

РАЗДЕЛ 6

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ И ПСИХО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМАХ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Тема данного раздела сборника тезисов чрезвычайно актуальна в настоящее время. Актуальность этого раздела и соответствующей секции конференции усиливается в связи с особенностями современной реальности, в которой существует человек, и которая определяется рядом глобальных психологических особенностей.

К ним относятся:

- Изменяющаяся и неопределенная (транзитивная) повседневность и связанное с этим нарастание социально-психологического стресса, недостаточность развитости социальных и индивидуальных копинг-ресурсов и стратегий, деструкция копинг-поведения в целом;
- Размытость границ здоровья и болезни;
- Увеличивающиеся проблемы идентичности – представление людей о себе, о своем здоровье и болезни в постоянно меняющемся и плохо прогнозируемом современном мире;
- Выраженная изменчивость разных контекстов проживания человека в ситуации постоянной угрозы возникновения и прогрессирования заболевания;
- Необходимость новой концептуализации понятий «Здоровье» и «Болезнь», а также совладания с новыми требованиями социальной среды и угрозой болезни;
- Увеличение удельного веса избегающих копинг-стратегий столкновения с реальностью, что означает ослабление индивидуальных стратегий, недостаток ресурсов личности и социальной среды;
- Изменение медицинской сферы и помощи в целом с точки зрения ее дистанцирования от пациента с увеличением доли телекоммуникационных контактов, а с другой стороны, резкий перенос вектора ответственности на человека, находящегося в ситуации болезни.

Все это, а также многие другие особенности современной реальности, требуют формирования нового психологического взгляда на здорового и больного человека, его адаптацию. Становится очевидным, что современный клиничко-психологический взгляд должен обосновывать, предлагать и новые решения психологической помощи людям, а психологи – разрабатывать и внедрять новую стратегию и тактику помощи.

В связи с этим очень отраднo приветствовать работы авторов, относящиеся к секции **«Психологическая помощь и психосоциальная реабилитация при тяжелых формах соматической патологии»**, которые представляют собой разнообразные и актуальные, преимущественно экспериментальные исследования. Обращает на себя внимание неравнодушие авторов и желание их включиться в реальную помощь людям, находящимся в ситуации болезни.

Широта охвата как психологических вопросов и проблем, так и нозологических направлений исследований впечатляет. Это и исследования, касающиеся концептуализации болезни и адаптации к ней онкологических, кардиологических больных, пациентов с сахарным диабетом и с дегенеративными заболеваниями опорно-двигательного аппарата, больших и маленький пациентов, людей разных возрастов и спортсменов.

Я благодарю коллег за их активное участие в конференции и горячо поддерживаю новых виток роста профессионального самосознания тех специалистов-психологов, которые стремятся внести свой вклад в соматическую медицину.

*Сирота Наталья Александровна, д.м.н., профессор
декан факультета клинической психологии
ФГБОУ ВО «Московский государственный
медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова» МЗ России*

Психотерапия депрессивных расстройств у пациентов кардиологического профиля

Абдуллаева В.К.

Ташкентский Педиатрический

Медицинский Институт

Сафарбаев Б.Б.

Ташкентская Медицинская

Академия, Ургенчский филиал

Ключевые слова: депрессивные расстройства, психотерапия, сердечно-сосудистые заболевания

Psychotherapy of depressive disorders in the patients with a cardiac profile

Abdullaeva V.K.

Tashkent Pediatric Medical Institute

Safarbaev B.B.

Tashkent Medical Academy,

Urgench branch

Keywords: depressive disorders, psychotherapy, patients with a cardiac profile

Актуальность проблемы исследования обусловлена увеличением числа пациентов с заболеваниями кардиологического профиля, сформировавшихся в результате воздействия социально-экономических факторов [1]. Депрессивные состояния приводят личность к ряду неблагоприятных последствий как медицинского, так и социального порядка: снижают качество жизни пациента, адаптационный потенциал, повышают риск развития суицидальных тенденций, могут привести к снижению профессионального статуса с вынужденной сменой работы, утрату квалификационных способностей, распаду семьи и, наконец, к полной потере трудоспособности и инвалидности пациентов[2]. Инновационный подход к психотерапевтическому вмешательству с учётом личностных характеристик и особенностей адаптационного потенциала способствует быстрейшему выздоровлению и возвращению в социум [3,4].

Цель исследования: изучить особенности психотерапии депрессивных нарушений и тревожных расстройств у пациентов кардиологического профиля.

Материалы и методы: объектом для исследования явились 60 пациентов с наличием депрессивной патологии в клинической картине

заболеваемости, поступивших на лечение в отделения Хорезмского филиала Республиканского Специализированного Научно-Практического Медицинского Центра Кардиологии. Для определения эмоционального статуса использовали «Госпитальную шкалу тревоги и депрессии» (HADS) и опросник тревожности Спилбергера-Ханина, а для выявления типологических особенностей личностей пациентов применялся тест-опросник Шмишека-Леонгарда. По специально разработанной схеме медицинские психологи в течение трех месяцев проводили групповые и индивидуальные сеансы психокоррекции.

Результаты и обсуждение: на инициальном этапе исследования установлено, что у большинства пациентов эмоциональная сфера характеризовалась наличием депрессивной патологии, высоким уровнем тревожности и обсессивно-фобическими расстройствами. С помощью «Госпитальной шкалы тревоги и депрессии» (HADS) и опросника Спилбергера-Ханина выявлено наличие тревожно-депрессивных расстройств различной степени выраженности у 98 % пациентов, при этом проявления тревоги были отмечены у 94 % исследуемых, депрессии различных степеней тяжести – у 55 % обследованных; более чем у половины пациентов было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (55 %), у 35 % обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 10 % пациентов – констатировалась выраженная тревога. Депрессивная симптоматика чаще всего сопровождалась наличием панических атак и генерализованного тревожного расстройства в виде страха смерти или внезапной остановки сердца. На фоне пониженного настроения наблюдались и соматические эквиваленты депрессии – бессонница, отсутствие аппетита, спастические колики и запоры. Отмечалось суточное колебание настроения, сопровождающееся чувством тоски и безысходности. Большинство пациентов отмечало нарастающее чувство грусти и предчувствие приближающейся смерти. При исследовании конституционально-личностных особенностей обследуемых с помощью опросника Шмишека-Леонгарда среди всех пациентов были выявлены: демонстративный тип личности – у 6 больных (10 %), застревающий тип личности – у 16 больных (26,7 %), дистимический тип в 40 % случаев (24 обследованных), тревожно-боязливый тип – у 10 больных (16,6 %), в 6,6 % случаев (4 пациента) был выявлен эмотивный тип личности. Для редукации депрессивной симптоматики специально подбиралось психотерапевтическое вмешательство с дифференцированным подходом с учётом личностных особенностей каждого пациента. Реабилитационная программа включала в себя комплекс мер по скорейшему возвращению пациентов в социум и способствовала адаптации в новых условиях быстро меняющегося социума. Проводимая психотерапевтическая помощь состояла из пяти основных интегральных этапов. Инициальный этап психокоррекции состоял в установлении психотерапевтического контакта, исходя из характеро-

логических особенностей больных, и постановку целей. Врач-психотерапевт в ходе рациональной психотерапии выявлял точки-мишени для проведения комплексной интегральной психотерапии с учётом личностных особенностей пациентов кардиологического профиля. Комплексно применялись техники нейролингвистического программирования и рациональной психотерапии. На втором этапе использовали личностно-ориентированную психотерапию и технику краткосрочной позитивной психотерапии, эффективную при создании мотивации и активизации ресурсов личности с изменением системы представлений, ценностей, а также с формированием ответственности. Проведение техник эриксонского гипноза на третьем этапе способствовало воздействию на психологическую составляющую заболевания, улучшало эффект соматотропной терапии и нормализацию психовегетативных соотношений с учетом особенностей личности больного кардиологического профиля. На четвертом этапе проводилась коррекция внутренней картины болезни, психотерапевтическая работа с психологическими защитами, выработка адекватного отношения к комплексному поддерживающему лечению. Поддержка самостоятельности и инициативы больного с помощью проводимых арт-терапии, аутотренинга, семейной психотерапии, групповой динамической психотерапии и личностно-ориентированной психотерапии имела место на заключительном этапе психосоциореабилитации.

Выводы: таким образом, к концу психокоррекционной работы положительная динамика отмечается у 80 % пациентов кардиологического профиля, прошедших тренинги инновационной интегральной психотерапии, что указывает на необходимость данного вида групповой работы с больными сердечно-сосудистой и патологией эмоциональной сферы. Современные подходы в психодиагностике и психокоррекции депрессивных расстройств и личностных особенностей пациентов кардиологического профиля позволяют определить более глубокий уровень депрессии, полиморфизм клиники, является фактором предупреждения неблагоприятного прогноза заболевания, способствуют более дифференцированно осуществлять лечебно-реабилитационную помощь и оптимизировать психотерапевтический подход в выборе методов психологического воздействия с учётом личностных особенностей пациентов

Литература

1. Александров А.А., Балашова Т.Н. Сотрудничество врача и психолога в диагностическом процессе // Психотерапия и клиническая психология: методы, обучение, организация. – СПб. – Иваново, 2000. – С. 199–204.
2. Бабарахимова С.Б., Шаханская О.В., Искадарова Ж.М. Личностные особенности женщин с депрессивными расстройствами и их влияние на качество жизни // Сборники конференции НИЦ Социосфера 2013 г.

3. Сайдалиходжаева Д.Г., Бабарахимова С.Б. Оценка эмоциональных статусов беременных с учетом личностных особенностей / Психические расстройства в общей медицине. – 2017. № 4. 46–46 с.
4. Niyazova Z., Nurkhodjaev S., Akhmedzhanova A. Features of psychological rehabilitation in patients with eye injuries. *Medicine and Law*. 2019. – 1 (38). – P. 14–28.

Эмоциональный компонент личностной беспомощности и жизнестойкость у женщин с диагнозом рак молочной железы в период зрелости*

Абрамовская О.Р., Змеева А.С., Циринг Д.А.

Томский государственный университет, Томск, Россия

ora333@yandex.ru, zmeeva-csu@yandex.ru, l-di@yandex.ru

Ключевые слова: личностная беспомощность, жизнестойкость, рак молочной железы у женщин, период зрелости

Emotional component of personal helplessness and resilience in women diagnosed with breast cancer in adulthood

Abramovskaya O., Zmееva A., Tiring D.

Tomsk State University, Tomsk, Russia

Keyword: personal helplessness, viability, breast cancer in women, the period of maturity

Введение. В настоящее время тема преодоления и оптимального проживания сложных жизненных периодов является актуальной, в том числе в условиях протекания онкологического заболевания. В связи с этим становится важным выявление психологических факторов, оказывающих влияние на возникновение и протекание онкологического заболевания и выживаемости онкопациентов. В качестве таких внутренних факторов, опосредующих влияние внешних условий, в настоящей статье рассматриваются личностная беспомощность и жизнестойкость. Личностная беспомощность – системное качество субъекта, представляющее собой единство определенных личностных особенностей, которые определяют низкую способность человека противостоять трудностям, преобразовывать действительность, становясь автором жизненного пути [3]. Личностная беспомощность в своей структуре содержит 4 компонента: мотивационный, когнитивный, эмоциональный и волевой.

Эмоциональный компонент личностной беспомощности включает в себя повышенную тревожность, эмоциональную неустойчивость, неуверенность в себе, замкнутость, низкую стрессоустойчивость, низкий

* Исследование выполнено при поддержке Российского научного фонда (проект № 19-18-00426).

контроль эмоций, зависимость от настроений. Одной из его инвариантной составляющей является склонность к депрессии, которая выступает в качестве диагностического критерия личностной беспомощности наряду с пессимистическим атрибутивным стилем, тревогой и низкой самооценкой. У испытуемых с признаками личностной беспомощности проявляется склонность к обидам и некоторым проявлениям агрессии [3].

Структура личностной беспомощности имеет специфические особенности на каждом возрастном этапе [3].

Полярным психологическим образованием по отношению к личностной беспомощности, является жизнестойкость. Жизнестойкость включает в себя три автономных компонента: вовлеченность, контроль, принятие риска [4]. Эта личностная переменная характеризует меру способности личности выдерживать стрессовую ситуацию, сохраняя внутреннюю сбалансированность, что не снижает успешность в деятельности. Кроме того, жизнестойкость опосредует влияние стрессогенных и хронических факторов на соматическое и душевное здоровье [2]. И если личностная беспомощность предполагает подверженность депрессии, апатии, низкую стрессоустойчивость, уверенность в ненужности собственных действий, то жизнестойкость, наоборот, уменьшает риск возникновения депрессии, повышает стрессоустойчивость, позволяет определить способности личности к совладанию как с повседневными трудностями, так и в кризисных периодах, в том числе в условиях болезни.

Материал и методы. В данном исследовании приняли участие женщины с диагнозом рак молочной железы (далее рмж) в период зрелости, в возрасте от 36 до 50 лет согласно классификации возрастного развития Г.С. Абрамовой [1]. Общая совокупность выборки составило 47 человек. Исследование проведено на базе Челябинского областного клинического центра онкологии и ядерной медицины (г. Челябинск). В качестве методов психологического исследования использовались: «Опросник личностной беспомощности» (Д.А. Циринг, А.В. Степаненко); «Тест жизнестойкости» (Д.А. Леонтьев). При обработке данных использовался пакет математической статистики SPSS 20.0.

Результаты. В результате были выявлены взаимосвязи между эмоциональным компонентом личностной беспомощности и отдельными компонентами жизнестойкости на выборке женщин с диагнозом рмж в период зрелости: между эмоциональным компонентом личностной беспомощности и общим показателем жизнестойкости ($r=-0,409$ при $p=0,01$), а также ее компонентами – контролем ($r=-0,452$ при $p=0,01$), принятием риска ($r=-0,293$ при $p=0,05$). Необходимо отметить наличие во всех случаях отрицательной корреляции. Данный факт согласуется с тем, что жизнестойкость является полярным по отношению к личностной беспомощности образованием.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что ведущим компонентом на выборке женщин с диагнозом рмж в период зрелости

становится эмоциональный компонент. Преобладание эмоционального компонента личностной беспомощности у женщин с диагнозом рмж в период зрелости способно проявить в поведении доминирование таких характеристик как замкнутость, равнодушие, неуверенность, эмоциональную неустойчивость, склонностью к чувству вины, ранимостью, низкий контроль эмоций, обидчивость, тревожность, депрессивность и астению. В этом случае будет наблюдаться менее развитый компонент контроля жизнестойкости, который представляет собой убежденность в том, что активные действия и борьба позволяют влиять на результат происходящих с человеком событий. Это позволяет говорить о том, что у женщин с диагнозом рмж, наличия у них признаков личностной беспомощности, будут в большей степени ощущать собственное бессилие, невозможность повлиять на результат происходящего, бесполезность собственных усилий. Соответственно, компонент принятия риска жизнестойкости в данном случае будет также низким. В этом случае женщины с диагнозом рмж будут стремиться к простому комфорту и безопасности, им не понятна идея развития через активное усвоение знаний из опыта и последующее их использование.

Таким образом, в зрелом возрасте у женщин с диагнозом рак молочной железы выявлены значимые отрицательные корреляционные связи между эмоциональным компонентом личностной беспомощности и компонентами жизнестойкости.

Литература

1. *Абрамова Г.С.* Возрастная психология [Текст]: учеб. пособие для студ. вузов / Г.С. Абрамова.- 4-е изд., стереотип. М.: Издательский центр «Академия», 1999. – 298 с.
2. *Александрова Л.А.* К концепции жизнестойкости в психологии [Текст] / Л.А. Александрова // Сибирская психология сегодня : сб. науч. тр. / под ред. М.М. Горбатовой, А.В. Серого, М.С. Яницкого.- Кемерово : Кузбассвуиздат, 2004.-Вып.2. – С.82–90.
3. *Циринг Д.А.* Психология личностной беспомощности: исследование уровня субъектности. – М.: Издательский центр «Академия», 2010. – 410 с.
4. *Леонтьев Д.А.* Тест жизнестойкости [Текст] / Д.А. Леонтьев, Е.И. Расказова. – М.: Смысл, 2006. – 63 с.

Восприятие болезни и копинг-поведение пациентов с ревматическими болезнями

Абросимов И.Н.

кафедра клинической психологии,

МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия

i.abrosimov@bk.ru

Ключевые слова: восприятие болезни, совладающее поведение, адаптация к болезни

Perception of illness and coping behavior of patients with rheumatic diseases

Abrosimov I.N.

*Department of Clinical Psychology, A.I. Yevdokimov Moscow State
University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russian Federation*

Keywords: perception of illness, coping behavior, adaptation to illness

Введение. Традиционный для отечественной клинической психологии субъектный подход рассматривает в качестве основного продукта адаптации личности в условиях болезни формирование специфического психологического конструкта – внутренней картины болезни. Описанная Р.А. Лурией, внутренняя картина болезни в работах Б.В. Зейгарник обсуждается в контексте ситуации угрожающей соматической болезни, обуславливающей нарушения опосредования и саморегуляции пациента [2]. При этом, ВКБ рассматривается в качестве одного из «инструментов» активации сознательных компенсаторных действий по преодолению подобных нарушений [3]. В более поздних трудах зарубежных авторов данное соотношение будет описано в понятиях восприятия болезни и совладающего поведения [5].

Группа ревматических болезней благодаря современным достижениям медицины все реже определяется как угрожающая для жизни. Однако данные заболевания все еще остаются ярким примером хронической соматической патологии с длительным и трудноконтролируемым течением, и восприятие болезни и совладание с ней являются главными регуляторами здоровьесберегающего поведения [4].

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 80 пациентов ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» в возрасте от 18 до 52 лет: 40 пациентов с ревматоидным артритом (РА), 40 пациентов с системной красной волчанкой (СКВ). Применялся пакет психодиагностических методик: Краткий опросник вос-

приятия болезни (Broadbent E., et al., 2006; в адаптации Ялтонский В.М., Ялтонская А.В., Сирота Н.А., Московченко Д.В., 2017); Методика психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями (Вассерман Л.И. и соавт. 2009).

Результаты. Исследование показало, что для каждого изучаемого нами заболевания характерна структурная специфика его восприятия пациентами. Так, если пациенты репрезентируют ревматоидный артрит как заботящую их болезнь с длительным течением и хорошо узнаваемой симптоматикой, то, в свою очередь, пациенты с системной красной волчанкой также озабочены имеющимся заболеванием, его длительностью, и при этом воспринимают его как более понятное. Статистически значимые различия между сравниваемыми группами обнаружены по шкалам «течение» (СКВ $8,80 \pm 2,43$, РА $7,57 \pm 3,25$; $p=0,011$), «контроль болезни» ($6,53 \pm 2,29$, $5,42 \pm 2,84$; $p=0,049$), «контроль лечения» ($6,91 \pm 2,39$, $5,77 \pm 2,82$; $p=0,018$), «понятность болезни» ($7,53 \pm 2,69$, $6,05 \pm 3,27$; $p=0,019$).

Оценка выбора стратегий совладающего поведения указывает на амбивалентные копинг-паттерны в обеих группах пациентов, где на первый план выступают стратегии совладания «избегание» и «поиск социальной поддержки». Однако если в группе РА наряду с уже указанными преобладает стратегия «дистанцирование», то в группе СКВ – «планирование решения проблем». Важно отметить также, что все показатели копинг-поведения в обеих группах не превышали нормативные данные, приведенные авторами методики, что указывает на их умеренное применение, которое в целом повышает адаптивное функционирование в условиях болезни [1]. Статистически значимые различия двух групп были получены также по шкалам «поиск социальной поддержки» (СКВ $51,44 \pm 9,49$; РА $48,20 \pm 8,47$; $p = 0,49$) и «принятие ответственности» (СКВ $48,90 \pm 10,18$; РА $44,25 \pm 12,61$; $p = 0,46$) с преобладанием данных показателей в группе СКВ.

Процедура корреляционного анализа в двух группах сравнения позволила описать связи на уровне тенденций между изучаемыми показателями. В группе пациентов с ревматоидным артритом осознание последствий своего заболевания в будущем как более тяжелых положительно коррелирует с выбором конфронтативного совладания ($r=0,351$, $p=0,026$), а чувство контроля над имеющимся заболеванием возрастает при более выраженной стратегии поиска социальной поддержки ($r=0,433$, $p=0,005$). В группе пациентов с системной красной волчанкой восприятие своей болезни как более понятной отрицательно коррелирует с выбором дистанцирования в качестве совладания со стрессом ($r= -0,363$, $p=0,009$).

Резюме. Восприятие своей болезни и выбор копинг-поведения являются важными параметрами адаптации личности пациента с хроническим соматическим заболеванием. Их учет необходим при разработке профилактических, диагностических и психокоррекционных меро-

приятий, направленных на оптимизацию лечения и психологическое сопровождение пациентов ревматологического профиля. Не смотря на имеющиеся у них общие черты (долгая протяженность болезни во времени и эмоциональная озабоченность ею, поиск поддержки и избегание), имеются также нозоспецифические характеристики, обусловленные в том числе и различным опытом переживания болезни. Так пациенты с РА в ходе приобретения телесного опыта болезни научаются лучше идентифицировать ее, что обуславливает самоограничительное поведение в виде дистанцирования. Пациенты с СКВ вынуждены лучше понимать механизмы протекания своей болезни и планировать совладание с ней в ответ на ее диффузность, нелинейность и малую освещенность в обыденном представлении.

Литература

1. *Вассерман Л.И., Чугунов Д.Н., Щелкова О.Ю.* Соотношение субъективных и объективных факторов в процессе формирования внутренней картины болезни и совладающего поведения // Консультативная психология и психотерапия, 2019, 27(2), С. 82–94.
2. *Зейгарник Б.В.* Нарушения личности /Патопсихология. Издание 2-е, переработанное и дополненное/ М.: Издательство Московского университета, 1986. – С 37–93.
3. *Холмогорова А.Б., Хаин А.Е., Абабков В.А.* Эмоциональное состояние и стратегии совладания подростков с онкогематологическими заболеваниями // Клиническая и специальная психология. 2018. Т. 7. № 4. С. 131–149.
4. *Ялтонский В.М., Абросимов И.Н.* Совладающее с болезнью поведение взрослых с муковисцидозом // Национальный психологический журнал, 2014, 3(15), С. 60–65.
5. *Ялтонский В.М., Московченко Д.В., Сирота Н.А., Ялтонская А.В.* Психометрические характеристики модифицированного опросника восприятия болезни: апробация на больных раком молочной железы и ишемической болезнью сердца // Клиническая и специальная психология, 2017, 6(2), С. 158–174.

Роль клинической психологии при реабилитации осужденных-инвалидов

Алигаева Н.Н.

ФГБОУ ВО КГУ им. К.Э. Циолковского, Калуга, Россия

nigar-0520@mail.ru

Ключевые слова: осужденные-инвалиды, исправительное учреждение, клиническая психология, реабилитация, ресоциализация

The role of clinical psychology in the rehabilitation of disabled prisoners

Aligaeva N.N.

Kaluga State University, Kaluga, Russia

Keywords: disabled convicts, correctional institution, clinical psychology, rehabilitation, resocialization

Проблема реабилитации осужденных является одной из значимых проблем в пенитенциарной системе, в частности – разрешение трудностей социализации осужденных-инвалидов.

Ресоциализация данных осужденных представляется двумя направлениями развития: личностные изменения самого осужденного под воздействием психологических мероприятий и согласие семьи и общества принять его. Для лиц с инвалидностью последняя задача является затруднительной, т.к. отвержение происходит не только в связи с недавней судимостью, но и из-за занимаемого низкого социального статуса, ключевыми моментами которого являются наличие жилья, семьи, работы. В некоторых ситуациях именно это и поспособствовало совершению корыстной и насильственной преступности.

Перед руководством исправительного учреждения стоит непростая задача. Многие сотрудники отмечают факторы, которые связаны с трудностями работы с данной категорией лиц: их индивидуально-психологические особенности и социальные установки по отношению к лицам, имеющим инвалидность и ограниченные возможности здоровья. Только в ходе комплекса мероприятий, проводимых сотрудниками воспитательного отдела, психологической лабораторией, медицинской частью, отдела специального учета и социальной службы, возможна благоприятная ресоциализация осужденного-инвалида. Работа с ними должна проводиться постоянно и немаловажную роль здесь играет сопровождение психолога, обладающего знаниями в области клинической психологии [1].

Клиническая психология является областью психологии, занимающейся вопросами взаимодействия болезней и психических явлений. Именно поэтому для успешной работы с осужденными-инвалидами пеницициарному психологу необходимо владеть знаниями в области неврологии, психиатрии, наркологии; разбираться в психофизиологических и патопсихологических методах диагностики, психотерапии и психокоррекции. Психологические мероприятия помогают сформировать мотивацию к исправлению, выработать позитивные установки по отношению к собственному здоровью, развить навыки конструктивного поведения [2].

В исправительном учреждении в основном встречаются больные и инвалиды следующих категорий: перенесшие внезапные тяжелые, угрожающие жизни и благополучию заболевания (ИМ, инсульт); страдающие хроническими заболеваниями с неблагоприятным течением, с угрозой жизни; получившие тяжелые физические травмы с утратой (частичной или полной) трудоспособности.

Неадекватные психологические реакции на болезнь и патологическое развитие личности оказывают сильнейшее препятствие при проведении реабилитационных мероприятий.

Психологи оказывают помощь в преодолении страхов, «ухода в болезнь, депрессии, отсутствия мотивации к преодолению болезни и ее последствий, низкая приверженность больных к участию в программах медицинской реабилитации.

Основными и значимыми задачами психологической реабилитации являются: психологическая поддержка; формирование адекватных личностных реакций на болезнь; повышение приверженности проводимому лечению; формирование установок на активное участие в программах реабилитации, на своевременное возвращение к труду (учебе), на восстановление своей роли в семье и социально-трудовом окружении [3].

Психодиагностика осужденных-инвалидов проводится с первых дней прибытия в учреждение и позволяет индивидуализировать программы психологической реабилитации.

Аутогенные тренировки, направленные на обучение методам саморегуляции и самовнушения, достаточно часто применяются и являются эффективными техниками психотерапии. Также положительные результаты наблюдаются при использовании когнитивно-поведенческой терапии и гипносуггестивной терапии. Но необходимо обратить внимание, что данные методы и техники используются психологами, имеющими специализацию в области клинической психологии.

Основными направлениями психологической работы с осужденными, имеющими инвалидность, являются «культурно-просветительское направление», «психогигиена» и «психотерапевтические мероприятия». Психогигиена позволяет инвалидам создавать благоприятные условия для поддержания здоровья, активной жизнедеятельности и трудовой деятельности [4].

Комплекс психотерапевтических мероприятий способствует активизации телесных и психических функций и решению конкретных проблемных ситуаций, с которыми осужденному-инвалиду приходится сталкиваться ежедневно.

Таким образом, роль клинической психологии является значимой при составлении индивидуальных психологических программ, которые позволяют рассматривать каждый случай с точки зрения уникальности личности. Знания в области неврологии, патопсихологии, нейропсихологии способствуют более глубокому пониманию психологических и личностных проблем инвалидов.

Развитие знаний в области клинической психологии является одним из факторов, позволяющих успешно ресоциализировать осужденных разных категорий в период подготовки к освобождению и при профилактике повторных преступлений.

Литература

1. *Алигаева Н.Н.* Клиническая психология и психотерапия в исправительных учреждениях / Н.Н. Алигаева // В сборнике: Антология российской психотерапии и психологии. Материалы научно-практических конгрессов Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги и Национальной саморегулируемой организации «Союз психотерапевтов и психологов». Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига; Национальная саморегулируемая организация «Союз психотерапевтов и психологов». 2019. С. 111.
2. *Заборовская Ю.М.* Проблема ресоциализации осужденных к лишению свободы инвалидов и лиц пожилого возраста / Ю.М. Заборовская // Уголовно-исполнительная система на современном этапе: взаимодействие науки и практики. Материалы Международной научно-практической межведомственной конференции. Под общей редакцией А.А. Вогинова. 2016. С. 235–237.
3. *Зайцев В.П.* Медико-психологическая реабилитация больных и инвалидов / В.П. Зайцев // Терапевтический архив. 2013. № 10. С. 105–110.
4. *Малетина Е.А.* Работа психологов с осужденными мужского пола, имеющими инвалидность / Е.А. Малетина // Образование и наука в России и за рубежом. 2018. № 11 (46). С. 99–102.

Связь саморегуляции и субъективного восприятия времени у пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника

Баранова А.В., Яковлева Н.В.

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия

av_baranova.62@mail.ru, yakovleva.nata2@gmail.com

Ключевые слова: саморегуляция, субъективное восприятие времени, хроническое соматическое заболевание, дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника

Relationship between self-regulation and subjective perception of time of patients with degenerative-dystrophic diseases of the spine

Baranova A.V., Yakovleva N.V.

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia

Keywords: self-regulation, subjective perception of time, chronic somatic disease, degenerative-dystrophic diseases of the spine

Введение. Личность, развиваясь в условиях хронического соматического заболевания (ХСЗ), попадает в специфические условия реальности, обуславливающие изменение деятельности и путей реализации личности на протяжении длительного временного периода. В связи с этим происходит изменение временной перспективы как актуальных представлений о субъективном прошлом, настоящем и будущем времени. Помимо этого можно предположить особую роль субъективного восприятия времени в ситуации ХСЗ как события, имеющего начало, но не имеющего детерминированного завершения. Механизмом, позволяющим личности адаптивно строить свою деятельность, активно изменять ее условия, выступает саморегуляция, понимаемая нами вслед за О.В. Конопкиным как инструментальный, потенциально осознаваемый системно-организованный процесс внутренней психической активности.[1] Согласно замечанию К.А. Альбухановой-Славской [2], саморегуляция осуществляет оптимизацию психических возможностей, компенсацию недостатков, регуляцию индивидуальных состояний и ресурсов. Взаимосвязь саморегуляции и субъективного восприятия времени, с одной стороны, обосновывается неразрывностью целей активности и планов возможного будущего и прошлого опыта, с другой стороны, факторы субъективного восприятия времени

отражают качество условий деятельности, как непосредственно воспринимаемых, так и предвосхищаемых личностью.

Материал и методы. Исследовательскую выборку составили люди, имеющие в диагнозе хроническое течение дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника (ДДЗП), 33 испытуемых, средний возраст $41,6 \pm 12,1$. Выбор ДДЗП хронического течения обусловлен достаточно пролонгированным развитием с отставленной во времени и трудно прогнозируемой возможностью ухудшения объективного состояния. Исследование проводилось на базе ГБУ РО «Областная клиническая больница» г.Рязани в 2019 г. В качестве методов исследования применялись следующие психодиагностические методики: опросник «Семантический дифференциал времени» Л.И. Вассермана («Semantic time differential» by L.I. Wasserman), опросник «Стили саморегуляции поведения» (ССПМ) В.И. Моросановой («Styles of self-regulation of behavior» by V.I. Morosanova). Математико-статистическая обработка выполнялась в программе STADIA 8.0, использовался корреляционный анализ данных по критерию Спирмана.

Результаты. В ходе исследования были получены корреляции, позволяющие охарактеризовать специфику связи саморегуляции и факторов субъективного восприятия времени в условиях хронического течения ДДЗП. Наиболее прочные взаимосвязи были получены для таких компонентов саморегуляции, как моделирование, программирование и гибкость. Способность к моделированию имеет значимую связь с субъективной величиной прошлого времени ($r_{\text{сзмп}} = 0,368$): восприятие прошлого как времени, благоприятного для свободной самореализации, более свойственно высокому уровню развития способности к моделированию.

Высокий уровень способности к программированию, под которым понимается продумывание, детализация способов поведения и действий для достижения определенной цели, обратно связан с ощущением времени прошлого ($r_{\text{сзмп}} = -0,453$). Имея тесную психологическую связь с прошлым, будучи интеллектуально и эмоционально вовлеченными в него, пациенты с ДДЗП менее ориентированы на выстраивание реалистичных планов достижения целей в будущем. Одновременно наблюдается обратная корреляция данного компонента с общей оценкой времени будущего ($r_{\text{сзмп}} = -0,415$): мы полагаем, что в условиях ХСЗ субъекту, обладающему достаточно развитыми способностями к программированию, свойственно ориентироваться на негативные стороны данной программы, что вызывает негативные эмоциональные переживания в отношении будущего времени. Подобное предположение подтверждается обратной связью программирования и фактора эмоциональности будущего ($r_{\text{сзмп}} = -0,358$).

Высокие значения общей оценки настоящего и будущего времени устойчиво коррелируют с регуляторной гибкостью, при этом наиболь-

ший вклад в их взаимосвязь вносится факторами эмоциональности и событийной насыщенности субъективного времени. Мы полагаем, что высокий уровень развития гибкости как пластичности планов и способов их реализации снимает эмоциональное давление на человека в ситуации ХСЗ, позволяет ощущать себя более компетентным в осуществлении различного рода деятельности, что отражается на характере восприятия настоящего и будущего.

Общий уровень саморегуляции деятельности пациентов с ДДЗП положительно связан с субъективным восприятием времени настоящего ($r_{\text{сзмп}} = 0,425$) и такими его факторами, как величина ($r_{\text{сзмп}} = 0,38$) и эмоциональность ($r_{\text{сзмп}} = 0,442$). Высокому уровню регуляции произвольной активности, ее успешности, соответствует субъективная оценка настоящего как событийно наполненного, насыщенного положительными переживаниями.

Выводы. По итогам проведенного исследования, связь саморегуляции и факторов субъективного восприятия времени у пациентов с ДДЗП характеризуется следующими особенностями: восприятие настоящего и будущего времени как эмоционально положительного, достаточно продолжительного и наполненного событиями зависит от высокого уровня развития регуляционной гибкости и в целом общего уровня саморегуляции. Опыт прошлого, его восприятие как достаточно разнообразного и обширного, позволяет субъективно легче выделять условия достижения цели в настоящем и предвосхищаемом будущем. В ситуации ХСЗ тесная связь с прошлым, проявляющая себя в факторе ощущения времени, препятствует разработке реалистичных программ деятельности, в то же время, достаточно развитый компонент программирования провоцирует восприятие будущего как неблагоприятного временного периода. Выявленная взаимосвязь может указывать на работу особенного защитного механизма, препятствующего травматизации личности пациента с ДДЗП. Это обосновывает необходимость дальнейшей разработки данной темы.

Литература

1. *Абульханова-Славская К.А.* Стратегия жизни. М.: Мысль, 1991.
2. *Конопкин О.А.* Психическая саморегуляция произвольной активности человека (структурно-функциональный аспект) // Вопросы психологии. 1995. № 1. С. 5–12.

Особенности самоотношения больных сахарным диабетом второго типа в пожилом возрасте на фоне декомпенсации

Батяева А.С.

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

tovsla@yandex.ru

Зверева Н.В.

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

ФГБНУ Научный центр психического здоровья, Москва, Россия

nwzvereva@mail.ru

Ключевые слова: сахарный диабет, копинг-стратегии, самоотношение, пожилой возраст, декомпенсация

Features of self-attitude of patients with type 2 diabetes mellitus in old age against the background of decompensation

Batyaeva A.S.

*Moscow State University of Psychology
and Education, Moscow, Russia*

Zvereva N.V.

*Moscow State University of Psychology
and Education, Moscow, Russia*

*FSBSI Mental Health Research
Center, Moscow, Russia*

Keywords: diabetes mellitus, coping strategies, self-attitude, old age, decompensation

Введение. Рост численности населения пожилого возраста, увеличение в 2 раза количества больных сахарным диабетом в России за последние 20 лет и высокий процент декомпенсированных больных среди людей с диабетом 2-го типа (не менее 48 % по данным 2018 г.) – все это обусловило обращение к теме изучения самоотношения, копинг-стратегий у этих пациентов. Компенсация диабета во многом зависит от способности больных управлять своим заболеванием. Соблюдение диеты и режима питания больными диабетом являются ключевыми факторами компенсации состояния здоровья этих больных. При этом длительная детальная регламентация удовлетворения витальной потребности (приема пищи) требует наличия психологических ресурсов личности. Таких

ресурсов может не доставать больным с проблемным самоотношением (недостатком самопринятия, заниженной самооценкой).

Крайне мало отечественных работ, напрямую посвященных особенностям самоотношения больных диабетом, в частности, связи самоотношения и компенсации углеводного обмена, но достаточно много работ о связи инсулинорезистентности с личностными характеристиками больных, а также о психологических особенностях больных сахарным диабетом.

В основе исследования лежит несколько предположений: компенсация-декомпенсация болезни связана с характером самоотношения, позитивное самоотношение больных диабетом соответствует лучшей компенсации углеводного обмена при диабете 2-го типа. Декомпенсация диабета имеет связь с нарушениями пищевого поведения. Деадаптивное поведение в трудных ситуациях (деадаптивные копинги) связано с трудностями в управлении диабетом и декомпенсацией углеводного обмена

Цель анализ связи параметров самоотношения больных сахарным диабетом 2-го типа с характером компенсации углеводного обмена у лиц пожилого возраста.

Материал: 45 человек (24 чел. – экспериментальная группа ЭГ, 21 чел. – контрольная группа КГ) в возрасте от 57 до 75 лет, страдающих сахарным диабетом 2 типа, в экспериментальной группе – с углеводной декомпенсацией ($Hb \geq 7,5$), а в контрольной – без декомпенсации, это деление проводилось врачами в клинике и на основании опроса респондентов, проходивших исследование через интернет. По остальным параметрам (половозрастной состав, давность заболевания, уровень образования) группы были примерно уравнены. Исследование проводилось частично очно в ГКБ им. В.В. Вересаева г. Москвы, частично дистанционно с использованием опросов через google-docs.

Методы: экспериментально-психологический, психодиагностический, Математическая обработка данных. Для проведения исследования был разработан методический комплекс для пожилых людей с диабетом 2-го типа, куда вошли анкета, методики оценки самоотношения и самооценки, опросники пищевого поведения, копингов.

Результаты. Основные результаты приводятся в обобщенном виде. Средний уровень самоуважения (по шкале Розенберга) оказался несколько выше в КГ. Люди пожилого возраста с сахарным диабетом 2-го типа, у которых выражен самоинтерес (близость к себе, интерес к своим мыслям и чувствам), достигают лучших показателей углеводного обмена. Недостаточно изученная внутренняя картина болезни и внутренняя картина лечения у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа при декомпенсации вызывает исследовательский интерес, однако, наши предположения, что по всем параметрам пациенты ЭГ будут хуже, чем пациенты КГ оправдались неполностью. Общий уровень самооценки не показал своего влияния как значимого фактора на уровень компенсации

диабета. – средний балл по методике самоотношения Столина оказался выше в КГ, обнаружена определенная связь параметров самоотношения и длительности болезни. По мере увеличения стажа болезни у больных падает уровень самоинтереса (близость к себе), что говорит о частичном истощении ресурсов личности для адаптации к болезни с ростом продолжительности заболевания. Чем больше стаж болезни, тем ниже показатели самоинтереса в обеих группах.

Для пациентов с сахарным диабетом большое значение имеют поведенческие паттерны, связанные с приемом пищи (рацион, расписание, диета), выполнение ряда требований имеет витальное значение. В нашем исследовании характеристики пищевого поведения больных диабетом оказались более измененными в КГ по сравнению с ЭГ, где оказалась больше доля испытуемых с нормальным пищевым поведением по сравнению с КГ. Хотя средние показатели по группам различаются незначительно, но в КГ оказалось больше респондентов с нарушениями по эмоциогенному и экстернальному типу (по опроснику DEBQ).

Исследование копинг-стратегий по тесту Лазаруса показало, что в ЭГ наиболее выраженными были копинги «Дистанцирование», «Планирование решения проблемы» и «Положительная переоценка», наименее дезадаптивный копинг «Бегство-избегание». Самоинтерес показал корреляцию с использованием адаптивных копингов «Планирование решения проблемы» и «Положительная переоценка». Такая связь может рассматриваться как продуктивная для адаптации и максимально полноценной жизни при сахарном диабете 2-го типа, особенно важно, что данные получены для пожилого возраста, который может рассматриваться как группа риска личностной и социальной дезадаптации.

Резюме. Наибольшие различия между группами по шкалам опросника Столина по среднему баллу наблюдаются: по показателю саморукводства (средний уровень несколько выше в ЭГ); самоинтерес и ожидаемое отношение других (средний уровень заметно выше в КГ). В подгруппе ЭГ, прошедшей опрос по методике Лазаруса, наиболее выражены копинги «дистанцирование», «планирование решения проблем» и «положительная переоценка», наименее выражен копинг «бегство-избегание».

Таким образом, исследование показало адекватность предлагаемого методического комплекса, его применение может быть полезным и при разработке психотерапевтической тактики по отношению к больным с сахарным диабетом 2-го типа. Для больных, их родственников и специалистов, работающих с ними, важно, что компенсация/декомпенсация зависит не столько от высоты самооценки, сколько от качества самоотношения, а психологические факторы, которые влияют на него, нуждается в дальнейшем изучении. Предположение об однозначной связи нарушений пищевого поведения и декомпенсации углеводного обмена не подтвердилось. Также не нашли подтверждения предположения о том, что копинги декомпенсированных больных несут дезадаптивный характер.

Психологическая коррекция беременных женщин с выраженным уровнем дистресса*

Бурина Е.А., Абабков В.А.

*Санкт-Петербургский Государственный
Университет, г. Санкт-Петербург, Россия*
e.a.burina@spbu.ru, valababkov@mail.ru

Пазарацкас Е.А.

*Женская консультация № 33,
г. Санкт-Петербург, Россия*
9446642@gmail.com

Капанова С.В.

*Санкт-Петербургский Государственный
Университет, г. Санкт-Петербург, Россия*
sph.sph92@gmail.com

Ключевые слова: дистресс, беременность, психологическое вмешательство, коррекция

Psychological correction of pregnant women with high distress level

Burina E.A., Ababkov V.A.

Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia

Pazaratskas E.A.

Women consultation № 33, Saint Petersburg, Russia

Kapranova S.V.

Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia

Keywords: distress, pregnancy, psychological intervention, correction

Период беременности зачастую рассматривается не только как положительное и значимое событие в жизни женщины, но и как определенное макрострессовое событие. Большое количество женщин испытывают устойчивые проявления дистресса на протяжении всего срока беременности.

Целью данного исследования явилось изучение особенностей и уровня дистресса у беременных женщин, проведение психологической коррекции, а также первичной оценки ее эффективности.

Для реализации цели были сформулированы следующие исследовательские задачи: 1. изучение социально-демографических, личностных и клинико-психологических особенностей беременных женщин; 2. изу-

* Исследование выполняется при поддержке гранта РФФИ № 19-013-00417а.

чение выраженности и особенностей дисстресса у женщин в динамике (до и после родов); 3. составление программы и проведение психологической коррекции у беременных женщин с выявленным дисстрессом; 4. оценка эффективности проведенной коррекции по ее завершении; 5. разработка психопрофилактических мероприятий, направленных на снижение выраженности дисстресса у беременных женщин.

Дизайн исследования предполагал лонгитюд с 3 замерами: 1 замер – при постановке беременной женщины на учет в женской консультации, 2 замер – после проведения психологической коррекции с частью беременных женщин, нуждающихся в психологическом вмешательстве, 3 замер – в период от 2 до 6 месяцев после родов со всеми респондентами.

Для реализации задач исследования были выбраны следующие методы: 1. клинико-психологический метод (наблюдение и беседа); 2. клинический метод (акушерко-гинекологический); 3. авторская анкета; 4. опросник «Шкала воспринимаемого стресса-10», адаптирована и валидизирована В.А. Абабковым, С.В. Капрановой, К.А. Стуковым; 5. симптоматический опросник SCL-90, адаптированный и валидизированный Н.В. Тарабиной; 6. личностная методика «Большая пятёрка» (Big 5), адаптирована Г.Г. Князевым, Л.Г. Митрофановой, В.А. Бочаровым; 7. «Тест отношений беременной» И.В. Добрякова.

По результатам первого замера с частью беременных женщин (N=40) проводились психокоррекционные мероприятия. В качестве метода психологической коррекции была выбрана краткосрочная психодинамическая психотерапия, подробно описанная и обоснованная в диссертации Е.Б. Мизиновой на тему «Краткосрочная групповая личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия при невротических расстройствах» (2004). Данный вид психологического вмешательства совмещает техники когнитивно-бихевиорального и личностно-ориентированного подходов. Проводится в групповом формате (группы не более 12 человек). Краткосрочность определяется в среднем 10 групповыми встречами [1].

При анализе полученных в исследовании данных использовались стандартные методы математической статистики с помощью компьютерных программ «Excel» и «R Studio», пакеты «ez», «psych», «ggplot2». Методы обработки и анализа данных: описательные статистики, сравнение средних величин, методы вторичной статистической обработки – критерий χ^2 -Пирсона, непараметрический критерий Н-Краскела-Уоллиса, использование непараметрического критерия U-Манна-Уитни.

В целом в исследовании приняли участие 125 беременных, из них с 40 женщинами проводилось психологическое вмешательство на втором замере. Средний возраст женщин составил 30 лет. Большинство респонденток находятся в браке, имеют высшее или неоконченное высшее образование, проживают в городе Санкт-Петербург. Беременность у данных женщин протекала без каких-либо значимых осложнений.

Анализ личностных особенностей беременных женщин показал некий среднестатистический портрет респонденток, так как все изученные показатели находились в диапазоне средних значений.

По результатам проведенного исследования у большинства респонденток было выявлено преобладание оптимального типа психологического компонента гестационной доминанты, что свидетельствует об адекватном отношении к беременности, к ребенку и материнству в целом.

Анализ полученных результатов по симптоматическому опроснику на первом замере продемонстрировал значительно завышенные показатели (диапазон высоких значений), что свидетельствует о достаточно тяжелом состоянии женщин. Обращает внимание представленность всех регистрируемых шкал, что может негативно сказываться на течение беременности и приводить к определенным рискам. Результаты, полученные после проведения психокоррекционных мероприятий, демонстрируют статистически значимое снижение уровня выраженности симптоматики (диапазон средних значений). Различия между замерами достоверны по каждой шкале: $p < 0,0001$.

Был изучен общий уровень воспринимаемого респондентами стресса. Результаты первичного замера демонстрируют достоверно значимо ($p < 0,0001$) более высокий уровень стресса, нежели показатели, полученные в рамках последующего замера.

Таким образом, следует заключить, что изученные показатели дистресса резко снизили свои значения после проведения психокоррекционных мероприятий с данной группой беременных женщин. Скорость изменений в данном случае особо значима, учитывая сроки гестации, а также физиологические и психологические особенности состояния женщины во время беременности.

В целом, снижение уровня дистресса способствует улучшению состояния беременных, а также безусловно связано с более положительным течением беременности, что предоставляет женщине больше возможностей выносить и родить здорового ребенка.

Литература

1. *Абаков В.А., Исурина Г.Л., Кайдановская Е.В., Карвасарский Б.Д., Колотильщикова Е.А., Мизинова Е.Б., Полторак С.В., Чехлатый Е.И.* Разработка методики интерперсональной психотерапии для лечения невротических расстройств и оценка её эффективности. Методические рекомендации. – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева. 2007. – 49 с.

Психосоматический симптом в контексте социального стресса и экзистенциальной исполненности

Василенко Т.Д., Селин А.В.

*Курский государственный медицинский
университет, Курск, Россия*

tvasilenko@yandex.ru alexspsy@gmail.com

Ключевые слова: адаптация, экзистенциальная исполненность, психосоматический симптом, социальный стресс

Psychosomatic symptom in the context of social stress and existential fulfillment

Vasilenko T.D. Selin A.V.

Kursk state medical university, Kursk, Russia

tvasilenko@yandex.ru alexspsy@gmail.com

Keywords: adaptation, existential fulfillment, psychosomatic symptom, social stress

Введение. Нарастающая стрессогенность повседневной жизни, создающая условия для психосоматического реагирования на дезадаптирующие воздействия, а также тенденция нынешней системы здравоохранения уделять внимание не только медицинской, но и психосоциальной реабилитации пациентов соматической клиники ставят перед современной медицинской психологией задачу повышения адаптационных возможностей людей, находящихся в ситуации наличия психосоматической симптоматики.

Категории «адаптация» и «дезадаптация» в психологической литературе трактуются достаточно неоднозначно. Психологическая адаптация рассматривается нами как деятельность личности по преодолению или преобразованию дезадаптирующего воздействия, затрагивающая множественные уровни организации человека и направленная на поддержание целостности личности. Взаимодействие с окружающей действительностью, её отражение, регуляция поведения с целью поддержания целостности организма всегда возникают в ответ на внешние воздействия. Следовательно, об адаптации мы можем говорить условно, так как приспособление теоретически возможно к любому воздействию, однако в практическом смысле результат подобного приспособления не всегда приемлем с точки зрения общего качества функционирования организма.

Мы считаем, что в контексте нашего исследования наиболее актуально рассматривать психологическую адаптацию к ситуации заболевания,

получившую развитие в работах Р. Моос, Ж. Шейфер, Р. Мосс-Моррис, Д. де Риддер и в общем рассматривается как здоровое обретение пациентами равновесия в изменившихся обстоятельствах [3].

Современные исследования показывают, что многие люди могут испытывать позитивные изменения в жизни в ответ на болезнь и воздействия стрессоров. Лица, страдающие заболеванием, часто сообщают о личностном росте, связанном с опытом [2]. Поиск смысла в ситуации заболевания часто побуждает к осознанию личной уязвимости, которая открывает путь к созданию смысла в жизни посредством оценки значения и ценности. Поиск смысла и пользы в опыте заболевания рассматривается как в качестве предиктора последующей адаптации, так и в качестве самостоятельного адаптивного результата. Р. Тедески и Л. Калхун в своей функциональной описательной модели предложили, что посттравматический рост проистекает из метафорически «сейсмического события», встряхивающего основные схемы, убеждения и цели человека [4].

Опираясь на работы А. Лэнгле мы рассматриваем экзистенциальную исполненность как показатель отражающий качество жизни личности, связанного с ощущением наполненности жизни определённым смыслом. Степень экзистенциальной исполненности показывает, много ли осмысленного в жизни, как часто человек живет с внутренним согласием, соответствуют ли его сущности его решения и поступки, может ли он вносить хорошее, как он его понимает, в жизнь [1].

Материалы и методы. В качестве методов исследования мы использовали шкалу экзистенции А. Лэнгле, К. Орглер, шкалу социального избегания и дистресса (SADS) Д. Уотсона и Р. Френда в адаптации В.В. Красновой, А.Б. Холмогоровой, и клиническую беседу, направленную на установление наличия дезадаптирующей ситуации в жизни испытуемого, параметров дезадаптирующего воздействия и степени изменений, вызванных нарушением психологической адаптации личности.

На основании феноменов, выявленных в ходе клинической беседы и работе с медицинским анамнезом, нами было выделено 3 группы испытуемых (по 30 человек): здоровые испытуемые, демонстрирующие психосоматические симптомы и пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями (гипертоническая болезнь и стенокардия) и здоровые испытуемые (контрольная группа).

Результаты и выводы. Анализируя различия по уровню социального избегания и дистресса между группами здоровых испытуемых с психосоматической симптоматикой и пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, отметим выявленные различия на высоком уровне статистической значимости. На наш взгляд важно, что по данному показателю здоровые испытуемые с психосоматической симптоматикой не отличаются от группы здоровых испытуемых, что указывает на то, что тенденция к социальному избеганию и дистрессу в ситуациях об-

щения присоединяется только с соматизацией внутреннего конфликта. Отсутствие желания спрятаться от социальных контактов «до последнего» может свидетельствовать об использовании личностью социальной поддерживающей сети как фактора, сдерживающего развитие болезни.

Таким образом, мы отмечаем, что у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями обнаруживается тенденция испытывать дискомфорт в ситуациях, предполагающих социальные взаимодействия, а также сниженная способность испытывать интерес и удовольствие от взаимодействия с партнерами по общению.

Анализируя спектр экзистенциальных феноменов психологической адаптации личности мы обнаружили различия на высоком уровне статистической значимости по шкалам «Самодистанцирование», «Самотрансценденция», «Person» и «Общий балл экзистенциальной исполненности». Важно отметить, что по всем показателям баллы в группе здоровых людей с психосоматической симптоматикой выше чем в группах здоровых испытуемых и людей с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

В целом, можно отметить, что уровень экзистенциальной исполненности у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями значительно ниже в сравнении со здоровыми испытуемыми и здоровыми людьми, с психосоматической симптоматикой. В обеих группах в разной степени наблюдается снижение внутренней открытости, способности к адаптации к внешней среде, а также стеснение в осуществлении собственных жизненных стремлений.

Здоровые люди с наличием психосоматического симптома демонстрируют высокую способность справляться с собой и с миром, принимать внутренние и внешние вызовы, ориентируясь на собственную иерархию ценностей, что свидетельствуют о более аутентичном проживании жизни, эмоциональной открытости и диалогичности с собой и миром.

Мы считаем, что полученные результаты демонстрируют важный аспект адаптационного процесса в ситуации наличия психосоматического симптома, когда появление симптома связанное, возможно, с недостатком осмысленности жизни, запускает процесс активизации экзистенциальных процессов, основная задача которых повышение осмысленности жизни, и как следствие ослабление симптома.

Литература

1. Лэнгли А. Жизнь, наполненная смыслом. Логотерапия как средство оказания помощи в жизни // М.: Генезис. – 2017.
2. Cordova M.J. et al. Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparison study //Health Psychology. – 2001. – Т. 20. – № 3.
3. Moos R.H., Schaefer J.A. The crisis of physical illness //Coping with physical illness. – Springer, Boston, MA, 1984
4. Tedeschi R.G., Calhoun L.G. «Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence» //Psychological inquiry. – 2004. – Т. 1

Психогенные неэпилептические приступы: проблема диагностики и терапии

Великанова Л.В.

*психоаналитик, независимый
исследователь, Санкт-Петербург
laragiant@gmail.com*

Ключевые слова: психоанализ, истерия, эпилепсия, психогенные неэпилептические приступы, истерические припадки

Psychogenic non-epileptic seizures: the problems of diagnostic and therapy

Velikanova L.V.

*psychoanalyst, independent
researcher, Saint Petersburg
laragiant@gmail.com*

Keywords: psychoanalysis, hysteria, epilepsy, psychogenic non-epileptic seizures, hysterical fit

В последние несколько лет в российских журналах по неврологии и эпилептологии наблюдается активность в публикации работ, посвященных психогенным неэпилептическим приступам (далее ПНП), – теме, пока мало разработанной в отечественной медицине.

Подобные припадки в литературе называются психогенными неэпилептическими, истероэпилептическими, псевдоэпилептическими или истерическими и, главным образом, характеризуются отсутствием видимой патологии мозговой активности при диагностике методами ЭЭГ, КТ, МРТ. Кроме того, Гене-Кос и Ринг [4] приводят ряд характеристик пациентов с ПНП, среди которых: сохранение зрачкового рефлекса на свет, отсутствие изменений на ЭЭГ в момент приступа, широкая распространенность данного типа припадков среди женщин, а также наличие эмоциональной травмы, в особенности травмы сексуального извращения. Последние две характеристики представляют для нас как психоаналитиков особый интерес.

Ряд исследователей указывает на проблему неверной диагностики этих феноменов и гипердиагностики эпилепсии, вследствие чего наносится вред социального и экономического характера как пациентам и их семьям, так и врачам и структуре здравоохранения в целом. Большая часть таких работ содержит статистические данные и описание проводимых диагностических методов, тогда как личности пациента и его «душевному» проблемам

отводится весьма скромное место. Некоторые авторы все же упоминают о возможной междисциплинарности проблемы и говорят о необходимости в части случаев оказания психотерапевтической помощи пациентам с ПНП [3; 4 и др.], но, как правило, под помощью понимается ряд разъяснительных бесед по поводу осознания роли личности пациента в его симптоматике и принятия нового образа жизни, чего явно недостаточно для улучшения качества жизни и психического состояния больных.

Е.Л. Николаев, Т. Серли и Г. Резвый [2] пишут о неэффективности психологической работы и необходимости психиатрического вмешательства. Они описывают случай мужчины, страдающего припадками без наличия на ЭЭГ эпилептиформной активности. Во время первого обследования припадки были диагностированы как неэпилептические (симптоматика была оценена как диссоциативные судороги), было рекомендовано обследование у психиатра и посещение психолога. В ходе психологической диагностики был выявлен ряд личностных черт, расцененных в сумме как дающие склонность к диссоциативным и психосоматическим реакциям на стресс. Проводимая позже психологическая работа, по словам авторов, была «сфокусирована на помощи в осознании роли его личности в возникновении приступов, значении триггерных факторов, возможностях профилактики приступов», что, на наш взгляд, говорит о неценности бессознательных факторов в развитии симптома. Дальнейшее развитие клинической картины характеризовалось ухудшением состояния пациента, и в момент одного из обращений ему был поставлен диагноз «биполярное аффективное расстройство II типа» и назначены медикаменты, прием которых в течение последующих трех лет позволил сократить частоту приступов с числа нескольких раз в день до одного раза в месяц. До установки этого диагноза психотерапевтическая работа, по словам авторов, была неэффективной.

Е.Л. Николаев и др. в своей статье [2] делают акцент на необходимости совместных усилий неврологов и психиатров в вопросе лечения таких пациентов и считают важным установление сопутствующего припадкам психиатрического диагноза и работу с ним. Они, а также В.С. Савков [3] указывают на сопутствующие диссоциативные расстройства в случаях пациентов с ПНП. Как правило, к диссоциативным феноменам относят различные пароксизмальные состояния, которые присутствуют и при эпилепсии и при ПНП. Это группа пароксизмальных состояний, имеющих статус эпилептических аур: состояния дежавю, кратковременные расстройства восприятия, сумеречные помрачения сознания и др. Опираясь на собственную клиническую практику, заметим, что в эту группу могут входить феномены, называемые самими пациентами галлюцинациями, которые в клинической картине могут быть расценены как истерические псевдогаллюцинации, описанные еще П. Жане.

В практике психоанализа мы столкнулись с рядом обращений молодых людей, чьей проблемой были припадки, напоминающие по характеру

ПНП. Эти пациенты до начала психоаналитической работы были обследованы неврологами, эпилептологами и психиатрами, но диагноз ПНП не был поставлен ни в одном из этих случаев. В одном случае припадки сопровождались феноменами, похожими на вышеупомянутые истерические псевдогаллюцинации. В ходе работы приступы у данного пациента полностью прекратились, но конечного излечения не произошло. В ходе работы произошло видоизменение конверсионного симптома: припадки сменились расстройством ЖКТ приступообразного характера. Мы не смогли дойти до стадии, когда данный симптом перестал бы иметь символическое значение и сошел бы на нет в ходе анализа по той причине, что работа резко прервалась по инициативе пациента и не была закончена, однако данный случай, на наш взгляд, говорит о целесообразности применения психоанализа в случае пациентов с ПНП.

Еще З. Фрейд начиная с 1880-х годов описывал успешные случаи излечения истерических припадков методом психоанализа. В эти же годы П. Жане описываются случаи истерии и сопровождающих ее диссоциативных симптомов, которые сегодня могут быть распознаны в медицинской практике как ПНП. После Фрейда представители различных школ психоанализа также приводят массу случаев, говорящие в пользу эффективности этого метода. Однако, изучая проблему с точки зрения медицинского знания мы не находим ни единого упоминания об использовании в терапии ПНП психоаналитического метода.

Ранее мы уже высказывали тезис о необходимости налаживания диалога в области феномена ПНП между представителями психоанализа и медицинской сферы (неврологи, эпилептологи, психиатры, клинические психологи и психотерапевты) и сейчас хотим вновь обратить внимание на эту проблему. Мы надеемся, что в ближайшие годы интерес к теме ПНП будет возрастать, что приведет в конечном итоге к созданию пространства для междисциплинарного диалога и качественным сдвигам в области исследования данного феномена.

Литература

1. *Великанова Л.В.* Психогенные неэпилептические приступы: взгляд психоаналитика / Л.В. Великанова // Антология российской психотерапии и психологии: материалы Международного конгресса «Психотерапия, психология, психиатрия – на страже душевного здоровья!». Вып. 7. – Санкт-Петербург, 22–24 марта 2019. – С. 22–25
2. *Николаев Е.Л., Серли Т., Резвый Г.* Психогенные неэпилептические приступы: вопросы коморбидности в аспекте диагностики и терапии. Журнал неврологии и психиатрии. – 2016. – № 4. – С. 58–61.
3. *Савков В.С.* Психогенные неэпилептические приступы. Сибирский медицинский журнал. – 2015. – № 6. – С. 24–29.
4. *Nuri Gene-Cos, Howard A. Ring.* Понятие неэпилептических приступов /Making sense of non-epileptic seizures. Международный неврологический журнал. – 2007. – № 5(15)

Уровень стигматизации и самостигматизации в системе психологических ресурсов пациентов с нарушением сердечно-сосудистой системы

Власова Н.В.

руководитель группы психологической поддержки

персонала ФГБУ НМИЦ им. В.А. Алмазова,

г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

vlasovanatasha@mail.ru

8–981–800–25–26

Ключевые слова: стигматизация, самостигматизация, роль больного, идентичность, личность

The level stigmatization and self- stigmatization in the system of psychological resources of patients with disorders of the cardiovascular system

Vlasova N.V.

head of the psychological support group

for the personnel of the N.V. V.A. Almazov,

St. Petersburg, Russian Federation

vlasovanatasha@mail.ru

8–981–800–25–26

Keywords: stigmatization, self-stigmatization, patient's role, identity, personality

Введение. По данным некоторых авторов, стигма может выполнять как дезадаптивную функцию, выступая в качестве фактора риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, так и обеспечивать адаптацию пациентов к условиям ограничений, накладываемых заболеванием, т.е. служить психологическим ресурсом [1,2,3]. Оптимизация стигматизации пациентов в рамках биопсихосоциального подхода открывает новые возможности для их реабилитации в ситуации болезни, сохраняя качество жизни и здоровья. «Снижая параметры психологической удовлетворенности в краткосрочной перспективе, проявления стигмы, тем не менее, улучшают психосоматические показатели в долгосрочном плане» [4]. Для решения задач исследования были изучены биопсихосоциальные особенности пациентов в зависимости от уровня стигматизации, определены факторы риска и ресурсы в сравнительном ключе. С помощью

кластерного анализа с использованием метода Варда были определены границы низкого, среднего и высокого уровня стигматизации в процентах: низкий (от 0 до 47 %), средний (48–60 %), высокий (61 % и выше).

Материал и методы. На базе отделений кардиологии ГБУЗ СО «Тольяттинская городская клиническая больница № 1», Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Городская больница № 38 им. Н.А. Семашко» и Клиники имени Петра Великого ФГБОУ ВО «Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации было исследовано 113 больных с нарушениями сердечно-сосудистой системы в возрасте от 18 до 65 лет. Из них 48 пациентов с диагнозом «гипертоническая болезнь 1-й, 2-й степени» (17 мужчин и 31 женщина), что составило 42 % от общего числа, 29 пациентов с диагнозом «стенокардия напряжения 2-го и 3-го функционального класса» (14 мужчин и 15 женщин), что составило 26 %, 36 пациентов с диагнозом «инфаркт миокарда» (15 мужчин и 15 женщин), что составило 32 %.

Для реализации поставленных в работе задач были выбраны экспериментально-психологический, статистический и факторно-математический методы, соответствующие парадигме биопсихосоциального подхода. Использовались клиничко-психологический и экспериментально-психологические методы: опросник Н.Сарториуса, предназначенный для психиатрических пациентов и адаптированный для пациентов кардиологической клиники для исследований степени стигматизации пациентов; симптоматический опросник SCL-90-R (англ. Symptom Check List90-Revised); опросник «Межличностные отношения» ИР, созданный Л.М. Ногоwitz и др. (1988); опросник «Личностный дифференциал», разработанный в 1983 году в Ленинградском НИПНИ им. Бехтерева; тестовая методика типа отношения к болезни и лечению «Тобол» (1987). При математико-статистической обработке результатов применялись корреляционный, регрессионный, факторный, дисперсионный, кластерный анализы, таблицы сопряженности и хи-квадрат.

Результаты. По результатам исследования определены клинические факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний пациентов, имеющих низкую приверженность к лечению – выраженная степень сердечно-сосудистых заболеваний, острая форма течения и тяжелое состояние при госпитализации. В том случае, когда пациенты не идентифицируют себя с заболеванием, не учитывают отягощающих клинических характеристик болезни, стигма играет негативную роль. Установлено, что социальными ресурсами пациентов с низким уровнем стигматизации, являются повышение образовательного (информационного уровня в сфере профилактики и лечения заболевания); поддерживающая позиция семьи; профессиональная востребованность. Отсутствие социальных ресурсов определяет факторы риска, которые

подкрепляют негативную роль низкой приверженности к лечению.

При помощи регрессионного анализа установлено, что для пациентов, имеющих низкую степень приверженности к лечению характерны выраженные межличностные трудности, мешающие получать главный ресурс выживания – социальную поддержку ($R^2=0,907$).

По результатам исследования установлено, что высокий уровень стигматизации является психологическим ресурсом для успешной адаптации пациентов с выраженной сердечно-сосудистой патологией в условиях болезни, позволяющий принимать на себя роль больного в полной мере и своевременно получать необходимую помощь.

Клиническими факторами, подкрепляющими формирование чрезмерной приверженности к лечению, являются: большое число госпитализаций ($R^2=0,766$), лёгкая степень выраженности сердечно-сосудистых нарушений, острая форма течения заболевания; удовлетворительное состояние при госпитализации. Социальным фактором, подкрепляющим формирование чрезмерной приверженности к лечению, является не востребованность в профессии. Пациенты с высокой приверженностью к лечению и заболеванием, которое имеет данные характеристики, склонны к адаптации в ситуации болезни с помощью симптома, т.е. склонны к невротизации (или психопатизации). В этом случае стигма играет отрицательную роль и является фактором риска невротизации (или психопатизации). Результаты регрессионного анализа это подтверждают – для пациентов, имеющих высокую степень приверженности к лечению свойственны выраженные патохарактерологические особенности. Социальным ресурсом для адаптации пациентов в ситуации болезни является востребованность в профессии или другой значимой сфере.

Средний уровень стигмы диагностирован у пациентов, имеющих личностный ресурс, который обуславливает оптимальную приверженность к лечению, заключающуюся в умении пациентов определять необходимую и достаточную меру ответственности, используя собственные социальные ресурсы и учитывая клинические характеристики болезни.

Средний уровень стигматизации выполняет в отношении состояния здоровья позитивную роль, помогая пациентам идентифицировать себя с болезнью, принимая необходимую и достаточную меру собственной ответственности в лечебном процессе. Оптимальный уровень стигматизации является психологическим ресурсом для успешной адаптации пациентов в ситуации болезни, максимально сохраняя качество здоровья и жизни, используя свои социальные ресурсы, реализуя жизненные замыслы.

Резюме. Результаты исследования определяют содержание психологической реабилитации пациентов с сердечно-сосудистой патологией, реализация которой обеспечивается двумя диагностическими задачами, о которых говорил Ю.М.Губачев: «выявление биопсихосоциальных факторов риска развития заболевания и индивидуальных

ресурсов пациентов». Введено понятие оптимальной стигматизации и диагностические ориентиры нормы; определен алгоритм деятельности медицинского психолога в реабилитационном направлении, методический инструментарий. Исследование клинических, психологических и социальных характеристик пациентов обеспечивает дифференцированный подход к психологическому сопровождению кардиореабилитации, подкрепленный знаниями о психосоматических взаимосвязях на каждом этапе адаптации к болезни пациентов и более широким спектром методов психологической интервенции.

В исследовании выделено 3 группы пациентов, нуждающихся в реабилитации: пациенты, имеющие выраженные сердечно-сосудистые заболевания и низкую приверженность к лечению; пациенты, имеющие легкие сердечно-сосудистые заболевания и высокую приверженность к лечению; пациенты с впервые выявленным диагнозом.

Основная цель психологической реабилитации: формирование оптимальной приверженности к лечению с учетом клинических, психологических и социальных характеристик пациентов.

Литература

1. *Гоффман И.* Стигма: Заметки об управлении испорченной идентичностью. Часть 1. Стигма и социальная идентичность. Часть 2. Контроль над информацией и социальной идентичностью (главы 3–6).
2. *Слободская А.В.* Социальные последствия стигматизации // Научное сообщество студентов XXI столетия. Общественные науки: сб. ст. по мат. XX междунар. студ. науч.-практ. конф. № 5(20). URL: [http://sibac.info/archive/social/5\(20\).pdf](http://sibac.info/archive/social/5(20).pdf) (дата обращения: 28.12.2016).
3. *Барковская А.Ю., Протаицки Д.В.* Социальные причины избыточной массы тела и ожирения порастающего поколения россиян. Социология медицины – реформе здравоохранения. Научные труды IV Всероссийской научно-практической конференции (с международным участием), 3–4 октября 2013 г., Волгоград. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2013. – 264 с. С. 139–145.
4. *Соловьева С.Л.* Самостигматизация как фактор превращения личности здорового человека в личность больного человека. Неврологический вестник. 2017; 49(1): 49–56. [Solovieva S.L. Samostigmatisation as a factor in turning the personality of a healthy person into the personality of a sick person. Neurologicmessenger. 2017; 49(1): 49–56. (InRuss.)].
5. *Губачёв Ю.М., Стабровский Е.М.* Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. М., 1987.

Особенности отношений к другим людям у женщин со злокачественными новообразованиями молочной железы

Горбунова А.В.

*Санкт-Петербургский государственный
педиатрический медицинский университет
canek-1999@mail.ru*

Ключевые слова: злокачественные новообразования молочной железы, отношение к другим людям, интерперсональная дистанция

Features of relationships to other people in women with breast cancer

Gorbunova A.V.

*Saint Petersburg state
pediatric medical University*

Keywords: breast cancer, the attitudes towards others, interpersonal distance

Введение. В настоящее время заболеваемость злокачественными новообразованиями молочной железы составляет 23 % от всех онкологических заболеваний, поэтому данное заболевание считается самым распространенным видом рака у женщин [2]. Начиная с сильного потрясения при постановке диагноза и при прохождении лечения (в том числе радикального), а также сохраняющаяся повышенная тревожность на протяжении всей жизни, как за себя, свое здоровье, свое будущее, так и за здоровье и будущее своих близких, в частности детей – пациентки находятся в кризисном состоянии [1]. Все эти факторы оказывают непосредственное влияние на межличностные отношения пациенток.

Актуальность и практическая значимость данной работы заключается в выявлении особенностей отношения к другим людям у женщин со злокачественными новообразованиями молочной железы для понимания специфики копинг-ресурсов пациенток данной группы, а также использования этих данных при построении программы психологического сопровождения.

Целью работы является исследование отношений к другим людям у женщин со злокачественными новообразованиями молочной железы.

Материал и методы. Объекты исследования: 1) основная группа – женщины со злокачественными новообразованиями молочной железы –

18 человек (возраст от 30 до 65 лет); 2) контрольная группа – условно здоровые женщины – 18 человек (возраст от 30 до 65 лет).

Предмет исследования: отношение к другим людям.

В исследовании были использованы следующие методики:

1. Социально-демографическая анкета (Горбунова А.В. под редакцией Захаровой М.Л.);
2. Методики на исследование отношений к другим людям («Незаконченные предложения» Сакса-Леви; «Шкала комфортной интерперсональной дистанции» (CIDS) М.П. Дьюка и С. Новицки; Гиссенский личностный опросник в адаптации Е.А. Голынкиной (варианты «я», «мать», «отец», «муж»);
3. Методики на исследование степени выраженности психопатологической симптоматики (Опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R) Р. Дерагатис, в адаптации Н.В. Тарабриной);
4. Методики на исследование личностных особенностей («Незаконченные предложения» Сакса-Леви; Гиссенский личностный опросник в адаптации Е.А. Голынкиной (вариант “я”));
5. Проведение сравнительного анализа с помощью U-критерия Х.Б. Манна – Д.Р. Уитни;
6. Проведение корреляционного анализа с помощью коэффициента корреляции по Ч.М. Спирмену.

Результаты. По методике «Незаконченные предложения» выявлены статистически достоверно значимые различия по следующим категориям: отношение к отцу ($p \leq 0,05$), отношения к друзьям ($p \leq 0,05$), отношение к сотрудникам ($p \leq 0,05$). 61 % (11 человек) высказываний носит доброжелательный характер по отношению к друзьям. Высказывания, касающиеся отношений с отцом в 50 % (9 человек) случаев говорили о любви к отцу, носящие сочувствующий характер, нейтральные ответы составили 38 % (7 человек), открытой ненавистью является 6 % (1 человек), высказывания с чувством печали составили 6 % (1 человек) от всех ответов.

По методике «Гиссенский личностный опросник» выявлены статистически достоверно значимые различия по шкале доминантности отца ($p \leq 0,05$).

По методике «Шкала комфортной интерперсональной дистанции» статистически значимые различия получены по шкалам врач ($p \leq 0,01$) и муж ($p \leq 0,01$), мать ($p \leq 0,05$), подруга ($p \leq 0,05$), друг ($p \leq 0,05$), по остальным шкалам различия на уровне тенденции.

По методике «SCL-90-R» мы видим по большинству шкал данные основной группы выше результатов контрольной группы.

При исследовании компонента «отношение к друзьям» выявлены отрицательные взаимосвязи со шкалами открытости (Муж) ($r = -0,751$; $p \leq 0,01$) и открытости (Мать) ($r = -0,751$; $p \leq 0,05$). А также со шкалами враждебность ($r = -0,514$; $p \leq 0,05$), паранояльность ($r = -0,514$; $p \leq 0,05$) и психотизм ($r = -0,537$; $p \leq 0,05$).

Выводы.

1. У женщин со злокачественными новообразованиями молочной железы по сравнению с женщинами группы сравнения выявлены менее эмоционально насыщенное отношение к отцу и более доверительное отношение к друзьям.
2. Степень выраженности психопатологической симптоматики в группе женщин со злокачественными новообразованиями молочной железы взаимосвязана с особенностями отношений к мужу, матери, друзьям и врачу.
3. Отношения к другим людям у женщин со злокачественными новообразованиями молочной железы по сравнению с данными контрольной группы можно охарактеризовать как более близкие и доверительные, особенно это характерно в отношениях к врачу, мужу, матери, подруге и другу.
4. Компоненты системы отношений женщин со злокачественными новообразованиями молочной железы имеют больше взаимосвязей с параметрами, отражающими личностные особенности наиболее значимого близкого – мужа, чем с личностными особенностями самих женщин.

Литература

1. Психология кризисных и экстремальных ситуаций: учебник / под ред. Н.С.Хрусталёвой. – СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2018. – 748 с.
2. Статистика рака молочных желез в мире и России. Российский онкологический портал. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.oncoforum.ru/o-rake/statistika-raka/statistika-raka-molochnykh-zhelez-v-mire-i-rossii.html> (дата обращения 11.03.2020)

Психодиагностика и психологическая помощь пациентам с хроническими воспалительными заболеваниями кишечника

Дейнека Н.В.

*Самарский государственный
медицинский университет, г. Самара, Россия
deineka74@mail.ru*

Ключевые слова: психосоматика, психодиагностика, психокоррекция, психологическая помощь

Psychodiagnostics and psychological care f or patients with chronic inflammatory bowel diseases

Deyneka N.V.

Samara State Medical University, Samara, Russia

Keywords: psychosomatics, psychodiagnostics, psychotherapy, psychological care

Введение. В последние годы во всем мире отмечается ежегодный рост заболеваемости хроническими воспалительными заболеваниями кишечника. Тяжесть течения, высокая частота осложнений, риск инвалидизации и летальности делает эту проблему одной из наиболее приоритетных и нерешенных в современной гастроэнтерологии и колопроктологии. При этом психологическая детерминация играет важную роль в их возникновении и развитии, а психосоматические факторы рассматриваются как триггеры воспалительных реакций кишечника.

Материал и методы. Исследование проводилось в отделении колопроктологии Клиник СамГМУ. Обследовано 78 человек, из них 62 – с диагнозом неспецифический язвенный колит и 16 пациентов с болезнью Крона. Средний возраст пациентов $35 \pm 9,5$ лет. У 35 % обследованных заболевание было выявлено впервые, 30 % обследованных страдают хроническими воспалительными заболеваниями кишечника более 5 лет, у 35 % пациентов длительность болезни не превышает 5 лет.

Использованные методики: Методика «Тип отношения к болезни» А.Е. Личко, Н.Я. Иванова (1980); Опросник «Способы совладающего поведения» Р.Лазаруса и С. Фолкман (адаптирован Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляевой, 2004); Опросник «Индекс жизненного стиля» Р. Плутчика, Х. Келлермана, Х.Р. Конте (1979); Торонтская Алекситимическая Шкала Г.Тейлора (1985).

Результаты. В ходе проведения клиничко-психологической беседы с пациентами выявлена тенденция к предъявлению жалоб на быструю утомляемость, нарушение сна, беспокойство и тревогу в связи с заболеванием, снижение настроения, раздражительность, особенно выраженные в начале заболевания или рецидива. При этом большинство указали наличие связи между началом заболевания и/или стадии обострения со стрессовыми факторами.

Проведенное исследование показало, что у пациентов с хроническими воспалительными заболеваниями кишечника в структуре типов отношения к болезни отмечается значимое преобладание сенситивного типа (36,5 %), пациенты озабочены возможным неблагоприятным впечатлением, которое могут произвести на окружающих сведения об их болезни, стесняются своего заболевания, чрезмерно ранимы, боятся обременить близких. К тому же такое преобладание характеризуется необходимостью поддержки и сопереживания в ситуации болезни, стремлением получить эмоциональный отклик на жалобы, в сочетании с повышенной ранимостью и в случае непонимания или отвержения, формирует специфическую внутреннюю картину болезни, поведенческий паттерн которой приводит к социальной дезадаптации. Также выявляется значимое повышение тревожного (19,9 %) и ипохондрического (13,9 %) типов, которые характеризуются снижением внутриличностной адаптации.

Ведущими копинг-стратегиями являются позитивная переоценка ($U=1,000$, при $p<0,003$) и самоконтроль ($U=18,00$, при $p<0,05$). Положительная переоценка – предполагает усилия по созданию положительного значения с фокусированием на росте собственной личности. Стратегия «самоконтроль» направлена на регулирование своих чувств и действий.

По результатам опросника «Индекс жизненного стиля» в обнаружено явное преобладание такого механизма психической защиты как регрессия ($U=17,500$, при $p<0,02$). Механизм регрессии позволяет снизить тревогу и приспособиться к психотравмирующей или конфликтной ситуации за счет возвращения к более ранним моделям поведения, что может приводить к психосоматизации.

У 78,8 % пациентов обнаруживаются признаки алекситимии. Трудности идентификации и вербализации эмоциональных переживаний приводит к фиксации на соматическом компоненте и развитию психосоматических расстройств.

На основании данных психодиагностического обследования были выделены основные направления психологической коррекции: нормализация эмоционального состояния; обучение навыкам саморегуляции и совладания со стрессом; принятие и коррекция субъективного переживания болезни; работа с алекситимией.

На первом этапе проводилось информирование пациентов о цели и этапах работы. Осуществлялось установление продуктивного дове-

рительного контакта, информирование о психосоматической природе заболевания, формирование мотивации на психологическую работу, повышение комплаентности.

Для коррекции эмоционального состояния и обучения навыкам саморегуляции использовались техники релаксации, которые в дальнейшем пациенты могли бы осуществлять самостоятельно, находясь в дестабилизирующих стрессовых ситуациях. Применялись прогрессивная мышечная релаксация, дыхательные упражнения и релаксация, включающая элементы визуализации.

С целью психокоррекции алекситимии использовались различные техники вербализации своих внутренних переживаний, арт-терапия, релаксация с последующим описанием своих чувств, эмоций и ощущений.

Групповые формы работы мы предлагаем применять на амбулаторном этапе с участием пациентов, находящихся в ремиссии. Проведение групповых занятий дает широкие возможности получения эмоциональной поддержки, эмпатии, обмена опытом с группой людей, переживающих схожие проблемы, самореализации, расширения сферы социальных контактов.

Выводы:

1. Внутренняя картина болезни пациентов с хроническими заболеваниями кишечника характеризуется наличием интер- и интрапсихической дезадаптации за счет преобладания сенситивного, тревожного и ипохондрического компонентов в структуре типа отношения к болезни.
2. Ведущими копинг-стратегиями пациентов с хроническими заболеваниями кишечника являются позитивная переоценка и самоконтроль. Данные копинг – стратегии позволяют личности уменьшить эмоциональное напряжение до изменения самой ситуации. Преобладающей психической защитой является регрессия. Использование относительно конструктивных копинг – стратегий в сочетании с незрелой психической защитой может являться фактором риска психосоциальной дезадаптации.
3. Для пациентов данного профиля характерно наличие алекситимического типа личности, что соответствует современным представлениям о присутствии алекситимического радикала в структуре преморбидной личности как одного из возможных психологических факторов развития психосоматических расстройств.
4. Основными направлениями психологической помощи являются: нормализация и обучение навыкам саморегуляции эмоционального состояния, коррекция внутренней картины заболевания и дезадаптивных типов отношения к болезни, работа с алекситимией.

Реабилитационный потенциал женщин с острым коронарным синдромом

Ильмузина А.В.

*Самарский государственный медицинский
университет, кафедра медицинской
психологии и психотерапии, Самара, Россия*
a.v.ilmuzina@samsmu.ru

Ключевые слова: реабилитационный потенциал, копинг-стратегии, личность, острый коронарный синдром

The rehabilitation potential of women with acute coronary syndrome

Ilmuzina A.V.

*Samara state medical University,
Department of medical psychology
and psychotherapy, Samara, Russia*
a.v.ilmuzina@samsmu.ru

Keywords: rehabilitation potential, coping strategies, personality, acute coronary syndrome

Введение. Согласно статистики Всемирной организации здравоохранения, сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной смерти в мире. Более того, сердечно-сосудистые заболевания влекут за собой и экономический ущерб, а также существенно ухудшают качество жизни человека [1]. Описанные проблемы требуют не только особого подхода в организации как можно более раннего оказания помощи больным, но и формирование условий для последующей реабилитации и успешного возвращения больного к социальной жизни и трудовой деятельности.

Отдельное внимание в лечении пациентов с данными заболеваниями уделяется проведению кардиореабилитации, то есть комплексу особых мероприятий, которые обеспечивают наилучшее физическое и психическое состояние [2, 3]. Одним из основных направлений этого плана реабилитации является оказание психологической помощи, которая проводится медицинскими психологами.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе Клиник СамГМУ в терапевтическом отделении клиники факультетской терапии с сентября 2019 по январь 2020. Обследовано 20 женщин с острым коронарным синдромом (ОКС), средний возраст $65,2 \pm 10,4$, которые соста-

вили основную группу эксперимента. Среди жалоб, которые предъявляли пациентки в процессе обследования, 70 % отмечают периодическую тревожность и беспокойные мысли по поводу заболевания, у 20 % – жалобы на повышенную утомляемость, у 30 % встречались жалобы на беспричинную эйфорию время от времени, которая, однако, быстро сменяется высокой тревогой.

В группу сравнения вошли 20 условно здоровых женщин, не состоящих на учете с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, с идентичными возрастными характеристиками.

В работе нами были использованы следующие психодиагностические методы: Сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (Мини-мульти, СМОЛ) Ф.Б. Березина и М.П. Мирошникова (1963 г.); методика «Реабилитационный потенциал личности» И.Ю. Кулагиной и Л.В. Сенкевич (2012 г.); госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) А.С. Зизмунда и Р.П. Снэйта (1983 г.); опросник «Способы совладающего поведения» Р.Лазаруса и С. Фолкман (адаптирован Т.Л.Крюковой, Е.В.Куфтяк, М.С.Замышляевой в 2004 г.); опросник «Самочувствие, активность, настроение» В.А. Доскина, Н.А. Лаврентьевой (1973 г.). Методы математической статистики: U-критерий Манна-Уитни; коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Результаты. Женщины с ОКС достоверно чаще, чем пациенты группы сравнения: стремятся произвести благоприятное впечатление и демонстрируют социальную желательность поведения ($U=16$, при $p=0,001$); озабочены состоянием своего здоровья ($U=44,0$, при $p=0,004$); демонстрируют пессимизм, неудовлетворенность собой ($U=38,0$, при $p=0,001$); склонность к тревогам и избегающему поведению ($U=63,0$, при $p=0,041$).

У женщин с ОКС достоверно ниже показатели самочувствия ($U=187,5$, при $p=0,001$), активности ($U=207,0$, при $p=0,001$) и настроения ($U=207,5$, при $p=0,001$), чем у пациентов группы сравнения.

Женщины с ОКС достоверно чаще, чем женщины в группе сравнения прибегают к использованию стратегий «дистанцирование» ($U=62,5$, при $p=0,037$) и «самоконтроль» ($U=715$, при $p=0,088$). Большинство пациентов с ОКС отличаются средними показателями реабилитационного потенциала личности (46,67 %).

Выявлена взаимосвязь между компонентами реабилитационного потенциала и шкалами методики СМОЛ: прямая по шкалам «психопатия» ($r_s=0,575$, при $p \leq 0,05$), «гипомания» ($r_s=0,595$, при $p \leq 0,05$), обратная по шкалам «ипохондрия» ($r_s=-0,521$, при $p \leq 0,05$) и «шизоидность» ($r_s=-0,605$, при $p \leq 0,05$), а также взаимосвязь компонентов реабилитационного потенциала с эмоциональным состоянием: прямая – положительный эмоциональный фон ($r_s=0,558$, при $p \leq 0,05$), обратная – уровень тревоги ($r_s=-0,642$, при $p \leq 0,05$) и депрессии ($r_s=-0,592$, при $p \leq 0,05$).

Резюме. Пациентам рекомендована специализированная психокоррекционная программа, направленная на улучшение психоэмоцио-

нального состояния, формирование адекватного отношения к болезни, адаптивных стратегий совладания со стрессом и позитивного ориентира на выздоровление.

Литература

1. *Белялов Ф.И.* Психосоматические аспекты ишемической болезни сердца / Ф.И. Белялов // Кардиология. – 2014. – Т. 42. № 8. – С.63–67.
2. *Долецкий А.А.* Психологическая реабилитация кардиологических больных / А.А. Долецкий // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. – 2014. – № 1. – С.31–36.
3. *Кириченко А.А.* Депрессия, беспокойство и сердечно-сосудистая система / А.А. Кириченко // Лечащий врач. – 2015. – № 12.

Проблема эмоциональной дезадаптации при невропатии лицевого нерва

Калантарова М.В.

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

ГБУЗ г. Москвы «НИИ СП

им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», Москва, Россия

kalantarovamv@mgppu.ru

Рахманина А.А.

ГБУЗ г. Москвы «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»

Rakhmanina.a@mail.ru

Холмогорова А.Б.

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия ГБУЗ г. Москвы

«НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»

Kholmogorova-2007@yandex.ru

Завалий Л.Б.

ГБУЗ г. Москвы «НИИ СП

им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», Москва, Россия

zavaliy@sklif.mos.ru

Ключевые слова: теория мимической обратной связи, невропатия лицевого нерва, нейропсихологическая реабилитация, эмоциональная дезадаптация

The problem of emotional maladjustment in neuropathy of the facial nerve

Kalantarova M.V.

Moscow State University of Psychology & Education,

Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care,

Moscow, Russian Federation

Rakhmanina A.A.

Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care,

Moscow, Russian Federation

Kholmogorova A.B.

Moscow State University of Psychology & Education,

Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care,

Moscow, Russian Federation

Zavaliy L.B.

Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care,

Moscow, Russian Federation

Keywords: mimic feedback theory, facial nerve neuropathy, emotion disorders, neuropsychological rehabilitation, emotional disadaptation

В онтогенезе использование мимики для взаимодействия с окружающими возникает на самых ранних этапах развития человека, предшествуя жестовым и речевым формам коммуникации. Согласно теории мимической обратной связи, нарушение афферентации лицевой мускулатуры приводит к затруднениям идентификации собственных эмоций и распознаванию эмоций Другого. Распространенным заболеванием, ведущим к снижению чувствительности и подвижности лица, является невралгия лицевого нерва. В год регистрируется 20–32 новых случая на 100 000 населения [Л.Б. Завалий и др.].

Ряд исследований с участием пациентов с односторонним парезом лица свидетельствует о наличии у них трудностей распознавания эмоциональных состояний по мимическим выражениям на портретах. Показано, что приобретенное нарушение подвижности мимической мускулатуры ассоциировано с изменениями нейрональной активности структур мозга, обеспечивающих эмоциональную регуляцию [M. Kheirkhah, S. Brodoehl et al.]. По некоторым данным пациенты с односторонним парезом лица демонстрируют более выраженные черты алекситимии [V. Konnerth, G. Mohr, H. von Piekartz] и высокий рост эмоциональной дезадаптации в целом [R. Saadi et al.].

В настоящее время в отечественной и зарубежной литературе уделяется недостаточно внимания проблеме изменений в эмоциональной сфере при патологии лица. Существующие немногочисленные исследования сосредоточены на оценке отдельных сторон эмоциональных процессов и не включают комплексную психологическую диагностику пациентов данной когорты. Так, остаются открытыми вопросы о соотношении трудностей распознавания эмоций по мимическим и пантомимическим знакам, а также, степени выраженности эмоциональных нарушений с особенностями когнитивных стилей и копинг стратегий пациентов. Предметом исследования обычно выступают негативные изменения психики, связанные с болезнью, тогда как психические процессы, оказывающиеся компенсаторно усиленными в ответ на перцептивный дефицит, остаются не изученными. В общей картине эмоциональных изменений не определено место первичных нарушений (связанных с дефицитом афферентации от мышц и кожи лица) и вторичных, обусловленных переживанием болезни. Группы пациентов, принимающих участие в исследованиях, как правило, оказываются не однородными по критериям пола, возраста, рода занятий, стороны поражения лица и стажа заболевания.

Такой дефицит научных данных обуславливает необходимость формирования системного подхода к изучению изменений в эмоциональной сфере пациентов с нарушениями подвижности и чувствительности лица.

В НИИ Скорой помощи им. Н.В. Склифосовского создана Клиника лица, где пациенты с невралгией лицевого нерва могут получить комплексную медицинскую и психологическую помощь. Психолога-

ми Клиники лица разработана программа сопровождения пациентов с асимметрией, произвольными движениями, болью и нарушениями чувствительности лица. Во-первых, групповая и индивидуальная терапия направлена на помощь в разрешении личностного кризиса, обусловленного болезнью и оказание поддержки в сохранении мотива к выздоровлению. Во-вторых, на восстановление психических процессов, основанных на способностях распознавать эмоциональные состояния по лицам. Основной целью этого направления выступает расширение возможностей пациента выражать и распознавать эмоции за счет расширения спектра не мимических эмоционально выразительных средств, доступных пациенту.

Важность такого проекта как Клиника лица обусловлена не только практической помощью пациентам, но и перспективами для развития исследований, направленных на изучение проблем распознавания эмоций и эмоционального благополучия у пациентов с невралгией лицевого нерва.

Литература

1. Современные подходы к лечению и реабилитации пациентов с невралгией лицевого нерва / Л.Б. Завалий [и др.] // Вестник восстановительной медицины. 2020. № 2 (96). С.59–67. DOI: 10.38025/2078-1962-2020-96-2-59-67
2. *Kheirkhah M, Brodoehl S, Leistritz L, et al.* Abnormal Emotional Processing and Emotional Experience in Patients with Peripheral Facial Nerve Paralysis: An MEG Study. *Brain Sci.* 2020;10(3):147. Published 2020 Mar 4. doi:10.3390/brainsci10030147
3. *Konnerth V, Mohr G, von Piekartz H.* Fähigkeit von Patienten mit einer peripheren Fazialisparese zur Erkennung von Emotionen – Eine Pilotstudie [Emotion Recognition in Patients with Peripheral Facial Paralysis – A Pilot Study]. *Rehabilitation (Stuttg).* 2016;55(1):19–25. doi:10.1055/s-0042-
4. *Saadi, R., Shokri, T., Schaefer, E., Hollenbeak, C., & Lighthall, J.G.* (2019). Depression Rates after Facial Paralysis. *Annals of plastic surgery*, 83(2), 190–194. <https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000001908>

Значение медицинской психологии в оказании комплексной клинико-диагностической и терапевтической помощи вич-инфицированным пациентам

Кольцова О.В.

*Санкт-Петербургский Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, Санкт-Петербург, Россия
Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия
ovkoltsova@yandex.ru*

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, антиретровирусная терапия, психологическая помощь, психосоциальное сопровождение

Significance of medical psychology in providing comprehensive clinical and diagnostic services and therapeutic care hiv-infected patients

Koltsova O.V.

*Center for Prevention and Control of AIDS and Infectious Diseases, Saint Petersburg, Russia
Pavlov University, L'va Tolstogo str. 6–8, Saint Petersburg, Russia*

Keywords: HIV infection, antiretroviral therapy, psychological assistance, psychosocial support

По данным ЮНЕЙДС, с начала эпидемии ВИЧ/СПИДа ВИЧ-инфекцией заразились 75,7 млн. человек, 32,7 млн. человек умерли от сопутствующих СПИДу заболеваний.

С тех пор как медики научились лабораторными тестами выявлять ВИЧ-инфекцию, в протекании этого хронического инфекционного заболевания, ассоциирующегося со смертью, презрением и страданием, выявлены специфические особенности. ВИЧ-инфекция у каждого человека развивается по-разному: с разной скоростью, величиной ущерба для здоровья, на фоне имеющейся или приобретаемой соматической и/или психической симптоматики. В сравнительно короткие сроки (примерно за 35 лет) специалисты научились вмешиваться в жизненный цикл вируса и противостоять его воздействию на органы и системы человеческого организма с помощью

антиретровирусной терапии (АРТ). Современные схемы АРТ становятся все более удобными и позволяют полностью остановить процесс размножения ВИЧ, повысить качество жизни, на многие годы увеличить ее продолжительность у пациентов с ВИЧ-инфекцией. Тем не менее, полное излечения человека от этого заболевания еще не достигнуто. Лабораторные методы позволяют отслеживать динамику развития ВИЧ-инфекции и связанных с ней заболеваний. Однако использование современных методов диагностики невозможно без активного участия самих заболевших в диспансерном наблюдении, а длительная непрерывная (пожизненная) фармакотерапия требует соблюдения ежедневного приема антиретровирусных препаратов строго по часам, своевременного получения лекарств и проведения обследований.

Каждый человек, заразившийся ВИЧ-инфекцией, переживает масштабный биологический, психологический и социальный кризис. Ему приходится жить с ощущением опасности, незащищенности, обостренным страхом смерти, неопределенности и неизвестности. Неопределенность при ВИЧ касается не только здоровья, но и взаимоотношений, карьеры и экономического статуса.

Депрессивные и тревожные состояния, повышенная раздражительность, ригидные установки нарушают саморегуляцию поведения и затрудняют приверженность лечению ВИЧ-инфекции, без которой самые передовые схемы лечения становятся бесполезными. Сочетание ВИЧ-инфекции с другими хроническими заболеваниями (вирусными гепатитами В и С, туберкулезом, сахарным диабетом, психическими расстройствами и другими) в совокупности с социальными проблемами (стигматизацией и дискриминацией) ставит новые вопросы для мульти-профессионального взаимодействия и психосоциального сопровождения. Начало терапии может быть отсрочено из-за негативной реакции, связанной с принятием (непринятием) диагноза или ложными представлениями о ВИЧ и АРТ (от сомнения до полного отрицания).

Задача психолога – помочь пациенту с ВИЧ-инфекцией пережить кризис и, с учетом его индивидуальных особенностей и рекомендаций врача, способствовать своевременному началу лечения опасного для жизни заболевания и удержанию на АРТ. *Психологические вмешательства способствуют проактивности ВИЧ-инфицированного пациента* – мотивированному и осознанному участию пациента в диспансерном наблюдении, пожизненном приеме препаратов и заботе о своем здоровье. Для оказания «универсальной» психологической помощи ВИЧ-инфицированным пациентам не так важна специальность психолога, сколько его компетентность по принципиальным вопросам профилактики и лечения ВИЧ-инфекции. Знания о течении инфекционного заболевания, его профилактике, особенностях терапии, психологи осваивают на рабочем месте (например, в Центре СПИД). Консультирование до и после теста на антитела к ВИЧ (в том числе, кризисное консультирование, коррекция поведенческих рисков), консультирование по вопросам приверженности

диспансерному наблюдению и лечению, участие в психосоциальном сопровождении могут проводить психологи любого профиля.

Врачи, длительно наблюдающие своих ВИЧ-инфицированных пациентов, все чаще сталкиваются с проблемами их психического здоровья. Для естественного течения ВИЧ-инфекции характерны синдромы поражения центральной и периферической нервной системы. Разработка и внедрение уже первых схем АРТ показала выраженный эффект и способствовала морфо-функциональному восстановлению центральной и периферической нервной системы. Сократилось число пациентов с деменцией на фоне СПИДа. Однако длительное применение АРТ показало, что некоторые схемы лечения могут давать нейротоксический эффект. Выраженные затруднения в лечении ВИЧ-инфекции возникали при наличии сопутствующих соматических и психических проблем. Если первоначально (до появления доступной АРТ) психодиагностика высших психических функций помогала неврологу и психиатру в постановке дифференциального диагноза, то по мере совершенствования схем АРТ, появления все более разнообразных противовирусных препаратов, обследование психических функций в динамике (до начала АРТ и после) позволило выявлять психические нарушения, появившиеся на фоне лечения, что помогает инфекционистам корректировать схему АРТ.

С момента широкого внедрения АРТ сохраняется распространенность ВИЧ-ассоциированных нейропсихических расстройств. Их клинические проявления, представленные в основном легкими формами на фоне АРТ, могут быстро прогрессировать в случае отсутствия лечения или его прерывания, при поздней диагностике, особенно у пациентов старшего возраста.

Приоритет в лечении ВИЧ-инфекции и сопутствующих соматических заболеваний может маскировать риски развития психической патологии, которая без должного вмешательства может принять необратимый характер. Поэтому в оказании комплексной клинико-диагностической и терапевтической помощи ВИЧ-инфицированным должны участвовать *медицинские* психологи. Психодиагностический скрининг необходимо проводить до начала АРТ и через определенные промежутки времени, а также в случае срыва терапии. ВИЧ-инфицированные пациенты с низкой приверженностью лечению ВИЧ-инфекции и оппортунистических заболеваний нуждаются в психологической коррекции, направленной на формирование навыков совладания в периоды критических жизненных перемен. Во время психологического консультирования важно обсуждать с пациентами риски развития когнитивных нарушений на фоне ВИЧ-инфекции и создавать стимулы к развитию когнитивного резерва.

Таким образом, несмотря на достигнутый прогресс в борьбе с ВИЧ-инфекцией, она остается неизлечимым, хроническим заболеванием, а лечение и уход за ВИЧ-инфицированными больными требует разработки программ, включающих клинико-психологические вмешательства для пациентов с ВИЧ-инфекцией.

Приверженность к лечению у больных, перенесших инсульт: этап реабилитации

Котельникова А.В., Тихонова А.С., Кукишина А.А.

ГАОУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Россия

Ключевые слова: приверженность к лечению, комплаенс, инсульт, нарушения двигательных функций

Adherence To Treatment In Patients With Stroke: Rehabilitation Stage

Tihonova A.S., Kotel'nikova A.V., Kukshina A.A.

*Moscow centre for research and practice in medical rehabilitation, restorative and sports medicine of Moscow healthcare department
Moscow, Russia*

Keywords: treatment adherence, compliance, stroke, motor disorders

В настоящее время проблема приверженности больных к лечению активно обсуждается в отечественной и зарубежной литературе, при этом отмечается определенная терминологическая разногласия ввиду параллельного употребления близких по содержанию понятий: compliance (согласие), concordance (согласие с лечением), adherence to therapy (приверженность терапии, соблюдение указаний врача), persistence (постоянство), drug holidays (отдых от лекарств), терапевтическое сотрудничество [1]. В настоящей работе приверженность рассматривается как интегральный показатель, отражающий сочетание преморбидной психологической готовности пациента быть комплаентным (комплаентности) и фиксированного поведенческого результата (комплаенса). Целью настоящего исследования явилась оценка вклада комплаентности личности в формировании комплаенса у больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК).

Материал и методы: В исследовании приняло участие 87 больных в возрасте $62,4 \pm 11,7$ года, 36 (41,4 %) мужчин, 51 (58,6 %) женщин, проходивших реабилитацию по поводу нарушения двигательных функций в результате перенесенного ОНМК. Комплаентность была измерена опросником «Уровень комплаентности» [2]. Интерпретация данных основана на трехчастной структурной модели характеристик, обуславливающих комплаентное поведение: социальная комплаентность обуслов-

лена ориентацией на мнение значимых других (врачей, родственников, друзей), потребностью в получении социального одобрения; эмоциональная комплаентность – соблюдение рекомендаций обусловлено повышенной впечатлительностью и чувствительностью (привержен к лечению, потому что напуган, встревожен как самим фактом заболевания, так и возможными последствиями); поведенческая комплаентность – в этом случае человек воспринимает свою болезнь как препятствие в жизни, высоко мотивирован на выполнение всех рекомендаций и предписаний врачей. По результатам применения методики делается заключение о высоком/среднем/низком уровне выраженности социальной, эмоциональной, поведенческой составляющих и интегрального показателя комплаентности. Комплаенс, как поведенческий результат осознанной включенности больного в процесс собственного выздоровления оценивался с помощью экспертной оценки лечащего врача и инструктора ЛФК, производимой по 5-балльной шкале Лайкерта. Интегральный показатель комплаенса рассчитывался как среднее арифметическое. В качестве низких интерпретировались результаты, не превышающие 3 балла, средних – 4 балла, высоких – 5 баллов.

Результаты: выявлено, что в целом обследованная выборка больных продемонстрировала высокий уровень зафиксированного, по данным экспертной оценки, комплаенса (73,6 %), при этом общая психологическая готовность к комплаентному поведению, по данным опросника «Уровень комплаентности» составила 100,0 %. Анализ структуры комплаентности с использованием попарного сравнения по критерию Манна-Уитни выявил достоверное ($p < 0,05$) преобладание эмоциональной составляющей. Применение корреляционного анализа по Спирмену позволило выявить достоверную ($p < 0,05$) отрицательную связь уровня комплаенса с социально обусловленной составляющей комплаентности больного ($r = -0,22$), что может приводить к общему снижению фиксируемого комплаенса по сравнению с ожидаемым. Полученный результат соответствует клиническим наблюдениям: такое поведение пациентов, перенесших инсульт, хорошо известно клиницистам и имеет объективные предпосылки. Дело в том, что хотя патогенетически острое нарушение мозгового кровообращения является вполне предсказуемым следствием хронического состояния сосудов, но субъективно событие «инсульт» воспринимается человеком как внезапное, сопровождается, помимо всего прочего, переживанием интенсивных чувств страха, ужаса, паники, то есть соответствует критерию «А» посттравматического стрессового расстройства [3] и переживается, как психологическая травма, вызывающая интенсивное чувство беспомощности и вынуждающая к поиску опоры в лице так называемых значимых других (врача, медицинского персонала, ухаживающих родственников). В данной ситуации человек нуждается, прежде всего, в поддержке, в связи с чем

в психологическое сопровождение таких пациентов, помимо собственно реабилитационных мероприятий, направленных на преодоление психофизиологических последствий мозговой катастрофы, необходимо включать работу по нивелированию разрушительного воздействия на различные сферы личности травматического события «инсульт».

Выводы: чрезмерное стремление больного понравиться доктору, вступать в доверительные отношения с врачом, опираться на его мнение, становясь зависимым от него, препятствует формированию осознанного намерения перейти от пассивной позиции «лечите меня» к активной включенности в процесс собственного выздоровления, к готовности действовать в соответствии с установкой «я делаю все возможное для того, чтобы выздороветь», и, как следствие, снижает приверженность к лечению.

Литература

1. *Котельникова А.В., Кукишина А.А.* Психодиагностические аспекты приверженности к лечению в процессе медицинской реабилитации // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2016. Т. 93. № 3. С. 4–9.;
2. *Кадыров Р.В.* Опросник «Уровень комплаентности»: монография / Р.В. Кадыров, О.Б. Асриян, С.А. Ковальчук. – Владивосток: Мор. гос. ун-т, 2014. – 74 с.;
3. *Тарабрина Н.В., Азарков В.А., Быховец Ю.В., Калмыкова Е.С., Маркарчук А.В., Падун М.А., Удачина Е.Г., Химчян З.Г., Шаталова Н.Е., Щепина А.И.* Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч.1 . Теория и методы. – М.: Изд-во «Когито-Центр», 2007. – 208 с.

Особенности использования механизмов психологической защиты больными сахарным диабетом II типа при различных вариантах его течения

Кошанская А.Г.

Медицинский институт ФГБОУ ВО

«Майкопский государственный технологический университет», г. Майкоп, Адыгея, Россия

koangen@list.ru

Ключевые слова: сахарный диабет II типа, декомпенсированное течение, копинг-стратегии, механизмы психологической защиты

Features of use of mechanisms of psychological protection by patients with diabetes of the II type at various options of its current

Koshanskaya A. G.

Medical institute FGBOU IN "The Maykop state technological university", Maykop, Adygea, Russia

koangen@list.ru

Keywords: diabetes of the II type, dekompenzirovanny current, coping-strategy, mechanisms of psychological protection

Сахарный диабет (СД) II типа – это распространенное хроническое соматическое заболевание, которое требует от пациентов изменения образа жизни и ежедневный самоконтроль. Для достижения компенсированного течения заболевания важно учитывать особенности использования механизмов психологической защиты больными СД II типа, то есть привычных способов преодоления трудных ситуаций, так как они могут быть взаимосвязаны не только с психологическим благополучием, но и способностью управлять своим заболеванием.

Цель. Изучить особенностей использования механизмов психологической защиты больными СД II типа при различных вариантах его течения.

Материал. Обследовано 409 больных СД II типа: из них 284 женщины и 125 мужчин, средний возраст – $56,08 \pm 1,26$ лет (39,75 лет), средняя продолжительность заболевания $10,04 \pm 0,99$ лет (0,5,36 лет). Группу разделили на две подгруппы: I подгруппа – лица с инсулиннезависимым СД (ИНСД), принимающие сахароснижающие препараты – 268 человек: из них 87 мужчин и 181 женщина; II подгруппа – пациенты

с инсулинпотребным СД (ИПСД), получающие инсулин – 141 человек: из них 141 женщина и 38 мужчин.

Методы. Исследование проводилось при помощи опросника «Индекс жизненного стиля» (LSI); копинг-теста (Е. Нейм); опросника «Когнитивная регуляция эмоций» Н. Гарнефски и В. Крайга (адапт. Писаревой О.Л., Гриценко А.). Полученные данные обработаны при помощи статистической программы SPSS 20.

Результаты и их обсуждение. Проведенное исследование показало, что большинство больных СД II типа независимо от варианта течения заболевания используют следующие механизмы психологической защиты: «отрицание» (74 % всей выборки), «реактивные образования» (81 % всей выборки) и «проекция» (80 %), реже используется механизм «замещение» (23 % всей выборки). Опираясь на психоэволюционную теорию эмоций Р. Плутчика и структурную теорию личности Г. Келлермана, можно предположить, что комбинация данных механизмов защиты может характеризовать больных СД II типа, как лиц, обладающих большей внушаемостью, отрицающих обстоятельства, вызывающие тревогу, не воспринимающих неприемлемые для личности чувства и мысли, а локализирующие их вовне, приписывая их другим людям или обстоятельствам. Следует отметить, что при использовании механизма «проекции» возникает ощущение собственной неполноценности, что позволяет больным СД II типа этого не замечать, а объектом их критики становится окружающая действительность. Дружелюбность, общительность, хорошее отношение к людям, врожденная потребность к избытку приятных стимулов обусловлены активизацией стратегии «реактивные образования». При анализе результатов копинг-теста (Е. Нейм) выявлены ведущие когнитивные стратегии преодоления стресса в I и II подгруппах и отмечено, что адаптивные копинг-механизмы используют 68,3 % ИНСД и 34,7 % ИПСД ($p < 0,05$). Основными адаптивными формами совладающего поведения, используемыми больными СД II типа в когнитивной сфере, являются «сохранение самообладания» (26,3 %) и «установка собственных ценностей» (31,7 %), больше проявляющиеся у больных ИНСД ($p < 0,05$), что указывает на наличие веры в собственные ресурсы при преодолении трудных ситуаций, способность определить пути выхода из них, склонность демонстрировать социально – поощряемые формы поведения в трудных ситуациях, придерживаясь социально нормативных форм эмоционального реагирования. При утяжелении течения заболевания больные СД II типа используют копинг-стратегии «смирение» (23,7 % больных ИПСД), 13,2 % «растерянность» и 10,5 % «диссимуляцию». Данные пассивные формы поведения, предполагают отказ от преодоления трудностей из-за неверия в свои силы. Они представляют травмирующую ситуацию, как неважную, что позволяет больным ИПСД игнорировать проблемы и временно снижать эмоциональное напряжение. В эмоциональной сфе-

ре больные СД II типа используют копинг-стратегии «оптимизм» (41,3 % всей выборки) и «подавление эмоций», указывающие на уверенность в наличии выхода из сложной ситуации. Возможно, что внешне оптимистичное отношение к происходящему также временно снижает эмоциональное напряжение, однако, в случае повторяющихся травмирующих ситуаций эмоциональное перенапряжение может трансформироваться в «соматические» симптомы. 21,18 % больных ИПСД активно пользуются поведенческими копинг-стратегиями «отступление» и 26,3 % «компенсации», уходя от активных интерперсональных контактов, отказываясь от решения проблем, с целью снизить внутреннее напряжение и сохранить социальную привлекательность при помощи погружения в занятия любимым делом. Больные ИНСД (21,9 %) больше проявляют готовность к «сотрудничеству», но в то же время у них нет склонности использовать стратегию «обращение» (7,2 %), поэтому их поведение может быть ориентировано на избегание медицинской помощи до тех пор, пока не возникнут тяжелые нарушения соматического состояния. При помощи опросника «Когнитивная регуляция эмоций» Н. Гарнефски и В. Крайга было выявлено преимущество использования продуктивных когнитивных стратегий регуляции аффективных переживаний больными СД II типа, которые способствуют успешной адаптации: «принятие» того, что случилось, «позитивная перефокусировка» с отвлечением мыслей на приятные события, «фокусирование на планировании», «рассмотрение в перспективе». Использование деструктивных стратегий чаще отмечалось у больных ИПСД, в частности, таких как «самообвинение» с чувством вины за случившееся; «руминации» со склонностью к постоянным размышлениям о пережитой трудной ситуации; «катастрофизации» с обдумыванием глобальных размеров произошедшего события и его отрицательных последствиях; «обвинение других» с перекладыванием вины за окружающих.

Резюме. Таким образом, больные СД II типа чаще используют наименее адаптивные, затрудняющие осознание внутриличностных проблем, механизмы психологической защиты такие как, «отрицание», «реактивные образования» и «проекция». Конструктивные варианты копинг-стратегий характерны для больных ИНСД, что указывает на тенденцию к демонстрации социально – поощряемого поведения в трудных ситуациях, в частности, усиление самоконтроля при соблюдении терапевтического режима, а при ИПСД выявлены доминирование неадаптивных копинг-стратегий и стойкая аффективная фиксация на негативных событиях с деструктивными стратегиями регуляции эмоций: руминация, катастрофизация и обвинения других, со стремлением отказаться от решения проблем, чтобы снизить внутреннее напряжение и сохранить социальную привлекательность. Выявляя различные особенности использования механизмов психологической защиты можно создавать у больных СД II типа более адаптивные установки на лечение и предупреждать декомпенсированное течение заболевания.

Модель здоровьесберегающего поведения профессиональных спортсменов с травмами конечностей

Маликова Л.А., Яковлева Н.В.

*Рязанский государственный медицинский университет им. ак. И.П. Павлова, Рязань, Россия
malikovala@yandex.ru, yakovleva.nata2@gmail.com*

Ключевые слова: здоровьесберегающее поведение, модель здоровьесберегающего поведения, спортивная травма, спорт высших достижений

Model of health-saving behavior of professional athletes with injuries of limbs

Malikova L.A., Yakovleva N.V.

Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov, Ryazan, Russia

Keywords: health-saving behavior, model of health-saving behavior, sport injury, sports of the highest achievements

Введение. Большинство авторов определяют здоровьесберегающее поведение человека как формы человеческой активности, включающие всю совокупность действий и направленные на функциональное обеспечение необходимого и достаточного для данного индивида качества жизни [2].

В нашем исследовании мы рассматриваем здоровьесберегающее поведение как конструкт, включающий в себя функциональную и структурную составляющие. Функциональный концепт здоровьесберегающего поведения представлен особенностями здоровьесберегающей деятельности (Н.Н. Вишнякова, О.П. Андрианова, В.К. Биловус, G. Huppmann, F. Wilker, Н.В. Яковлева). Структурный концепт соответствует понятию внутренней картины здоровья (В.В. Николаева, В.Е. Каган, Е.И. Рассказова, Г.А. Арина, М.А. Иосифян, Е.И. Первичко, И.М. Шишкова, Л.А. Александрова, D.F. Marks, M. Murray, V. Evans). Исследователи здоровьесберегающего поведения отмечают специфичность здоровьесбережения профессионалов (Л.И. Вассерман, Е.А. Дубинина, А.Б. Леонова) [1]. На наш взгляд, для понимания особенностей здоровьесберегающего поведения профессиональных спортсменов необходимо исследование механизмов регуляции изучаемого конструкта. Проведенный факторный анализ, позволяет нам выделить основные факторы в группах профессиональных спортсменов и спортсменов-

любителей, отражающие эти механизмы и причинно-следственные связи поведения, связанного со здоровьем.

Материалы и методы. В эмпирическом исследовании принимали участие спортсмены-мужчины с травмами конечностей: профессиональные спортсмены (32 испытуемых) и спортсмены-любители (30 испытуемых), средний возраст – 22 г.

В ходе исследования применялись следующие методики: «Индекс отношения к здоровью» (С. Дерябо, В. Ясвин, 1999 г.); «Опросник исследования здоровьесберегающей деятельности» (Яковлева Н.В., Яковлев В.В., 2012г.); шкала «Здоровье» методики «Исследование самооценки» (Т. Дембо, С.Я. Рубинштейн, модификация А.М. Прихожан, 1988г.); «Уровень субъективного контроля» (Е.Ф. Бажин, Е.А. Голынкина, А.М. Эткинд, 1984 г.). Математико-статистическая обработка проводилась с помощью факторного анализа (метод главных компонент, варимакс-вращение).

Результаты исследования. В группе профессиональных спортсменов было выявлено 7 факторов, которые в общей сложности объясняют 71,09 % разброса всех переменных. Первый фактор, описывающий 22,61 % дисперсии, включает в себя шкалы методики «Индекс отношения к здоровью». Фактор назван нами как «Отношение к здоровью» и демонстрирует включенность всех трех компонентов структуры отношения к здоровью: когнитивный, эмоциональный и поведенческий. При этом структура системы отношения профессиональных спортсменов имеет специфическую особенность в виде большей значимости поведенческого компонента. Мы предполагаем, что поведенческий компонент становится особенно актуальным именно в ситуации травмы, когда спортсмену необходимо выполнять конкретные реабилитационные упражнения.

Второй фактор, описывающий 12,28 % дисперсии переменных, включает в себя шкалы методики «Уровень субъективного контроля» и получил название «Интренальность». Фактор 3 включает в себя шкалу «Практический компонент отношения к здоровью» методики «Индекс отношения к здоровью» и шкалу «Эталонное здоровьесбережение» из методики «Исследование здоровьесберегающей деятельности». Фактор получил название «Эталонное здоровье», весовая нагрузка – 2,81 (10,1 % дисперсии переменных). Появление данного фактора говорит нам о существовании своеобразного «эталонного» уровня здоровья, которому стремится соответствовать спортсмен. При этом «эталонный» уровень здоровья в первую очередь ориентирован на поведенческую составляющую. Профессиональные спортсмены стремятся соответствовать некоему поведенческому паттерну, который входит в их систему представлений об идеальном состоянии здоровья. А.В. Карпов и Н.В. Яковлева в своем исследовании моделей здоровья спортсменов-профессионалов и любителей, отмечают, что индивидуальная модель здоровья атлетов

уже и специфичней, за счет своеобразной знаковой системы оценки здоровья. Такая специфичность эталонно-критериальной системы оценки здоровья обусловлена важностью здоровья для продолжения успешной профессиональной карьеры [2].

Модель здоровьесбережения спортсменов-любителей включает шесть факторов, объясняющих 73 % разброса переменных. В отличие от модели высококвалифицированных атлетов, в модели любителей доминирующее положение занимает фактор «Экстернальность» (22,6 % дисперсии). Фактор 2, объясняющий 19,27 % разброса переменных, получил название «Целопологание». Развитая способность к целепологанию позволяет нам говорить о важном умении спортсменов-любителей ставить и достигать цели, связанные с улучшением состояния здоровья, даже при условии, что регуляция здоровьесбережения в большей степени происходит с помощью опоры на внешние факторы, в виде экстернальной личностной направленности. При этом ни одна из переменных отражающих показатель отношения к здоровью, не нашла отражения в модели здоровьесбережения спортсменов-любителей, что позволяет нам говорить о включении иных детерминант, выступающих регулятором здоровьесберегающего поведения.

Выводы:

1. Здоровьесберегающее поведение профессиональных спортсменов и спортсменов-любителей имеет различные механизмы регуляции поведения.
2. Факторы «Отношение к здоровью», «Интернальность», «Эталонное здоровье» в модели профессиональных спортсменов описывают 45 % разброса всех переменных, что позволяет говорить об их наибольшей значимости в регуляции здоровьесберегающего поведения. Именно от положительного отношения к здоровью, внутреннего локуса-контроля и опоры на эталоны здоровья в большей степени зависит успешность реабилитации профессионального спортсмена после травмы. Здоровьесберегающее поведение спортсменов-любителей в большей степени связано с экстернальной личностной направленностью и целепологанием.
3. На основании полученных данных могут быть разработаны коррекционные программы по оптимизации восстановления после травмы для профессиональных спортсменов и спортсменов-любителей.

Литература

1. *Леонова А.Б.* Стресс и психическое здоровье профессионалов // Руководство по психологии здоровья / под ред. А.Ш. Тхостова, Е.А. Рассказовой. – М. : Издательство Московского университета, 2019. – Гл. 13. – С. 638–690.
2. *Яковлева Н.В., Карнов А.В.* Профессиональная специфичность как свойство витальной метакомпетентности личности / Вестник Костромского государственного университета. -2014. – № 20 (2). – С. 20–23.

Использование техники интервью в процессе мотивационного тренинга, направленного на формирование здоровьесберегающего поведения

Меркулова В.А.

*Институт психотерапии и клинической
психологии, г. Москва, Россия*

vero.merkulova@yandex.ru

Покровская С.В.

*Московский государственный психолого-
педагогический университет, г. Москва, Россия*

lana_f@mail.ru

Ключевые слова: здоровьесберегающее поведение, мотивационный тренинг, установка, интервью

Using the interview technique in the process of motivational training aimed at forming health-saving behavior

Merkulova V.A.

*Institute of psychotherapy and clinical
psychology, Russia, Moscow*

vero.merkulova@yandex.ru

Pokrovskaya S.V.

*Moscow State Psychological and
Pedagogical University, Russia, Moscow*

lana_f@mail.ru

Keywords: health-saving behavior, motivational training, attitude, interview

Формирование здоровьесберегающего поведения является актуальной проблемой, так как затрагивает как индивидуальные, так и общественные интересы, повышает качество жизни каждого отдельного человека, а также социума. В качестве варианта решения данной задачи нами был разработан и проведен мотивационный тренинг, ориентированный на формирование, развитие и коррекцию психологических черт, связанных с поведением, позволяющим сохранять здоровье и преодолевать те поведенческие паттерны, которые могут влиять на здоровье негативно.

Мотивационный тренинг позволяет последовательно усваивать мотив достижения оптимального состояния здоровья и позволять в последствии поддерживать его. В структуру тренинга включаются ключевые этапы, отражающие последовательность закрепления attitudes на сохранение здоровья. На первом этапе формируется опыт мышления, позволяющий в последствии приобретать возможность реализации здоровьесберегающего поведения. Второй этап подразумевает перенос приобретенного мышленческого опыта на исходную структуру собственных ценностей личности. Благодаря этому достигается интеграция с эмоциональной сферой, что способствует желанию удовлетворить потребность в обладании сохранным здоровьем. На третьем этапе дается опыт совершения конкретных действий, регулярное выполнение которых позволяет поддерживать здоровье, то есть реализовывать здоровьесохраняющую установку на поведенческом уровне. Для того чтобы индивидуализировать прохождение этих этапов в рамках участия в групповом тренинге, можно использовать технику интервью, направленного на понимание системы социальной установки на сохранение здоровье, представленной у каждого участника тренинга.

Применение этого метода делает возможным качественно изучить структуру социальной установки, что может быть использовано для оценки различных знаний, качеств и черт, присущих участникам, что может иметь влияние на процесс формирования установки на сохранение здоровья и, тем самым, должно быть отражено в процессе прохождения тренинга. При прохождении интервью затрагиваются следующие процессы:

1. Анализ суждений о природе здоровья у участников тренинга. Обработка этих данных позволяет организовывать подачу информации о здоровье не как об отсутствии заболеваний, а как о ценности, обладающей целостностью составляющих его физического, психологического и социального компонентов.
2. Определение непосредственно присутствующих у участников тренинга знаний о поведении, позволяющем сохранить здоровье. Оценивая эти знания, мы имеем возможность углублять предлагаемую в ходе работы информации в пользу той, которая является для участников менее знакомой, и обладает большей новизной.
3. Понимание представленности в поведенческом арсенале активных и пассивных действий, оказывающих влияние на здоровье. По данным нашего исследования нарушение баланса позитивных и негативных суждений о вариативных способах поведения связано с представленностью у участников аналогичных копинг-ресурсов. Нами была отмечена важность влияния различных стратегий совладающего поведения на реализацию здоровьесберегающего поведения, таким образом, качественная оценка суждений, производимая в процессе интервью, позволяет успешно переформулировать и применять копинг-стратегии для достижения поставленной на тренинге цели.

4. Определение содержательной части эмоциональной реакции на необходимость следования здоровьесберегающему поведению. Это дает возможность использовать в тренинговой работе имеющиеся у участников группы положительно и отрицательно окрашенные воззрения на способы поведения, и в соответствии с этим создавать структуру упражнений, отвечающих за эмоциональный компонент установки. Кроме того, в результате данного анализа становится заметно снижение эмоциональных реакций в группе, что может быть связано с алекситимией, имеющей негативное влияние на здоровьесберегающее поведение. Выявление её в процессе тренинга позволяет направить большее число упражнений на повышение эмоциональности, что способствует получению удовольствия от предпринимаемых действий, и позволяет более надежно закреплять здоровьесберегающий аттитюд.
5. Обнаружение поведенческих закономерностей, позволяющих сохранять здоровье и, наоборот, обладающих потенциально негативным влиянием. Так как при прохождении мотивационного тренинга ведущей целью является приобретение форм поведения, ранее неиспользуемых участниками, то в данном случае достижением может являться приобретение новых здоровьесберегающих поведенческих паттернов. Таким образом, приобретаемые в процессе прохождения тренинга поведения формы должны обогащать уже имеющиеся паттерны, а не повторять и без того успешно реализуемые. Кроме того, поведение, направленное на сохранение здоровья, подразумевает отказ от выполнения действий, относящихся к потенциально опасным, и замещение их новыми, позволяющими выполнять их вместо тех, от которых человек отказался. Эта особенность также подчеркивает необходимость подробного предварительного анализа не только позитивных, но и негативных поведенческих паттернов, позволяет сделать групповой тренинг индивидуализированным, что, в свою очередь, усиливает его эффективность.

Таким образом, разработанная система интервью позволяет решать как диагностические, исследовательские, так и коррекционно-терапевтические интересы, обогащать знания об изучаемом феномене здоровьесберегающего поведения, опираясь на качественный анализ структуры его компонентов. Интервью может являться основой для проведения вступительной сессии мотивационного тренинга, позволяя с одной стороны структурировать её проведение и стандартизировать структуру самого тренинга, при одновременном повышении значимости знаний и опыта каждого участника, включения их в процесс отбора наиболее актуальной для данной группы людей информации, которая будет использоваться на тренинге, а с другой стороны индивидуализировать программу, что повышает активность участников и большую задействованность всех компонентов социальной установки при прохождении тренинговой программы.

Психологическое сопровождение и реабилитация пациентов с хронической болезнью почек до и после трансплантации

Микита О.Ю., Лысенко Ю.С.,

Пинчук А.В., Хубутия А.Ш.

ГБУЗ г. Москвы «НИИ СП

им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», Москва, Россия

mikita-o@yandex.ru

Ключевые слова: хроническая болезнь почек, трансплантация почки, психологический статус, психологическое сопровождение, комплаентность, реабилитация

Резюме: Развитие медицины увеличивает количество людей, живущих в ситуации наличия тяжелого хронического заболевания и определяет необходимость развития программ сопровождения и реабилитации таких пациентов, с целью профилактики их дезадаптации. Около 10 % населения РФ страдает хронической болезнью почек (ХБП) и ежегодно около 41,5 тыс. человек признаётся инвалидами по данному заболеванию. На основании проведенного собственного исследования пациентов с ХБП в отделении трансплантации почки и поджелудочной железы НИИ СП им Н.В. Склифосовского обоснована и составлена программа психологического сопровождения таких пациентов.

Psychological support and rehabilitation of patients with chronic kidney disease before and after transplantation

Mikita O.Y., Lysenko Yu. S.,

Pinchuk A.V., Khubutia A. Sh.

Sklifosovsky Research Institute for Emergency

Medicine, Moscow, Russian Federation

mikita-o@yandex.ru

Key words: chronic kidney failure, kidney transplantation, psychological support, compliance, rehabilitation

Summary: The development of medicine increases the number of people living in a situation of severe chronic diseases and determines the need to develop support and rehabilitation programs for such patients in order to prevent their disadaptation. About 10 % of the

Russian population suffers from chronic kidney disease (CKD) and 41.5 thousand people are recognized as disabled for this disease every year. Based on our own research of patients with CKD in the department of kidney and pancreas transplantation of the Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine, a program of psychological support for such patients is justified and compiled.

Хроническая болезнь почек (ХБП) по распространенности сопоставима с гипертонической болезнью, сахарным диабетом, ожирением и метаболическим синдромом. Методом лечения пациентов с ХБП является заместительная почечная терапия (гемодиализ, перитонеальный диализ, трансплантация почки) [6]. За последние годы в РФ почти в 2 раза увеличилось количество проводимых операций по трансплантации почки [1], обусловленное значительным ростом распространенности ХБП среди населения [2].

Результаты исследования 170 пациентов с ХБП в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского показали, что психологические особенности и качество жизни пациентов с ХБП на различных этапах трансплантации почки характеризуются высоким уровнем ситуативной и личностной тревожности, депрессивными реакциями, нарушением физического и ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием; эпизодами некомплаентности, доминированием дезадаптивных копинг-стратегий, что определяет необходимость организации и оказания им психологической помощи [3,4].

Разработана программа психологического сопровождения, основанная на мультидисциплинарном подходе, принципах комплексной психодиагностики и мониторинга, интеграции работы различных специалистов. Комплекс мероприятий по психологическому сопровождению и реабилитации пациентов с ХБП на различных этапах трансплантации почки включает в себя этапы – диагностический, экстренной медико-психологической помощи, комплексной психолого-медико-социальной реабилитации, мониторинга психологического состояния и его коррекции, взаимодействия и организации деятельности специалистов, психолого-психотерапевтической и социальной помощи пациенту и родственникам, информирования специалистов, пациента и его родных [5].

Важность внедрения программ психологического сопровождения и реабилитации пациентов с ХБП обусловлена необходимостью организации им адресной помощи, в том числе для улучшения исхода операций по трансплантации, а также перспективами для развития исследований, направленных на изучение способов повышения адаптации пациентов на всех этапах заболевания.

Литература

1. Данные Rus Transplant [Электронный ресурс]/URL: <https://rustransplant.com/statistika-po-peresadke-pochki/> (Дата обращения: 11.04.2020).

2. *Готье С.В.* Планирование объемов финансирования на заместительную почечную терапию (гемодиализ и трансплантация почки) / С.В. Готье, С.М. Хомяков // Вестник трансплантологии и искусственных органов. – 2017. – № 19(3). – С.19–20.
3. *Микита О.Ю.* Качество жизни и смысловые ориентации пациентов с хронической почечной недостаточностью до трансплантации почки / О.Ю. Микита, Ю.С. Лысенко // Вестник психотерапии. – 2018. – № 67(72). – С. 131–140.
4. *Микита О.Ю.* Психологический статус и качество жизни пациентов с хронической почечной недостаточностью до и после трансплантации почки / О.Ю. Микита, А.Ш. Хубутя // Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. – 2018. – № 12 (166).
5. *Микита О.Ю.* Психологическое сопровождение пациентов с хронической почечной недостаточностью на различных этапах трансплантации почки: цели, задачи, методики, программа // О.Ю. Микита // Вестник психотерапии, 2018, № 68 (73), С. 99–113.
6. Трансплантология: учебник / под ред. М.Ш. Хубутя / П.М. Богопольский, С.А. Кабанова, В.Л. Виноградов, О.Ю. Микита, Я.Г. Мойсюк, А.В. Пинчук, Н.А. Сирота, В.Е. Соткин, Е.А. Тарабрин, А.А. Темнов, М.Ш. Хубутя, В.М. Ялтонский. // – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 320 с.

Отношение к болезни и здоровью детей с различными соматическими заболеваниями

Панфилова М.А.

МГМСУ им. А.И. Евдокимова, центр практической психологии «Отношение», г. Москва, Россия

panfilova-ma@yandex.ru

Ключевые слова: дети, болезнь, здоровье, страхи, тревога

Attitude to illness and health of children with various somatic diseases

Panfilova M.A.

A.I. Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Center for Practical Psychology "Otnoshenie", Moscow, Russia

panfilova-ma@yandex.ru

Keywords: children, illness, health, fears, anxiety

Введение. В клинической психологии с середины XX века представления о своей болезни глубоко изучается не только у взрослых пациентов, но и у детей, у подростков. А.А. Киселю (1940) [3], удалось определить, что при соматических заболеваниях в детской психике наступают изменения. При этом оказалось, что формирующееся у детей отношение к заболеванию зависит от многих факторов. Например, от особенности самой болезни, ощущений боли, тяжести болезни, глубины поражений, необратимости или успехов лечения заболевания (В.А. Еренков, 1976; А.А. Яковлева, 1977; Н.Д. Игнатьева и др., 1978). Большое значение для детей имеют социальные факторы, помещение детей в больницу, соседство с больными, ограничение их активности, отрыв от коллектива сверстников и членов семьи, изменения режима питания и состава диеты (В.А. Еренков, 1976; М.А. Forman et al., 1983). Чуть позже, в 70–80-х годах учёные обратились к исследованиям представлений человека о своём здоровье. В современной клинической психологии существуют феномены, концепции, модели внутренней картины болезни (ВКБ) (А.Р.Лурия, В. М. Смирнов, Т. Н. Резникова, А. Ш. Тхостов, Г. А. Арина, В. В. Николаева, Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский и др.) и внутренней картины здоровья (ВКЗ) (В. М. Смирнов, Т. Н. Резникова, В. А.Ананьев, А. Ш. Тхостов, Е. И. Рассказова, Г.С. Никифоров, A.Bandura, R.Rogers и др.) [2,3]. Однако, знания о болезни и здоровье у маленьких детей (от 5 до 10 лет) имеют целый ряд специфических особенностей. Дошкольники

и младшие школьники опираются на свои субъективные представления эмоционального, иррационального содержания, которые сформированы под влиянием их социального окружения (семья, детский сад, школа) и личного опыта (болезни, госпитализация) (Д.Н.Исаев, 2004; Ю.Е. Куртанова, 2004; Е.В. Свистунова, 2010)[2,3,5]. Ситуативность, лабильность эмоций, активные наглядно-образные формы мышления, богатое воображение – всё это является характеристикой психики ребёнка этого возраста. Получить достоверные, надёжные данные исследователям представлений о болезни и здоровью у детей весьма затруднительно. Сложность заключается не только в подборе методик, но так же и в самом процессе психологической диагностики, в интерпретации результатов.

На кафедре клинической психологии с 2012 г. по 2019 г совместно со студентами (А.С. Грудиной, К.Г., Яковенцевой С.Ц. Раднаевой и др.) нами были проведены исследования, которые посвящены изучению отношения к болезни и здоровью детей с различными соматическими заболеваниями, а так же выявлению у них психологических особенностей тревоги и страхов. В исследовании приняло участие 360 детей от 5-х до 10 лет (50 % девочек и 50 % мальчики). 180 детей – условная норма (2 возрастные группы: дошкольники, младшие школьники) и 180 детей – дети с разной нозологией (болезни, патологические состояния, травмы, повреждения, расстройства) (4 нозологические группы). Исследование проходило в учреждениях города Москвы (детские сады, школы, больницы). Использовались подобранные по проблеме различные методы. Наиболее эффективными в диагностике детей 5–10 лет оказались следующие психодиагностические методики: 1) опросник «Субъективная оценка болезни» А. Вольрат (версия для детей и версия для родителей, адаптация В.М. Ялтонского (2008); 2) Клиническая беседа, направленная на выявление особенностей внутренней картины здоровья Ю.Е. Куртановой (2004) [3]; 3) Для изучения особенности страхов у детей применялась методика «Страхи в домиках» (А.И.Захаров, М.А.Панфилова) (2000) [1, 4]. В данной методике дети обозначают интенсивность страхов в баллах (от 1 до 3-х) и помещают названия страхов (шкала страхов) в два домика: со страшными страхами и нестрашными страхами. 4) Тест тревожности (Р.Тэмпл, М.Дорки, В.Амен) в адаптации В.М. Астапова (2004) [4].

Результаты.

1. Существуют общие и различные специфические особенности отношения к своей болезни при разных хронических заболеваниях. Например, дети с сахарным диабетом воспринимают свое заболевание как умеренно опасное и малозаметное, отмечают свою способность контролировать заболевание и управлять им. При этом вероятность полного излечения оценивается выше среднего, а надежда на успешное будущее – значительно большая (полное излечению в возрасте взрослого человека и возможное повторение этой болезни в старости).

2. Оценивая свое здоровье дети 5–10 лет опирались на ситуативные признаки (отсутствие боли, процедуры и пр. в данный момент). Дети с хроническими заболеваниями считали себя здоровыми, а дети с травмами и повреждениями говорили с оптимизмом о своём здоровье после госпитализации, давая характеристики активности здорового человека («может бегать, играть, гулять»; «есть всё, что захочет» и др.).
3. В актуальных страхах у детей с различными заболеваниями имеются значимые отличия в общем показателе количества страхов, в их интенсивности и содержании. Например, у детей с сахарным диабетом более активные такие темы страхов, как боязнь страшных снов, огня и неожиданных резких звуков, и низкий показатель медицинских страхов (уколов, боли, врачей, боли). А у детей с нефрологическими заболеваниями более активные такие темы страхов, как не успеть, наказания. В экспериментальных и контрольных группах детей в каждом возрастном периоде преобладают определенные категории страхов, как отражение эмоционального, интеллектуального и социального развития ребёнка. Среднее количество страхов у современных детей в контрольных и экспериментальных группах в два раза превышает нормы, представленных в исследованиях прошлых лет (А.И. Захаров, 2000)[1]. Насыщенная эмоциями современная информационная среда актуализирует страхи у детей, характерные для более старшего возраста, соединяясь со страхами данного возрастного периода.
4. При сравнении ситуаций тревоги можно отметить: в экспериментальных группах высокая тревога преобладает в ситуациях: «разговор со взрослыми или выговор»; «изоляция или игнорирование». У младших школьников из экспериментальных групп высокая тревога наблюдается в школьных ситуациях: «взрослый и школьники» и «домашнее задание».

Заключение. Изменчивость, лабильность детской психики отражает и информационные изменения в обществе, как позитивные, так и негативные для развития ребёнка. Современные технологии позволяют дошкольникам изучать строение человека по ярким, наглядным энциклопедиям, по дидактическим пособиям. На детских каналах телевидения навязчивая реклама знакомит детей с названиями болезней и даже с лекарствами. Доступность Интернета рано погружает детское сознание во взрослые проблемы человечества. В детских больницах для коррекции тревоги, страхов активно внедряются игровые психологические технологии, создаётся привлекательная внешняя среда в помещениях. В связи с этим, представления и отношения к болезни и здоровью у современных детей изменились, и новые исследования по данным вопросам необходимы чтобы скорректировать, дополнить уже существующие, выделить устойчивые показатели, характеристики.

Литература

1. *Захаров А.И.* Происхождение детских неврозов и психотерапия – М., 2000.
2. *Исаев Д.Н.* Детская медицинская психология. Психологическая педиатрия. – Спб., Речь, 2004. – 384 с.
3. *Куртанова Ю.Е.* Личностные особенности детей с различными хроническими соматическими заболеваниями: Дисс...канд.психол. наук. – М., 2004.
4. *Панфилова М.А.* Игротерапия общения //Тесты и коррекционные игры. – М., 2000
5. *Свистунова Е.В.* Ребенок и болезнь: психологические аспекты проблемы / Е.В. Свистунова // Consilium medicum. Педиатрия. – 2010. – № 34. – С.29–33.

Психическое здоровье женщин, больных раком молочной железы, проживающих в промышленном мегаполисе и сельской местности*

Пономарева И.В., Пахомова Я.Н.

Томский государственный университет, г. Томск, Челябинский

государственный университет, Челябинск, Россия

ivp-csu@yandex.ru, sizova159@yandex.ru

Ключевые слова: психическое здоровье, онкопсихология, рак молочной железы

Mental health of women with breast cancer living in an industrial metropolis and rural areas

Ponomareva I.V., Pakhomova Ya.N.

Tomsk State University, Tomsk, Chelyabinsk

State University, Chelyabinsk, Russia

Key words: mental health, oncopsychology, breast cancer

Рак молочной железы – онкологическое заболевание, занимающее первое место по распространенности в мире среди женщин. Данная онкологическая патология приводит к снижению качества жизни женщин, нетрудоспособности, инвалидность и смерти. Тяжелое соматическое заболевание, такое как рак молочной железы, приводит к возникновению новой жизненной ситуации, разрушающей структуру личности, приводящей к нарушению психического здоровья [1]. Не смотря на то, что современная медицина располагает эффективными методами лечения рака молочной железы, тем не менее, онкологи отмечают высокую смертность и непродолжительность безрецидивного периода данной онкологии [2]. Прогноз течения болезни и ее исход связан с таким интегральным показателем как качество жизни. Качество жизни представляет собой субъективную оценку физического и психического компонентов здоровья, а также социального аспекта жизни. Изучение качества жизни является популярным направлением среди медицинских исследований, в области клинической психологии и психотерапии. Однако мало исследований, которые бы учитывали общий уровень жизни, демографические особенности, менталитет и т.д. при изучении качества жизни больных онкологией. Также ряд авторов отмечают, что не только онкологическая патология значительно влияет на психическое состоя-

* Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ (проект № 20–013–00824)

ние больного, но и обращают внимание на роль психических факторов в этиологии, течении и исходе онкологического заболевания.

Поэтому целью нашего исследования явилось выявление особенностей одного из маркера качества жизни – психического здоровья у женщин, проживающих на различных экономических территориях (промышленный мегаполис, районный центр, сельская местность). В исследовании приняло участие 146 женщин с диагнозом рак молочной железы I-III стадий, проживающих на территории Челябинской области РФ, где 63 женщины проживают в Челябинске как промышленном мегаполисе, 59 женщин в районном центре и 24 женщины в сельской местности. Средний возраст испытуемых составил 55, 4 лет. Нами был использован опросник SF-36 «Оценка качества жизни», в частности показатель психического здоровья (Mental Health).

Такой средовой фактор как место проживания особенно важен для женщины, с диагнозом РМЖ, так как это связано со своевременным оказанием высококвалифицированной медицинской помощи, доступностью медицинских услуг. Очевидно, что в мегаполисе медицина более доступна, чем в сельской местности, и качество медицинских услуг, наличие медицинского оборудования также различается в районных центрах и мегаполисах. Женщина, которой поставлен онкологический диагноз, испытывает колоссальный стресс, ей важно понимать, насколько доступна для нее медицинская помощь. Поэтому место проживание как средовой фактор ассоциируется с показателем психического здоровья женщин с РМЖ, и также с качеством их жизни.

Сравнительный анализ с использованием непараметрического критерия Краскела-Уоллиса показал, что между женщинами, проживающими на различных территориях, существуют значимые различия по показателю психического здоровья ($H=7.02$; $p=0.03$). Причем наиболее высокий показатель психического здоровья характерен для женщин, проживающих в сельской местности. Это свидетельствует о том, что женщины из сельской местности оценивают свое психическое здоровье как благополучное, они не испытывают тревог, у них нет депрессивных эмоциональных состояний. И возможно, прогноз течения заболевания будет благополучнее, чем у женщин из мегаполиса или районного центра. Не смотря на то, что женщины, проживающие в сельской местности территориально удалены от районного центра и мегаполиса, где может оказываться соответствующее лечение, они не испытывают ежедневных психоэмоциональных нагрузок, характерных для мегаполиса, их уклад жизни более стабилен и предсказуем.

Таким образом, женщины с РМЖ, проживающие в сельской местности демонстрируют более благополучное психическое здоровье как компонент интегрального показателя качества жизни, чем женщины с РМЖ, проживающие в мегаполисе или районных центрах. Данные

результаты должны быть обращены к практическим психологам, которые осуществляют психологическую помощь женщинам с РМЖ на всех этапах течения болезни.

Литература

1. *Зейгарник Б.В.* Патопсихологический метод в изучении личности // Психологический журнал. – 1982. – № 1. – С. 43–51.
2. *Великая В.В., Балацкая Л.Н., Старцева Ж.А., Гольдберг В.Е., Попова Н.О., Егорова М.Ю.* Качество жизни больных местнораспространенным раком молочной железы после комплексного лечения с применением нейтронной терапии // Сибирский онкологический журнал. – 2020. – № 19(2). – С. 34–40.

Психолого-педагогическая реабилитация лиц среднего возраста, перенесших острые нарушения мозгового кровообращения, в раннем периоде заболевания

Ратникова Ю.А.

Костромской государственной университет (КГУ)

Кострома, Россия

ratnikova-1976@yandex.ru

Ключевые слова: реабилитация, психолого-педагогическая реабилитация, острое нарушение мозгового кровообращения, средний возраст, когнитивные нарушения

Psychological and pedagogical rehabilitation of middle-aged people with early period acute cerebrovascular accidents

Ratnikova J.A.

Kostroma State University (KSU) Kostroma, Russia

Key words: rehabilitation, psychological and pedagogical rehabilitation, acute cerebrovascular accident, middle age, cognitive impairment

Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) – это расстройство по типу недостаточной скорости и скудного качества кровотока в церебральных структурах, провоцирующее очаговую неврологическую симптоматику, редукцию некоторых функций ЦНС. Примерно 40 % ОНМК влекут нарушения высших психических функций (ВПФ), которые, как правило, сочетаются с нарушениями движений в конечностях, что в большинстве случаев приводит к инвалидизации, возникновению депрессивных состояний, отсутствию жизненной мотивации.

Как отмечают некоторые авторы (В.В. Архипов, В.К. Вилюнас, Д.В. Горячев и др.), острые нарушения мозгового кровообращения представляют существенную проблему для лиц трудоспособного возраста, особенностью которого является субъективизм, нередко проявляющийся в завышенной оценке своих возможностей, что часто приводит к физическим и психологическим перегрузкам, что, в свою очередь, провоцирует возникновению ОНМК.

Актуальной проблемой, в настоящее время, является специфика психолого-педагогической реабилитации лиц среднего возраста, перенесших острые нарушения мозгового кровообращения, в раннем пери-

оде, поскольку эффективность восстановления нарушенных функций в существенной мере зависит быстроты оказания помощи больным в ранний период инсульта, который составляет в среднем двадцать одни сутки с момента его развития. Проблема состоит в также и в том, что преобладает в основном медицинский аспект реабилитационных мер.

Психолого-педагогическая реабилитация – процесс коррекции высших психических функций, когнитивных, эмоционально-волевых нарушений и поведенческих реакций, речевых недостатков; формирования мотивации к саморазвитию, самовосстановлению, обучению, формированию социально-бытовых и других навыков. Процесс реабилитации включает в себя функциональное восстановление или компенсацию того, что нельзя восстановить, приспособление к повседневной жизни и приобщение к трудовому процессу больного или инвалида. Основными направлениями психолого-педагогической реабилитации, по мнению Л.М. Аболина (2016), являются: восстановление основных навыков общения, мобильности и самообслуживания; восстановление навыков профессиональной деятельности; восстановление общественной жизни вне семьи, включение в жизнь отдельных сообществ, всего общества и в гражданские сферы жизни [1]. Значимая роль принадлежит ближайшему окружению, которое создает благоприятный психологический климат, осуществляет психологическую поддержку, реализует педагогические задачи обучения и восстановления утраченных знаний, умений и навыков.

Возникает необходимость создания условий психолого-педагогической помощи, которые помогут реализовать реабилитационные мероприятия более эффективно. Так, В.К. Гвоздецкой (2016), определены основные компоненты: диагностический компонент (отслеживание психолого-педагогических изменений в динамике развития, своевременная корректировка методов, форм и средств реабилитации); педагогический компонент (создание социально-психологических условий для успешности овладения двигательными, когнитивными, коммуникативными, социальными навыками); психологический компонент: создание условий для коррекции развития поврежденных функций); социально-коммуникативный компонент (обеспечение условий для формирования и реализации позитивных взаимоотношений между пациентом и специалистами, с окружающими и др.) [2].

Сроки реабилитационных мероприятий зависят от степени нарушений и интенсивности медико-социальной, психолого-педагогической помощи. Современные программы реабилитаций предполагают различные формы и методы с разными сроками помощи на разных этапах реабилитации, обеспечивающих возможность максимально приблизиться к полноценной общественной жизни. Знание особенностей и психологического состояния лиц, перенесших ОНМК, имеет немаловажное значение в эффективности психолого-педагогической помощи.

В настоящее время, по нашему мнению, уделяется недостаточное внимание психолого-педагогической реабилитации в условиях стационарного лечения. В большей степени психолого-педагогическая помощь ограничивается диагностикой. Однако с нашей точки зрения возможно и необходимо применение таких методов как музыкотерапия, библиотерапия, арт-терапия, которые оказывают благотворное влияние на психоэмоциональное состояние пациентов и могут способствовать повышению мотивации к самостоятельности, самообслуживанию, повышению самооценки, помогают преодолеть депрессию, настроиться на выздоровление, восстановление утраченных или нарушенных двигательных и когнитивных функций.

Данная проблема требует более глубокого исследования, в котором планируется проверить несколько частных гипотез, в том числе, о значительной эффективности психолого-педагогической реабилитации при ОНМК в раннем периоде заболевания, об эффективности использования с этой целью психолого-педагогических методов.

По результатам исследования планируется разработать программу психолого-педагогической реабилитации функциональных и когнитивных нарушений у лиц среднего возраста, перенесших острые нарушения мозгового кровообращения, в раннем периоде. Целью программы является создание мотивации у лиц среднего возраста, перенесших острые нарушения мозгового кровообращения, в раннем периоде к самостоятельности, адаптации к новым условиям жизни, восстановление двигательной и когнитивной активности.

Литература

1. *Аболин Л.М.* Психологические механизмы социальной реабилитации человека // Психологические исследования. – 2016. – № 3. – С. 56–71.
2. *Гвоздецкая В.К.* Психологические особенности нормативного кризиса взрослости // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. – 2016. – Т.5. – № 6 А. – С. 5–20.

Социализация телесности у детей с хроническим соматическим заболеванием (на примере бронхиальной астмы)

Романова В.В.

*Таврическая академия ФГАОУ ВО «Крымский
федеральный университет имени В.И. Вернадского»,
Симферополь, Республика Крым, Россия
taymyr2014@mail.ru*

Ключевые слова: психология телесности, внутренняя картина болезни, социализация телесности, первичное означение болезни

Socialization of corporality in children with a chronic somatic disease (on the example of bronchial asthma)

Romanova V.V.

*V.I. Vernadsky Crimean Federal University,
Simferopol, Russian Federation
taymyr2014@mail.ru*

Keywords: bodily psychology, mental image of illness, socialization of corporality, primary meaning of disease

Введение. Психология телесности как активно развивающееся направление клинической психологии имеет свой феноменологический круг явлений, базирующийся на культурно-исторической концепции развития психики Л.С. Выготского. Данный подход наряду с психической и физической линией развития выделяет особую линию развития – психосоматическую, которую нужно рассматривать как процесс закономерного становления механизмов психологической регуляции телесных функций, действий и феноменов, т.е. социализация телесности. Содержанием этого процесса становится усвоение (означивание) и порождение телесных знаков [1]. Одним из направлений исследования социализации телесности, в нашей работе стало изучение опосредствования интрацептивных ощущений (первичного означения болезни) в структуре внутренней картины болезни у школьников с бронхиальной астмой.

Организация и методика исследования. В исследовании приняли участие 28 младших школьников (7–10 лет) и 42 подростка (10–15 лет) с диагнозом БА. В качестве метода исследования использова-

лась проективная рисуночная методика «Как я себя чувствую, когда болею». Качественный анализ пояснений детей к рисунку позволил рассмотреть особенности интрацептивного словаря школьников с БА и его возрастную динамику.

Результаты исследования. В сознании детей школьного возраста уже существуют и продолжают свое становление определенные способы описания интрацептивных значений. А.Ш. Тхостов отмечает, что телесные ощущения не даны человеку «прямо», но опосредствованы системой «категорий телесности» [2]. Выделенный репертуар пояснений школьников с БА к рисунку был достаточно сходным, что позволило выделить семь вариантов первичного означения болезни: интрацептивные ощущения не вербализованы, интрацептивные ощущения, не относящиеся к симптомам БА, интрацептивные ощущения, относящиеся к симптомам БА, эмоционально-оценочные категории, неудовлетворенные потребности, ощущения общего тонуса, метафоры.

Вариант первичного означения, когда интрацептивные ощущения не вербализуются, т.е. отсутствует словесное описание, нами был отнесен к категории *«интрацептивные ощущения не вербализованы»*. Этот способ был выявлен у 42,8 % младших школьников («не знаю, что чувствую») и 11,9 % подростков («ничего не чувствую, расслабление от школы»).

Категория *«интрацептивные ощущения, не относящиеся к симптомам БА»* – это способ первичного означения болезни через разнородные интрацептивные ощущения, которые не входят в круг симптоматики БА. Эти описания связаны с опытом перенесенных соматических заболеваний (чаще простудных) или травм. Такой вариант наблюдался у 25 % младших школьников и у 23,8 % подростков. Например: «насмотрк», «болит живот», «температура».

Высказывания школьников, которые содержали типичный симптомокомплекс, указанный в клинических педиатрических рекомендациях по БА наблюдались у 21,4 % младших школьников и 38,1 % подростков и были отнесены к категории *«интрацептивные ощущения, связанные с симптомами БА»* («тяжело дышать, воздуха не хватает»).

Первичное означение болезни через *эмоционально-оценочные* категории можно рассматривать как способ объективации телесности к которому ребенок прибегает не находя других возможностей для выражения интрацептивных ощущений. Такой способ структурирования телесного опыта по определению А.Ш. Тхостова возникает в сознании, когда эмоциональные, психические состояния, объективировавшись, расцениваются, как телесные [2]. Исходя из полученных данных, 28,5 % младших школьников и 42,8 % подростков прибегают к эмоционально-оценочным способам объективации телесности. Например: «есть чувство страха, задохнуться, не хочется так умереть», «когда болеешь грустный, хочется плакать».

Качественный анализ пояснений к рисунку школьников с БА показал, что репрезентация телесных ощущений во время болезни у них может быть выражена через чувство неудовлетворенности в связи с фрустрацией потребностей и противопоказаниями, связанными с заболеванием. Данная категория интрацептивных ощущений определялась как «неудовлетворенные потребности» и встречалась у 7,1 % младших школьников, например: «хочется то, что нельзя, побегать, попрыгать», и у 4,8 % подростков, например: «я чувствую, что не могу делать то, что хочу».

Был выделен вариант описания интрацептивных ощущений, связанный с *общим тонусом организма*. Этот способ выражения телесных ощущений трудно однозначно отнести к психическим или соматическим состояниям, поскольку они ассоциируются с одной стороны с физическими ощущениями, а с другой стороны служат выражением определенных психических состояний. К данному способу описания прибегают 17,9 % младших школьников – «у меня слабость, иду сразу спать» и 38,1 % подростков – «лежу обессиленный, ничего не хочу».

Ощущения физического дискомфорта во время болезни часть школьников поясняет с помощью *метафоры*. Использование метафор в описании своего самочувствия это способ знакового овладения внутренней телесностью, психологическая функция, имеющая несколько аспектов. С помощью метафоры осуществляется вербализация интрацептивного ощущения, облегчается коммуникация внутреннего телесного опыта, происходит оформление интрацептивного процесса в образ сознания, который придает внутренней телесности новую степень реальности [2]. 14,3 % младших школьников с БА описывают, свои интрацептивные ощущения используя метафору, например: «как будто в груди молния». В подростковом возрасте язык метафор используют 35,7 % подростков, например: «решетка и колючая проволока».

Исследование первичного означения болезни у школьников с БА показало, что во многих случаях описание внутренних телесных ощущений происходит через различные комбинации способов категоризации и чаще всего является поливариантным.

Выводы. Анализ первичного означения болезни у школьников через выделение различных способов категоризации внутреннего телесного опыта свидетельствует о сопряженности этого процесса с принципами социализации телесности. Осознание хронической болезни в младшем школьном возрасте достаточно фрагментарно и диффузно. Слабая способность к вербализации внутренних телесных болезненных ощущений, низкая дифференциация симптомов БА от других телесных ощущений связаны с недостаточностью психологических средств для анализа телесного самочувствия на данном этапе онтогенеза. В подростковом возрасте изменяются доминирующие способы первичного означения

болезни, их описательные характеристики, что свидетельствует о более развитой системе значений для описания телесных ощущений. Таким образом, самопознание болезни тесным образом сопряжено с развитием психики ребенка и подчиняется динамике этого развития.

Литература

1. *Арина Г.А.* Психосоматический симптом как феномен культуры // Телесность человека междисциплинарные исследования. М., 1991. – 98 с.
2. *Тхостов А.Ш.* Психология телесности. – М.: Смысл, 2002. – 287 с.

Сравнительное исследование особенностей проявления виктимного поведения женщин с диагнозом рак молочной железы и заключенных женщин

Русина Н.А., Нечаева Е.М., Швецова С.В.

Ярославский государственный медицинский

университет, Ярославль, Россия

rusinana@ysmu.ru , nechaevakate666@mail.ru, svshvec@yandex.ru

Ключевые слова: виктимное поведение; личностные особенности; рак молочной железы; заключенные женщины

Comparative study of the features of victimization behavior of women diagnosed with breast cancer and incarcerated women

Rusina N.A., Nechaeva E.M., Shvetsova S.V.

Yaroslavl state medical University. Yaroslavl, Russia

Keywords: victim behavior; personality traits; breast cancer; incarcerated women

Введение. Личностные качества некоторых людей заставляют обратить на себя внимание, особенно тогда, когда они направлены на причинение вреда самой личности. К подобному поведению относится виктимность. Любая личность предрасположена в силу неблагоприятных объективных и специфических субъективных факторов воспроизводить определенный тип поведения жертвы, который проявляется в позиции или статусе индивида, а также в их исполнении социальной или игровой роли. Но также есть вероятность, что качества присущие виктимности не будут реализованы, т.к. во многом все зависит от обстоятельств конкретной ситуации.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 90 респондентов женского пола. Группа 1: 30 условно здоровых женщин, у которых отсутствовал диагноз рак молочной железы (РМЖ) (средний возраст 36,0 лет). Группа 2: 30 женщин с РМЖ (средний возраст 47,9 лет). Группа 3: 30 женщин, совершивших насильственные и корыстные правонарушения (средний возраст 36,6 лет). Исследование проводилось на базе ГБУЗ ЯО Областной клинической онкологической больницы г.Ярославля и следственного изолятора № 1 УФСИН России по Ярославской области. Методика исследования склонности к виктим-

ному поведению (Андронникова О.О.); Я-структурный тест Г. Аммона. Для статистической обработки данных: непараметрический U – критерий Манна-Уитни, коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Результаты. Проведено попарное сравнение групп. Выявлены значимые различия показателей по методике склонности к виктимному поведению в группах 2 и 3. Индекс склонности к гиперсоциальному поведению в гр.2 ($p \leq 0,01$) и в гр.3 ($p \leq 0,01$) достоверно выше в сравнении с группой 1. Можно предположить, что в гр.3 в ситуациях конфликта считают недопустимым уклонение от вмешательства в него, даже если это может угрожать их жизни и здоровью. Они склонны к риску, нетерпимы к поведению людей, которое, по их мнению, противоречит их взглядам, принятых в их криминальном мире. В гр.3 завышенная самооценка, поэтому последствия своих поступков они не всегда осознают. Высокий показатель склонности к гиперсоциальному поведению в гр. 2 может выглядеть со стороны социума как социально одобряемое. Они так же, как и в гр. 3, не могут уклониться от вмешательства в конфликт, но их поведение и мотивы несут положительную характеристику, при этом состояние своего здоровья они могут не учитывать. Возможно, такое поведение связано с тем, что в гр.2 склонны жертвовать собственными интересами ради других, а также стремятся показать себя окружающим людям только с хорошей стороны.

Шкала «Склонность к зависимому и беспомощному поведению» в гр.2 достоверно ниже в сравнении с гр.3 ($p \leq 0,01$). Низкий уровень склонности к зависимому и беспомощному поведению говорит о том, что в гр.2 из-за наличия повышенной эмоциональной чувствительности, страха не оправдать ожидания окружающих людей могут прийти к желанию отгородиться от социума. В гр.3 не желают делать что-то без помощи других людей, если это, конечно, не выгодно им или если они не живут по принципу «все вокруг мне должны». Возможно, это связано с тем, что, находясь в изоляции от социума, они испытывают состояние беспомощности (ожидание приговора, неуверенность в своем будущем) из-за опасения за свои аморальные действия. Шкала «Склонность к некритичному поведению» в гр.2 достоверно ниже по сравнению с гр.1 ($p \leq 0,001$) и гр.3 ($p \leq 0,01$). Низкий уровень склонности к некритичному поведению говорит о том, что в гр.2 стремятся предугадывать последствия своих действий, они осторожны и вдумчивы. Возможно, они могут испытывать необоснованные страхи (тревогу) по отношению к совершенным ими действиям, а также могут испытывать чувство досады, зависти, в связи с тем, что не удовлетворены своими достижениями.

При сравнительном анализе по методике Я-структурный тест Г. Аммона (ISTA) были выявлены следующие результаты. Конструктивный страх; конструктивное внешнее Я-отграничение; конструктивный нарциссизм; конструктивная сексуальность достоверно ниже в группе

2. В гр.3 достоверно ниже дефицитарная сексуальность и достоверно выше дефицитарная агрессия и дефицитарный страх. В гр.3 способны разграничивать реальную угрозу от необоснованной в условиях, которые для них привычны. Можно предположить, что это связано с тем, что в данных обстоятельствах они находятся в обществе, которое для них знакомо и привычно в их культуре (соседи по камере), а если это не первое для них нарушение закона, то они осознают последствия своих действий и наказание, которое будет предпринято в отношении их поступков. В гр.3 могут соблюдать необходимую дистанцию с окружающими людьми (например, сотрудники СИЗО) или, наоборот, сблизиться для обмена необходимой им информации: правила данной структуры, встречи с адвокатами и родственниками. Конструктивный нарциссизм у них выражается в «адекватном» восприятии себя, своих качеств, внешности. Они прощают себе свои промахи и ошибки, могут извлекать из них необходимые для них уроки, могут не испытывать чувство тоски, спокойно переносят временное одиночество. Вероятнее всего «адекватное» восприятие себя связано со спецификой социума, в котором заключенные женщины живут. Это может быть не только общение с бывшими заключенными, но возможно, что в детстве данная категория лиц состояла в асоциальной группе, где приняты свои стандарты образа жизни, своя мораль и ценности. Они способны завершать сексуальные взаимоотношения, не испытывая при этом чувства вины.

В поведении дефицитарная агрессия в гр.3 проявляется в отсутствии навыков установления межличностных контактов. Они не способны поддерживать теплые отношения, брать на себя какую-либо ответственность и принимать решения. Затруднена возможность открыто проявлять свои эмоции, и переживания, претензии и предпочтения. Недостаток активности компенсируется несбыточными планами и мечтами. В эмоциональных переживаниях в гр.3 выражены чувства собственного бессилия, ощущение пустоты, одиночества и скуки. Можно предположить, что данные личностные особенности связаны с тем, что в настоящее время эти женщины лишены социума, а также постоянно находятся в одном и том же пространстве, а их деятельность несет однообразный характер. В гр.3 дефицитарный страх (тревога) выражается неспособностью чувствовать страх. Это проявляется в том, что угроза недооценивается или полностью игнорируется. Отсутствующий страх проявляется в ощущениях усталости, скуки и душевной пустоты. Им свойственно отсутствие чувства тревоги, возможно, это связано с тем, что, испытывая чувство неопределенности за свое будущее, они постоянно находятся в напряжении, и эта постоянная монотонность вызывает «притупление» в эмоциональной сфере (некий защитный механизм). Дефицитарная сексуальность в гр. 3 связана с низкой сексуальной активностью. Обычно отказ от сексуальных контактов происходит под влиянием внешних

обстоятельств, в данном случае, скорее всего, это связано с отсутствием партнера противоположного пола и с изоляцией от внешнего мира.

Вывод: женщины, имеющие диагноз рак молочной железы и женщины заключенные, имеют свои отличительные друг от друга личностные особенности, которые могут приводить к реализации виктимного поведения. Полученные результаты можно использовать в психологическом сопровождении больных, в превентивной работе для предупреждения виктимного поведения.

**Исследование внутренней
картины болезни пациентов с диагнозом
хроническая обструктивная болезнь легких
и пациентов с синдромом перекреста
бронхиальной астмы и хронической
обструктивной болезни легких**

Русина Н.А., Скобелева Д.А., Филатова Ю.С.

*Ярославский государственный медицинский
университет, Ярославль, Россия*

rusinana@ysmu.ru, skodaria.20@gmail.com, yuliaka@mail.ru

Ключевые слова: ХОБЛ; эмоциональная, когнитивная составляющие болезни; локус контроля причин болезни, лечения; семья

**Study of the internal picture of the disease
of patients diagnosed with chronic obstructive
pulmonary disease and patients with intersection
syndrome of bronchial asthma and chronic
obstructive pulmonary disease**

Rusina N.A., Skobeleva D.A., Filatova Yu.S.

Yaroslavl state medical University. Yaroslavl, Russia

Keywords: COPD; emotional, cognitive components of the disease; locus of control of the causes of the disease and treatment; family

Введение. Хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ) является одним из распространённых обструктивных заболеваний респираторной системы. По данным на 2016 год, распространённость ХОБЛ в мире была на уровне 251 миллиона случаев. Ежегодно от ХОБЛ умирают 2,74 млн. населения в мире, а по оценкам за 2015 год умерло 3,17 млн. человек, что составило почти 5 % случаев смерти в мире. По прогнозам ВОЗ, ХОБЛ может стать третьей причиной смертности среди населения, в возрастной группе старше 45, в мире. У части больных присутствуют признаки как ХОБЛ, так и бронхиальной астмы (БА). Несмотря на чёткие диагностические критерии, в ряде случаев трудно было провести границу между данными заболеваниями. И только в 2014 г. впервые был выделен синдром перекрёста БА и ХОБЛ (СПБАХ).

В связи с высокой распространённостью этих форм заболеваний и возможностью их лечения и предотвращения особенно актуальным становится

ся изучение внутренней картины болезни у пациентов с целью оказания психологической помощи и определения психотерапевтических мишеней.

Материалы и методы: опросник Локус контроля и самоэффективность в отношении болезни и лечения, Шкала дифференциальных эмоций К.Изарда; Шкала семейной адаптации и сплоченности Д. Олсона. Непараметрический U-критерий Манна – Уитни, ранговый коэффициент корреляции Спирмена, регрессионный анализ. Экспериментальная группа 25 мужчин отделения пульмонологии областной клинической больницы г. Ярославля с диагнозом ХОБЛ и ХОБЛ+СПБАХ. Курящих пациентов 14, не курящих 11. Группа сравнения 25 мужчин, не имеющих заболеваний лёгких и дыхательных путей. Курящие 13 человек, не курящие 12 человек. Средний возраст 64 ± 7 лет.

Результаты: По методике Локус контроля и самоэффективность в отношении болезни и лечения выявлены различия: $p < 0,001$ по шкале Экстернальность в отношении лечения; $p < 0,01$ по шкалам Безличность в отношении причин болезни и Внешний локус контроля в отношении лечения; $p < 0,05$ по шкалам Внешний локус контроля в отношении причин болезни и Общая экстернальность в отношении болезни. Пациенты более экстернальны в отношении лечения и причин болезни, чем группа сравнения. По Шкале семейной адаптации и сплоченности выявлены различия: $p < 0,01$ по шкале Семейная адаптация; $p < 0,05$ по шкале Семейная сплоченность. Пациенты имеют сбалансированный тип семейной системы, в группе сравнения выявлен средне сбалансированный тип.

Корреляционный анализ: в группе пациентов Интернальность в отношении лечения отрицательно коррелирует со шкалами 4 стадия ХОБЛ ($r = -0,55$, $p < 0,01$) и Индекс острых негативных эмоций ($r = -0,62$, $p < 0,01$); положительно коррелирует со шкалой Контроль мыслей ($r = 0,54$, $p < 0,01$): чем тяжелее заболевание и выше уровень негативных эмоций (горе, гнев, отвращение), тем более выражена потребность передать ответственность за лечение лечащему врачу; чем выше у пациентов потребность в контроле тревожных мыслей, тем более они склонны брать ответственность за процесс лечения. Самоэффективность в отношении болезни отрицательно коррелирует со шкалой Индекс тревожно-депрессивных эмоций ($r = -0,64$, $p < 0,001$), которая положительно коррелирует со шкалой Возраст ($r = 0,65$, $p < 0,001$): чем старше пациент, тем более выражены эмоции: страх, стыд, вина, что снижает уверенность в своих силах в плане лечения и выздоровления; чем тяжелее протекает заболевание и выше уровень проявления негативных эмоций, горе, гнев, отвращение, тем более у пациента выражена потребность передать ответственность за лечение лечащему врачу. Потребность в контроле тревожных мыслей заставляет пациентов брать ответственность за процесс лечения. С возрастом повышается индекс тревожно-депрессивных эмоций.

Выявлено, что «Курящие пациенты с ХОБЛ+СПБАХ» в сравнении с группой «Курящие здоровые» более экстернальны в отношении лечения

и причин болезни и не считают себя ответственными за возникновение болезни; имеют более высокий уровень сплоченности со своей семьей; склонны считать тревожные мысли усиливающими их беспокойство. Корреляционный анализ: чем выше уровень проявления негативных эмоций у курящих пациентов (гнев, отвращение, презрение), тем более выражена потребность передать ответственность за свое лечение лечащему врачу. И наоборот, чем выше, у пациентов, потребность в контроле тревожных мыслей, тем более они склонны брать ответственность за процесс лечения и заботиться о своем здоровье. Выявлено, что ухудшение памяти пациента, зависимого от табакокурения, повышает уровень семейной адаптации. «Некурящие пациенты с ХОБЛ+СПБАХ» в сравнении с группой «Некурящие здоровые» более экстернальны в отношении лечения; имеют более высокий уровень семейной адаптации. Корреляционный анализ: чем тяжелее протекает заболевание у некурящих пациентов, тем выше потребность передавать ответственность за выздоровление врачу. И наоборот, чем больше пугающих мыслей, по поводу заболевания, тем активнее пациенты следят за своим лечением. Проявление таких эмоций как, гнев, отвращение, презрение, снижает чувство ответственности за возникновение болезни. Чем ближе и теплее отношения между членами семьи, тем больше пациенты, не зависимые от табакокурения, уверены в своих стремлениях следовать лечению и справиться с заболеванием.

В ходе регрессионного анализа было выявлено:

1. значимое влияние предиктора шкалы «индекс положительных эмоций» на выраженность компонента «экстернальность в отношении причин болезни». Положительное эмоциональное отношение субъекта к ситуации, а именно: проявление эмоций интереса, радости, удивления может повлиять на то, что испытуемый не будет испытывать вину за ухудшение своего здоровья;
2. значимое влияние предиктора шкал «позитивные убеждения о спокойствии» и «семейная сплоченность» на выраженность компонента «экстернальность в отношении лечения». Сомнения в пользе и выгодах беспокойства, а также уровень эмоциональной связи между членами семьи может влиять на то, что испытуемый будет следовать рекомендациям врача, а не заниматься самолечением;
3. значимое влияние предиктора шкалы «негативные убеждения, связанные с неуправляемостью и опасностью беспокойства», на выраженность компонента «безличность в отношении причин болезни». Убежденность в опасности тревожных мыслей может влиять на то, что испытуемый не будет брать ответственность за ухудшение своего здоровья на себя, а будет списывать все на случайные события в жизни или судьбу;
4. значимое влияние предиктора шкалы «индекс тревожно-депрессивных эмоций» на выраженность компонента «самоэффективность

в отношении болезни». Переживание эмоций тревожно-депрессивного комплекса (страх, стыд, вина) может отрицательно повлиять на уверенность испытуемого в своих возможностях следовать назначенному лечению и выздороветь.

Выводы: Пациенты с ХОБЛ имеют более выраженную потребность передать ответственность за свое лечение лечащему врачу; более адаптированную семейную систему и более высокий уровень семейной сплоченности, чем в группе сравнения.

Исследование уровня тревожности у пациентов кардиологического профиля

Сафарбаев Б.Б.

Ташкентская Медицинская

Академия, Ургенчский филиал

Ключевые слова: тревожные расстройства, психология, сердечно-сосудистые заболевания

Research of anxiety disorders in the patients with a cardiac profile

Safarbaev B.B.

Tashkent Medical Academy, Urgench branch

Keywords: anxiety disorders, psychology, patients with a cardiac profile

Введение. Высокий уровень личностной и ситуационной тревожности негативно воздействует на психосоматическое состояние пациентов, являются коморбидной составляющей заболеваний сердечно-сосудистой системы[1]. Тревожные расстройства влияют на качество жизни пациентов, повышают риск развития инфарктов и инсультов, отрицательно сказываются на трудовой и социальной адаптации пациентов[2,4]. Раннее выявление и превенция эмоциональной патологии у пациентов психосоматического профиля являются неотъемлемой задачей медицинских и клинических психологов, способствующих оптимизации и совершенствованию оказания медико-психологической помощи пациентам общесоматического профиля[3].

Цель исследования: изучить клинические особенности тревожных расстройств у пациентов кардиологического профиля.

Материалы и методы: объектом для исследования явились 60 пациентов с наличием тревожных расстройств в клинической картине заболеваемости, поступивших на лечение в отделения Хорезмского филиала Республиканского Специализированного Научно-Практического Медицинского Центра Кардиологии. Для определения эмоционального статуса использовали «Госпитальную шкалу тревоги и депрессии» (HADS) и опросник тревожности Спилбергера-Ханнина. Тест-опросник Шмишека-Леонгарда применялся для определения конституционально – характерологических особенностей пациентов с сердечно-сосудистой патологией.

Результаты и обсуждение: установление уровня тревожности у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в сравнительном

аспекте в зависимости от нозологической структуры явились первоочередной задачей инициального этапа исследования. Обследовано 60 пациентов в возрасте 18–65 лет с сердечно-сосудистой патологией, поступивших на лечение в отделения Хорезмского филиала Республиканского Специализированного Научно-Практического Медицинского Центра Кардиологии. Распределение по клиническим группам с учетом кардиологического диагноза было следующим: испытуемых с ГБ – 40 %, испытуемых с ИБС – 45 %, испытуемых с ПС – 15 %. С помощью «Госпитальной шкалы тревоги и депрессии» (HADS) и опросника Спилбергера-Ханина выявлено наличие тревожно-депрессивных расстройств различной степени выраженности у 98 % пациентов. У пациентов с гипертонической болезнью более чем у 55 % было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности, у 45 % наблюдалась выраженная тревога. У 35 % пациентов с ишемической болезнью сердца выявлено наличие выраженной тревоги. Тревожная симптоматика характеризовалась наличием панических атак и генерализованного тревожного расстройства в виде страха смерти или внезапной остановки сердца. Коморбидной составляющей тревоги во всех случаях наблюдения констатировалась депрессивная патология, которая клинически проявлялась сниженным фоном настроения и соматическими эквивалентами депрессии – бессонница, вегетативные изменения, отсутствие аппетита, спастические колиты и запоры. В период усиления тревожности, которая усиливалась в вечернее время, нарастало чувство тоски и безысходности. Большинство пациентов отмечало возникновение страха смерти и предчувствие приближающейся катастрофы, неопределённости и надвигающейся опасности. При исследовании конституционально-психологических характеристик обследуемых с помощью опросника Шмишека-Леонгарда среди всех пациентов были выявлены: демонстративный тип личности – у 6 больных(10 %), застревающий тип личности – у 16 больных(26,7 %), дистимический тип в 40 % случаев(24обследованных), тревожно-боязливый тип – у 10 больных(16,6 %), в 6,6 % случаев(4 пациента) был выявлен эмотивный тип личности. Отмечалось суточное колебание настроения, сопровождающееся чувством тоски и безысходности. Большинство пациентов отмечало нарастающее чувство грусти и предчувствие приближающейся смерти. При длительном течении соматической патологии тревожность и депрессия принимали затяжной характер, отмечалось формирование терапевтической резистентности к назначаемой фармакотерапии. Возникновение фармакорезистентности и хронификация процесса требовали подключения психологической помощи медицинских психологов и психотерапевтов для решения комплексного лечения пациентов кардиологического профиля. Для редукции тревожной и депрессивной симптоматики специально подбирались психотерапевтическое вме-

шательство с дифференцированным подходом с учётом личностных особенностей каждого пациента. Одним из ведущих методов психотерапевтического вмешательства было проведение краткосрочных сеансов когнитивно-поведенческой психотерапии в виде индивидуальных и групповых сессий. На первой стадии психотерапии устанавливались отрицательные когниции, подробноразбиралось их негативное воздействие на соматическое благополучие и психоэмоциональный фон пациентов и окружающих его близких людей. На второй стадии отрицательные руминации переводились в положительные и выделялась значимая доля пользы этого влияния на адаптационный потенциал личности пациентов кардиологического профиля. На третьей стадии психотерапии полностью трансформировалось поведение больных с сердечно-сосудистой патологией и происходила адаптация к изменяющимся условиям социума.

Выводы: таким образом, своевременное определение уровня тревожности у пациентов кардиологического профиля и раннее включение в реабилитационную программу методов когнитивно-поведенческой психотерапии способствует оптимизации оказания медико-психологической помощи данному контингенту населения и снижению развития риска острых нарушений мозгового кровообращения. Использование психометрических шкал в психодиагностике тревожных расстройств с учётом личностных особенностей пациентов кардиологического профиля позволяют определить более глубокий уровень тревожности и является фактором предупреждения неблагоприятного прогноза заболевания.

Литература

1. Мамедов М.Н. Оценка психологического статуса пациентов со стенокардией напряжения / М.Н. Мамедов, Р.Т. Дидигова, З.З. Булгачева // Кардиология. – 2012. – № 1. – С. 20–25.
2. Abdullaeva V.K., Nurkhodjaev S.N. Optimization of Therapy of Treatment Resistant Depressions in patients taking into account Personal Characteristics / Journal of Research in health science, 67–72, 2019
3. Matveeva A.A., Sultonova K.B., Abbasova D.S. et al. Optimization of psycho-diagnostics of emotional states // Danish Scientific Journal. VOL 3, No 5 pp. 24–27.
4. Niyazova Z., Nurkhodjaev S., Akhmedzhanova A. Features of psychological rehabilitation in patients with eye injuries. Medicine and Law. 2019. – 1 (38). – P. 14–28.

Восприятие болезни и стратегии совладания пациентов с раком желудка

Сирота Н.А., Ялтонский В.М.,

Шарифова А.А., Огарев В.В.

МГМСУ имени А.И. Евдокимова Министерства

здравоохранения России, г. Москва, Россия,

sirotan@mail.ru, yaltonsky@mail.ru,

alsharifova@ya.ru, ogareffvalera@ya.ru

Ключевые слова: восприятие болезни, совладающее поведение, психоонкология, внутренняя картина болезни.

Illness perception and coping strategies in patients with stomach cancer

Sirota N.A., Yaltonsky V.M.,

Sharifova A.A., Ogarev V.V

Moscow state university of medicine and dentistry

named after A.I. Yevdokimov, Moscow, Russia

sirotan@mail.ru, yaltonsky@mail.ru,

alsharifova@ya.ru, ogareffvalera@ya.ru

Key words: illness perception, coping behavior, psychooncology, internal image of disease

В связи с возрастанием числа лиц, имеющих онкологические заболевания, в настоящее время в медицине активно развивается раздел психоонкологии. Психологическую адаптацию к дистрессу онкологического заболевания можно рассматривать в рамках изучения внутренней картины болезни (ВКБ). ВКБ является сложным феноменом, который включает в себя как ощущения, эмоциональные реакции, так и когнитивные представления, мотивационный компонент. Все это в совокупности играет важную роль в преодолении последствий болезни и возможной адаптации.

Объект исследования: восприятие болезни пациентами с раком желудка.

Предмет исследования – параметры восприятия болезни и стратегии совладания с болезнью.

Цель – определение структурно-содержательных параметров восприятия болезни, а также сравнительное изучение стратегий совладающего поведения пациентов с раком желудка с разным уровнем восприятия болезни как угрозы для жизни и здоровья.

Задачи: 1. Изучить параметры восприятия болезни пациентов с раком желудка с разным уровнем восприятия болезни как угрозы для жизни

ни. 2. Провести сравнительное исследование стратегий совладающего поведения пациентов с раком желудка с разным уровнем восприятия болезни как угрозы для жизни.

Объем исследования: 50 пациентов.

Методы исследования: клинико-анамнестический; экспериментально-психологический, в рамках которого применяются следующие психодиагностические методики: «Краткий опросник восприятия болезни» (Э. Бродбент)[1], «Опросник способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями» – Вассерман Л.И. и соавт[2].

Характеристики выборки: обследованы пациенты с хроническими злокачественными новообразованиями верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (С16, МКБ-10) различной степени тяжести (3,4 стадии) от 40 до 70 лет (средний возраст ± 63 года) на базе отделения высокотехнологической хирургии Московского клинического научного центра им. А.С. Логинова. Клинико-психологическое исследование проходило после проведенной пациентам операции.

Результаты: Первым этапом было проведение кластерного анализа по результатам исследования компонентов восприятия болезни в ходе, которого выборка поделилась на 2 группы: 1 группа (28 пациента) – пациенты с раком желудка, воспринимающие болезнь как выраженную угрозу своей жизни и здоровью, 2 группа (22 пациентов) – пациенты, воспринимающие болезнь как умеренную угрозу жизни и здоровью. Среди данных двух групп пациентов статистически достоверно преобладают такие компоненты восприятия болезни: последствия (группа 1 = $8 \pm 2,2$, группа 2 = $5,6 \pm 3,2$, $p=0,006$); озабоченность болезнью (группа 1 = $7,8 \pm 2,1$, группа 2 = $4,3 \pm 3$, $p=0,001$); личностный контроль (группа 1 = $5 \pm 3,4$, группа 2 = $2,3 \pm 1,8$, $p=0,005$), контроль лечения (группа 1 = $3,4 \pm 2,8$, группа 2 = $1,4 \pm 1,6$, $p=0,006$). Сравнительный анализ использования стратегий совладания у двух групп показал, что группа пациентов с выраженной угрозой восприятия болезни достоверно чаще использует копинг-стратегию – «Положительная переоценка» ($p=0,008$).

Выводы: проведенное исследование показало, что в структуре ВКБ у пациентов с раком желудка на интеллектуальном уровне преобладает угрожающий тип восприятия болезни. Пациенты в большей степени воспринимающие болезнь как угрозу значительно чаще используют стратегию положительной переоценки для совладания с болезнью.

Литература

1. Ялтонский В.М., Ялтонская А.В., Сирота Н.А., Московченко Д.В. Психометрические характеристики русскоязычной версии краткого опросника восприятия болезни // Психологические исследования. 2017. Т. 10, № 51. С. 1. URL: <http://psystudy.ru>
2. Вассерман Л.И. и соавторы Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями, СПб Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2009.

Особенности системы отношений женщин, больных эпилепсией

Соснина В.Г.

Учреждение здравоохранения «Брестская
областная психиатрическая больница
“Могилевцы”», Республика Беларусь
leriksos@gmail.com

Сарайкин Д.М.

ФГБУ «НМИЦ психиатрии и неврологии
им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ, Санкт-Петербург, Россия
saraikindm@yandex.ru

Ключевые слова: эпилепсия, сфера отношений

Features of the relationship system of women with epilepsy

Sosnina V.G.

Health care institution «Brest Regional Psychiatric
Hospital “Mogilevtsy”», Republic of Belarus

Saraykin D.M.

V.M. Bekhterev National Research Medical Center for
Psychiatry and Neurology, Saint-Petersburg, Russia

Key words: epilepsy, sphere of relations

Введение: На сегодняшний день установлено, что эпилепсия рассматривается как одно из самых стигматизирующих заболеваний, а наиболее опасной проблемой при эпилепсии являются вовсе не судороги, а поведенческие и психосоциальные трудности [1–3]. Почти для всех больных эпилепсией закономерно проявление психосоциальных проблем разной степени выраженности. Кроме того, больным данной группы свойственна самостигматизация. Вследствие переживаний из-за заболевания, чувства стыда и ожидания больными дискриминационных мер со стороны социума, – они сами дистанцируются от окружающих. Ни в одной другой области у больных эпилепсией не возникает такой неуверенности, как в области межличностных отношений. Они озабочены отношением окружающих, опасаются, что их будут избегать и считать неполноценными, поэтому зачастую замыкаются в себе, сторонятся контактов, что лишает их возможности устанавливать продуктивные межличностные отношения. Наиболее выраженные трудности, при построении межличностных отношений, отмечаются у женщин,

в силу более выраженных переживаний из-за возможности иметь детей, создать полноценную семью. Поэтому в рамках данного исследования нам было важно изучить особенности системы отношений женщин, больных эпилепсией, определить степень благополучия и значимости изучаемых сфер отношений, наличие прямых и скрытых конфликтов в них, обозначить «мишени» для реабилитационного воздействия.

Материалы и методы. В данном исследовании приняли участие 50 респондентов в возрасте 19 до 45 лет: 25 женщин, имеющих верифицированный диагноз «эпилепсия», находящихся на стационарном лечении в ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева», и 25 условно здоровых женщин.

Психологический инструментарий: проективная методика «Незаконченные предложения» Дж. Сакса и С. Леви. Статистическая обработка: непараметрический U-критерий Манна-Уитни (SPSS версии 17.0).

Результаты. Между условно здоровыми женщинами и женщинами, больными эпилепсией, обнаружили статистически значимые различия касательно эмоциональной оценки таких сфер взаимоотношений, как: отношение к себе ($U = 176, p = < 0,05$), нереализованные возможности ($U = 178, p = < 0,05$), отношение к подчиненным ($U = 133, p = < 0,001$), отношение к прошлому ($U = 129, p = < 0,001$), отношение к лицам противоположного пола ($U = 157, p = < 0,01$). Данные различия указывают на то, что условно здоровые женщины имеют более позитивный образ себя, спокойнее относятся к нереализованным возможностям, более довольны своим прошлым, лучше относятся к подчиненным и лицам противоположного пола.

При ранжировании предложенных сфер взаимоотношений по неблагоприятию между женщинами обеих групп обнаружили различия касательно отношения к друзьям ($U = 171, p = < 0,01$). Данные различия говорят о том, что женщины, больные эпилепсией, оценивают данную сферу более неблагоприятной. Эти же различия выявлялись и в рамках клинической беседы, т.к. женщины, больные эпилепсией, чаще отмечали свое одиночество, покинутость, отсутствие друзей и поддержки.

При ранжировании сфер отношений по значимости между женщинами обеих групп были выявлены статистически значимые различия касательно следующих сфер: отношение к себе ($U = 209, p = < 0,05$), отношение к будущему ($U = 206, p = < 0,05$), отношение к лицам противоположного пола ($U = 158, p = < 0,01$). Полученные данные говорят о том, что условно здоровые женщины ставят на более высокие позиции и оценивают как более значимые, такие сферы отношений, как отношение к себе, будущему и лицам противоположного пола, что говорит, о большей важности данных сфер для них.

Кроме того, между женщинами, больными эпилепсией, и условно здоровыми женщинами обнаружили статистически значимые различия в отношении выраженности конфликтности (K – конфликты,

где есть прямое указание на конфликт; Т – неосознанные конфликты в виде шоковых реакций и латентного увеличения времени ответа; сумма К и Т – Σ К) касательно таких сфер, как: отношение к себе (К: $U = 151, \rho = < 0,01$; Σ К: $U = 159, \rho = < 0,01$), нереализованные возможности (К: $U = 128, \rho = < 0,001$; Σ К: $U = 146, \rho = < 0,01$), отношение к подчиненным (К: $U = 184, \rho = < 0,05$; Σ К: $U = 181, \rho = < 0,05$), отношение к друзьям (К: $U = 169, \rho = < 0,01$); отношение к лицам противоположного пола (К: $U = 173, \rho = < 0,05$; Σ К: $U = 165, \rho = < 0,01$), сексуальные отношения (К: $U = 183, \rho = < 0,05$; Т: $U = 160, \rho = < 0,01$; Σ К: $U = 176, \rho = < 0,05$), отношение к будущему (Т: $U = 212, \rho = < 0,05$), отношение к вышестоящим (Т: $U = 208, \rho = < 0,05$), страхи и опасения (Т: $U = 192, \rho = < 0,05$), отношение к матери (Т: $U = 197, \rho = < 0,01$), отношение к прошлому (Σ К: $U = 179, \rho = < 0,05$), а также, в целом, в отношении выраженности конфликтности (дезадаптации) ($U = 144, \rho = < 0,01$). Отмеченные различия указывают на то, что женщинам, страдающим эпилепсией, свойствен больший уровень конфликтности, который на статистически значимом уровне отмечается касательно выше обозначенных сфер отношений. Высокая конфликтность в сферах отношений может приводить к социальной дезадаптации женщин, страдающих эпилепсией.

Выводы: Таким образом, применение данной методики позволило обозначить мишени для планирования реабилитационных мероприятий с женщинами, больными эпилепсией. Так, при работе с женщинами данной группы необходимо способствовать улучшению их отношения к себе, переоценке прошлого, повышать их коммуникативные способности, способствовать улучшению межличностных отношений, уделять внимание важности построения временной перспективы.

Литература

1. Михайлов В.А. Психосоциальные аспекты эпилепсии: стигматизация больных и поиск путей решения проблемы // Сибирский вестник психиатрии и неврологии. – 2008. – № 2 (49). – С. 39–42.
2. Эпилепсия / под общ. ред. Н.Г. Незнанова. – СПб.: СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2010. – 960 с.
3. Mula M., Sander J.W. Psychosocial aspects of epilepsy: a wider approach // British Journal of Psychiatry Open. – 2016. – № 2 (4). – P.270–274.

Влияние семейного положения и возраста на уровень тревоги и депрессии у пациентов травматологического профиля

Хихол В.А., Якуть А.В.,

Сурмач Е.М., Малкин М.Г.

УО «Гродненский государственный

медицинский университет» г. Гродно, Беларусь

vkhikhoh@bk.ru, esurmach@mail.ru

Ключевые слова: тревога, депрессия, возраст, семейное положение

Influence of marital status and age on the level of anxiety and depression in trauma patients

Khikhoh V.A., Yakuts A.V., Surmach K.M., Malkin M.R.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Keywords: anxiety, depression, age, marital status

Введение: падение является одним из наиболее распространенных потенциально травмирующих событий в пожилом возрасте, особенно когда оно приводит к переломам [1]. Восстановление способности ходить у пациентов с переломами бедренной кости очень важно для пациента, чтобы быть самостоятельным и независимым [2]. Наличие симптомов тревоги/депрессии может влиять на реабилитационный потенциал пациента [3]. Согласно результатам исследований одинокие пожилые пациенты с наличием симптомов тревоги или депрессии теряют способность к самообслуживанию, резко снижается качество их жизни, результаты работ показывают, что врачи, работающие с данной категорией пациентов, должны оценивать и лечить имеющиеся симптомы [4]. Поэтому целью работы явилось изучение влияния возраста и семейного положения на распространенность и уровень тревоги/депрессии у пациентов с переломом шейки бедренной кости или коксартрозом после выполненного оперативного вмешательства.

Материал и методы исследования: Для скрининга тревоги и депрессии использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) – методика для пациентов соматического стационара. Шкала является предпочтительной для использования, поскольку позволяет одновременно оценить наличие и глубину тревоги и депрессии. Валидность и чувствительность шкалы подтверждены не только зарубежными, но и отечественными авторами.

Статистическая обработка полученных данных проведена в пакете программы «Statistica 10». Использовался критерий Манна-Уитни для сравнения значений в группах, а также χ^2 Пирсона. Уровень $p < 0,05$ был принят как статистически значимый. В исследовании приняли участие 48 пациентов (18 мужчин и 30 женщин). Все пациенты были разделены на группы: первая группа – одинокие пациенты ($n=17$); вторая группа – замужние/женатые пациенты ($n=31$); третья группа – пациенты в возрасте до 60 лет, четвертая – пациенты старше 60 лет. Средний возраст группы 3–51,3±8,33, а группы 4–66,5±6,0. Выполнены сравнения уровней тревоги/депрессии в группах 1 и 2, а также в группах 3 и 4.

Результаты: уровень тревоги в группе 1 ($n=17$) составил 8,2 [5–10], а в группе 2 ($n=31$) – 5,9 [4–7], $p=0,07$. Уровень депрессии в группе 1 составил 5,9 [2,5–9], а в группе 2–4,4 [3–6], $p=0,34$. Достоверные различия в уровнях тревоги и депрессии в группах 1 и 2 выявлены не были.

Результаты скрининг диагностики показали у 21 % группы 1 и у 14,5 % группы 2 субклинически/клинически выраженную тревогу (8 и более баллов по шкале HADS). Субклинически/клинически выраженный уровень депрессии в группе 1 – у 12,5 % пациентов, а в группе 2 – у 10,4 %. В группе 3 ($n=20$) показатель тревоги – 7 [5–9], а в группе 4 ($n=28$) – 6,6 [4–8], $p=0,47$. Показатель депрессии в группе 3 составил – 5,8 [4–8], а в группе 4–5,4 [3,5–7], $p=0,56$. Достоверные различия в уровнях тревоги и депрессии между группами не найдены. У 19 % пациентов группы 3 и 17 % группы 4 был выявлен субклинически/клинически выраженный уровень тревоги (8 и более баллов по шкале HADS). Субклинически/клинически выраженная депрессия в группе 3 составила 10 %, в группе 4–12,2 %.

Выводы:

1. Семейное положение, возраст пациентов после перенесенного оперативного вмешательства на тазобедренном суставе не влияют на уровни тревоги/депрессии.
2. Субклинически/клинически выраженная тревога присутствовала у 1/5 части одиноких респондентов и 15 % респондентов, состоящих в браке; депрессия – в среднем у 1/10 респондентов независимо от семейного положения.
3. Субклинически/клинически выраженная тревога присутствовала у 1/5 респондентов, депрессия – у 1/10 респондентов независимо от возраста.

Литература

1. *N. Jayasinghe*. Posttraumatic stress symptoms in older adults hospitalized for fall injury / N. Jayasinghe [et al.] // *General hospital psychiatry*. – 2014. – № 36(6). – P. 669–673.
2. *A. Salpakoski*. Walking recovery after a hip fracture: a prospective follow-up study among community-dwelling over 60-year old men and women /

- A. Salpakoski [et al.] // BioMed Research International. – 2014. – 2014: 289549.
3. A. Sharma. Anxiety and depression in patients with osteoarthritis: impact and management challenges / A. Sharma [et al.] // Open Access Rheumatol. – 2016. – № 8. – P. 103–113.
 4. A. Gretchen. Anxiety, depression and disability across the lifespan / A. Gretchen Brenes [et al.] // Aging Ment. Health. – 2008. – № 12 (1). – P. 158–163.

Соотношение эмоционального выгорания и выраженности жалоб на психопатологическую симптоматику у матерей и отцов, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья

Черная Ю.С., Шишкова А.М., Бочаров В.В.

ФГБУ «НМИЦ психиатрии и неврологии

им. В.М. Бехтерева», г. Санкт-Петербург, Россия

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, г. Санкт-Петербург, Россия

shishaspb@mail.ru

Ключевые слова: родители детей с ограниченными возможностями здоровья, эмоциональное выгорание, психопатологическая симптоматика

Interrelation of burnout and severity of psychopathological symptoms in disabled children parents

Chernaya Y.S., Shishkova A.M., Bocharov V.V.

V.M. Bekhterev National Research Medical

Center for Psychiatry and Neurology

St. Petersburg State Pediatric Medical University

Keywords: parents of children with disabilities, burnout, psychopathological symptoms

Введение. Воспитание ребенка с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) часто является трудным испытанием для его родителей. В силу различий поло-ролевой позиции, матери и отцы могут по-разному переживать ситуацию хронической болезни ребенка. Сравнительный анализ переживаний хронической болезни ребенка у матерей и отцов представляется значимым для создания эффективной системы психологической помощи родителям.

Целью данного исследования являлось изучение соотношения эмоционального выгорания и выраженности жалоб на психопатологическую симптоматику у матерей и отцов, воспитывающих детей с ОВЗ.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 138 человек, из них: 40 отцов в возрасте от 26 до 52 лет (средний возраст составил $36,12 \pm 6,81$ лет) и 98 матерей в возрасте от 23 до 58 лет (средний возраст $36,67 \pm 7,23$ лет). Исследование проводилось на базе клиники Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицин-

ского университета и Санкт–Петербургской детской городской больницы Св. Ольги. В исследуемую группу вошли родители детей, страдающих ревматоидным артритом (M05, M06), нейрофиброматозом (Q85) и эпилепсией (G40). Постановка диагноза осуществлялась по МКБ-10.

Исследование осуществлялось при помощи стандартизированной клинической карты, симптоматического опросника SCL-90-R [2] и тестовой методики «Уровень эмоционального выгорания родственников/Родительско-детский вариант» – УЭРВ/РДВ [1]. УЭРВ/РДВ позволяет объективировать не только проявления выгорания (симптоматический полюс), но и ресурсные составляющие личностного функционирования, противостоящие выгоранию родителей в ситуации хронической болезни ребенка (ресурсный полюс).

Обработка данных осуществлялась при помощи статистического пакета SPSS V. 21. В качестве меры связи применялся коэффициент корреляций Спирмена.

Результаты. Анализ результатов исследования показал, что структура взаимосвязей эмоционального выгорания и характера жалоб на психопатологическую симптоматику в исследуемых группах родителей имеет как сходства, так и различия.

В группе матерей, воспитывающих детей с ОВЗ, показатели шкал SCL-90-R имеют множественные положительные взаимосвязи со шкалами симптоматического полюса методик УЭРВ/РДВ. При этом, наибольшее количество взаимосвязей установлено со шкалой «Редукция личностных достижений» (УЭРВ/РДВ). Так, данная шкала выявляет положительные корреляционные связи со следующими показателями SCL-90-R: «Депрессия» ($p < 0,05$), «Тревожность» ($p < 0,01$), «Враждебность» ($p < 0,05$), «Фобия» ($p < 0,01$), «Паранояльность» ($p < 0,05$), «Психотизм» ($p < 0,01$) и общим индексом тяжести симптомов ($p < 0,05$). В группе отцов связи показателей SCL-90-R со шкалами симптоматического полюса УЭРВ/РДВ, отражающими проявления выгорания, отсутствуют.

В тоже время, в данной группе шкалы SCL-90-R обнаруживают, на первый взгляд, парадоксальные положительные взаимосвязи преимущественно со шкалами ресурсного полюса методики УЭРВ/РДВ. В частности, наблюдается положительная корреляционная связь интегративной шкалы «Ресурс» (УЭРВ/РДВ) и показателей «Обсессивность–компульсивность» ($p < 0,05$), «Сензитивность» ($p < 0,05$), «Тревожность» ($p < 0,05$) и «Фобия» ($p < 0,05$). В группе матерей детей с ОВЗ подобные связи не выявлены.

Обращают на себя внимание корреляционные связи шкалы «Наполненность смыслом» (УЭРВ/РДВ) со шкалами SCL-90-R. В обеих исследуемых группа общая структура взаимосвязей оказывается сходной, обнаруживая положительные связи данной шкалы, относящейся к ресурсному полюсу, со шкалами, представляющими жалобы на психопатологическую симптоматику. Так, шкала «Наполненность смыслом» у отцов коррелирует с показателями «Обсессивность–компульсивность»

($p < 0,01$), «Сензитивность» ($p < 0,01$), «Тревожность» ($p < 0,01$), «Депрессия» ($p < 0,05$) и «Фобия» ($p < 0,05$), а у матерей со шкалой «Психотизм» ($p < 0,05$) и общим индексом тяжести симптомов ($p < 0,05$) SCL-90-R.

Как в группе матерей, так и в группе отцов обнаруживается определенное сходство корреляционных отношений по шкалам «Энергия» и «Самоэффективность в лечении ребенка» (УЭВР/РДВ). В группе отцов показатели этих шкал отрицательно коррелируют с индексом наличного симптоматического дистресса ($p < 0,01$) SCL-90-R. В группе матерей «Самоэффективность в лечении ребенка» имеет отрицательную связь со шкалой «Депрессия» ($p < 0,01$), также установлены отрицательные взаимосвязи между шкалой «Энергия» и показателями шкал: «Тревожность» ($p < 0,05$) и «Депрессия» ($p < 0,01$) SCL-90-R.

Таким образом, у исследованных матерей проявления эмоционального выгорания связаны с выраженными полиморфными жалобами на психопатологическую симптоматику, что подтверждает данные отечественных и зарубежных исследований в области родительского выгорания. В группе отцов такие взаимосвязи отсутствуют и, в тоже время, у них отмечается сочетание жалоб на психопатологическую симптоматику с тенденциями, отражающими высокую значимость и наполненность личностным смыслом деятельности, направленной на поддержание здоровья своего больного ребенка. Высокая «наполненность смыслом» ухода за больным ребенком часто оказывается связанной с жалобами на психопатологическую симптоматику и у матерей, воспитывающих детей с ОВЗ.

В тоже время, высокий энергетический потенциал родителей, психологическая готовность осуществлять опеку больного и уверенность в собственной самоэффективности (правильности действий, предпринимаемых для борьбы с болезнью и поддержания здоровья) выступают в качестве ресурсных составляющих личностного функционирования как матерей, так и отцов детей с ОВЗ.

Выводы. Соотношение взаимосвязей эмоционального выгорания и характера жалоб на психопатологическую симптоматику различается в зависимости от поло-ролевой позиции родителей, воспитывающих детей с ОВЗ. У матерей, в отличие от отцов, симптомы эмоционального выгорания часто оказываются связанными с жалобами на психопатологическую симптоматику. В тоже время, соотношение ресурсных показателей и психопатологических жалоб в исследованных группах обнаруживает определенное сходство.

Литература

1. Бочаров В.В., А.М. Шишкова, А.А. Сивак, Ипатов К.А. Методика «Уровень эмоционального выгорания родственников», психометрические характеристики [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России : электрон. науч. журн. 2018. Т. 10, № 6 (53) С. 4.
2. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб: Питер. 2001. 272 с.

Психологические последствия хронической болезни близкого для опекающих его родственников: рост или дисфункциональность личности

Шишкова А.М., Бочаров В.В.

ФГБУ «НМИЦ психиатрии и неврологии

им. В.М. Бехтерева», Санкт-Петербург, Россия

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург, Россия

shishaspb@mail.ru

Ключевые слова: родственники, опекающие хронически больных, эмоциональное выгорание, посттравматический рост

Psychological consequences of relative' chronic illness for informal caregivers: personal growth or dysfunctionality

Shishkova A.M., Bocharov V.V.

V.M. Bekhterev National Research Medical

Center for Psychiatry and Neurology

St. Petersburg State Pediatric Medical University

Keywords: informal caregivers, burnout, posttraumatic growth

Возникновение неизлечимой болезни у одного из членов семьи часто является выраженным по силе травматическим фактором для его родственников, которые сталкиваются с множеством порой трудно разрешимых задач в процессе опеки хронически больного.

В качестве концептуальной основы для описания и систематического учета негативных последствий воздействия хронического стресса, обусловленного болезнью одного из членов семьи на его близких в настоящее время широко используется теоретический конструкт «выгорания». Исследованию выгорания у родственников, опекающих лиц страдающих различной соматической и психической патологией, посвящены многочисленные работы. К факторам, взаимосвязанным с формированием феноменов выгорания у опекающих больного родственников, относят широкий диапазон параметров, описывающих ситуацию ухода, в частности, длительность контакта с больным, тяжесть и длительность заболевания, трудности, связанные с коррекцией поведения больного, наличием депрессии у опекаемого и др.

В результате произошедшего за последние десятилетия сдвига научной парадигмы с проблемно-ориентированного, редуционистского

подхода в сторону позитивной психологии, акцентирующей внимание на поиске сильных сторон человеческой психики, в фокусе интересов исследователей оказались не только негативные, но и позитивные аспекты трансформации личности опекающих родственников. Так, в настоящий момент широко используются понятия «рост обусловленный стрессом» («stress-related growth»), «позитивные психологические изменения» («positive psychological changes») и особенно «посттравматический рост» («posttraumatic growth»). Посттравматический здесь подчеркивает, что рост происходит после чрезвычайного по силе стрессового (травматического) события, а не в результате какого-либо незначительного стресса или как часть естественного процесса развития. При этом «рост» показывает, наличие качественных изменений в развитии, выходящих за пределы привычного психологического функционирования, степени осознанности жизни, уровня психологической адаптации.

Среди позитивных компонентов опыта, переживаемого родственниками, опекающими хронически больного, описывают разнообразные варианты восприятия болезни и связанных с ней жизненных обстоятельств, которые отражают изменение личностных и семейных смыслов. В частности, родственники могут воспринимать болезнь в качестве возможности учиться, осваивать новые навыки; фактора, способствующего укреплению семьи; события, дающего ощущение цели в жизни; возможности стать более хорошим человеком (более терпимым и способным к состраданию, менее эгоистичным); фактора, способствующего увеличению силы личности; способности к духовному росту и т.д.

Таким образом, в одном случае хроническая болезнь близкого является определенным трамплином, раскрывающим ресурсные возможности личности опекающего родственника, в другом, порождает глубокий личностный кризис, который при неблагоприятном исходе, может вызывать у него развитие психической и соматической патологии.

В этой связи, особую значимость приобретают исследования, посвященные изучению факторов, связанных с формированием позитивных/негативных последствий влияния стресса, обусловленного болезнью близкого, на опекающих его родственников.

Среди наиболее часто изучаемых факторов, оказывающих влияние на способность опекающих больного близких справляться со сложившейся жизненной ситуацией, выступают стратегии совладания.

Исследования показывают, что проблемно-ориентированные стратегии совладания особенно адаптивны и связаны с меньшим психологическим дистрессом, а также более позитивными последствиями стрессового воздействия. В качестве проблемно-ориентированные стратегии совладания авторы описывают, например, такие как: сокращение часов затрачиваемых на опеку за счет привлечения специализированного персонала, принятие финансовых трудностей, интеграция ухода за

больным в семейную культуру, эффективное планирования распорядка дня, снижение уровня ожиданий от больного члена семьи, избегание конфронтации с ним и использование юмора.

Вместе с тем, родственники, характеризующиеся пассивными копинг-стратегиями или наличием выраженного отрицания, в большей степени склонны к формированию выгорания, чем те, кто характеризуется применением активных копинг-стратегий, позитивной переоценки, наличием оптимизма.

В качестве отдельного направлений, требующего дальнейшего детального исследования, можно выделить изучение потребностей членов семьи, осуществляющих опеку хронически больного и оценку их качества жизни. Среди таких потребностей авторы называют, например, потребность в информации, в частности, информации о том, как ухаживать за пациентом дома (медицинское обслуживание/уход за больным, мониторинг, симптомы), что следует ожидать (например, физического восстановления больного), как взаимодействовать с больным, реагировать на его эмоциональные проявления (например, депрессию, капризы).

Резюмируя вышесказанное следует отметить, что в настоящий момент созданы концептуальные основы для понимания разнообразных влияний болезни близкого на опекающего его родственника. Это создает предпосылки для устранения односторонности понимания психологии опекающего родственника исключительно с позиций его дисфункциональности. Учет как негативных, так и позитивных последствий той психологической ситуации, в которой оказывается родственник больного, важен для повышения качества жизни опекающих близких и самих больных.

Совладающее поведение матерей, воспитывающих детей с тяжелыми множественными нарушениями развития

Шумская Н.А.

РГПУ им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург, Россия

nadia.shum@gmail.com

Ключевые слова: тяжелые множественные нарушения развития, невротические черты личности, копинг-механизмы, типы совладающего поведения

Coping behavior of mothers raising children with severe multiple disorders

Shumskaya N.A.

*Herzen State Pedagogical University
of Russia, St. Petersburg, Russia*

nadia.shum@gmail.com

Keywords: severe multiple developmental disorders, neurotic personality traits, coping strategy, coping behaviour

Введение. Рождение ребенка с тяжелыми множественными нарушениями развития (ТМНР) является психотравмирующей ситуацией для родителей: они оказываются вынуждены отказаться от своих фантазий о здоровом ребенке, его радужном будущем, своих перспективах и идеальном в их представлении родительстве [1]. Такая ситуация приводит к разладу привычного уклада жизни семьи, вызывает ежедневное эмоциональное напряжение, увеличивает материальные расходы и пр. Матери, воспитывающие детей с различными вариантами дизонтогенеза, живут в ситуации повышенного родительского стресса [2, 3]. Эффективность поведения в стрессовых ситуациях зависит от имеющихся личностных ресурсов, от характера используемых типов совладающего поведения и копинг-стратегий [4].

Материал и методы. В данном исследовании был проведен сравнительный анализ стратегий совладания и черт личности матерей детей с ТМНР и матерей детей с нормативным развитием. В исследовании приняли участие 49 женщин в возрасте от 26 до 53 лет: в основную группу (20 человек) вошли матери, имеющие детей с ТМНР, в контрольную (19 человек) – воспитывающие детей с нормативным развитием. Для проведения эмпирического исследования были использованы беседа, наблюдение и следующие методики: опросник невротических черт личности, методика «Индикатор копинг-стратегий» (Дж. Амир-

хан), методика «Способы совладающего поведения» (Р. Лазарус). Для статистической обработки использовались методы сравнительного анализа (критерий Манна-Уитни) и ранговой корреляции Ч. Спирмена.

Результаты и обсуждение. Анализ данных исследования показал, что матери детей с ТМНР, как и матери здоровых детей, обладают повышенным уровнем выраженности таких невротических черт, как познавательная и социальная пассивность, невротический сверхконтроль поведения и аффективная неустойчивость. Для женщин характерна повышенная истощаемость при выполнении бытовых и рабочих дел, снижение заинтересованности в социальных контактах, потребность в тщательном планировании и обдумывании своих поступков, причем зачастую доминирует мотивация избегания неуспеха. В фрустрирующих ситуациях они склонны к проявлению раздражения, гневливым реакциям, что приводит к накоплению отрицательных переживаний и снижению толерантности к стрессу. Это может объясняться тем, что основная психоэмоциональная нагрузка в семьях с детьми с ТМНР ложится на матерей: они как правило одни решают проблемы материального характера (после ухода из семьи «кормильца»), обеспечивают жизнеобеспечение и функционирование больного ребенка, при этом страдая от предательства близкого человека, от травмы, связанной с ребенком непосредственно, и от травмы, связанной с несостоятельностью себя как женщины и матери. Матери детей с нормативным психическим развитием находятся в стрессовой обстановке по иным причинам: возможно, это является следствием того, что в нынешнем обществе, когда женщина работает наравне с мужчиной, она все еще несет на себе традиционную нагрузку по ведению быта и воспитанию детей, решению их трудностей, что значительно затрудняет эмоциональную разгрузку.

Выявлена статистически достоверная разница в показателе «неуверенность в себе», что явилось вполне ожидаемым, учитывая, что сам факт рождения ребенка с нарушениями развития воспринимается женщиной как ее вина, а отсутствие информационной, медицинской и иной поддержки, равно как и огромное количество стереотипов и «ярлыков», существующих в обществе, лишь укрепляют мысль о собственной несостоятельности.

Для поиска возможных способов эффективного разрешения проблем матери детей с ТМНР, как и матери здоровых детей чаще пользуются двумя активными копинг-стратегиями: «разрешение проблем» и «поиск социальной поддержки». Матери стараются использовать имеющиеся у них внешние (обращение за помощью и поддержкой к окружающим) и внутренние (личностные) ресурсы, редко прибегают к пассивным способам избегания (уход в болезнь).

Достоверно различаются два типа совладающего поведения: «поиск социальной поддержки» и «бегство-избегание». Для матерей детей с ТМНР характерны ожидание внимания, совета, сочувствия от окружающих людей. Потребность в такой эмоциональной поддержке проявляется стремле-

нием быть выслушанным, получить эмпатичный ответ, разделить с кем-то свои переживания. Они часто обращаются за информационной поддержкой, ждут рекомендаций экспертов. С одной стороны, это говорит о том, что женщины способны прибегать к внешним ресурсам при возникновении трудностей, однако это часто приводит к формированию зависимой позиции от окружающих. Этим женщинам действительно нужна большая поддержка со стороны социума, поскольку им приходится преодолевать множество сложностей в обычной жизни, в медицинских и государственных учреждениях и т.д. Однако, в фрустрирующих ситуациях матери детей с ТМНР могут быть склонны к отрицанию, игнорированию проблемы, уклоняться от ответственности, выражать нетерпение, недовольство, либо погружаться в фантазии, что, конечно, дает возможность быстрого снижения эмоционального напряжения в ситуации стресса, но тем не менее приводит к невозможности разрешения проблемы и накоплению трудностей.

В основной группе выявлена прямая взаимосвязь невротического сверхконтроля поведения с таким копинг-механизмом, как стратегия разрешение проблем (0,57). Неуверенность в себе имеет прямую связь с принятием ответственности (0,64) и избеганием проблем (0,54). Избегание проблем взаимосвязано с такими типами совладающего поведения как дистанцирование (0,66) и принятие ответственности (0,76). Повышенная ответственность у матерей детей с ТМНР зачастую характеризуется высоким уровнем самообвинения, принятие ответственности и стремление контролировать ситуацию – это взваливание на себя больше того, что человек может выдержать, зачастую отягощенное чувством вины за невыполненный результат. В контрольной группе получена прямая взаимосвязь между копинг-механизмом «разрешение проблем» и планированием решения проблемы (0,66) и самоконтролем (0,50), копинг-механизм «избегание проблем» взаимосвязан с такими типами совладающего поведения, как дистанцирование (0,65), конфронтация (0,50) и бегство-избегание (0,64). У матерей здоровых детей в целом преобладает рациональный подход к проблемным ситуациям, однако они склонны преодолевать негативные переживания за счет целенаправленного подавления и сдерживания эмоций, что не редко приводит к враждебности и неоправданному упорству при достижении цели. Такие копинг-действия теряют свою целенаправленность и становятся преимущественно результатом разрядки эмоционального напряжения.

Литература

1. *Добряков И.В. Защеринская О.В.* Психология семьи и больной ребенок. Учебное пособие: Хрестоматия. – СПб.: Речь, 2007. 400 с.
2. *Ильин Е.П.* Психология индивидуальных различий. СПб.: Питер, 2010. 701 с.
3. *Селигман М. Дарлинг Р.* Обычные семьи, особые дети / М.Селигман Р. Дарлинг. М.: Теринф, 2016. 368 с.
4. *Lazarus R.S., Folkman S.* Stress, appraisal and coping. New York: Springer Publishing Company, 1984, 456 p.