической значимости.

личеством возвратов к привлекательным чертам внешности ($p = 0,046$) и количеством фиксаций на привлекательных чертах внешности ($p = 0,042$). Требовательность к себе, стремление к порядку и желание контролировать ситуацию выражаются в более длительной и детальной фиксации на своих привлекательных чертах. Это может быть связано с тем, что женщинам, имеющим педантичные черты в характере, чрезвычайно важно контролировать изменения своей внешности, уделяя большее внимание поддержанию привлекательных черт, нежели избавлению от недостатков (табл. 6).

Т а б л и ц а 6

**Взаимосвязь параметров глазодвигательной активности
с выраженностью педантичных черт**

Глазодвигательные паттерны	Педантичность	
	R	p
Время до первой фиксации на недостатках	0,388	0,034
N возвратов к привлекательным чертам	0,350	0,046
N фиксаций на привлекательных чертах	0,357	0,042

Примечание: R — коэффициент корреляции Пирсона; p — уровень статистической значимости.

Выраженность экзальтированных черт характера связана с такими показателями окулomotorной активности, как время просмотра привлекательных черт ($p = 0,006$), число фиксаций на привлекательных чертах ($p = 0,015$), число саккад на привлекательных чертах ($p = 0,006$), длина пути сканирования привлекательных черт ($p = 0,004$), доля просмотра привлекательных черт ($p = 0,011$). Сильный эмоциональный отклик на любые события, характерный для экзальтированного типа личности, отражается в длительной фиксации на привлекательных чертах внешности. Это может быть связано с тем, что, задерживая взгляд на своих привлекательных чертах, жен-

щины со склонностью к экзальтированному типу получают позитивное эмоциональное «подкрепление, тем самым поддерживая положительную самооценку (табл. 7).

Таблица 7

**Взаимосвязь параметров глазодвигательной активности
с выраженностью экзальтированных черт**

Глазодвигательные паттерны	Экзальтированность	
	R	p
Время просмотра привлекательных черт	0,462	0,006
N возвратов к привлекательным чертам	0,358	0,038
N фиксаций на привлекательных чертах	0,413	0,015
N саккад на привлекательных чертах	0,475	0,006
Длина пути сканирования привлекательных черт	0,492	0,004
Доля просмотра привлекательных черт	0,431	0,011

Примечание: R — коэффициент корреляции Пирсона; p — уровень статистической значимости.

Таким образом, установлены черты характера, которые могут обуславливать негативную или позитивную самооценку пациентами своего лица, избирательное восприятие недостатков и привлекательных черт внешности. Так, чем выше показатели дистимности, тем больше общее время рассматривания своего лица и продолжительность фиксации, как на недостатках внешности, так и на привлекательных чертах, что указывает на склонность людей этого типа тщательно оценивать свою внешность. Чем выше степень возбужденности, тем большее количество фиксаций и время до первой фиксации на недостатках, что говорит о тенденции этих людей сосредоточиваться преимущественно на позитивных аспектах визуальной информации. Также отмечена связь между выраженностью циклотимических чертах характера и количеством возвратов взгляда к непривлекательным чертам, количеством фиксаций на недостатках внешности. Эмотивные черты также связаны со схожей тенденцией уделять больше внимания рассматриванию своих недостатков. Педантичность коррелирует с количеством возвратов к привлекательным чертам и фиксацией взгляда на них, что может отражать желание контролировать изменения внешности и поддерживать положительное самоощущение. Экзальтированность связана с длительностью рассматривания, длиной пути сканирования, количеством саккад на привлекательных чертах, вероятно, чтобы поддерживать позитивное самоощущение. Эти результаты помогают лучше понять различия в восприятии собствен-

ной внешности и мотивацию обращения к косметологам у пациентов с различными типами личности.

Обсуждение результатов

Полученные данные соотносятся с результатами других исследований, которые указывали на отсутствие акцентуированных черт характера или расстройств личности у менее 30% пациентов в области эстетической медицины [4]. В этих исследованиях описывалось, что большинство пациентов в области эстетической медицины характеризуются как эмоционально неустойчивые, подозрительные, внушаемые и склонные к импульсивным решениям [7; 15]. В настоящем исследовании разделение выборки пациенток косметологического профиля на группы в зависимости от особенностей их глазодвигательной активности при рассматривании собственных привлекательных и непривлекательных черт позволило более детально уточнить существующие данные, представив характерные личностные профили для каждой из групп.

Описанные в исследовании результаты выявили важность учета индивидуально-личностных особенностей пациентов в процессе проведения процедур эстетической медицины, поскольку эти особенности могут оказывать влияние на уровень удовлетворенности результатом медицинского вмешательства. Различные комбинации характерологических черт могут определять, на какие детали своего лица пациентки обращают внимание в первую очередь (например, на привлекательные или непривлекательные черты), какие зоны своего лица их больше интересуют. Полученные результаты подтверждают целесообразность проведения краткой психологической диагностики индивидуально-характерологических черт пациентов во время первичного приема врача-косметолога с целью прогнозирования возможных трудностей в ходе косметологического вмешательства и для улучшения взаимопонимания между пациентами и медицинским персоналом.

Выводы

1. В структуре характера женщин, обратившихся за консультацией к врачу-косметологу, преобладали черты гипертимного, экзальтированного, демонстративного и эмотивного типов акцентуаций.
2. Регистрация движения глаз при рассматривании пациентками изображений своего лица показала, что пациентки по-разному смотрели на

свое лицо: 1) пациентки из первой группы смотрели преимущественно на привлекательные черты своего лица; 2) вторая группа пациенток больше обращала внимание на недостатки своей внешности; 3) пациентки из третьей группы смотрели сначала на привлекательные черты, а потом большую часть времени фокусировалась на проблемных зонах лица; 4) пациентки четвертой группы сначала обращали внимание на свои недостатки, а потом большую часть времени фокусировалась на привлекательных сторонах своего лица.

3. В зависимости от преобладания в структуре характера тех или иных черт пациентки косметологического профиля по-разному относились к своим привлекательным чертам и проблемным зонам: 1) дистимические черты в структуре характера связаны со склонностью тщательно оценивать свою внешность; 2) черты возбудимости и экзальтированности коррелируют с более частой и длительной фиксацией взгляда на положительных сторонах своей внешности; 3) преобладание эмотивных и циклотимических черт характера коррелирует с тенденцией уделять больше внимания разглядыванию преимущественно своих недостатков; 4) выраженность черт педантичности в характере связана с фиксацией взгляда в первую очередь на привлекательных чертах своего лица.

4. Исследование продемонстрировало важность учета индивидуаль-но-личностных особенностей пациентов при подборе и проведении процедур в эстетической медицине, поскольку эти особенности могут оказывать влияние на уровень удовлетворенности результатом медицинского вмешательства. Необходимо включение краткой психологической диагностики пациентов во время первичного приема врача-косметолога для улучшения взаимопонимания между пациентами и врачами.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Манолова О.Н.* Психологическая интерпретация черт характера // Кадровая служба и управление персоналом предприятия. 2003. № 8. С. 14—34.
2. *Медведев В.Э., Виссарионов В.А., Авдошенко К.Е., Мартынов С.Е.* Распространенность психопатологических и патопсихологических расстройств среди пациентов пластического хирурга и косметолога (результаты психометрического исследования) // Психиатрия и психофармакотерапия. 2011. № 1. С. 31—39.
3. Основы психологии / Под ред. Столярова Л.Д. Ростов н/Д: Феникс, 1999. 672 с.
4. *Петрова Н.Н., Спесивцев Ю.А., Грибова О.М.* Личностно-психологические и психопатологические особенности пациентов эстетической хирургии // Вестник СПбГУ. 2013. № 1. С. 94—103.
5. *Скрипников А.Н., Герасименко Л.А.* Психотерапевтическая помощь пациентам с дефектами и деформациями головы и шеи // Медицинская психология. 2006. № 2. С. 62—64.

6. Скуратова К.А., Шелепин Е.Ю., Шелепин К.Ю. Программные возможности применения метода айтрекинга в исследованиях зрительного восприятия // Российский психологический журнал. 2022. Том 19. № 4. С. 173—187. DOI:10.21702/rpj.2022.4.12
7. American academy of facial plastic and reconstructive surgery [Электронный ресурс]. URL: <https://www.aafprs.org/> (дата обращения: 19.11.2023).
8. Fabi S., Alexiades M., Chatrath V., Colucci L., Sherber N., Heydenrych I., et al. Facial Aesthetic Priorities and Concerns: A Physician and Patient Perception Global Survey // *Aesthet Surg*. 2022. Vol. 42. № 4. P 218—229. DOI:10.1093/asj/sjab358
9. Gallup G.G. Chimpanzees: Self-recognition // *Science*. 1970. № 167. P. 86—87. DOI:10.1126/science.167.3914.86
10. Gallup G.G. Self-awareness and the evolution of social intelligence // *Behavioural Processes*. 1998. Vol. 42. № 2. P. 239—247. DOI:10.1016/S0376-6357(97)00079-X
11. Garrido L., Duchaine B., Nakayama K. Face detection in normal and prosopagnosic individuals // *Journal of Neuropsychology*. 2008. № 2(1). P. 119—140. DOI:10.1348/174866407X246843
12. Goldie K., Cumming D., Voropai D., Mosahebi A., Fabi S.G., Carbon C.C. Aesthetic Delusions: An Investigation into the Role of Rapid Visual Adaptation in Aesthetic Practice // *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2021. № 14. P. 1079—1087. DOI:10.2147/CCID.S305976
13. Greywal T., Dayan S.H., Goldie K., Guillen F.S. The perception bias of aesthetic providers // *J Cosmet Dermatol*. 2021. Vol. 20. № 6. P. 1618—1621. DOI:10.1111/jocd.13785
14. Heinisch C., Wiens S., Gründl M., Juckel G., Brüne M. Self-face recognition in schizophrenia is related to insight // *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2013. № 263. P. 655—662. DOI:10.1007/s00406-013-0400-9
15. Honigman R.J., Phillips K.A., Castle D.J. A review of psychosocial outcomes for patients seeking cosmetic surgery // *Plastic Reconstructive Surgery*. 2004. Vol. 113. № 4. P. 1229—1237.
16. Ishigooka J., Iwao M., Suzuki M. et al. Demographic features of patients seeking cosmetic surgery // *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 1998. Vol. 52. № 3. P. 283—287.
17. Irani F., Platek S.M., Panyavin I.S., Calkins M.E., Kohler C., Siegel S.J., Gur R.C. Self-face recognition and theory of mind in patients with schizophrenia and first-degree relatives // *Schizophrenia Research*. 2006. № 88(1—3). P. 151—160. DOI:10.1016/j.schres.2006.07.016
18. Ruiz-Rodríguez R, Rodríguez-Jiménez P. Do you want more satisfied Botox patients? Classify them correctly [Электронный ресурс] // *Dermatol Ther*. 2020. Vol. 33. № 6. e14331. DOI:10.1111/dth.14331. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32975333> (дата обращения: 25.12.2023).
19. Sarwer D.B., Brown G.K., Evans D.L. Cosmetic breast augmentation and suicide // *The American Journal of Psychiatry*. 2007. Vol. 164. № 7. P. 1006—1013.
20. Tong F., Nakayama K. Robust representations for faces: Evidence from visual search // *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance*. 1999. Vol. 25. № 4. P. 1016—1035. DOI:10.1037//0096-1523.25.4.1016

21. Tsakiris M. Looking for myself: Current multisensory input alters self-face recognition [Электронный ресурс] // Plos One. 2008. № 3 (12). e4040. DOI:10.1371/journal.pone.0004040. URL: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0004040> (дата обращения: 30.12.2023).
22. Young A.W., Brédart S. Self-recognition in everyday life // Cognitive Neuropsychiatry. Vol. 9. № 3 P. 183—197. DOI:10.1080/13546800344000075

REFERENCES

1. Manolova O.N. Psikhologicheskaya interpretatsiya chert kharaktera. *Zhurn. Kadrovaya sluzhba i upravlenie personalom predpriyatiya*, 2003, № 8, pp. 14—34.
2. Medvedev V.E., Vissarionov V.A., Avdoshenko K.E., Martynov S.E. Rasprostranennost' psikhopatologicheskikh i patopsikhologicheskikh rasstroistv sredi patsientov plasticheskogo khirurga i kosmetologa (rezul'taty psikhometricheskogo issledovaniya). *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya*, 2011, № 1, pp. 31—39.
3. Osnovy psikhologii. Ed. L.D. Stolyarov, Rostov-na-Donu: «Feniks», 1999. 672 p.
4. Petrova N.N., Spesivtsev Yu.A., Gribova O.M. Lichnostno-psikhologicheskie i psikhopatologicheskie osobennosti patsientov esteticheskoi khirurgii. *Vestnik SPbGU*, 2013, № 1, pp. 94 103.
5. Skripnikov A.N., Gerasimenko L.A. Psikhoterapevticheskaya pomoshch' patsientam s defektami i deformatsiyami golovy i shei. *Meditinskaya psikhologiya*, 2006, vol. 2, pp. 62—64.
6. Skuratova K.A., Shelepin E.Yu., Shelepin K.Yu. Programmnye vozmozhnosti primeneniya metoda aitrekinga v issledovaniyakh zritel'nogo vospriyatiya. *Rossiiskii psikhologicheskii zhurnal*, 2022, vol. 19, № 4, pp. 173—187. DOI:10.21702/rpj.2022.4.12
7. American academy of facial plastic and reconstructive surgery [Elektronnyi resurs]. URL: <https://www.aafprs.org/> (Accessed 19.11.2023)
8. Fabi S., Alexiades M., Chatrath V., et al. Facial Aesthetic Priorities and Concerns: A Physician and Patient Perception Global Survey. *Aesthet Surg*, 2021, № 9, vol. 42, № 4, pp. 218—229. DOI:10.1093/asj/sjab358
9. Gallup G.G. Chimpanzees: Self-recognition. *Science*, 1979, № 167, pp. 86—87. DOI:10.1126/science.167.3914.86
10. Gallup G.G. Self-awareness and the evolution of social intelligence. *Behavioural Processes*, 1998, vol. 42, № 2—3, pp. 239—247. DOI:10.1016/S0376-6357(97)00079-X
11. Garrido L., Duchaine B., Nakayama K. Face detection in normal and prosopagnosic individuals. *Journal of Neuropsychology*, 2008, № 2 (1), pp. 119—140. DOI:10.1348/174866407X246843
12. Goldie K., Cumming D., Voropai D., Mosahebi A., Fabi S.G., Carbon C.C. Aesthetic Delusions: An Investigation into the Role of Rapid Visual Adaptation in Aesthetic Practice. *Clin Cosmet Investig Dermatol*, 2021, № 14, pp. 1079—1087. DOI:10.2147/CCID.S305976
13. Greywal T, Dayan SH, Goldie K, Fabi S. The perception bias of aesthetic providers. *J Cosmet Dermatol*, 2020, vol. 20, № 6, pp. 1618—1621. DOI:10.1111/jocd.13785

14. Heinisch C., Wiens S., Gründl M., Juckel G., Brüne M. Self-face recognition in schizophrenia is related to insight. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 2013, vol. 263, pp. 655—662. DOI:10.1007/s00406-013-0400-9
15. Honigman R.J., Phillips K.A., Castle D.J. A review of psychosocial outcomes for patients seeking cosmetic surgery. *Plastic Reconstructive Surgery*, 2004, vol. 113, № 4, pp. 1229—1237.
16. Ishigooka J., Iwao M., Suzuki M. et al. Demographic features of patients seeking cosmetic surgery. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 1998, vol. 52, № 3, pp. 283—287.
17. Irani F., Platak S.M., Panyavin I.S., Calkins M.E., et al. Self-face recognition and theory of mind in patients with schizophrenia and first-degree relatives. *Schizophrenia Research*, 2006, vol. 88, № 1—3, pp. 151—160. DOI:10.1016/j.schres.2006.07.016
18. Ruiz-Rodríguez R, Rodríguez-Jiménez P. Do you want more satisfied Botox patients? Classify them correctly [Elektronnyi resurs]. *Dermatol Ther*, 2020, vol. 33, № 6, e14331. DOI:10.1111/dth.14331. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32975333> (Accessed 25.12.2023)
19. Sarwer D.B., Brown G.K., Evans D.L. Cosmetic breast augmentation and suicide. *The American Journal of Psychiatry*, 2007, vol. 164, № 7, pp. 1006—1013.
20. Tong F., Nakayama K. Robust representations for faces: Evidence from visual search. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance*, 1999, vol. 25, № 4, pp. 1016—1035. DOI:10.1037//0096-1523.25.4.1016
21. Tsakiris M. Looking for myself: Current multisensory input alters self-face recognition [Elektronnyi resurs]. *PLoS ONE*, 2008, № 3(12), e4040. DOI:10.1371/journal.pone.0004040. URL: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0004040> (Accessed 30.12.2023)
22. Young A.W., Brédart S. Self-recognition in everyday life. *Cognitive Neuropsychiatry*, 2004, vol. 9, № 3, pp. 183—197. DOI:10.1080/13546800344000075

Информация об авторах

Яровая Наталья Павловна, аспирант кафедры общей и медицинской психологии, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова Минздрава России (ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова); врач-косметолог отделения косметологии и реабилитации, Многопрофильная клиника «Скандинавия» (ООО «Скандинавия»), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7256-1550>, e-mail: dr.yarovaia@gmail.com

Исаева Елена Рудольфовна, доктор психологических наук, профессор, заведующая кафедрой общей и клинической психологии, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова (ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова), г. Санкт-Петербург, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7731-7693>, e-mail: isajeva@yandex.ru

Аравийская Елена Роальдовна, доктор медицинских наук, профессор факультета дерматовенерологии, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова (ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова), г. Санкт-Петербург, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6378-8582>, e-mail: arelenar@mail.ru

Information about the authors

Natalia P. Yarovaya, PhD student of the Department of Psychology and Clinical Psychology, Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University; Cosmetologist of Cosmetology Department, Scandinavia Clinic, Saint-Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7256-1550>, e-mail: dr.yarovaya@gmail.com

Elena R. Isaeva, Doctor of Psychology, Professor, Head of the Department of Psychology and Clinical Psychology, Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University, Saint-Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7731-7693>, e-mail: isajeva@yandex.ru

Elena R. Araviyskaia, Doctor of Medical Science M.D, Professor of the Department of Dermatology and Venerology, Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University, Saint-Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6378-8582>, e-mail: arelenar@mail.ru

Получена 25.01.2024

Received 25.01.2024

Принята в печать 07.05.2024

Accepted 07.05.2024

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ ВРАЧЕЙ-ОРДИНАТОРОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ: АНАЛИЗ ФАКТОРОВ И ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ

П.С. ТВИЛЛЕ

Первый Московский государственный медицинский университет
имени И.М. Сеченова (ФГАОУ ВО «Первый МГМУ
имени И.М. Сеченова» Минздрава России),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7146-1109>,
e-mail: tuillet_p_s@staff.sechenov.ru

В.И. ЛЕДОВСКИЙ

Первый Московский государственный медицинский университет
имени И.М. Сеченова (ФГАОУ ВО «Первый МГМУ
имени И.М. Сеченова» Минздрава России),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-4813-2373>,
e-mail: ledov@ordinatura-org.ru

Н.А. СИРОТА

Российский университет медицины
(ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2736-9986>,
e-mail: sirotan@mail.ru

В.В. МАДЬЯНОВА

Первый Московский государственный медицинский университет
имени И.М. Сеченова (ФГАОУ ВО «Первый МГМУ

имени И.М. Сеченова» Минздрава России),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2328-2939>,
email: madyanova_v_v@staff.sechenov.ru

Охрана психологического благополучия медицинских работников, в том числе профилактика синдрома эмоционального выгорания на самых ранних этапах медицинской карьеры, становится всё более актуальной задачей кадровой политики системы здравоохранения. **Целью** данного исследования стало определение распространенности синдрома эмоционального выгорания среди врачей-ординаторов, обучающихся на территории Российской Федерации. **Материалы и методы.** В работе представлены результаты всероссийского опроса, в котором приняли участие 434 респондента. Медианный возраст опрошенных составил 25 [24—26] лет (Me [Q₁—Q₃]). В рамках анкетирования использованы методика диагностики синдрома эмоционального выгорания К. Маслач, С. Джексон (MBI), адаптированная Н.Е. Водопьяновой и Е.С. Старченковой; больничная шкала тревоги и депрессии (HADS); а также вопросы, направленные на определение факторов, связанных с наличием у врачей-ординаторов синдрома эмоционального выгорания. **Результаты и выводы.** Согласно результатам исследования, уровень выраженности синдрома эмоционального выгорания у большинства опрошенных ординаторов (85,5%) соответствует высокой и крайне высокой степени. Одновременно с этим 70,5% респондентов имеют повышенный уровень тревоги, 54,3% выборки имеют симптомы депрессии разной степени тяжести. Факторами, ассоциированными с наличием синдрома эмоционального выгорания, были: женский пол, тяжелое материальное положение, наличие вредных привычек, бессонница, плохое состояние здоровья, низкая приверженность к профессии медицинского работника, отсутствие поддержки от коллег, однообразные рабочие задачи и отсутствие перспектив для карьерного роста. Выявление, описание и дальнейшая коррекция потенциально модифицируемых факторов, ассоциированных с синдромом эмоционального выгорания ординаторов, — важная часть планирования новой кадровой политики системы здравоохранения, одной из важнейших составляющих которой является охрана психологического благополучия медицинских работников и психологическое сопровождение их обучения и клинической деятельности.

Ключевые слова: синдром эмоционального выгорания (СЭВ), эмоциональное истощение, деперсонализация, редукция личностных достижений, тревога, депрессия, ординатура, врачи-ординаторы.

Для цитаты: *Твилле П.С., Ледовский В.И., Сирота Н.А., Мадьянова В.В.* Распространенность синдрома эмоционального выгорания врачей-ординаторов в Российской Федерации: анализ факторов и подходы к профилактике // Консультативная психология и психотерапия. 2024. Том 32. № 2. С. 171—192. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2024320209>

BURNOUT PREVALENCE AMONG RESIDENT PHYSICIANS IN THE RUSSIAN FEDERATION: FACTORS ANALYSIS AND PREVENTION APPROACHES

POLINA S. TUILLET

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University
(FSBEI HE “I.M. Sechenov First Moscow State Medical University”
of the Ministry of Health of the Russian Federation Sechenov University),
Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7146-1109>,

e-mail: tuillet_p_s@staff.sechenov.ru

VLADISLAV I. LEDOVSKIY

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University
(FSBEI HE “I.M. Sechenov First Moscow State Medical University”
of the Ministry of Health of the Russian Federation Sechenov University),
Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-4813-2373>,

e-mail: ledov@ordinatura-org.ru

NATALIA A. SIROTA

Russian University of Medicine (FSBEI HE «ROSUNIMED»
OF MOH OF RUSSIA), Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2736-9986>,

e-mail: sirotan@mail.ru

VICTORIA V. MADYANOVA

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University
(FSBEI HE “I.M. Sechenov First Moscow State Medical University”
of the Ministry of Health of the Russian Federation Sechenov University),
Moscow, Russia

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2328-2939>,

email: madyanova_v_v@staff.sechenov.ru

Health care workers' psychological well-being programs, including the prevention of burnout, from the very early stages of their medical career, is becoming an increasingly important task of the personnel management policy in the health care system. **Aim.** To determine the burnout prevalence among resident physicians studying in the Russian Federation. **Materials and methods.** The paper presents the results of the nationwide survey in which 434 respondents involved in 56 specialties of residency training took part. The median age of the respondents was 25 [24-26] (Me [Q₁-Q₃])

years old. Within the framework of the survey the method of diagnostics of emotional burnout syndrome Maslach K., Jackson S. (MBI), adapted by Vodopyanova N.E. and Starchenkova E.S., Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), as well as questions aimed at determining the factors associated with the burnout in resident physicians were used. **Results.** The results of the study showed that most residents (85,5%) were diagnosed with high and extremely high levels of burnout; 70.5% of respondents had high levels of anxiety, and 54,3% were diagnosed with depression of varying degrees of severity. The factors associated with the presence of burnout were female gender, difficult financial situation, smoking and alcohol consumption, insomnia, poor health, low commitment to the profession of a medical worker, lack of support from colleagues, monotonous work tasks and lack of prospects for career development. **Conclusion.** Identification, description as well as further correction of potentially modifiable factors associated with burnout of residents is an important part of planning a new personnel strategy of healthcare system, where one of the most important elements is protection of psychological well-being of medical workers and psychological support of their clinical practice.

Keywords: burnout, emotional exhaustion, depersonalization, reduced personal accomplishment, anxiety, depression, residency, resident physicians.

For citation: Tuillet P.S., Ledovskiy V. I., Sirota N.A., Madyanova V.V. Burnout Prevalence among Resident Physicians in the Russian Federation: Factors Analysis and Prevention Approaches. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2024. Vol. 32, no. 2, pp. 171—192. DOI:<https://doi.org/10.17759/cpp.2024320209> (In Russ.).

Введение

Изучение профессионального благополучия медицинских работников, связанного не только с их карьерными достижениями, но и самоощущением на рабочем месте, становится всё более актуальным в связи с нарастающими требованиями к профессионализму и самоотдаче врачей, приводящими к хроническому стрессу на рабочем месте. При снижении эффективности эмоциональной саморегуляции результатом хронического профессионального стресса может стать развитие синдрома эмоционального выгорания. Основными симптомами данного синдрома являются эмоциональное истощение, деперсонализация и редукция личных достижений [7]. Медицинские работники, как представители профессии «человек-человек», наиболее подвержены развитию синдрома эмоционального выгорания, распространённость которого, по данным некоторых авторов, достигает среди врачей около 80,5% [8]. Хотя классическое определение синдрома эмоционального выгорания относится к профессиональной деятельности, данное состояние может развиваться и у обучающихся, в том числе врачей-ординаторов, образовательный процесс

которых зачастую мало чем отличается от работы врачей, уже окончивших ординатуру и практикующих самостоятельно [2; 3; 4].

Важно отметить, что в России заметен тренд к снижению среднего возраста медицинских сотрудников, и, согласно прогнозам, к 2030 году большая часть практикующих врачей будет моложе 45 лет [5].

Таким образом, основой кадрового потенциала системы российского здравоохранения в ближайшем будущем будут молодые специалисты, в том числе те, кто в настоящее время обучается по программам ординатуры. Поэтому считаем важным изучить распространенность среди врачей-ординаторов синдрома эмоционального выгорания и других эмоциональных нарушений, а также факторов их определяющих. Полученные данные могут стать основой совершенствования кадровой политики в здравоохранении по предотвращению оттока молодых медицинских кадров из профессии.

Материалы и методы

Цель исследования — выявить распространенность синдрома эмоционального выгорания среди врачей-ординаторов, обучающихся на территории России, а также установить и описать факторы, ассоциированные с развитием данного состояния.

Методы исследования. Исследование представляло собой электронный опрос с использованием информационной платформы Ordinaturog.org. Для достижения цели исследования была создана специальная анкета. Анкета состояла из 101 вопроса, разбитых на несколько разделов. *Первый раздел* включал в себя общие вопросы о поле, возрасте и других социально-демографических характеристиках, которые, согласно литературным источникам, могут быть ассоциированы с развитием синдрома эмоционального выгорания [3; 4]. *Второй раздел* представлен методикой Maslach Burnout Inventory (MBI), адаптированной на русский язык Н.Е. Водопьяновой и Е.С. Старченковой, которая является общепризнанным стандартом диагностики синдрома эмоционального выгорания [1; 6]. Методика позволяет измерить степень выраженности синдрома эмоционального выгорания и его основных симптомов (интегральный показатель опросника и значения по его отдельным подшкалам: «Эмоциональное истощение», «Деперсонализация», «Редукция личностных достижений»). *Третий раздел* был представлен Госпитальной шкалой тревоги и депрессии (HADS), так как, согласно результатам имеющихся исследований, данные состояния часто диагностируют у людей с эмоциональным выгоранием [9]. *Четвертый раздел* включал вопросы, оценивающие влияние факторов обучения ординаторов, в том

числе связанных с клинической практикой, а именно: с условиями и интенсивностью труда, количеством рабочих часов, а также трудностями, связанными с рабочим процессом, и особенностями корпоративной культуры медицинской организации. В *пятом разделе* респонденты отмечали наиболее важные проблемы, с которыми они сталкиваются во время обучения в ординатуре. В *шестом разделе* представлены вопросы, направленные на выявление причин, из-за которых респонденты задумываются о смене профессии.

Заполнение анкет респондентами осуществлялось в период с 15 марта по 15 апреля 2023 года. Всего в рамках исследования собрано и обработано 434 анкеты.

При анализе результатов исследования использованы методы параметрической и непараметрической статистики: определение мер средней тенденции, сравнение групп по количественным показателям с помощью критериев Манна—Уитни и Краскела—Уоллиса (с апостериорными сравнениями с помощью критерия Данна с поправкой Холма); корреляционный анализ по Спирмену с интерпретацией тесноты связи по шкале Чеддока; критерий хи-квадрат Пирсона при анализе таблиц сопряженности. Также был применен метод двухэтапного кластерного анализа. В исследовании статистически значимыми считались различия при вероятности ошибки менее 5% ($p < 0,05$). Обработка и статистический анализ данных проводился с использованием программ SPSS Statistics v. 26 (Chicago, IL), StatTech v. 3.1.6 (разработчик — ООО «Статтех», Россия).

Характеристика выборочной совокупности. В опросе приняли участие 434 врача-ординатора, большинство из которых проходили обучение в Центральном (49,1%) и Северо-Западном (21,7%) федеральных округах, что связано с высокой концентрацией образовательных организаций, занимающихся подготовкой ординаторов, в мегаполисах. Медианный возраст респондентов составил 25 [24—26] лет (Me [Q_1 — Q_3]), минимальный возраст — 22 года, максимальный — 34 года. По полу опрошенные распределились следующим образом: женщины — 80,4% ($n = 349$ чел.), мужчины — 19,5% ($n = 85$ чел.). На первом году ординатуры обучались большинство опрошенных — 70,3% ($n = 305$ чел.), на втором году — 29,0% ($n = 126$ чел.), в академическом отпуске на момент опроса находились 0,7% ($n = 3$ чел.) респондентов.

В исследовании приняли участие врачи-ординаторы 56 специальностей ординатуры. Среди них наиболее часто встречающимися оказались: «Терапия» — 9,7% ($n = 42$ чел.), «Анестезиология — реаниматология» — 7,4% ($n = 32$ чел.), «Педиатрия» — 6,9% ($n = 30$ чел.), «Акушерство и гинекология» — 6,0% ($n = 26$ чел.), «Неврология» — 5,5% ($n = 24$ чел.). Процентные доли оставшихся специальностей не превышали 5%.

Результаты исследования

Распространенность синдрома эмоционального выгорания. Анализ результатов заполнения 434 опросников на диагностику синдрома эмоционального выгорания К. Маслач (МВИ) позволил определить следующие средние показатели по трем субшкалам (симптомам): эмоциональное истощение — 33 [26—39] балла (Me [Q1—Q3]), деперсонализация — 15 [11—18] баллов, редукция личностных достижений — 29 [25—34] баллов. Медианное значение интегрального показателя синдрома эмоционального выгорания составило 10 [8—12] баллов. Подробные результаты представлены в табл. 1.

Таблица 1
Количество баллов по отдельным субшкалам и интегральному показателю опросника на диагностику синдрома эмоционального выгорания

Субшкалы	Медиана, Me	Интерквартильный интервал, Q ₁ –Q ₃	Количество человек, n	Минимальное значение	Максимальное значение
Эмоциональное истощение	33	26—39	434	10	53
Деперсонализация	15	11—18	434	0	28
Редукция личностных достижений	29	25—34	434	10	46
Интегральный показатель СЭВ	10	8—12	434	3	15

С целью интерпретации результатов, представленных в табл. 1, первичные баллы по интегральному показателю опросника МВИ и по его отдельным субшкалам были переведены в показатель степени выраженности (от низкого до крайне высокого уровня), что позволило оценить интенсивность синдрома эмоционального выгорания в целом и его отдельных симптомов (рис. 1).

На рис. 1 видно, что большинство опрошенных имели крайне высокий уровень эмоционального истощения — 42,2% (n = 183 чел.) и деперсонализации — 59,9% (n = 260 чел.). По субшкале «редукция личных достижений» у большинства респондентов был диагностирован средний уровень выраженности — 44,9% (n = 195 чел.), при этом крайне высокий уровень показали 14,5% (n = 63 чел.) врачей-ординаторов, а высокий — 26,7% (n = 116 чел.). По выраженности интегрального показателя синдрома эмоционального выгорания испытуемые распределились следующим образом: крайне высокий уровень выраженности опреде-

лен у большинства респондентов — 60,4% (n = 262), высокий — у 25,1% (n = 109), средний — у 11,3% (n = 49), низкий — у 3,2% (n = 14).

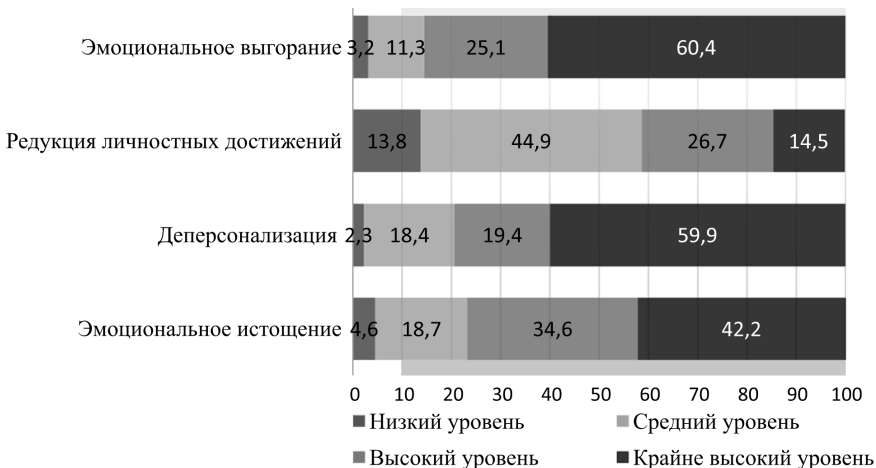


Рис. 1. Уровни выраженности синдрома эмоционального выгорания и его симптомов среди врачей-ординаторов, в %

При анализе распространенности синдрома эмоционального выгорания среди врачей-ординаторов по федеральным округам (рис. 2) было обнаружено, что чаще всего это состояние встречалось в Приволжском федеральном округе (94,7%), а реже всего — в Дальневосточном федеральном округе (66,7%). Однако здесь важно отметить ограничение настоящего исследования. Некоторые федеральные округа представлены малым количеством респондентов. Например, только три врача-ординатора обучались в Дальневосточном федеральном округе и семь — в Северо-Кавказском. Наглядно распространенность синдрома эмоционального выгорания в восьми федеральных округах России представлена на рис. 2.

Распространенность тревоги и депрессии и их связь с синдромом эмоционального выгорания. По результатам прохождения диагностической анкеты HADS для каждого респондента были определены выраженность тревоги и депрессии. Анализ данных 434 анкет показал следующее: средние значения по шкале «Тревога» составили 10 [7—11] баллов (Me [Q1—Q3]), повышенный уровень тревоги был диагностирован у 70,5% респондентов (n = 306 чел.), клинически выраженная тревога — у 49,8% (n = 216 чел.), субклинический уровень тревоги — у 20,7% (n = 90 чел.). Средние значения по шкале «Депрессия» составили 8 [5—10] баллов, симптомы субклинической депрессии отмечены у 39,6% респондентов (n = 172 чел.), клинически выраженной депрессии — у 14,7% (n = 64 чел.).

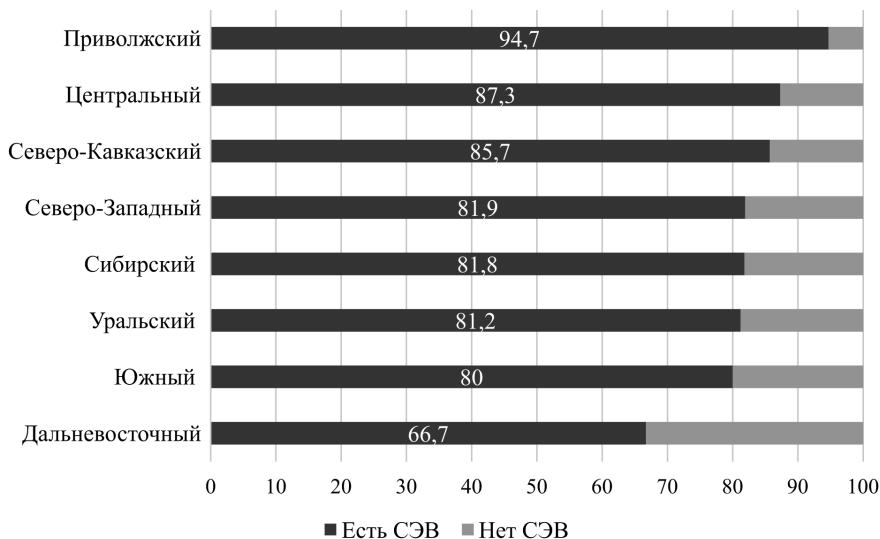


Рис. 2. Распространенность синдрома эмоционального выгорания среди врачей-ординаторов по федеральным округам России, в %

Для оценки взаимосвязи выраженности тревоги, синдрома эмоционального выгорания и его симптомов проводился корреляционный анализ по методу Спирмена. Обнаружена прямая связь умеренной тесноты ($\rho = 0,46$, $p < 0,001$) между количеством баллов по шкале «Тревога» и величиной интегрального показателя синдрома эмоционального выгорания. Подробные результаты анализа взаимосвязи показателя выраженности тревоги с показателями по отдельным субшкалам опросника синдрома эмоционального выгорания представлены в табл. 2.

Таблица 2

Результаты корреляционного анализа взаимосвязи количества баллов по шкале «Тревога» с выраженностью отдельных симптомов синдрома эмоционального выгорания

Показатели	Характеристика корреляционной связи		
	Коэфф. корреляции, ρ	Теснота связи по шкале Чеддока	Уровень значимости, p
Тревога — эмоциональное истощение	0,537	Заметная	$< 0,001^*$
Тревога — деперсонализация	0,323	Умеренная	$< 0,001^*$

Показатели	Характеристика корреляционной связи		
	Коэфф. корреляции, ρ	Теснота связи по шкале Чеддока	Уровень значимости, p
Тревога — редукция личностных достижений	-0,311	Умеренная	< 0,001*

Примечание: «*» — различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$).

Обратная корреляционная связь между показателем выраженности тревоги и количеством баллов по шкале «Редукция личностных достижений» объясняется способом интерпретации суммарного балла данной субшкалы опросника МВИ: чем больше ее значение, тем выше профессиональная самооценка респондента. Таким образом, отрицательный коэффициент корреляции говорит о том, что у респондентов с более выраженной тревогой ниже профессиональная самооценка.

Далее выполнен анализ взаимосвязи выраженности депрессии и синдрома эмоционального выгорания, в том числе его отдельных симптомов. Обнаружена заметная прямая корреляционная связь между шкалой «Депрессия» и интегральным показателем опросника на диагностику синдрома эмоционального выгорания ($\rho = 0,53$, $p < 0,001$). Подробные результаты анализа связи выраженности депрессии с баллами по отдельным субшкалам опросника синдрома эмоционального выгорания представлены в табл. 3.

Т а б л и ц а 3

Результаты корреляционного анализа взаимосвязи количества баллов по шкале «Депрессия» с выраженностью отдельных симптомов синдрома эмоционального выгорания

Показатели	Характеристика корреляционной связи		
	Коэфф. корреляции, ρ	Теснота связи по шкале Чеддока	Уровень значимости, p
Депрессия — эмоциональное истощение	0,61	Заметная	< 0,001*
Депрессия — деперсонализация	0,39	Умеренная	< 0,001*
Депрессия — редукция личностных достижений	-0,4	Умеренная	< 0,001*

Примечание: «*» — различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$).

Представленные в табл. 2 и табл. 3 результаты говорят о наличии значимой связи между уровнями тревоги и депрессии, с одной стороны, и

выраженностью синдрома эмоционального выгорания и его отдельных симптомов — с другой. Но эти данные стоит интерпретировать с осторожностью, так как они были обнаружены в одномоментном исследовании, из-за чего невозможно определить, что является причиной, а что следствием. Возможно также, что представленная взаимосвязь объясняется схожими причинами развития и коморбидностью данных расстройств.

Социальные детерминанты и их связь с развитием синдрома эмоционального выгорания. Среди опрошенных 54,5% ($n = 236$ чел.) не состояли в постоянных отношениях, 24,2% ($n = 105$ чел.) состояли в браке, а 21,4% ($n = 93$ чел.) имели официально не зарегистрированные отношения. При этом не было обнаружено статистически значимых различий ($p = 0,37$) между этими группами при анализе распространенности синдрома эмоционального выгорания. Другим признаком, статистически значимо не влияющим на развитие синдрома эмоционального выгорания, было наличие детей. Однако здесь стоит отметить, что только 4,8% респондентов ($n = 21$ чел.) имели детей.

Мы обнаружили статистически значимые различия ($p < 0,01$) распространенности синдрома эмоционального выгорания среди респондентов разного пола. Так, вероятность наличия синдрома эмоционального выгорания у ординаторов-женщин была выше в 2,19 раза по сравнению с мужчинами (ОШ = 2,19; 95% ДИ: 1,21—3,97). Возраст статистически значимо не влиял на наличие синдрома эмоционального выгорания ($p = 0,71$), что можно объяснить однородностью выборки по данному параметру. Анализ самооценки материального положения показал, что 37,6% респондентов ($n = 161$ чел.) оценили свое материальное положение как «крайняя экономия», 36,4% ($n = 156$ чел.) выбрали вариант «минимально обеспечен(а)». Среди данных групп ординаторов синдром эмоционального выгорания встречался статистически значимо чаще ($p < 0,01$), чем у тех, кто выбрал варианты «в целом обеспечен(а)» и «хорошо обеспечен(а)». Подробные результаты представлены в табл. 4.

При сравнении распространенности синдрома эмоционального выгорания у респондентов, отметивших наличие вредных привычек, среди которых в том числе было употребление табака и алкоголя, а также имеющих проблемы со сном (бессонница) с распространенностью СЭВ у ординаторов, у которых данные факторы хронических неинфекционных заболеваний отсутствовали, обнаружены статистически значимые различия ($p < 0,05$).

Так, среди курящих ординаторов лица с симптомами эмоционального выгорания встречались в 2,2 раза чаще (ОШ = 2,23; 95% ДИ: 1,17—4,24; $p < 0,01$). Среди респондентов, употреблявших алкоголь хотя бы раз в течение последнего месяца, эмоциональное выгорание встречалось в 2,1 раза чаще (ОШ = 2,08; 95% ДИ: 1,21—3,57; $p < 0,01$). 78,1% опрошен-

Таблица 4

Анализ самооценки материального положения в зависимости от наличия синдрома эмоционального выгорания (критерий хи-квадрат Пирсона)

Показатель	Категории	Эмоциональное выгорание		Уровень значимости, р
		Нет СЭВ, чел. (%)	Есть СЭВ, чел. (%)	
Материальное положение	Крайняя экономия	15 (23,8)	146 (40,0)	< 0,01*
	Минимально обеспечен(а)	18 (28,6)	138 (37,8)	
	В целом обеспечен(а)	25 (39,7)	77 (21,1)	
	Хорошо обеспечен(а)	5 (7,9)	4 (1,1)	

Примечание: «*» — различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$).

ных ($n = 339$ чел.) страдали от хронических нарушений сна (бессонницы). Вероятность наличия синдрома эмоционального выгорания среди данной группы респондентов была в 6,48 раза выше ($OШ = 6,48$; 95% ДИ: 3,66—11,49; $p < 0,01$), чем среди тех, у кого не было проблем со сном. Обнаружено, что синдром эмоционального выгорания статистически значимо ($p < 0,01$) чаще встречался у ординаторов, которые оценили состояние своего здоровья как «удовлетворительное», «плохое» и «очень плохое». При этом респонденты, у которых не был диагностирован синдром эмоционального выгорания, вообще не использовали варианты «плохое» и «очень плохое» при самооценке своего здоровья. Они оценили свое здоровье как «удовлетворительное» ($n = 12$ чел.), «хорошее» ($n = 39$ чел.) и «отличное» ($n = 11$ чел.).

Среди опрошенных 21,0% ($n = 91$ чел.) заявили, что вообще не проходят диспансеризацию и медицинские осмотры. Установлено, что в данной группе вероятность наличия синдрома эмоционального выгорания выше в 2,4 раза по сравнению с теми, кто проходит диспансеризацию регулярно и полноценно или хотя бы формально для допуска к работе ($OШ = 2,35$; 95% ДИ: 1,31—4,2; $p < 0,01$).

Влияние особенностей клинической практики на развитие синдрома эмоционального выгорания. Среди опрошенных ординаторов 87,6% ($n = 380$ чел.) проходили обучение в медицинских организациях стационарного типа, остальные 12,2% ($n = 53$ чел.) — амбулаторного типа. Вероятность наличия синдрома эмоционального выгорания была в 2,2 раза выше среди ординаторов, которые обучались на базах стационаров ($OШ = 2,19$; 95% ДИ: 1,09—4,39; $p = 0,02$). При этом не обнаружено статистически значимых различий ($p = 0,31$) при исследовании зави-

симости распространенности синдрома эмоционального выгорания от специальностей ординатуры, которые были объединены для удобства их анализа в укрупненные группы (табл. 5).

Таблица 5

Анализ распространенности синдрома эмоционального выгорания среди врачей-ординаторов различных медицинских направлений (критерий хи-квадрат Пирсона)

Показатель	Категории	Эмоциональное выгорание		Уровень значимости, р
		Нет СЭВ, чел. (%)	Есть СЭВ, чел. (%)	
Медицинские направления	Акушерство и гинекология	2 (3,2)	24 (6,5)	0,31
	Диагностика	2 (3,2)	36 (9,7)	
	Неотложная терапия	7 (11,1)	25 (6,7)	
	Онкология	2 (3,2)	33 (8,9)	
	Психиатрия	2 (3,2)	14 (3,8)	
	Реабилитация	2 (3,2)	7 (1,9)	
	Стоматология	2 (3,2)	5 (1,3)	
	Терапия	39 (61,9)	203 (54,7)	
	Хирургия	5 (7,9)	24 (6,5)	

Примечание: «*» — различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$).

При изучении распространенности синдрома эмоционального выгорания среди ординаторов первого (70,3%, $n = 305$ чел.) и второго (29,0%, $n = 126$ чел.) года обучения не было обнаружено статистически значимых различий между группами ($p = 0,24$), при этом из анализа были исключены респонденты, которые находились на момент исследования в академическом отпуске ($n = 3$ чел.). Статистически значимых различий в распространенности синдрома эмоционального выгорания между ординаторами, которые работали (49,1%, $n = 213$) и не работали (50,9%, $n = 221$) параллельно с учебой в ординатуре, также не было обнаружено ($p = 0,43$). Не удалось установить статистически значимых различий в распространенности синдрома эмоционального выгорания ($p = 0,763$) среди тех, кто работал до 40 часов в неделю (28,6%, $n = 124$ чел.) и более 40 часов в неделю (71,4%, $n = 310$ чел.).

Дополнительно в рамках анкетирования ординаторы указывали суммарный стаж работы в здравоохранении, включая опыт работы младшим и средним медицинским персоналом. Распределение врачей-ординато-

ров в соответствии с продолжительностью общего медицинского стажа представлено на рис. 3. При проведении корреляционного анализа статистически значимой связи между общим стажем и выраженностью синдрома эмоционального выгорания не было обнаружено ($\rho = -0,09$, $p = 0,06$).

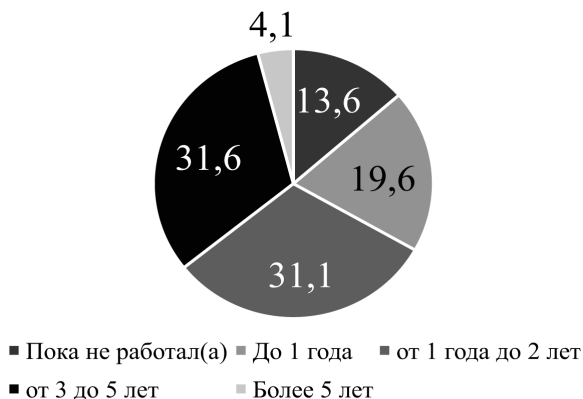


Рис. 3. Распределение врачей-ординаторов в соответствии с общим медицинским стажем, в %

С целью подробного анализа факторов клинической практики, связанных с развитием синдрома эмоционального выгорания, респондентам было предложено заполнить опросник из 25 утверждений с описанием трудностей, которые могут возникать во время осуществления клинической практики. Далее было рассчитано отношение шансов наличия синдрома эмоционального выгорания у тех, кто сталкивался с указанными трудностями, и тех, кто их не испытывал. Практически все из описанных в анкете трудностей были значимо связаны с наличием синдрома эмоционального выгорания у ординаторов. Исключениями стали высокая конкуренция внутри коллектива и высокая эмоциональная вовлеченность в судьбу пациентов. Наиболее сильную взаимосвязь с выраженностью синдрома эмоционального выгорания показали следующие трудности, возникающие во время практического обучения: отсутствие поддержки от коллег, однообразные рабочие задачи и отсутствие перспектив для карьерного роста (табл. 6).

Приверженность к профессии и синдром эмоционального выгорания. Для оценки приверженности респондентов к профессии врача анкета содержала следующие вопросы: «Бывают ли моменты, когда у Вас возникает желание сменить профессию/сферу деятельности?», «Вы довольны тем, что получили высшее медицинское образование?», «Если бы Вы вернулись в прошлое и получили возможность заново выбрать

Таблица 6

Факторы клинической практики, ассоциированные с синдромом эмоционального выгорания у врачей ординаторов (отношение шансов)

№	Факторы	Отношение шансов (ОШ)	
		ОШ; 95% доверительный интервал	Уровень значимости, р
1	Однообразные рабочие задачи	8,14; 3,77—17,6	< 0,001*
2	Отсутствие перспектив для карьерного роста	6,91; 2,9—16,45	< 0,001*
3	Бюрократизация труда врачей	4,56; 2,57—8,13	< 0,001*
4	Большое количество времени для работы за компьютером	2,94; 1,62—5,37	< 0,001*
5	Слишком большой поток пациентов	3,8; 1,87—7,72	< 0,001*
6	Неукомплектованность штата медицинской организации	3,58; 1,81—7,09	< 0,001*
7	Плохая организация рабочего процесса: потеря медицинских документов, ошибки при маршрутизации пациентов внутри медицинской организации и т. д.	6,2; 3,29—11,68	< 0,001*
8	Слишком длинные рабочие смены	2,91; 1,59—5,32	0,001*
9	Слишком много дежурств, в том числе ночных	2,3; 1,13—4,69	0,022*
10	Страх осуждения за врачебные ошибки со стороны общественности	4,41; 2,51—7,74	< 0,001*
11	Страх осуждения собственных врачебных ошибок со стороны руководства и коллег	3,59; 2,03—6,35	< 0,001*
12	Страх судебного преследования со стороны пациентов	2,03; 1,17—3,53	0,012*
13	Низкая правовая грамотность	2,75; 1,53—4,95	0,001*
14	Высокая конкуренция внутри коллектива	1,48; 0,85—2,57	0,167
15	Отсутствие единого профессионального медицинского сообщества	5,48; 2,82—10,64	< 0,001*
16	Отсутствие поддержки от коллег	11,77; 3,62—38,28	< 0,001*
17	Недостаточно обратной связи со стороны руководства	3,15; 1,77—5,59	< 0,001*
18	Недостаток уважения и признания со стороны руководства	4,65; 2,5—8,64	< 0,001*
19	Недостаток уважения и благодарности за свою работу от пациентов	5,3; 2,73—10,3	< 0,001*

№	Факторы	Отношение шансов (ОШ)	
		ОШ; 95% доверительный интервал	Уровень значимости, p
20	Нереалистичные ожидания пациентов от оказанной им медицинской помощи	3,28; 1,87—5,77	< 0,001*
21	Высокая эмоциональная вовлеченность в судьбу пациентов	0,88; 0,51—1,52	0,640
22	Страх ухудшения здоровья из-за работы	5,79; 3,25—10,32	< 0,001*
23	Недостаток времени на личную жизнь	4,1; 2,34—7,17	< 0,001*
24	Невозможность отстаивать свою точку зрения из-за угрозы наказания	4,29; 2,44—7,52	< 0,001*
25	Отсутствие автономности	3,89; 2,18—6,97	< 0,001*

Примечание: «*» — различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$).

специальность для получения высшего образования, Вы бы выбрали медицинский университет?». С учетом ответов респондентов на вышеизложенные вопросы с помощью методики кластерного анализа исходная совокупность данных была разделена на две группы: с высокой (52,3%, $n = 227$ чел.) и низкой (47,7%, $n = 207$ чел.) приверженностью к профессии. В группу лиц с высокой приверженностью были отнесены те участники, кто был доволен фактом получения высшего образования, снова бы поступили в медицинский университет, а также те, у кого не возникает желание сменить профессию. Силуэтная мера связности и разделения составила 0,5, что показывает высокое качество кластеров. Обнаружено, что вероятность наличия синдрома эмоционального выгорания в 3,1 раза выше у ординаторов с низкой приверженностью к профессии (ОШ = 3,12; 95% ДИ: 1,71—5,68; $p < 0,001$).

Обучение в ординатуре и синдром эмоционального выгорания. В анкете респондентам было предложено выбрать приоритетные для них проблемы обучения в ординатуре. Всего было предложено 13 утверждений, из которых можно было выбрать несколько наиболее актуальных для респондента. Результаты опроса представлены на рис. 4.

Отсутствие достаточного дохода во время обучения в ординатуре оказалось наиболее важной проблемой для большинства (76,7%) респондентов. Учитывая полученные данные о взаимосвязи неудовлетворительного материального положения и наличия синдрома эмоционального выгорания, можно сделать вывод о том, что недостаточный доход во время обучения — это серьезная проблема, требующая решения для профилактики оттока молодых кадров из системы здравоохранения.



Рис. 4. Приоритетные проблемы обучения в ординатуре, согласно результатам опроса врачей-ординаторов, в %

Далее респонденты могли в свободной форме описать трудности, с которыми они сталкивались во время обучения в ординатуре. Всего было получено 88 ответов, в которых также одной из наиболее часто упоминаемых проблем было тяжелое материальное положение ($n = 23$ чел.). Другими наиболее важными трудностями оказались низкое качество обучения ($n = 28$ чел.) и неуважительное отношение со стороны медицинских работников клинической базы ординатуры или сотрудников учебного отдела ($n = 21$ чел.).

Кроме того, респондентам предложено выбрать, какие меры поощрения ординаторов (существующих или потенциально применимых), на их взгляд, наиболее эффективны. Наиболее популярным оказался ответ «Начисление премий», что также говорит проблеме материального достатка для ординаторов. Распределение ответов респондентов по частоте их упоминаемости представлено на рис. 5.



Рис. 5. Распределение ответов на вопрос «Какие меры поощрения, на Ваш взгляд, максимально эффективны?», в %

Синдром эмоционального выгорания как причина оттока кадров из системы здравоохранения. Согласно данным опроса, 29,5% респондентов ($n = 128$ чел.) планируют работать в системе здравоохранения до предельно возможного срока, 12,7% ($n = 55$ чел.) будут работать до получения права на пенсию, 40,1% ($n = 174$ чел.) еще не приняли окончательного решения, 11,8% ($n = 51$ чел.) хотели бы уволиться из государственной системы здравоохранения в течение 2–3 лет, 6,0% ($n = 26$ чел.) уволились бы при первой возможности. Корреляционный анализ показал, что чем выше выраженность синдрома эмоционального выгорания у респондентов, тем больше вероятность наличия у них планов на увольнение в ближайшей перспективе ($r = 0,29$; $p < 0,01$). Кроме того, анализ карьерных планов ординаторов показал, что врачи-ординаторы с синдромом эмоционального выгорания статистически значимо чаще думают о смене профессии ($p < 0,01$): часто такая мысль возникает у 35,0% ($n = 152$) опрошенных, иногда — у 42,6% ($n = 185$ чел.).

Далее респондентам был задан вопрос о наиболее важных для них причинах, из-за которых они думают о смене профессии. Чаще всего ординаторы отмечали следующие варианты: несоответствие оплаты труда затраченным физическим и психическим силам (74,9%), перегрузки на работе, неупорядоченность рабочего дня и отдыха (66,6%), эмоциональная нагрузка, связанная с частой коммуникацией с людьми (41%). Полный перечень причин, из-за которых врачи-ординаторы задумываются о смене профессии, проранжированный в соответствии с частотой их упоминания, представлен на рис. 6.



Рис. 6. Рейтинг причин, из-за которых врачи-ординаторы задумываются о смене профессии, в %

Выводы

1. В рамках всероссийского опроса врачей-ординаторов определена распространенность синдрома эмоционального выгорания у данной категории медицинских работников; при этом низкий уровень выраженности выгорания диагностирован только лишь у 3,2% респондентов, средний — у 11,3%, высокий — у 25,1%, крайне высокий — у 60,4%, что свидетельствует об актуальности данной проблемы для молодых врачей. При этом ведущими симптомами синдрома эмоционального выгорания оказались эмоциональное истощение (крайне высокий уровень определен 42,2% респондентов) и деперсонализация (крайне высокий уровень — у 59,9% респондентов).

2. Помимо синдрома эмоционального выгорания, у 70,5% ординаторов определен повышенный уровень тревоги, у 54,3% отмечались симптомы депрессии разной степени выраженности. Показано, что выраженность данных

состояний имеет прямую связь с выраженностью синдрома эмоционального выгорания и его отдельных симптомов, особенно эмоционального истощения.

3. Выявлены и описаны факторы, ассоциированные с наличием синдрома эмоционального выгорания у ординаторов, а именно: женский пол, тяжелое материальное положение, наличие вредных привычек, бесконница и плохое состояние здоровья.

4. Некоторые особенности клинической практики ординаторов также показали связь с наличием синдрома эмоционального выгорания. Наиболее выраженную связь с выгоранием имели следующие из них: однообразные рабочие задачи, отсутствие поддержки от коллег и неопределенность перспектив для карьерного роста.

5. Среди ординаторов с низкой приверженностью к профессии медицинского работника синдром эмоционального выгорания также диагностирован статистически значимо чаще.

6. Приоритетными проблемами, связанными с обучением в ординатуре, по мнению самих ординаторов, являются недостаток финансовых средств, низкое качество теоретического обучения и отсутствие уважения со стороны других медицинских работников; в качестве наиболее эффективного средства поощрения респонденты выбрали денежное вознаграждение.

Таким образом, синдром эмоционального выгорания врачей-ординаторов — это актуальная проблема и вызов для системы здравоохранения. Мероприятия, направленные на профилактику и коррекцию данного синдрома, должны прежде всего включать меры социальной поддержки врачей-ординаторов, а также усиление контроля качества теоретического и практического обучения ординаторов и изменение корпоративной культуры медицинских организаций, на базе которых ординаторы проходят обучение, для создания более благоприятных условий для освоения профессии.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С.* Синдром выгорания. Диагностика и профилактика: практ. пособие. М.: Юрайт, 2023. 299 с.
2. *Матюшкина Е.Я., Микита О.Ю., Холмогорова А.Б.* Уровень профессионального выгорания врачей-ординаторов, проходящих стажировку в скоромощном стационаре: данные до ситуации пандемии // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Том 28. № 2. С. 46—69. DOI:10.17759/cpp.2020280203
3. *Савельева Л.А., Кашапов, М.М.* Структура, выраженность и распространенность синдрома эмоционального выгорания у ординаторов // Спортивная медицина и реабилитация. 2020. Том 1. № 1 С. 26—36.
4. *Холмогорова А.Б., Рахманина А.А., Суроегина А.Ю., Микита О.Ю., Петриков С.С., Рой А.П.* Психическое здоровье и профессиональное выгорание врачей-ординаторов во время пандемии Covid-19: ситуационные и психологические факторы // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Том 29. № 2. С. 9—47. DOI:10.17759/cpp.2021290202

5. Ярашева А.В., Александрова О.А., Медведева Е., Аликперова Н.В., Крошилин С.В. Проблемы и перспективы кадрового обеспечения московского здравоохранения // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. 2020. Том 13. № 1. С. 174—190.
6. Maslach C., Jackson S.E., Leiter, M.P. Maslach Burnout Inventory: Third edition // Evaluating stress: A book of resources / Eds. C.P. Zalaquett, R.J. Wood. New Jersey: Scarecrow press, 1997. P. 191—218.
7. Maslach C., Leiter M.P. Burnout // Stress: Concepts, cognition, emotion, and behavior / Ed. G. Fink Melbourne: Academic Press, 2016. P. 351—357. DOI:10.1016/B978-0-12-800951-2.00044-3
8. Rotenstein L.S., Torre M., Ramos M.A., et al. Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review // JAMA. 2018. Vol. 320. № 11. P. 1131—1150. DOI:10.1001/jama.2018.12777
9. Zigmond A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale // Acta Psychiatr Scand. 1983. Vol. 67. № 6. P. 361—370. DOI:10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

REFERENCES

1. Vodop'yanova N. E., Starchenkova E.S. Sindrom vygoraniya. Diagnostika i profilaktika: prakticheskoe posobie. Moscow : Publ. YUrajt, 2023. 299 p.
2. Matyushkina E.Ya., Mikita O.Y., Kholmogorova A.B. Burnout Level in Medical Residents Doing Internship in Emergency Medicine Hospital before the Pandemic. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2020, vol. 28, № 2, pp. 46—69. DOI:https://doi.org/10.17759/cpp.2020280203. (In Russ., abstr. in Engl.)
3. Savel'eva, L. A., Kashapov, M. M. Structure, severity and prevalence of emotional burnout syndrome in residents. *Sportivnaya medicina i reabilitatsiya = Sport medicine and rehabilitation*, 2020, vol 1, № 1, pp. 26—36. (In Russ., abstr. in Engl.)
4. Kholmogorova A.B., Rakhmanina A.A., Suroegina A. Yu., Mikita O. Yu., Petrikov S.S., Roy A.P. Mental Health and Professional Burnout among Residents During the COVID-19 Pandemic: Situational and Psychological Factors. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2021, vol. 29, № 2, pp. 9—47. DOI:https://doi.org/10.17759/cpp.2021290202. (In Russ., abstr. in Engl.)
5. Yarashaeva A.V., Aleksandrova O.A., Medvedeva, E., Alkiperova N.V., Kroshilin S.V. Problems and Prospects of Staffing of Moscow Health Care. *Ekonomicheskije i socialnie peremieni: facti, tendencii, prognoz = Economic and Social Change: Facts, Trends, Forecasts*, 2020, vol 13, № 1, pp. 174—190. (In Russ., abstr. in Engl.)
6. Maslach C., Jackson S. E., Leiter, M.P. Maslach Burnout Inventory: Third edition // Evaluating stress: A book of resources / Scarecrow Education, 1997. C. 191—218
7. Maslach C., Leiter M.P. Burnout. Stress: Concepts, cognition, emotion, and behavior / Ed. Fink G. Melbourne: Academic Press, 2016. Pp. 351—357. DOI:10.1016/B978-0-12-800951-2.00044-3
8. Rotenstein L.S., Torre M., Ramos M.A., et al. Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review. *JAMA*, 2018, vol. 320, № 11, pp. 1131—1150. DOI:10.1001/jama.2018.12777
9. Zigmond A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*, 1983, vol. 67, № 6, pp. 361—370. DOI:10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

Информация об авторах

Твилле Полина Сергеевна, кандидат медицинских наук, ассистент Института лидерства и управления здравоохранением, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (ФГАОУ ВО «Первый МГМУ имени И.М. Сеченова» Минздрава России), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7146-1109>, e-mail: tuillet_p_s@staff.sechenov.ru

Ледовский Владислав Игоревич, аспирант Института лидерства и управления здравоохранением, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (ФГАОУ ВО «Первый МГМУ имени И.М. Сеченова» Минздрава России), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-4813-2373>, e-mail: ledov@ordinatura-org.ru

Сирота Наталья Александровна, доктор медицинских наук, профессор, декан факультета клинической психологии, заведующая кафедрой клинической психологии, Российский университет медицины (ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2736-9986>, e-mail: sirotan@mail.ru

Мадьянова Виктория Вячеславовна, доктор медицинских наук, профессор Института лидерства и управления здравоохранением, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (ФГАОУ ВО «Первый МГМУ имени И.М. Сеченова» Минздрава России), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2328-2939>, email: madyanova_v_v@staff.sechenov.ru

Information about the authors

Polina S. Tuillet, PhD, Assistant Professor at Institute of Leadership and Health Management, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (FSBEI HE “I.M. Sechenov First Moscow State Medical University” of the Ministry of Health of the Russian Federation Sechenov University), Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7146-1109>, e-mail: tuillet_p_s@staff.sechenov.ru

Vladislav I. Ledovskiy, PhD student at Institute of Leadership and Health Management, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (FSBEI HE “I.M. Sechenov First Moscow State Medical University” of the Ministry of Health of the Russian Federation Sechenov University), Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-4813-2373>, e-mail: ledov@ordinatura-org.ru

Natalia A. Sirotan, PhD, Professor, Dean of the Department of Clinical Psychology, Head of the Chair of Clinical Psychology, Russian University of Medicine (FSBEI HE “ROSUNIMED” OF MOH OF RUSSIA), Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2736-9986>, e-mail: sirotan@mail.ru

Victoria V. Madyanova, PhD, Professor at Institute of Leadership and Health Management, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (FSBEI HE “I.M. Sechenov First Moscow State Medical University” of the Ministry of Health of the Russian Federation Sechenov University), Moscow, Russia, ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2328-2939>, email: madyanova_v_v@staff.sechenov.ru

Получена 15.09.2023

Received 15.09.2023

Принята в печать 05.02.2024

Accepted 05.02.2024

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Холмогорова Алла Борисовна — доктор психологических наук, профессор

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ

Барabanников Владимир Александрович — доктор психологических наук, профессор, член-корреспондент РАО

Веракса Николай Евгеньевич — доктор психологических наук, профессор

Гаранян Наталья Георгиевна — доктор психологических наук, профессор

Головей Лариса Арсеньевна — доктор психологических наук, профессор

Зарецкий Виктор Кириллович — кандидат психологических наук, доцент

Лутова Наталия Борисовна — доктор медицинских наук

Майденберг Эмануэль — доктор психологических наук, профессор

Марцинковская Татьяна Давидовна — доктор психологических наук, профессор

Польская Наталия Анатольевна — доктор психологических наук, профессор

Сирота Наталья Александровна — доктор медицинских наук, профессор

Филиппова Елена Валентиновна — кандидат психологических наук, доцент

Холмогорова Алла Борисовна — доктор психологических наук, профессор

Шайб Питер (Германия) — PhD, психотерапевт

Шумакова Наталия Борисовна — доктор психологических наук

Ялтонский Владимир Михайлович — доктор медицинских наук, профессор

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОГО СОВЕТА

Бек Джудит (США) — доктор психологических наук, клинический профессор психологии в психиатрии

Кадыров Игорь Максutowич — кандидат психологических наук

Карягина Татьяна Дмитриевна — кандидат психологических наук, доцент

Кехеле Хорст (Германия) — доктор медицинских наук, профессор

Копьев Андрей Феликсович — кандидат психологических наук, профессор

Ленгле Альфрид (Австрия) — доктор медицинских наук, профессор

Петровский Вадим Артурович — доктор психологических наук, профессор

Перре Майнрад (Швейцария) — доктор психологических наук, профессор

Соколова Елена Теодоровна — доктор психологических наук, профессор

Сосланд Александр Иосифович — кандидат психологических наук, доцент

Тагэ Сэфик (Германия) — доктор медицинских наук, психолог

Требования к материалам, предоставляемым в редакцию¹

1. Материалы предоставляются в редакцию в электронном виде (по электронной почте или на электронных носителях). Адрес электронной почты журнала: moscowjournal.cpt@gmail.com

2. Объем материала не должен превышать 40 тыс. знаков.

3. Оформление материала: шрифт Times New Roman, 14, интервал 1,5. Ссылки на литературные источники внутри текста оформляются в виде номера источника из списка литературы в квадратных скобках.

4. Кроме текста статьи должна быть предоставлена также следующая информация:

аннотация статьи (1000—1200 знаков) на русском и английском языках;

ключевые слова на русском и английском языках;

пристаетейные библиографические списки. Подробные рекомендации и требования к оформлению списка литературы и транслитерации представлены на сайте: http://psyjournals.ru/files/69274/references_transliteration_rules.pdf

5. Информация об авторах:

ФИО, страна, город, ученое звание, ученая степень, идентификационный номер в ORCID, место работы, должность, членство в профессиональных сообществах и ассоциациях, научные интересы, дата рождения, контактная информация (тел., факс, e-mail, сайт), фото в электронном виде (100 × 100, 300 dpi).

В случае если материал предоставляется несколькими авторами, необходимо предоставить информацию обо всех авторах.

6. Рисунки, таблицы и графики необходимо дополнительно предоставлять в отдельных файлах. Рисунки и графики должны быть в формате *.eps или *.tiff (с разрешением не менее 300 dpi на дюйм). Таблицы — сделаны в WORD.

Редакционные правила работы с материалами

1. Публикация в журнале является бесплатной.

2. Материалы, поступившие в редакцию, проходят обязательное рецензирование.

3. Решение о публикации принимается редколлегией на основании отзывов рецензентов.

4. Рецензентов назначает редколлегия журнала.

5. В случае отрицательных отзывов рецензентов представленные материалы отклоняются.

6. Несоответствие материалов формальным требованиям (http://psyjournals.ru/info/homestyle_guide/article_requirements.shtml) является основанием для отправки материала на доработку автору.

¹ С требованиями к оформлению статей можно ознакомиться на сайте: http://psyjournals.ru/info/homestyle_guide/index.shtml