

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

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

Вестник ПСИХОТЕРАПИИ



№92

Bulletin of Psychotherapy

2024



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

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

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

ИНСТИТУТ ПСИХОТЕРАПИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ ИМ. Б.Д. КАРВАСАРСКОГО ПРИГЛАШАЕТ

специалистов в области психотерапии, клинической и медицинской психологии, врачей, психологов и других специалистов в области охраны психического здоровья принять участие в важном событии профессионального психотерапевтического сообщества!

XXI Санкт-Петербургский Апрельский семинар по психотерапии и практической психологии 2025 «НОРМА ПСИХОТЕРАПИИ: КУДА ВЕДУТ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПРАКТИКИ»

Коллеги, с радостью информируем вас о том, что в 2025 году с 1 по 6 апреля в Санкт-Петербурге, отеле «Октябрьская» состоится Апрельский семинар по психотерапии и практической психологии, который мы проводим уже в двадцать первый раз. Темой семинара 2025 года станет **«Норма психотерапии или куда ведут психотерапевтические практики»**.

Важным событием Апрельского Семинара 2025 года станет однодневный (в первый день семинара — 1 апреля 2025 года) научно-практический Конгресс с международным участием по теме «Норма в психотерапии: методология, методика, организация помощи и психотерапевтическая практика». Он представляет собой полноценное научно-практическое событие с международным участием «психотерапевтического типа», где наука сочетается с личностным участием, а практика с личным опытом.

В течение дня мы будем рассматривать норму в психотерапии с точки зрения различных Школ отечественной психотерапии — Петербургской (Ленинградской) Школы психотерапии В.Н. Мясищева — Б.Д. Карвасарского, Московской школы психотерапии, Екатеринбургской Школы психотерапии, Школы клинической психотерапии Р.К. Назырова, основных направлений психотерапии — Психодинамического, Когнитивно-Поведенческого, Экзистенциально-гуманистического, Лингвистического; других направлений и экспрессивных подходов психотерапии, а также смежных научных дисциплин — клинической и персонализированной психиатрии, психофизиологии, нейрофизиологии и др.

В Конгрессе примут участие эксперты в области психотерапии, клинической (медицинской) психиатрии, психиатрии, нейронаук, а также организаторов здравоохранения и психиатрической помощи, что добавит многогранности в обсуждаемых вопросов психических процессов и состояний.

За участие в Конгрессе и Апрельском семинаре, планируется начисление баллов НМО, «научных» и «учебных».

До встречи на Апрельском семинаре!

Принять участие можно оставив заявку

Телефон: +7 (812) 467-47-90

Электронная почта: client@ipmp-spb.ru

WhatsApp: +7 (812) 467-47-90

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

Вебсайт Семинара: https://vip.spb-ipmp.ru/osennyi_festival25

На обложке журнала
“Вестник психотерапии” № 92
использована художественная
работа Корастелевой Лилии
Ивановны, Коллаж “Девушки
полюм”, холст, масло, 40×60.

ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ

№ 92
2024

Научный рецензируемый журнал

Издается ежеквартально с 1991 г.

Учредитель

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

Журнал зарегистрирован

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

Индекс для подписки

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

Импакт-фактор (2020) 0,608

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

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

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

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

Подписано в печать: 15.12.2024
Формат 60×84/8. Усл.-печ. л. 14,25
Тираж 500 экз. Заказ № 7610-1
Отпечатано в типографии
«Скифия-Принт», Санкт-Петербург, 197198,
ул. Б. Пушкарская, д. 10
Дата выпуска в свет: 23.12.2024
Свободная цена

Адрес редакции:

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

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

СОДЕРЖАНИЕ

Психиатрия и наркология

Фадеева Е.В.

Влияние курения и употребления алкоголя женщинами репродуктивного возраста до беременности и в пренатальный период на течение и исход беременности. 6

Медицинская психология

*Ветрова Т.В., Леонтьева М.О., Трохманенко С.В.,
Власов А.С., Дударенко С.В., Ветрова Е.Г.*

Взаимовлияние регулярной физической активности и уровня тревожно-депрессивного состояния человека. 25

*Ванюков В.В., Сединина Н.С., Малютин Н.Н.,
Минхазева Э.М.*

Психодиагностическая оценка выраженности признаков расстройств пищевого поведения и синдрома эмоционального выгорания у студентов медицинского университета 34

*Клейман Е.О., Исурин Г.Л., Грандильевская И.В.,
Короткова И.С.*

Факторы адаптации студентов медицинских вузов к симуляционному обучению как основа для программ психологического сопровождения 44

Лавров Н.В., Бортник М.А., Цепилова М.О., Карелов Д.А.
Значение актуальных стрессовых факторов в жизни студентов 1-го, 3-го и 6-го курсов медицинского вуза . . 53

Юридическая психология и психология безопасности личности

Лысенко Н.Е., Пеева О.Д., Кабанова Т.Н.

Вариабельность сердечного ритма при предъявлении ситуаций межличностного взаимодействия у сотрудников силовых структур с различным уровнем адаптации к стрессу. 61

Плужник М.С., Евдокимов В.И., Караваева Т.А.

Согласованность показателей по военной миссисипской шкале ПТСР и скрининговой методике РС-PTSD-5 у комбатантов специальной военной операции 68

Дискуссионный клуб

Власов Н.А.

История клинической (медицинской) психологии в дореволюционной России: итоги развития 79

Илич М.

Развитие концепции качества жизни в психологии и медицине 91

Главный редактор

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

Редакционная коллегия

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

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

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

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

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

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

Председатель редакционного совета

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

Редакционный совет

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

BULLETIN OF PSYCHOTHERAPY

N 92
2024

Reviewed Research Journal

Quarterly published

Founder

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

Journal Registration

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

Impact factor (2020) 0,608

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

Computer makeup

S.I. Rozhkova

Proofreading E.S. Stepchenko

Translation E.O. Klejman

Approved for press 15.12.2024.

Format 60×84/8.

Conventional sheets 14,25.

No. of printed copies 500.

Publication date 23.12.2024

For correspondence:

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

ISSN 0132-182X (print)

ISSN 2782-652X (online)

CONTENTS

Psychiatry and narcology

Fadeeva E.V.

The impact of smoking and alcohol consumption
by women of reproductive age before pregnancy
and during the prenatal period on pregnancy outcomes ... 6

Medical psychology

Vetrova T.V., Leonteva M.O., Trokhmanenko S.V.,

Vlasov A.S., Dudarenko S.V., Vetrova E.G.

Interrelations between regular physical activity
and the level of anxiety-depressive state in a human 25

Vanyukov V.V., Sedinina N.S., Malyutina N.N.,

Minkhazeva E.M.

Psychodiagnostic assessment of the severity of signs
of eating disorders and emotional burnout syndrome
in medical university students. 34

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

Adaptation factors of medical students to simulation-
based training as a basis for psychological support
programs 44

Lavrov N.V., Bortnik M.A., Tsepilova M.O., Karelov D.A.

The importance of current stress factors in the lives
of 1st, 3rd and 6th year medical students 53

Legal psychology

and psychology of security

Lysenko N.E., Peeva O.D., Kabanova T.N.

Heart rate variability in response to interpersonal
interaction scenarios among law enforcement officers
with different levels of stress adaptation 61

Pluzhnik M.S., Evdokimov V.I., Karavaeva T.A.

Consistency of indicators according to the military
version of the Mississippi PTSD scale and the PC-PTSD-5
screening method for special military operation comb. ... 68

Discussion club

Vlasov N.A.

The history of clinical (medical) psychology
in pre-revolutionary Russia: development outcomes. 79

Ilich M.

The concept of quality of life in psychology
and medicine 91

Editor-in-Chief

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

Editorial Board

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

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

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

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

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

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

Editorial Board Chairman

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

Members of Editorial Council

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

КОЛОНКА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Дорогие друзья и коллеги!

Перед вами новый, 92-й номер научно-практического рецензируемого журнала «Вестник психотерапии». Врачи-психотерапевты и другие специалисты, принимающие участие в психотерапевтической работе, а также задействованные в области охраны психического здоровья, найдут здесь новые материалы, полезные для практической работы с пациентами и научных исследований.

Напоминаю, что в наш журнал принимаются к публикации результаты научных исследований по проблемам психотерапии и следующим специальностям ВАК: «Психиатрия и наркология», «Медицинская психология», «Психофизиология», «Юридическая психология и психология безопасности личности».

Как и в предыдущих выпусках нашего журнала, в разделе «Дискуссионный клуб» представлены авторские взгляды на важнейшие вопросы науки о психическом здоровье. В данном номере «Вестника психотерапии» в дискуссионном разделе опубликованы материалы Н.А. Власова об истории клинической (медицинской) психологии в дореволюционной России и М. Илич о развитии концепции качества жизни в психологии и медицине. Ждем обсуждения представленных взглядов и новых идей!

В разделе «Психиатрия и наркология» публикуется статья Е.В. Фадеевой о влиянии курения и употребления алкоголя женщинами на течение и исход беременности, что представляется весьма актуальной темой.

Раздел «Медицинская психология» в 92-м номере журнала получился «студенческим»: в нем представлены несколько публикаций по итогам изучения медико-психологических феноменов у студентов медицинских вузов. Н.В. Ванюков, Н.С. Сединина, Н.Н. Малютина, Э.М. Минхазева изучили результаты психодиагностической оценки выраженности признаков расстройств пищевого поведения и синдрома эмоционального выгорания; Е.О. Клейман, Г.Л. Исурина, И.В. Грандилевская, И.С. Короткова — факторы адаптации к симуляционному обучению, а Н.В. Лавров, М.А. Бортник, М.О. Цепилова, Д.А. Карелов — значение актуальных стрессовых факторов у студентов разных курсов.

Открывает раздел коллективная работа Т.В. Ветровой, М.О. Леонтьевой, С.В. Трохманенко, А.С. Власова, С.В. Дударенко и Е.Г. Ветровой о взаимовлиянии регулярной физической активности и уровня тревожной депрессии. Представляется, что идеи о взаимном влиянии физической активности и депрессии всегда интересовали врачей и психологов и сегодня они вновь необычайно актуальны.

В разделе «Юридическая психология и психология безопасности личности» публикуются две статьи. Н.Е. Лысенко, О.Д. Пеева, Т.Н. Кабанова представили материал по итогам исследования вариабельности сердечного ритма у сотрудников силовых структур с различным уровнем адаптации к стрессу, а М.С. Плужник, В.И. Евдокимов и Т.А. Караваева изучили согласованность показателей по военной миссисипской шкале ПТСР и скрининговой методике PC-PTSD-5 у комбатантов специальной военной операции.

Вот таким получился 92-й номер «Вестника психотерапии». Приглашаем к сотрудничеству ученых и практиков психотерапии и других областей охраны психического здоровья. Присоединяйтесь, господа!



*Равиль Назыров,
главный редактор «Вестника психотерапии»,
ректор Института психотерапии и медицинской психологии
им. Б.Д. Карвасарского (СПб), президент Ассоциации развития
клинической психотерапии (АРКП), доктор медицинских наук*

Е.В. Фадеева

ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ И УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ ЖЕНЩИНАМИ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ДО БЕРЕМЕННОСТИ И В ПРЕНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ

¹ Национальный научный центр наркологии – филиал Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского (Россия, Москва, Малый Могильцевский пер., д. 3);

² Московский государственный психолого-педагогический университет (Россия, Москва, ул. Сретенка, д. 29);

³ Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева (Россия, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3)

Введение. Курение и употребление алкоголя женщинами репродуктивного возраста является распространенным явлением во многих странах мира, в том числе и в России. В отдельных случаях курение и употребление алкоголя происходит во время беременности, что может оказывать негативное влияние на ее течение и исход и требует усиления диагностических и профилактических мероприятий, направленных на предотвращение потребления и оказание женщинам консультативной или медицинской помощи.

Цель – изучение частотно-количественных характеристик употребления никотиносодержащих изделий и алкогольных напитков женщинами репродуктивного возраста до беременности и в пренатальный период, а также оценка влияния курения и употребления алкоголя на течение и исход беременности.

Методология. В исследовании приняли участие 204 беременные женщины – пациентки перинатального центра в Нижегородской области. Использовались психометрические методы: скрининговый тест на вовлеченность в употребление алкоголя, табака и психоактивных веществ (ASSIST); метод ретроспективной оценки ежедневного объема потребления психоактивных веществ. Проводилось изучение медицинской документации, акушерского анамнеза и непрямых биомаркеров употребления алкоголя: CDT, АЛТ и АСТ, а также данных о весе и состоянии новорожденных. Статистическая обработка проводилась при помощи изучения распределения частот и таблиц сопряженности с использованием критерия χ^2 .

Результаты и их анализ. Был выявлен ряд статистически значимых взаимосвязей между уровнями риска употребления никотина и алкоголя до и во время беременности среди обследованных женщин. Курение до беременности увеличивало вероятность продолжения курения во время беременности в 4 раза (ОШ = 4,0; 95 % ДИ: 2,3–6,8; $p \leq 0,001$), а употребление алкоголя до беременности увеличивало вероятность продолжения употребления алкоголя во время беременности в 5,5 раз (ОШ = 5,5; 95 % ДИ: 2,2–13,8; $p \leq 0,001$). Также было обнаружено взаимное влияние употребления данных видов психоактивных веществ – курение во

✉ Фадеева Евгения Владимировна – канд. психол. наук, зав. отд. организации профилактической помощи в наркологии, Нац. науч. центр наркологии – филиал Нац. мед. исслед. центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского (Россия, 119002, Москва, Малый Могильцевский пер., д. 3); доцент каф. клинич. и судеб. психологии ф-та юрид. психологии, Моск. гос. псих.-пед. университет (Россия, 127051, Москва, ул. Сретенка, д. 29); мл. науч. сотр. отд-ния терапии стационарных больных с аддиктивными расстройствами, Нац. мед. исслед. центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева (Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3), ORCID: 0000-0001-5411-9611, e-mail: nscnfadeeva@mail.ru

время беременности увеличивало вероятность употребления алкоголя во время беременности в 5,4 раза (ОШ = 5,6; 95 % ДИ: 2,3–12,3; $p \leq 0,001$), а курение до беременности увеличивало вероятность употребления алкоголя во время беременности в 5,6 раза (ОШ = 5,6; 95 % ДИ: 2,6–12,3; $p \leq 0,001$).

Заключение. Изучение влияния курения и употребления алкоголя женщинами репродуктивного возраста до беременности и в пренатальный период с использованием валидного психометрического инструментария, методов подтверждающей лабораторной диагностики и комплексного анализа акушерского анамнеза позволит аргументированно формулировать актуальные методологические подходы к профилактике неблагоприятных последствий потребления данных видов психоактивных веществ, их влияния на течение и исход беременности.

Ключевые слова: беременные женщины, курение, алкоголь, течение и исход беременности.

Введение

Курение, включая потребление никотиносодержащих продуктов, и употребление алкоголя принадлежат к основным поведенческим факторам риска широкого спектра заболеваний, увеличивающих бремя, связанное с инвалидностью и преждевременной смертностью [7]. Согласно оценкам, полученным на основании числа лет жизни с поправкой на инвалидность (показатель DALY), вредное употребление алкоголя является причиной более чем 200 заболеваний и травм, на которые приходится 5,1 % глобального бремени болезней [3]. От последствий употребления табака ежегодно гибнет более 8 миллионов человек, из которых более 7 миллионов – потребители и бывшие потребители табака, а более 1,2 миллиона – некурящие, подвергающиеся воздействию вторичного табачного дыма [6, 20]. Беременные женщины относятся к группе населения, в которой употребление никотиносодержащей продукции и алкоголя категорически запрещено, что указывается в клинических рекомендациях [13, 14], Национальных руководствах по наркологии и акушерству и гинекологии [2, 10], а также в научных и клинических исследованиях.

Тем не менее ряд исследований указывают на высокий уровень распространенности курения и употребления алкоголя во время беременности в Российской Федерации [24, 31]. Более полно изучена проблема употребления алкоголя во время беременности, и его распространенность оценивается до 36,5 % [33] и даже до 42,0 % [15]. В одном из немногих лонгитюдных репрезентативных исследований, основанном на данных еже-

годного общенационального опроса «Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ» [30], полученного на выборке 1 943 беременных женщин и 80 237 женщин репродуктивного возраста, приводятся данные по следующей динамике изменений уровня потребления алкоголя в Российской Федерации: с 1994 по 2018 год наблюдалось достоверное снижение распространенности регулярного употребления алкоголя (хотя бы один раз за последние 30 дней) среди беременных женщин – с 25,6 % до 9,4 %, а среди небеременных женщин репродуктивного возраста – с 57,3 % до 39,0 %, причем снижение употребления алкоголя в группе беременных женщин происходило быстрее [29]. Параллельно со снижением частоты регулярного употребления алкоголя возрастало количество беременных женщин, полностью отказавшихся от употребления, – с 46,8 % до 54,6 %, однако можно отметить и не столь обнадеживающую тенденцию: периодическое употребление алкоголя среди беременных женщин осталось на том же уровне – 35 % [29]. Достоверных данных по уровню курения и его динамике за последние годы не обнаружено. Однако в Российской Федерации отмечаются противоположные по направлению тенденции в отношении курения – снижение распространенности потребления курительного табака и рост распространенности потребления электронных сигарет. Причем если первое наблюдалось преимущественно среди мужчин, то рост распространенности потребления электронных сигарет был сопоставимым среди обоих полов [19].

Помимо угрозы прерывания беременности и невынашивания беременности на ранних сроках, по данным, представленным в Национальном руководстве по наркологии (2024), наиболее часто встречаемыми осложнениями у курящих женщин являются: преждевременные роды – 43,0 %; анемия – 78,0 %, с преобладанием средней и тяжелых форм (в 4,5 раза чаще, чем у некурящих); плацентарная недостаточность – 92,5 % и задержка роста плода – 10,0 % [15]. В отношении негативного влияния употребления алкоголя на течение беременности и исход родов приводятся данные, указывающие на то, что наиболее часто встречающимися осложнениями беременности и родов у женщин, употребляющих алкоголь, являются: угроза прерывания беременности – в 44,0 % случаев; невынашивание беременности на ранних сроках – 17,4 %; преждевременные роды – 12,0 %; плацентарная недостаточность – 72,0 %; быстрые и стремительные роды – 34,0 % и антенатальная гибель плода на сроке 24–28 недель – 7,0 % [15].

В исследовании по сочетанному употреблению табака и алкоголя, проведенном Т. Балашовой и соавт. (2019) в Санкт-Петербурге и Нижегородской области, приводятся следующие результаты: в обоих регионах 47 % всех беременных женщин, которые курили сигареты во время беременности, также употребляли алкоголь в этот период, 7 % сообщили о случаях массивного употребления алкоголя ($p < 0,01$), а количество выкуриваемых сигарет и тяжесть никотиновой зависимости коррелировали с потреблением алкоголя: беременные женщины, у которых была определена «крайне слабая» или «слабая зависимость» от никотина, не сообщали о каких-либо эпизодах злоупотребления алкоголем во время беременности [24].

Говоря о влиянии курения и употребления алкоголя на исход беременности, данные недавнего метаанализа (2023) указывают, что как употребление алкоголя с низким риском (отношение шансов [ОШ] = 1,06; 95 % доверительный интервал [ДИ]: 1,04–1,09), так и умеренное употребление алкоголя

(ОШ = 1,06; 95 % ДИ: 1,03–1,08) до беременности связано с повышенным риском выкидыша. Аналогичным образом употребление алкоголя с низким риском (ОШ = 1,08; 95 % ДИ: 1,02–1,15), умеренное (ОШ = 1,26; 95 % ДИ: 1,07–1,49) и проблемное (ОШ = 1,87; 95 % ДИ: 1,21–2,89) употребление алкоголя во время беременности связаны с повышенным риском выкидыша и хронического невынашивания беременности [36]. Мета-анализ, посвященный изучению влияния употребления алкоголя на прерывание беременности в различных триместрах (2023), показывает, что в первом триместре риск выкидыша увеличивался на 7,0 % (ОШ = 1,07, 95 % ДИ: 0,96–1,20) и во втором триместре – на 3,0 % (ОШ = 1,03; 95 % ДИ: 0,99–1,08) для каждой дополнительной стандартной порции алкоголя (СП) [34].

Таким образом, несмотря на отмечаемое большинством российских и зарубежных исследователей значительное снижение распространенности потребления никотиносодержащих изделий [5, 16] и алкогольных напитков [8, 23, 28] среди населения Российской Федерации, данные по актуальной распространенности курения и употребления алкоголя, а также по негативным последствиям, связанным с их употреблением среди беременных женщин, требуют проведения дополнительных уточняющих исследований с целью усиления таргетированных профилактических мер именно относительно указанной популяционной группы.

Целью исследования являлось изучение частоты и количества употребления никотиносодержащих изделий и алкогольных напитков женщинами репродуктивного возраста до беременности и в пренатальный период, а также влияния курения и употребления алкоголя на течение и исход беременности.

Материал и методы

В исследовании приняли участие 204 беременные женщины, госпитализированные в перинатальный центр Нижегородской области в декабре 2020 – феврале 2021 года.

Средний возраст обследованных составил $30,9 \pm 7,0$ года. Большинство женщин состояли в браке (84,2%), имели полное высшее (40,9%) или среднее (41,4%) профессиональное образование. У большинства беременных женщин (60,4%) на момент обследования уже были дети, 39,6% были беременны первым ребенком. Большая часть беременных женщин находилась на III триместре беременности (средний срок гестации составлял 35,1 неделю) [22].

Для изучения частоты и количества употребления психоактивных веществ (ПАВ) до беременности и в пренатальный период применялись следующие психометрические инструменты:

- скрининговый тест на вовлеченность в употребление алкоголя, табака и психоактивных веществ (англ. Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test, сокр. ASSIST) [12, 35];

- тест AUDIT-C для выявления расстройств, обусловленных употреблением алкоголя [21, 26, 27];

- метод ретроспективной оценки ежедневного объема потребления психоактивных веществ (англ. Timeline Followback, сокр. TLFB) – подход, позволяющий изучать частотные и количественные характеристики потребления табачных изделий, алкоголя, наркотиков и любых других ПАВ в ходе индивидуальной беседы [11, 34].

Для объективизации результатов, полученных с использованием методов психометрии, анализировались значения не прямых биомаркеров, образующихся в результате длительного и систематического воздействия этанола на организм:

- аспаратаминотрансферазы (сокр. АСТ);
- аланинаминотрансферазы (сокр. АЛТ) в динамике в I, II и III триместрах беременности (АСТ-I, II и III; АЛТ-I, II и III соответственно).

Выборочно по назначению лечащего врача акушера-гинеколога для установления факта употребления алкогольных напитков проводилось определение карбогидрат-дефицитного трансферрина (сокр. CDT), специфичное повышение которого обычно

наблюдается у лиц, употребляющих не менее 50–80 г чистого этанола в течение 7–10 дней. Несмотря на то, что ни один из не прямых биомаркеров не обладает абсолютной чувствительностью и специфичностью, а ряд исследований указывают на возможность увеличения значений АЛТ и АСТ во время беременности [11, 25], нами была предпринята попытка проанализировать комбинацию не прямых биомаркеров, превышение нормальных значений каждого из которых может свидетельствовать в пользу хронического употребления алкоголя в значительных количествах.

Для изучения влияния курения и употребления алкоголя на исход беременности и родов анализировались:

- данные акушерского анамнеза и акушерского диагноза;

- данные по состоянию новорожденного (данные физического развития, соответствие критериям доношенности).

В соответствии с клиническими рекомендациями [13, 14] и данными Национального руководства по наркологии (2024) [10], любое количество психоактивных веществ, употребляемых во время беременности, может нанести существенный вред беременной и плоду и негативно повлиять на исход беременности и родов, в связи с чем может классифицироваться как злоупотребление. Использованная нами и отраженная в соответствующей публикации [22] методология изучения частоты и количества употребления никотиносодержащих изделий и алкогольных напитков женщинами репродуктивного возраста до беременности и в пренатальный период позволила провести углубленную качественную оценку уровней риска, связанных с потреблением наиболее распространенных ПАВ – никотина и алкоголя (этанола) – обследованными женщинами с использованием метода TLFB. В настоящей публикации представлены данные по влиянию различных уровней рискованного курения и употребления алкоголя женщинами репродуктивного возраста до беременности и в пренатальный период на исход беременности и родов.

Исследование было выполнено в соответствии со стандартами надлежащей клинической практики и принципами Хельсинкской декларации. Протокол исследования был одобрен независимым этическим комитетом при ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России (выписка из протокола № ЭК-И-134/20 от 17 декабря 2020).

Анализ данных проводился при помощи изучения распределения частот и таблиц сопряженности с использованием критерия χ^2 , позволяющего выявлять значимые различия в частоте встречаемости наблюдений, а также с использованием расчета уровня риска. Корреляционный анализ проводился при помощи критерия ранговой корреляции Спирмена. Нулевая гипотеза отвергалась на уровне значимости $p > 0,05$. Обработка данных осуществлялась в статистическом программном пакете IBM SPSS Statistics 26.

Результаты и их анализ

Оценка уровней риска курения до и во время беременности

В нашей предыдущей публикации [22] были подробно представлены результаты оценки частоты потребления никотиносодержащей продукции и алкогольных напитков, а также уровень риска для здоровья женщины и плода, ассоциированный с частотно-количественными характеристиками потребляемых ПАВ. В таблице 1 приведены данные оценки уровней риска курения у принявших участие в исследовании женщин ретроспективно до беременности и в пренатальном периоде. Оценка рисков производилась в соответствии с комплексным подходом к диагностике и лечению табачной (никотиновой) зависимости, изложенным в клинических рекомендациях «Синдром зависимости от табака, синдром отмены табака у взрослых» [17, 18] и в Национальном руководстве по профилактике [7]. За критерии риска принимались: 1) форма потребления никотина: постоянное (ежедневное), регулярное или эпизодическое

(ситуационное) употребление никотина [4]; 2) частотные характеристики потребления: ежемесячно, еженедельно, ежедневно; 3) количественные характеристики потребления: умеренное потребление (≤ 10 сигарет ежедневно), потребление никотина в больших количествах (≥ 11 сигарет ежедневно). Более подробно методология оценки риска употребления никотина беременными женщинами отражена в отдельной публикации [22], основные результаты представлены в таблице 1.

По данным, представленным в таблице 1, можно судить о том, что до беременности курили 19,5 % обследованных женщин (уровни риска 3К-5К), из них 17,6 % курили регулярно (уровни риска 4К-5К – опасное и высокоопасное потребление никотина), а 1,9 % – эпизодически (уровень риска 3К – вредное употребление никотина) (табл. 1). После того, как женщины узнали о наступлении беременности, 5,9 % отказались от употребления никотиносодержащей продукции (уровень риска 1К – употребление никотина в течение последних 12 месяцев, но не во время беременности), а 4,4 % изменили форму курения с постоянной на эпизодическую (уровень риска 2К – рискованное употребление никотина). Тем не менее 8,3 % беременных женщин только сократили количество выкуриваемых сигарет, но не отказались от ежедневного курения (уровни риска 3К-5К – вредное, опасное и высокоопасное потребление никотина).

Использование методов математической статистики позволило определить, что 75 % женщин, куривших до начала беременности, продолжили курение во время беременности. Показано, что курение до беременности увеличивало шансы продолжения курения во время беременности в 4 раза (ОШ = 4,0; 95 % ДИ: 2,3–6,8; $p \leq 0,001$). Тем не менее 25 % куривших до беременности женщин во время беременности прекратили употребление никотина. Различия в частоте встречаемости данных признаков достигали высокого уровня статистической достоверности ($p \leq 0,001$).

Таблица 1

**Оценка уровней риска употребления никотина беременными женщинами
на основании данных самоотчета по методу TLFB (n = 204)**

Уровень риска	Критерий	Условный код	Курение до беременности	Курение в течение беременности
«Нулевой» риск курения (употребления никотина)	отсутствие потребления никотина за последние 12 месяцев	0К	164 (80,4%)	164 (80,4%)
Недавняя история употребления никотина	потребление любого количества никотина в течение последних 12 месяцев, но не во время беременности	1К	неприменимо	12 (5,9%)
Рискованное употребление никотина	эпизодическое потребление никотина (несколько раз в месяц)	2К	0	9 (4,4%)
Вредное употребление никотина	регулярное потребление никотина (несколько раз в неделю, но не ежедневно)	3К	4 (1,9%)	2 (0,9%)
Опасное потребление никотина	постоянное потребление никотина в умеренных количествах (≤ 10 сигарет ежедневно)	4К	17 (8,3%)	11 (5,4%)
Высокоопасное потребление никотина	постоянное потребление никотина в больших количествах (≥ 11 сигарет ежедневно)	5К	19 (9,3%)	6 (2,9%)

Оценка уровней риска употребления алкоголя до и во время беременности

Также в ранее опубликованной статье [22] были проанализированы форма и частотно-количественные характеристики потребляемого женщинами алкоголя до беременности и в пренатальный период с оценкой уровней риска, при этом использовались следующие критерии: 1) форма потребления алкоголя: регулярная (систематическая) с возможностью определения сформированной поведенческой модели злоупотребления (ежедневное потребление, потребление в выходные дни и т.д.), эпизодическая (ситуационная), например, связанная с праздниками; 2) частота потребления, сопоставимая со значениями теста для выявления расстройств, обусловленных употреблением алкоголя AUDIT: реже одного раза в месяц, ежемесячно, еженедельно, ежедневно или практически ежедневно [21, 26, 27]; 3) количественные характеристики потребляемого алкоголя, измерялись в стандартных порциях (сокр. СП) – эквивалент 10 г чистого этанола. Гово-

ря о количественном уровне риска, следует указать, что для небеременных женщин репродуктивного возраста за умеренный уровень риска принимают потребление одной СП (1–12 г абсолютного этилового спирта) в день. В соответствии с определением уровня риска, указанном в Национальном руководстве по наркологии, для беременных женщин любое употребление алкогольных напитков представляет собой злоупотребление [11] (табл. 2).

В соответствии с предложенной систематизацией уровней риска на основе частотно-количественных характеристик и моделей потребления алкоголя были получены результаты, свидетельствующие о том, что до наступления беременности 62,8% женщин употребляли алкоголь с различными уровнями риска развития зависимого поведения (уровни риска от 2А до 5А – рискованное, вредное, опасное и высокоопасное потребление алкоголя) и только 37,2% воздерживались от его потребления (уровень риска 0А – отсутствие потребления алкоголя за

**Оценка уровней риска употребления алкоголя беременными женщинами
на основании данных самоотчета по методу TLFB (n = 204)**

Критерий	Условный код	Употребление алкоголя до беременности	Уровень риска до беременности	Употребление алкоголя в течение беременности	Уровень риска для беременных
Отсутствие потребления алкоголя за последние 12 месяцев	0А	76 (37,3%)	«Нулевой» риск употребления алкоголя	82 (40,2%)	«Нулевой» риск употребления алкоголя
Потребление < 1 СП в день до беременности ИЛИ потребление любого количества алкоголя в течение последних 12 месяцев, но не во время беременности	1А	0	Умеренное употребление алкоголя	78 (38,2%)	Относительный риск с учетом возможности потребления алкоголя в «слепой период» – до того, как женщина узнала о наступлении беременности
Эпизодическое потребление (реже 1 раза в месяц) < 2 СП	2А	72 (35,3%)	Рискованное употребление алкоголя	35 (17,2%)	Злоупотребление алкоголем
Эпизодическое потребление (реже 1 раза в месяц) ≥ 2 СП	3А	31 (15,2%)	Вредное употребление алкоголя	2 (0,9%)	
Систематическое или регулярное потребление: (чаще 1 раза в месяц) ≥ 2 СП	4А	15 (7,4%)	Опасное потребление алкоголя	4 (1,9%)	
Систематическое или регулярное потребление: хотя бы однократно в месяц ≥ 4 СП	5А	10 (4,9%)	Высокоопасное потребление алкоголя	3 (1,5%)	

последние 12 месяцев). После наступления беременности количество женщин, употреблявших алкоголь, сократилось до 21,5% (уровни риска 2А-5А); число женщин, прекративших употребление алкоголя после того, как они узнали о наступлении беременности, составило 38,2% (уровень риска 1А – сохраняющиеся риски с учетом возможности потребления алкоголя в «слепой период» – до того, как женщина узнала о наступлении беременности) (табл. 2).

Отмечались достоверные различия в частоте употребления алкоголя до и во время беременности: так, среди употреблявших алкоголь до беременности продолжили его употреблять 30% женщин. Было выявлено, что употребление алкоголя до беременности увеличивало шансы продолжения упо-

требления алкоголя во время беременности в 5,5 раз (ОШ = 5,5; 95% ДИ: 2,2–13,8; $p \leq 0,001$).

**Сравнение уровней риска
по курению и употреблению
алкоголя со значениями не прямых
биомаркеров (АЛТ, АСТ и СДТ)**

Как уже упоминалось в разделе «Материал и методы», помимо использования психометрических инструментов (тестов AUDIT-C, ASSIST и метода TLFB), в исследовании применялись лабораторные методы диагностики, позволяющие идентифицировать лиц, длительно и систематически употребляющих алкоголь. Наиболее часто в лабораторной диагностике используются не прямые биомаркеры: некоторые из них повышают

Таблица 3

Сравнительный анализ показателей не прямых биомаркеров и уровней риска, полученных с использованием метода TLFB

Непрямой биомаркер		Уровни риска 0A-5A	АСТ- I, II и III	АЛТ- I, II и III	CDT, n
CDT (n = 15)	0,8–1,2% – нерегулярное употребление алкоголя в незначительных количествах (n = 8)	0A-1A – 5 ж. 2A-5A – 3 ж.	0 ж.	0 ж.	н. п.
	1,3–1,6% – «серая зона», требуется проведение повторного исследования (n = 2)	0A-1A – 1 ж. 2A-5A – 1 ж.	0 ж.	0 ж.	н. п.
	≥1,7% – злоупотребление алкоголем (n = 5)	0A-1A – 1 ж. 2A-5A – 4 ж.	1 ж.	3 ж.	н. п.
АСТ-I, II и III (n = 204)	повышенные значения АСТ-I (n = 11)	0A-1A – 7 ж. 2A-5A – 4 ж.	н. п.	5 ж.	1 ж. (CDT ≥ 1,7)
	повышенные значения АСТ-II (n = 7)	0A-1A – 5 ж. 2A-5A – 2 ж.	н. п.	5 ж.	0 ж.
	повышенные значения АСТ-III (n = 7)	0A-1A – 6 ж. 2A-5A – 1 ж.	н. п.	5 ж.	0 ж.
АЛТ-I, II и III (n = 204)	повышенные значения АЛТ-I (n = 5)	0A-1A – 3 ж. 2A-5A – 2 ж.	3 ж.	н. п.	1 ж. (CDT ≥ 1,7)
	повышенные значения АЛТ-II (n = 15)	0A-1A – 9 ж. 2A-5A – 6 ж.	10 ж.	н. п.	2 ж. (CDT ≥ 1,7)
	повышенные значения АЛТ-III (n = 5)	0A-1A – 4 ж. 2A-5A – 1 ж.	5 ж.	н. п.	0 ж.

Примечание: н.п. – неприменимо; повышенные значения АСТ ≥ 32 ед/л, повышенные значения АЛТ ≥ 33 ед/л.

ся в ответ на длительное систематическое и/или чрезмерное употребление алкоголя (например, CDT), другие служат отражением повреждения органов-мишеней из-за хронического употребления высоких доз алкоголя (например, АСТ и АЛТ). Несмотря на то, что ни один из не прямых маркеров не обладает абсолютной чувствительностью и специфичностью, а ряд исследований указывают на возможность увеличения значений АЛТ и АСТ во время беременности [11], нами была предпринята попытка проанализировать комбинацию не прямых биомаркеров, превышение нормальных значений каждого из которых может свидетельствовать в пользу именно хронического употребления алкоголя в значительных количествах.

Определение показателей АСТ и АЛТ проводилось в рутинном порядке в I, II и III триместрах беременности, а определение значений CDT – по назначению акушера-гинеколога в случае, если у лечащего врача существовали предположения о злоупотреб-

лении женщиной алкоголем, которые она опровергала при плановом осмотре (табл. 3).

Определение значений CDT показало, что из 7,4% женщин, которым акушер-гинеколог рекомендовал проведение данного вида лабораторных исследований, у 3,4% были получены результаты, свидетельствующие о высокой вероятности потребления алкогольных напитков, из них 2,5% женщин могли злоупотреблять алкоголем. Поскольку при прекращении приема алкоголя повышенное содержание CDT сохраняется до 2 недель, после чего его значения нормализуются, мы можем предположить, что потребление алкоголя беременными женщинами происходило за 7–10 дней до госпитализации, во время которой проходило обследование. Из 5 женщин с высокими значениями CDT (≥ 1,7%) у 4 определялись повышенные значения АСТ и АЛТ, что указывает на сопоставимую восприимчивость данных маркеров к вероятностному злоупотреблению алкоголем (табл. 3).

Сравнение уровней риска по курению и употреблению алкоголя с имеющимся данными по течению беременности

Помимо употребления ПАВ на течение и исход беременности влияют особенности психического и соматического здоровья женщины. В настоящем исследовании фиксировался акушерский диагноз, с которым женщина была госпитализирована, анализировались данные акушерского анамнеза: наличие инфекционных и вирусных заболеваний (ИППП, простудные заболевания, COVID-19), гинекологических (нарушения менструального цикла, дисфункция яичников, миома, эрозия шейки матки, эндометриоз, цистит) и гастроэнтерологических (язвенная болезнь, хронический гастрит, панкреатит, холицистит) заболеваний во время текущей беременности и в анамнезе.

Из 204 обследованных женщин у 64 (31,4%) был диагноз «нормальная беременность» (Z34, МКБ-10) [9]; у 58 (28,4%) – «медицинская помощь женщине с привычным невынашиванием беременности» (O26.2, МКБ-10); у 29 (14,2%) – «внутриутробная гипоксия, главным образом обусловленная нарушением маточно-плацентарного кровоснабжения» (P20, МКБ-10); у 27 (13,2%) – «гестационный сахарный диабет или сахарный диабет, впервые выявленный в период беременности» (O24.4, МКБ-10); у 15 (7,4%) – «недостаточный рост плода, требующий предоставления медицинской помощи матери»

(O36.5, МКБ-10) или «замедленный рост и недостаточность питания плода» (P05, МКБ-10). Данные по каждому из диагнозов были сопоставлены с уровнями риска по курению и употреблению алкоголя во время беременности (табл. 4).

Как можно судить по данным, представленным в таблице 4, наиболее частой патологией у курящих женщин была внутриутробная гипоксия (в 31,0% случаев) и задержка роста плода (в 26,7% случаев), а для злоупотребляющих алкоголем женщин – внутриутробная гипоксия (в 31,0% случаев).

Сравнение уровней риска по курению и употреблению алкоголя с имеющимся данными по исходу беременности

Возможность оценить исход беременности представилась только у 143 женщин (70,1%) из 204, поскольку у 61 женщины (29,9%) роды прошли в другой медицинской организации. Данные по состоянию новорожденного (вес и признаки доношенности) сравнивались с учетом проведенной ранее психометрической и лабораторной диагностики в контексте уровней риска, связанных с курением и употреблением алкоголя (табл. 5).

В большинстве наблюдений за исходом беременности у женщин, воздерживавшихся от употребления никотина (уровень риска 0К-1К) и алкоголя (уровень риска 0А-1А), был зафиксирован нормальный вес ново-

Таблица 4

Обобщенные данные по акушерскому диагнозу у обследованных женщин с разным уровнем риска по курению и употреблению алкоголя

Акушерский диагноз	Курение		Употребление алкоголя	
	Уровни риска 0К-1К (n,%)	Уровни риска 2К-5К (n,%)	Уровни риска 0А-1А (n,%)	Уровни риска 2А-5А (n,%)
Нормальная беременность (n = 64)	53 (82,8%)	11 (17,2%)	50 (78,1%)	14 (21,9%)
Привычное невынашивание беременности (n = 58)	55 (94,8%)	3 (5,2%)	47 (81,0%)	11 (18,9%)
Внутриутробная гипоксия (n = 29)	20 (68,9%)	9 (31,0%)	20 (68,9%)	9 (31,0%)
Гестационный сахарный диабет (n = 27)	24 (88,9%)	3 (11,1%)	23 (85,2%)	4 (14,8%)
Недостаточный рост плода (n = 15)	11 (77,3%)	4 (26,7%)	12 (80,0%)	3 (20,0%)
Иные нарушения (n = 30)	27 (90,0%)	3 (10,0%)	25 (83,3%)	5 (16,7%)

Таблица 5

Обобщенные данные по исходу беременности у обследованных женщин с разным уровнем риска по курению и употреблению алкоголя (n = 143)

Изучаемый показатель	Курение		Употребление алкоголя	
	Данные по исходу беременности у женщин с уровнями риска 0К-1К (n = 126)	Данные по исходу беременности у женщин с уровнями риска 2К-5К (n = 17)	Данные по исходу беременности у женщин с уровнями риска 0А-1А (n = 113)	Данные по исходу беременности у женщин с уровнями риска 2А-5А (n = 30)
Вес новорожденного				
Крупный плод	6 (4,8%)	–	5 (4,4%)	1 (3,3%)
Нормальный вес	92 (73,0%)	11 (64,7%)	81 (71,9%)	22 (73,3%)
Дефицит веса	21 (16,7%)	5 (29,4%)	21 (18,6%)	7 (23,3%)
Двойня, дефицит веса	7 (5,6%)	1 (5,9%)	6 (5,3%)	–
Доношенность				
Доношенный	108 (85,7%)	14 (82,4%)	96 (84,9%)	26 (86,7%)
Двойня, доношенные	5 (3,9%)	–	4 (3,5%)	1 (3,3%)
Недоношенный	11 (8,7%)	2 (11,8%)	11 (9,7%)	2 (6,7%)
Двойня, недоношенные	2 (1,6%)	1 (5,9%)	2 (1,8%)	1 (3,3%)

рожденного (в 73,0% и 71,9% случаев соответственно). У женщин, злоупотребляющих никотином в период беременности (уровень риска 2К-5К), значительно чаще, по сравнению с женщинами, воздерживающимися от его употребления, был зафиксирован дефицит веса новорожденного, включая вес у двоен при многоплодной беременности. Так, 35,3% новорожденных с дефицитом веса были рождены женщинами с уровнем риска 2К-5К, в сравнении с 22,3% новорожденных с дефицитом веса, рожденных женщинами с уровнем риска 0К-1К. В отношении потребления алкоголя была обнаружена сходная связь: доля женщин с уровнем риска 2А-5А, родивших ребенка с дефицитом веса, составила 23,3%, тогда как доля женщин с уровнем риска 0А-1А была меньше – 18,6%.

Также было проведено изучение исхода беременности у женщин с акушерскими диагнозами «внутриутробная гипоксия» и «недостаточный рост плода», которые были наиболее часто ассоциированы с уровнями риска по курению и употреблению алкоголя (табл. 6).

К сожалению, малое число наблюдений по исходам беременности у женщин с акушерскими диагнозами, наиболее часто ассоциированными с высоким уровнем риска по

курению и употреблению алкоголя, – «внутриутробная гипоксия» (n = 22) и «недостаточный рост плода» (n = 12) – не позволяет делать прогностически значимых выводов. Вероятно, изучение тератогенного влияния никотина и этанола в пренатальный период на исход беременности на больших выборках позволит получить более определенные результаты.

Обсуждение результатов

Корреляционный анализ выявил ряд статистически значимых взаимосвязей ($p \leq 0,001$) между уровнями риска употребления никотина и алкоголя до и во время беременности среди обследуемых женщин. Более высокий уровень риска употребления никотина до беременности был достоверно связан с высоким уровнем риска курения во время беременности ($r = 0,962$); та же тенденция отмечалась и для уровней риска употребления алкоголя ($r = 0,815$). Важной для специалистов является обнаруженная взаимосвязь между уровнями риска употребления алкоголя и никотина до беременности ($r = 0,425$). Также можно отметить, что более высокий уровень риска употребления алкоголя во время беременности был сильнее связан с уровнем

Таблица 6

Исход беременности и родов у женщин с акушерскими диагнозами, наиболее часто ассоциированными с высоким уровнем риска по курению и употреблению алкоголя

Исследуемый показатель	Курение		Употребление алкоголя	
	Уровни риска 0К-1К	Уровни риска 2К-5К	Уровни риска 0А-1А	Уровни риска 2А-5А
Вес новорожденного у женщин с акушерским диагнозом «внутриутробная гипоксия» (n = 22)				
Нормальный вес	10 (45,5%)	3 (13,6%)	9 (40,9%)	4 (18,2%)
Дефицит веса	4 (18,2%)	3 (13,6%)	5 (22,7%)	2 (9,1%)
Двойня, дефицит веса	2 (9,1%)	–	2 (9,1%)	–
Доношенность новорожденного у женщин с акушерским диагнозом «внутриутробная гипоксия» (n = 22)				
Доношенный	14 (63,6%)	3 (13,6%)	13 (59,1%)	5 (22,7%)
Недоношенный	–	3 (13,6%)	1 (4,6%)	1 (4,6%)
Двойня, доношенные	2 (9,1%)	–	2 (9,1%)	–
Вес новорожденного у женщин с акушерским диагнозом «недостаточный рост плода» (n = 12)				
Нормальный вес	5 (41,7%)	–	5 (50,0%)	–
Дефицит веса	4 (33,3%)	2 (16,7%)	6 (18,6%)	1 (8,3%)
Двойня, дефицит веса	1 (8,3%)	–	2 (16,7%)	–
Доношенность новорожденного у женщин с акушерским диагнозом «недостаточный рост плода» (n = 12)				
Доношенный	9 (75,0%)	1 (8,3%)	10 (83,3%)	–
Недоношенный	–	1 (8,3%)	–	1 (8,3%)
Двойня, доношенные	1 (8,3%)	–	1 (8,3%)	–

риска курения до беременности ($r = 0,346$), чем с риском курения в пренатальный период ($r = 0,315$) (табл. 7).

Отмечались достоверные связи между употреблением никотина и алкоголя во время беременности ($p \leq 0,001$). Среди курящих во время беременности женщин 50,0% употребляли алкоголь. Выявлено, что курение во время беременности увеличивало шансы

употребления алкоголя во время беременности в 5,4 раза (ОШ = 5,6; 95% ДИ: 2,3–12,3; $p \leq 0,001$).

Отмечался ряд взаимосвязей между уровнями риска употребления никотина и алкоголя до и во время беременности (по методу TLFB) с социодемографическими характеристиками. Более низкие уровни риска курения до наступления беременности

Таблица 7

Взаимосвязь между уровнями риска употребления никотина и алкоголя до и во время беременности по методу ретроспективной оценки ежедневного объема потребления психоактивных веществ (TLFB) (n = 204)

Уровни риска употребления алкоголя и курения	Употребление никотина до беременности	Употребление никотина во время беременности	Употребление алкоголя до беременности	Употребление алкоголя во время беременности
Употребление никотина до беременности		0,962***	0,425***	0,346***
Употребление никотина во время беременности			0,383***	0,315***
Употребление алкоголя до беременности				0,815***

Примечание: *** – уровень значимости $p \leq 0,00$.

Таблица 8

Взаимосвязь между уровнями риска употребления никотина и алкоголя до и во время беременности (по методу TLFB) с социодемографическими характеристиками (n = 204)

	Употребление никотина до беременности	Употребление никотина во время беременности	Употребление алкоголя до беременности	Употребление алкоголя во время беременности
Возраст	-0,145*	-0,144*	0,008	-0,031
Уровень образования	-0,224***	-0,219**	-0,130	-0,143*
Уровень дохода	-0,153*	-0,138	-0,012	-0,049

Примечание: * – уровень значимости $p \leq 0,05$; ** – уровень значимости $p \leq 0,01$; *** – уровень значимости $p \leq 0,001$.

и во время нее были ассоциированы с более старшим возрастом ($r = -0,145$, $p \leq 0,05$; $r = -0,144$, $p \leq 0,05$ соответственно) и более высоким уровнем образования ($r = -0,224$, $p \leq 0,001$; $r = -0,219$, $p \leq 0,01$ соответственно). Более высокий уровень образования также был отрицательно связан с уровнем риска употребления алкоголя во время беременности ($r = -0,143$, $p \leq 0,05$) (табл. 8).

При проведении сравнительного анализа уровней риска употребления никотина в зависимости от семейного положения было выявлено, что среди женщин, состоявших в браке, достоверно чаще отмечался самый низкий уровень риска курения как до беременности, так и при ее наступлении ($p \leq 0,01$). При этом замужество повышало шансы попадания женщин в группу «нулевого» риска употребления никотина до на-

ступления беременности в 3 раза (ОИШ = 3,0; 95 % ДИ: 1,3–6,9; $p \leq 0,001$). Та же тенденция сохранялась и в период беременности (табл. 9).

Использование методов математической статистики позволило сделать ряд прогностически важных выводов в отношении взаимного влияния поведенческих факторов риска, неблагоприятно влияющих на течение и исход беременности, а именно курения и потребления алкоголя как до беременности, так и в течение пренатального периода.

Отмечалась достоверная взаимосвязь между употреблением никотина до беременности и употреблением алкоголя во время беременности ($p \leq 0,001$). Среди женщин, употреблявших никотин до беременности, 47,4 % употребляли алкоголь в период бе-

Таблица 9

Сравнительный анализ уровней риска употребления никотина в зависимости от семейного положения беременных женщин (n = 202)

Уровни риска употребления никотина и семейное положение		Состоят в браке, n (%)	Не состоят в браке, n (%)	P
До беременности	«Нулевой» риск употребления никотина (уровень риска 0К)	142 (83,5 %)	20 (62,5 %)	0,006
	Недавнее и рискованное употребление никотина (1К-2К)	0	0	
	Вредное, опасное и высокоопасное употребление никотина (3К-5К)	28 (16,5 %)	12 (37,5 %)	
Во время беременности	«Нулевой» риск употребления никотина (уровень риска 0К)	142 (83,5 %)	20 (62,5 %)	0,003
	Недавнее и рискованное употребление никотина (1К-2К)	17 (10,0 %)	4 (12,5 %)	
	Вредное, опасное и высокоопасное употребление никотина (3К-5К)	11 (6,5 %)	8 (25,5 %)	

Таблица 10

Употребление никотина до беременности и употребление алкоголя во время беременности

Употребление никотина до беременности	Употребляли алкоголь во время беременности, n (%)	Не употребляли алкоголь во время беременности, n (%)	p
Употребляли никотин до беременности	18 (47,4%)	21 (52,6%)	< 0,000
Не употребляли никотин до беременности	20 (13,8%)	131 (86,2%)	

Таблица 11

Употребление никотина до беременности и употребление алкоголя во время беременности

Употребление алкоголя до беременности	Употребляли никотин во время беременности, n (%)	Не употребляли никотин во время беременности, n (%)	p
Употребляли алкоголь до беременности	24 (77,4%)	97 (56,1%)	0,026
Не употребляли алкоголь до беременности	7 (22,6%)	76 (43,9%)	

ременности. Было выявлено, что курение до беременности увеличивало шансы употребления алкоголя во время беременности в 5,6 раза (ОШ = 5,6; 95 % ДИ: 2,6–12,3; $p \leq 0,001$) (табл. 10).

Также отмечалась значимая взаимосвязь между употреблением алкоголя до беременности и употреблением никотина во время беременности ($p \leq 0,05$). Так, среди женщин, куривших во время беременности, употребляли алкоголь до беременности 77,4%. Выявлено, что потребление алкоголя до беременности увеличивало шансы курения во время беременности почти в 3 раза (ОШ = 2,7; 95 % ДИ: 1,1–6,6; $p \leq 0,05$) (табл. 11).

Выводы

Детальное изучение влияния курения и употребления алкоголя женщинами репродуктивного возраста до беременности и в пренатальный период на исход беременности и родов позволило сформулировать ряд выводов:

Наступление беременности безусловно положительно повлияло на изменение частотно-количественных характеристик потребления никотиносодержащей продукции и алкогольных напитков обследо-

ванными женщинами. Из 19,5 % курящих женщин 5,9 % отказались от употребления никотиносодержащей продукции, а 4,4 % изменили форму курения с постоянной на эпизодическую. Тем не менее группа женщин с рискованным уровнем потребления никотина (уровень риска 3К-5К – вредное, опасное и высокоопасное потребление никотина) сократилась с 19,5 % до 8,3 %, что представляется недостаточным для снижения вредных последствий курения для беременной и плода. Аналогичные тенденции наблюдались и в отношении алкоголя: более трети женщин (38,2 %) отказались от его употребления, когда узнали о наступлении беременности, однако пятая часть женщин (21,5 %) продолжали потребление на уровнях риска 2А-5А, что соответствует критериям злоупотребления с учетом репродуктивного статуса обследованных.

Достаточно часто повышение значений непрямых биомаркеров потребления алкоголя беременными коррелировало с уровнями риска 2А-5А (по методу TLFB), соответствующими критериям злоупотребления алкоголем. Повышение значений CDT в 53,3 % случаев совпадало с выявленными уровнями риска 2А-5А, повышение значений АСТ и АЛТ – в 29,2 % и 36,0 % соответственно.

Наиболее частой патологией у курящих женщин (уровни риска 3К-5К) была внутриутробная гипоксия (в 31,0 % случаев) и задержка роста плода (в 26,7 % случаев), а для злоупотребляющих алкоголем женщин (уровни риска 3А-5А) – внутриутробная гипоксия (в 31,0 % случаев).

Признаки недоношенности наиболее часто определялись в группе женщин, продолжавших курить в течение беременности (уровни риска 3К-5К), – в 11,8 % случаев. Признаки недоношенности в близнецовой паре также чаще определялись у женщин, продолжавших курить и употреблять алкоголь во время беременности, – в 5,9 % (уровни риска 3К-5К) и в 3,3 % случаев (уровни риска

3А-5А). Однако следует отметить и полученные в исследовании неоднозначные результаты: в частности, признаки недоношенности отмечались в 9,7 % случаев у женщин, которые, по данным метода TLFB, прекратили употреблять алкоголь (уровни риска 0А-1А).

Выявленная достоверная взаимосвязь между употреблением никотина до беременности и употреблением алкоголя во время беременности ($p \leq 0,001$) позволяет аргументированно усиливать меры профилактики в отношении отказа от курения в группе небеременных женщин репродуктивного возраста, что потенциально может оказать положительное влияние на снижение потребления алкоголя во время беременности.

Литература

1. Агибалова Т.В., Бузик О.Ж., Винникова М.А. [и др.]. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Синдром зависимости от алкоголя. Клинические рекомендации. Пересмотр 2022 года // Наркология. 2022. Т. 21. № 4. С. 3–21.
2. Акушерство: национальное руководство / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 1088 с. (Серия «Национальные руководства»).
3. Алкоголь. Информационный бюллетень ВОЗ. 2021. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/alcohol> (дата обращения: 07.11.2024).
4. Винникова М.А., Северцев В.В. Расстройства вследствие употребления никотина. Наркология: национальное руководство / под ред. Н. Н. Иванца, М. А. Винниковой. 3-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2024. С. 374–384. (Серия «Национальные руководства»). DOI: 10.33029/9704-8363-3-NNG-2024-1-848
5. Гамбарян М.Г., Драпкина О.М. Распространенность потребления табака в России: динамика и тенденции. Анализ результатов глобальных и национальных опросов // Профилактическая медицина. 2018. Т. 21. № 5. С. 45–62. DOI: 10.17116/profmed20182105145
6. Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2019 г.: предложение помощи в целях прекращения употребления табака: краткое резюме. Всемирная организация здравоохранения. 2019. URL: <https://www.who.int/ru/publications/i/item/WHO-NMH-PND-2019.5> (дата обращения: 07.11.2024).
7. Драпкина О.М., Концевая А.В., Калинина А.М. [и др.]. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. Национальное руководство 2022 // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2022. № 21 (4). DOI: 10.15829/1728-8800-2022-3235
8. Киржанова В.В. Мировые тенденции потребления алкоголя. Наркология: национальное руководство / под ред. Н.Н. Иванца, М.А. Винниковой. 3-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2024. С. 40–49. (Серия «Национальные руководства»). DOI: 10.33029/9704-8363-3-NNG-2024-1-848
9. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). URL: <https://mkb-10.com> (дата обращения: 07.11.2024).
10. Наркология: национальное руководство / под ред. Н. Н. Иванца, М. А. Винниковой. 3-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2024. 848 с. (Серия «Национальные руководства»). DOI: 10.33029/9704-8363-3-NNG-2024-1-848
11. Ненастьева А.Ю. Методы диагностики употребления психоактивных веществ. Наркология: национальное руководство / под ред. Н. Н. Иванца, М. А. Винниковой. 3-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2024. С. 760–795. (Серия «Национальные руководства»). DOI: 10.33029/9704-8363-3-NNG-2024-1-848
12. Ненастьева А.Ю. Психометрические шкалы, используемые в клинической наркологии. Наркология: национальное руководство / под ред. Н. Н. Иванца, М. А. Винниковой. 3-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2024. С. 817–838. (Серия «Национальные руководства»). DOI: 10.33029/9704-8363-3-NNG-2024-1-848
13. Нормальная беременность. Клинические рекомендации. Разработано: Российское общество акушеров-гинекологов. Год утверждения: 2023. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/288_2 (дата обращения: 07.11.2024).

14. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ. Пагубное (с вредными последствиями) употребление. Клинические рекомендации. Разработано: Ассоциация наркологов России (Профессиональное сообщество врачей психиатров-наркологов). Год утверждения: 2020. URL: <https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/592> (дата обращения: 07.11.2024).
15. Радзинский В.Е., Оразмурадов А.А. Беременность и психоактивные вещества. Наркология: национальное руководство / под ред. Н. Н. Иванца, М. А. Винниковой. 3-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2024. С. 543–547.
16. Салагай О.О., Антонов Н.С., Сахарова Г.М. Анализ тенденций в потреблении табачных и никотинсодержащих изделий в Российской Федерации по результатам онлайн-опросов 2019–2023 гг. // Профилактическая медицина. 2023. Т. 26. № 5. С. 7–16. DOI: 10.17116/profmed2023260517
17. Сахарова Г.М., Антонов Н.С., Салагай О.О. [и др.]. Синдром зависимости от табака, синдром отмены табака у взрослых. Клинические рекомендации. Проект. Сообщение 1 // Наркология. 2021. Т. 20. № 6. С. 23–37. DOI: 10.25557/1682-8313.2021.06.23-37
18. Сахарова Г.М., Антонов Н.С., Салагай О.О. [и др.]. Синдром зависимости от табака, синдром отмены табака у взрослых. Клинические рекомендации. Проект. Сообщение 2 // Наркология. 2021. Т. 20. № 7. С. 21–34. DOI: 10.25557/1682-8313.2021.07.21-34
19. Стадник Н.М., Никитина С.Ю., Сахарова Г.М. [и др.]. Распространенность потребления табачной и никотинсодержащей продукции в Российской Федерации: анализ тенденций в 2019–2022 гг. // Демографическое обозрение. 2024. Т. 11. № 1. С. 37–60. DOI: 10.17323/demreview.v11i1.20931
20. Табак. Информационный бюллетень ВОЗ. 2021. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/tobacco> (дата обращения: 07.11.2024).
21. Тест RUS-AUDIT для выявления расстройств, обусловленных употреблением алкоголя. Всемирная организация здравоохранения, 2021 URL: <https://gkbyudina.ru/storage/uploads/docs/RUS-AUDIT.pdf?ysclid=lwq2fqvknt771345681> (дата обращения: 07.11.2024).
22. Фадеева Е.В. Сравнительная оценка распространенности курения и употребления алкоголя женщинами репродуктивного возраста до беременности и в пренатальный период // Вестник психотерапии. 2024. № 91. С. 40–54. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-91-40-55
23. Alcohol Policy Impact Case Study. The Effects of Alcohol Control Measures on Mortality and Life Expectancy in the Russian Federation. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2019. URL: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289054379> (дата обращения: 07.11.2024).
24. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Manual for Use in Primary Care / prepared by R. Humeniuk et al. World Health Organization, 2010. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44320/9789241599382_eng.pdf;jsessionid=F43A89F683B471066E0B754A9244AD08?sequence=1 (дата обращения: 07.11.2024).
25. Balachova T., Zander R., Bonner B. [et al.]. Smoking and Alcohol Use Among Women in Russia: Dual Risk for Prenatal Exposure // *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*. 2019. Vol. 18 (2). Pp. 167–182.
26. Binder A., Preiser C., Hanke S. [et al.]. Researching Alcohol Consumption During Pregnancy. Opportunities and Challenges with Two Methods of Data Acquisition // *Qual. Health Res*. 2022. Vol. 32 (12). Pp. 1809–1827. DOI: 10.1177/10497323221119005
27. Bradley K.A., DeBenedetti A.F., Volk R.J. [et al.]. AUDIT-C as a Brief Screen for Alcohol Misuse in Primary Care // *Alcohol Clin. Exp. Res*. 2007. Vol. 31 (7). Pp. 1208–1217. DOI: 10.1111/j.1530-0277.2007.00403.x
28. Bush K., Kivlahan D.R., McDonell M.B. [et al.]. The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C); An Effective Brief Screening Test for Problem Drinking // *Arch. Intern. Med*. 1998. Vol. 158 (16). Pp. 1789–1795.
29. Global Status Report on Alcohol and Health 2018. World Health Organization, 2018. URL: <https://iris.who.int/handle/10665/274603> (дата обращения: 07.11.2024).
30. Kotelnikova Z. Prevalence of Self-Reported Alcohol Consumption Among Pregnant Women in Russia Between 1994 and 2018 // *Alcoholism Clinical and Experimental Research*. 2022. Vol. 46. No. 5. Pp. 825–835. DOI: 10.1111/acer.14798
31. Kozyreva P., Kosolapov M., Popkin B.M. Data Resource Profile: The Russia Longitudinal Monitoring Survey – Higher School of Economics (RLMS-HSE) Phase II: Monitoring the Economic and Health Situation in Russia, 1994–2013 // *International Journal of Epidemiology*. 2016. Vol. 45. Iss. 2. Pp. 395–401.
32. Popova S., Dozet D. Epidemiology of Prenatal Alcohol Exposure // *Fetal Alcohol Spectrum Disorders*. 2023. Pp. 1–16. DOI: 10.1007/978-3-031-32386-7_1
33. Popova S., Lange S., Probst C. [et al.]. Estimation of National, Regional, and Global Prevalence of Alcohol Use During Pregnancy and Fetal Alcohol Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis // *Lancet Global Health*. 2017. Vol. 5 (3). Pp. 290–299.
34. Saxov K.R., Strandberg-Larsen K. [et al.]. Maternal Alcohol Consumption and the Risk of Miscarriage in the First and Second Trimesters: A Systematic Review and Dose–Response Meta-Analysis // *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2023. Vol. 102. No. 7. Pp. 821–832. DOI: 10.1111/aogs.14566

35. Sobell L.C., Sobell M.B. Timeline Follow-Back: A Technique for Assessing Self-Reported Alcohol Consumption // *Measuring Alcohol Consumption: Psychosocial and Biological Methods*. 1992. Pp. 41–72.
36. Xu H., Cui H., Huang Y., Xu X. Alcohol Consumption and The Risk of Miscarriage: A Meta-Analysis of Observational Studies // *Research Square*. URL: <https://www.researchsquare.com/article/rs-3744430/v1.pdf?c=1702594868000> (дата обращения: 07.11.2024). DOI: 10.21203/rs.3.rs-3744430/v1

Поступила 29.05.2024

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

Для цитирования: Фадеева Е.В. Влияние курения и употребления алкоголя женщинами репродуктивного возраста до беременности и в пренатальный период на течение и исход беременности // *Вестник психотерапии*. 2024. № 92. С. 6–24. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-92-06-24

E.V. Fadeeva

The Impact of Smoking and Alcohol Consumption by Women of Reproductive Age Before Pregnancy and During the Prenatal Period on Pregnancy Outcomes

National Research Center on Addictions – branch, Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry (3, Malyy Mogil'tsevskii lane, Moscow, Russia);
Moscow State University of Psychology & Education (29, Sretenka Str., Moscow, Russia);
V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology (3 Bekhterev Str., St. Petersburg, Russia)

✉ Eugenia Vladimirovna Fadeeva – Head of the Department of Preventive Care, National Research Center on Addictions – branch, Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry (3, Malyy Mogil'tsevskii lane, Moscow, 119002 Russia); Associate Professor, Department of Clinical and Forensic Psychology, Faculty of Legal Psychology, Moscow State University of Psychology & Education (Sretenka Str., 29, Moscow, 127051, Russia); Associate Researcher, Department of Treatment of Inpatients with Addictive Disorders, V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology (3 Bekhterev Street St. Petersburg, 192019 Russia), e-mail: nscnfadeeva@mail.ru; ORCID: 0000-0001-5411-9611

Abstract

Relevance. Smoking and alcohol consumption among women of reproductive age is a common phenomenon worldwide, including in Russia. In some cases, these behaviors continue during pregnancy, potentially exerting adverse effects on pregnancy outcomes. This underscores the need for enhanced diagnostic and preventive measures to discourage substance use and provide women with counseling or medical support.

Aim: To study the frequency and quantity of nicotine-containing product and alcohol consumption by women of reproductive age before pregnancy and during the prenatal period, as well as to assess their impact on pregnancy outcomes.

Methodology. The study involved 204 pregnant women – patients of the perinatal center in the Nizhny Novgorod Region. Psychometric methods were used: screening test for involvement in the use of alcohol, tobacco and psychoactive substances (ASSIST), method of retrospective assessment of daily volume of psychoactive substance consumption (TLFB). Medical records, obstetric history and indirect biomarkers of alcohol use: CDT, ALT and AST, as well as data on weight and condition of the newborns were reviewed. Statistical processing was carried out by studying the frequency distribution and contingency tables using the χ^2 criterion.

Results and analysis. A number of statistically significant relationships were identified between the risk levels of nicotine and alcohol use before and during pregnancy among the women who took part in the study. Smoking before pregnancy increased probability of continuing smoking during pregnancy by 4 times (OR = 4.0; 95 % CI: 2.3–6.8; $p \leq 0.001$), and drinking alcohol before pregnancy increased probability of continuing alcohol use during pregnancy 5.5 times (OR=5.5; 95 % CI: 2.2–13.8; $p \leq 0.001$). A mutual influence of the use of these types of psychoactive substances was also found – smoking during pregnancy increased probability of drinking alcohol during pregnancy by 5.4 times (OR = 5.6; 95 % CI: 2.3–12.3; $p \leq 0.001$), and smoking before pregnancy increased probability of drinking alcohol during pregnancy by 5.6 times (OR = 5.6; 95 % CI: 2.6–12.3; $p \leq 0.001$).

Conclusion. The study of smoking and alcohol consumption among women of reproductive age before pregnancy and during the prenatal period using validated psychometric tools, confirmatory laboratory diagnostics, and comprehensive obstetric history analysis provides a robust foundation for developing methodological approaches to prevent adverse outcomes associated with substance use and their impact on pregnancy.

Keywords: women of childbearing age, pregnant women, smoking, alcohol, course and outcome of pregnancy.

References

1. Agibalova T.V., Buzik O.Zh., Vinnikova M.A. [et al.]. Psichicheskie i povedencheskie rasstrojstva, vy`zvanny`e upotrebleniem alkogolya. Sindrom zavisimosti ot alkogolya. Klinicheskie rekomendacii. Peresmotr 2022 goda. [Mental and behavioral disorders caused by alcohol use. Alcohol dependence syndrome. Clinical guidelines. Revised 2022]. *Narkologiya*. 2022. 24(4): 3–21. (In Russ.)
2. Akusherstvo: nacional`noe rukovodstvo [Obstetrics: National Guidelines.]. Ed. G.M. Savel`evoi, G.T. Suxix, V.N. Serova, V.E. Radzinskogo. Moscow, 2018. 1088 p. (Seriya “Nacional`ny`e rukovodstva”). (In Russ.)
3. Alkohol`. Informacionny`j byulleten` [Fact sheets]. Vsemirnaya organizaciya zdравooxraneniya. [World Health Organisation]. 2021. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>. (In Russ.)
4. Vinnikova M.A., Severcev V.V. Rasstrojstva vsledstvie upotrebleniya nikotina. Narkologiya: nacional`noe rukovodstvo [Narcology: National Guidelines.]. Ed. N.N. Ivancza, M.A. Vinnikovej. Moscow, 2024. Pp. 374–384. (Seriya “Nacional`ny`e rukovodstva”). DOI: 10.33029/ 9704-8363-3-NNG-2024-1-848. (In Russ.)
5. Gambaryan M.G., Drapkina O.M. Rasprostranennost` potrebleniya tabaka v Rossii: dinamika i tendencii. Analiz rezul`tatov global`ny`x i nacional`ny`x oprosov. [Prevalence of tobacco consumption in Russia: dynamics and trends. Analysis of global and national survey result]. *Profilakticheskaya medicina*, 2018; 21(5): 45–62. <https://doi.org/10.17116/profmed20182105145> (In Russ.)
6. Doklad VOZ o global`noj tabachnoj e`pidemii, 2019 g.: predlozhenie pomoshhi v celyax prekrashheniya upotrebleniya tabaka: kratkoe rezjume. [WHO report on the global tobacco epidemic, 2019: offer help to quit tobacco use: executive summary]. Vsemirnaya organizaciya zdравooxraneniya. [World Health Organisation]. 2019. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-PND-2019.5> (In Russ.)
7. Drapkina O.M., Kontsevaya A.V., Kalinina A.M. [et al.]. Profilaktika xronicheskix neinfekcionny`x zabolevanij v Rossijskoj Federacii. Nacional`noe rukovodstvo 2022 [Prevention of chronic non-communicable diseases in the Russian Federation. National guidelines]. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika*. [Cardiovascular Therapy and Prevention]. 2022; (21(4)): 3235. doi:10.15829/1728-8800-2022-3235. (In Russ.)
8. Kirzhanova V.V. Mirovy`e tendencii potrebleniya alkogolya [Global trends in alcohol consumption] Narkologiya: nacional`noe rukovodstvo [Narcology: National Guidelines.]. Ed. N.N. Ivancza, M.A. Vinnikovej. Moscow, 2024; 40–49. (Seriya “Nacional`ny`e rukovodstva”). DOI: 10.33029/ 9704-8363-3-NNG-2024-1-848 (In Russ.)
9. Mezhdunarodnaya klassifikaciya boleznej 10 peresmotra (MKB- 10). [International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision]. URL: <https://mkb-10.com> (In Russ.)
10. Narkologiya: nacional`noe rukovodstvo [Narcology: National Guidelines.]. Ed. N.N. Ivancza, M.A. Vinnikovej. Moscow, 2024. 848 p. DOI: 10.33029/ 9704-8363-3-NNG-2024-1-848. (In Russ.)
11. Nenast`eva A.Yu. Metody` diagnostiki upotrebleniya psixoaktivny`x veshhestv [Methods for diagnosing psychoactive substance use]. *Narkologiya: nacional`noe rukovodstvo*. [Narcology: National Guidelines.]. Ed. N.N. Ivancza, M. A. Vinnikovej. Moscow, 2024; 760–795. (Seriya «Nacional`ny`e rukovodstva»). DOI: 10.33029/ 9704-8363-3-NNG-2024-1-848. (In Russ.)
12. Nenast`eva A.Yu. Psihometricheskie shkaly, ispol`zuemye v klinicheskoy narkologii [Psychometric scales used in clinical addiction medicine.]. *Narkologiya: nacional`noe rukovodstvo* [Narcology: National Guidelines.]. Ed. N.N. Ivancza, M.A. Vinnikovej. Moscow, 2024; 817–838. DOI: 10.33029/ 9704-8363-3-NNG-2024-1-848. (In Russ.)
13. Normal`naya beremennost` [Normal pregnancy]. Klinicheskie rekomendacii [Clinical recommendations.]. 2023; 90 p. (In Russ.)

14. Psichicheskie i povedencheskie rasstrojstva, vy'zvanny'e upotrebleniem psixoaktivny'x veshhestv. Pagubnoe (s vredny'mi posledstviyami) upotreblenie. Klinicheskie rekomendacii. [Mental and behavioral disorders caused by the use of psychoactive substances. Harmful (with harmful consequences) use. Clinical recommendations]. 2020. URL: <https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/592> (In Russ.)
15. Radzinskij V.E., Orazmuradov A.A. Beremennost' i psixoaktivny'e veshhestva. [Pregnancy and psychoactive substances]. *Narkologiya: nacional'noe rukovodstvo* [Narcology: National Guidelines]. Ed. N.N. Ivancza, M.A. Vinnikovej. Moscow, 2024; 543–547. (In Russ.)
16. Salagay O.O., Antonov N.S., Sakharova G.M. Analiz tendencii v potreblenii tabachny'x i nikotinsoderzhashhix izdelii v Rossijskoj Federacii po rezul'tatam onlajn-oprosov 2019–2023 gg. [Analysis of trends in the consumption of tobacco and nicotine-containing products in the Russian Federation according to the results of online surveys 2019–2023]. *Profilakticheskaya medicina*. [The Russian Journal of Preventive Medicine]. 2023; 26(5): 7–16. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/profmed2023260517> (In Russ.)
17. Sakharova G.M., Antonov N.S., Salagay O.O. [et al.]. Sindrom zavisimosti ot tabaka, sindrom otmeny' tabaka u vzrosly'x. Klinicheskie rekomendacii. Proekt. Soobshhenie 1 [Tobacco dependence syndrome, tobacco withdrawal syndrome in adults. Clinical guidelines. Project. Part 1]. *Narkologija* [Narcology]. 2021; 20(6): 23–37. (In Russ.)
18. Sakharova G.M., Antonov N.S., Salagay O.O. [et al.]. Sindrom zavisimosti ot tabaka, sindrom otmeny' tabaka u vzrosly'x. Klinicheskie rekomendacii. Proekt. Soobshhenie 2 [Tobacco dependence syndrome, tobacco withdrawal syndrome in adults. Clinical guidelines. Project. Part 2]. *Narkologija* [Narcology]. 2021; 20(7): 21–34. DOI: 10.25557/1682-8313.2021.07.21-34 (In Russ.)
19. Stadnik N.M., Nikitina S. Yu., Saxarova G.M. [et al.]. Rasprostranennost' potrebleniya tabachnoji nikotinsoderzhashhej produkcii v Rossijskoj Federacii: analiz tendencij v 2019–2022 gg. [Prevalence of consumption of tobacco and nicotine-containing products in the Russian Federation: analysis of trends in 2019–2022]. *Demograficheskoe obozrenie* [Demographic review]. 2024; 11(1): 37–60. <https://doi.org/10.17323/demreview.v11i1.20931> (In Russ.)
20. Tabak. Informacionny'j byulleten' [Tobacco. Fact sheets]. Vsemirnaya organizaciya zdravooxraneniya. [World Health Organisation]. 2021. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/tobacco> (In Russ.)
21. Test RUS-AUDIT dlya vy'yavleniya rasstrojstv, obuslovlenny'x upotrebleniem alkogolya [RUS-AUDIT test for identifying alcohol use disorders]. Vsemirnaya organizaciya zdravooxraneniya [World Health Organisation]. 2021. URL: <https://gkbyudina.ru/storage/uploads/docs/RUS-AUDIT.pdf?ysclid=1wq2fqvknt771345681>. (In Russ.)
22. Fadeeva E.V. Sravnitel'naya ocenka rasprostranennosti kurenija i upotrebleniya alkogolya zhenshinami reproduktivnogo vozrasta do beremennosti i v prenatal'ny'j period [Comparative assessment of the prevalence of smoking and alcohol consumption among women of childbearing age before pregnancy and during the prenatal period]. *Vestnik psixoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2024; (91): 40–54. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-91-40-55. (In Russ.)
23. Alcohol policy impact case study. The effects of alcohol control measures on mortality and life expectancy in the Russian Federation. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 2019. URL: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289054379>.
24. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): manual for use in primary care / prepared by R. Humeniuk et al. World Health Organization. 2010. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44320/9789241599382_eng.pdf;jsessionid=F43A89F683B471066E0B754A9244AD08?sequence=1.
25. Balachova T., Zander R., Bonner B. [et al.]. Smoking and alcohol use among women in Russia: dual risk for prenatal exposure. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*. 2019; 18(2): 167–182.
26. Binder A., Preiser C., Hanke S. [et al.]. Researching Alcohol Consumption During Pregnancy. Opportunities and Challenges with Two Methods of Data Acquisition. *Quality Health Research*. 2022; 32(12): 1809–1827. DOI: 10.1177/10497323221119005.
27. Bradley K.A., DeBenedetti A.F., Volk R.J. [et al.]. AUDIT-C as a brief screen for alcohol misuse in primary care. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*. 2007; 31(7): 1208–1217. DOI: 10.1111/j.1530-0277.2007.00403.x.
28. Bush K., Kivlahan D.R., McDonell M.B. [et al.]. The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C); An Effective Brief Screening Test for Problem Drinking. *Archives of Internal Medicine*. 1998; (158): 1789–1795.
29. Global status report on alcohol and health 2018. *World Health Organization*. 2018. URL: <https://iris.who.int/handle/10665/274603>
30. Kotelnikova Z. Prevalence of self-reported alcohol consumption among pregnant women in Russia between 1994 and 2018. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*. 2022; 46(5): 825–835. DOI: 10.1111/acer.14798.
31. Kozyreva P., Kosolapov M., Popkin B.M. Data resource profile: The Russia Longitudinal Monitoring Survey – Higher School of Economics (RLMS-HSE) phase II: monitoring the economic and health situation in Russia, 1994–2013. *International Journal of Epidemiology*. 2016; (45): 395–401.
32. Popova S., Dozet D. Epidemiology of Prenatal Alcohol Exposure. *Fetal Alcohol Spectrum Disorders*. 2023; 1–16. DOI:10.1007/978-3-031-32386-7_1
33. Popova S., Lange S., Probst C. [et al.]. Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Global Health*. 2017; (5): 290–299.

34. Saxov K.R., Strandberg-Larsen K. [et al.]. Maternal alcohol consumption and the risk of miscarriage in the first and second trimesters: A systematic review and dose–response meta-analysis. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2023; 102(7): 821–832. DOI: 10.1111/aogs.14566
 35. Sobell L.C., Sobell M.B. Timeline follow-back: a technique for assessing self-reported alcohol consumption. *Measuring alcohol consumption: psychosocial and biological methods*. 1992; 41–72.
 36. Xu H., Cui H., Huang Y., Xu X. Alcohol consumption and the risk of miscarriage: a meta-analysis of observational studies. *Research Square*. 2023; 1–16. DOI: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3744430/v1>
-

Received 29.05.2024

For citing: Fadeeva E.V. Vliyanie kureniya i upotrebleniya alkogolya zhenshinami reproduktivnogo vozrasta do beremennosti i v prenatal'nyj period na techenie i iskhod beremennosti. *Vestnik psikhoterapii*. 2024; (92): 6–24. (In Russ.)

Fadeeva E.V. The impact of smoking and alcohol consumption by women of reproductive age before pregnancy and during the prenatal period on pregnancy outcomes. *Bulletin of Psychotherapy*. 2024; (92): 6–24. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-92-06-24

Т.В. Ветрова^{2,3}, М.О. Леонтьева², С.В. Трохманенко², А.С. Власов¹,
С.В. Дударенко⁵, Е.Г. Ветрова^{2,4}

ВЗАИМОВЛИЯНИЕ РЕГУЛЯРНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ И УРОВНЯ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОГО СОСТОЯНИЯ ЧЕЛОВЕКА

¹ Военный институт физической культуры
(Россия, Санкт-Петербург, Большой Сампсониевский пр., д. 63);

² Институт прикладного психоанализа и психологии Университета при МПА ЕврАзЭС
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Смольячкова, д. 14, к. 1);

³ Музей истории подводных сил России им. А.И. Маринеско
(Россия, Санкт-Петербург, Кондратьевский пр., д. 83);

⁴ Санкт-Петербургский государственный университет
(Россия, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7–9);

⁵ Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 4/2)

Актуальность. Неуклонное ухудшение психологического состояния человека в современном мире представляет собой очевидную проблему для специалистов различного профиля. Одним из факторов, определяющих психологическое состояние, называют уровень физической активности человека. Имеющиеся результаты исследований свидетельствуют о положительном влиянии регулярных занятий спортом на психологическую устойчивость человека. Однако при этом остается малоизученным вопрос, насколько любая – не только интенсивная, но и минимальная, при этом регулярная – физическая активность человека может оказывать влияние на его психологическое состояние

Цель исследования – определить степень взаимовлияния регулярной физической активности человека и уровня его тревожно-депрессивного состояния.

✉ Ветрова Татьяна Вячеславовна – канд. психол. наук, доц. каф. психофизиологии, Ин-т прикладного психоанализа и психологии Ун-та при МПА ЕврАзЭС (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Смольячкова, д. 14, к. 1), науч. сотрудник, Музей истории подводных сил России им. А.И. Маринеско (Россия, 195271, Санкт-Петербург, Кондратьевский пр., д. 83); e-mail: doretat@rambler.ru, ORCID: 0000-0001-7446-5060;

Леонтьева Мария Олеговна – канд. мед. наук, доц. каф. психофизиологии, Ин-т прикладного психоанализа и психологии Ун-та при МПА ЕврАзЭС (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Смольячкова, д. 14, к. 1); e-mail: lov63@inbox.ru;

Трохманенко Сергей Владимирович – канд. воен. наук, доц. каф. соц. психологии и конфликтологии, Ин-т прикладного психоанализа и психологии Ун-та при МПА ЕврАзЭС (Россия, 199226, Санкт-Петербург, ул. Смольячкова, д. 14, к. 1); e-mail: t3188136@gmail.com, ORCID: 0009-0006-7218-1682;

Власов Анатолий Сергеевич – ст. преподаватель каф. тактики и общевоинских дисциплин, Воен. ин-т физ. культуры (Россия, 194044, Санкт-Петербург, Большой Сампсониевский пр., д. 63); e-mail: vlasov1982bk.z@mail.ru, ORCID: 0009-0000-8274-596X;

Дударенко Сергей Владимирович – зав. отд. терапии и интегративной медицины, Всерос. центр экстр. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2); e-mail: dyd@mail.ru, ORCID: 0000-0001-7278-6418;

Ветрова Евгения Германовна – преподаватель, каф. соц. психологии и конфликтологии, Ин-т прикладного психоанализа и психологии Ун-та при МПА ЕврАзЭС (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Смольячкова, д. 14, к. 1); лаборант-исследователь, юридич. фак-т, С.-Петерб. гос. ун-т (Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7–9); e-mail: ginavet@rambler.ru, ORCID: 0000-0002-9530-4669

Материалы и методы. Проведено исследование взаимовлияния уровня физической активности и уровней тревожности, стресса, депрессии, соматизации и вегетативных нарушений с участием 106 человек: мужчин и женщин в возрасте от 18 до 56 лет. Уровень физической активности участников исследования определялся путем снятия показаний с приложений, установленных у участников исследования на телефонах и фитнес-браслетах; подсчитывалось среднее количество пройденных шагов в день за последнюю неделю перед началом исследования. Психологическое состояние респондентов оценивалось с применением следующих методик: интегративного теста тревожности (ИТТ) (для выявления скрытой, маскированной тревоги и тревожности); четырехмерного опросника для оценки дистресса, депрессии, тревоги и соматизации (Dutch Four-Dimensional Symptoms Questionnaire, 4DSQ) (для выявления психогенных факторов нервной системы – оценки дистресса, депрессии, тревоги и соматоформных нарушений); клинического опросника невротических состояний (для выявления основных синдромов невротических состояний). Наличие взаимосвязи между показателями оценивалось с применением метода ранговой корреляции Спирмена.

Результаты. В ходе исследования выявлена статистически значимая ($p \leq 0,01$) отрицательная корреляция между уровнем физической нагрузки человека и уровнем ситуативной и личностной тревожности, стрессом, уровнем соматизации и вегетативными нарушениями, а также значимая ($p \leq 0,05$) отрицательная корреляционная связь уровня регулярной физической нагрузки и уровня депрессии. Данная закономерность актуальна для любых уровней регулярной физической нагрузки, для лиц любого возраста и пола.

Заключение. Выявленная статистически значимая ($p \leq 0,01$) отрицательная корреляция между уровнем физической нагрузки человека и уровнем ситуативной и личностной тревожности, стрессом, уровнем соматизации и вегетативными нарушениями, а также значимая ($p \leq 0,05$) отрицательная корреляционная связь уровня регулярной физической нагрузки и уровня депрессии показывают, что чем ниже у человека уровень регулярной физической активности, тем более вероятно у него повышение уровня тревожности, развитие стрессовой реакции, вегетативных нарушений, соматизации и депрессии. Данная закономерность актуальна для любых уровней регулярной физической нагрузки. При средней регулярной физической нагрузке (в пределах 7 500–10 000 шагов в день) отмечается отсутствие повышения исследуемых параметров до высоких значений либо уровней болезненного состояния.

Ключевые слова: психика, физическая нагрузка, физическая активность, тревожность, стресс, депрессия, соматизация.

Введение

В современном мире отмечается тенденция неуклонного ухудшения психологического состояния человека, что представляет собой очевидную проблему для специалистов различного профиля. При этом система показателей психического и психологического здоровья человека является сложной и непрерывно изменяющейся функцией воздействия множества биологических, социальных, психологических и других видов факторов [5]. С учетом этих обстоятельств важно проанализировать как можно большее число факторов, оказывающих на данную систему влияние.

Одним из таких факторов называют уровень физической активности человека. Однако зачастую влияние на психику человека фи-

зической активности далеко не всегда осознается и оценивается должным образом [1].

В наши дни в повседневной жизни человека отсутствует физическая активность в достаточном объеме. Передвижение на транспорте, личном и общественном, электросамокатах и электровелосипедах часто дает иллюзию действий, тогда как фактически современный человек остается в статическом положении большую часть своего активного времени.

Часто возникающие состояния, такие как переутомление, слабость, вялость и отсутствие сил, нервное напряжение, могут рассматриваться в качестве последствий недостаточной физической активности человека [5].

Чрезмерное умственное напряжение оказывает сильное воздействие на психику

и часто является причиной эмоциональных перегрузок и выгорания. Занятия спортом помогают избавиться от такого напряжения и его последствий посредством выработки в организме бета-эндорфинов, снижения выработки кортизола, усиления физиологических процессов в организме [3].

Исследования демонстрируют, что концентрация бета-эндорфинов повышается спустя 10 минут бега на 42%, по прошествии 20 минут – на 110% [7, 8].

Во время занятий спортом у человека активизируется система кровообращения, учащается и углубляется дыхание, происходит усиление снабжения мозга кислородом. Грудная клетка при этом становится подвижнее, легкие расправляются [10].

Систематические занятия спортом позволяют не только улучшить и укрепить здоровье, но и сформировать в человеке качества, которые ему необходимы при коммуникации в социуме [4].

Имеющиеся результаты исследований свидетельствуют о положительном влиянии регулярных занятий спортом на психологическую устойчивость человека к стрессорам [11].

Занятия спортом на постоянной основе повышают способность организма к саморегуляции и усиливают стрессоустойчивость атлета [2].

Систематические тренировки содействуют снижению стресса и уровня тревожности, повышают уверенность человека в себе [6].

Регулярные физические упражнения могут помочь уменьшить стресс, тревогу и улучшить общее самочувствие [12].

По мнению О.В. Савельевой (2022), те, кто активно занимается спортом, на 30% реже подвержены депрессии, чем те, кто не тренируется вообще. Физические упражнения могут действовать как способ терапии депрессии так же эффективно, как антидепрессанты, но без побочных эффектов [9].

Активные постоянные физические нагрузки развивают и укрепляют нервную систему. В частности, увеличивается скорость нервных процессов; как следствие, мы получаем быструю реакцию мозга на внешние раздражители – способность индивида бы-

стро и взвешенно принимать решения в нестандартных жизненных ситуациях [8].

Однако при этом остается малоизученным вопрос, насколько уровень любой физической активности человека, не обязательно спортивной и интенсивной, но при этом регулярной и систематической, может оказывать влияние на состояние его психики.

Цель исследования – определить степень взаимовлияния регулярной физической активности человека и уровня его тревожно-депрессивного состояния.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось в г. Санкт-Петербурге, в нем приняло участие 106 человек: мужчины и женщины в возрасте от 18 до 56 лет.

Критерием включения в исследование являлись: добровольность, возраст респондентов от 18 до 60 лет, а также возможность осуществления объективного контроля регулярной физической нагрузки участников исследования. Критерием исключения – возраст до 18 и старше 60 лет, а также наличие подтвержденных хронических заболеваний, оказывающих непосредственное влияние на психическое состояние человека (с негативными прогнозами, сопровождающихся ухудшением качества жизни, хроническими болевыми ощущениями и др.).

Уровень физической активности участников исследования определялся путем снятия показаний с приложений, установленных у участников исследования на телефонах и фитнес-браслетах («Фитнес», «Здоровье», Stepz, Zeeplife, Samsung Health).

Подсчитывалось среднее количество пройденных в день шагов за последнюю неделю перед началом исследования. Физическая нагрузка от дополнительных занятий спортом была приведена к сопоставимой нагрузке от двигательной активности по расходу калорий (из расчета примерного соответствия 1 часа тренировки 6000 шагов).

Участники исследования были разделены на 2 группы: группу 1, состоящую из лиц

мужского и женского пола в возрасте от 18 до 35 лет (64 человека), и группу 2, в которую были включены лица обоих полов в возрасте от 36 до 56 лет (42 человека). Группа 1 была условно определена как группа лиц молодого возраста, группа 2 – как лица средней зрелости.

Психологическое состояние респондентов оценивалось с применением следующих методик:

- интегративного теста тревожности (ИТТ) (для выявления скрытой, маскированной тревоги и тревожности);

- четырехмерного опросника для оценки дистресса, депрессии, тревоги и соматизации (Dutch Four-Dimensional Symptoms Questionnaire, 4DSQ) (для выявления психогенных факторов нервной системы – оценки дистресса, депрессии, тревоги и соматоформных нарушений);

- клинического опросника невротических состояний (для выявления основных синдромов невротических состояний).

Наличие взаимосвязи между показателями оценивалось с применением метода ранговой корреляции Спирмена.

Результаты и их анализ

Изучение средней физической нагрузки респондентов в группах 1 и 2 не продемонстрировало статистически значимой разницы в зависимости от их возраста. В среднем участники исследования проходили от 7 500 до 10 000 шагов в день (рис. 1, 2).

Исследование тревожности, проведенное с использованием интегративного теста тревожности, показало преобладание у респондентов группы 1 умеренного, с тенденцией к повышенному, уровня личностной тревожности (среднее значение $5,7 (\pm 2,7)$) без статистически значимых различий в зависимости от половой принадлежности. Значения уровня ситуативной тревожности также относятся к умеренному уровню ($4,5 (\pm 2,9)$).

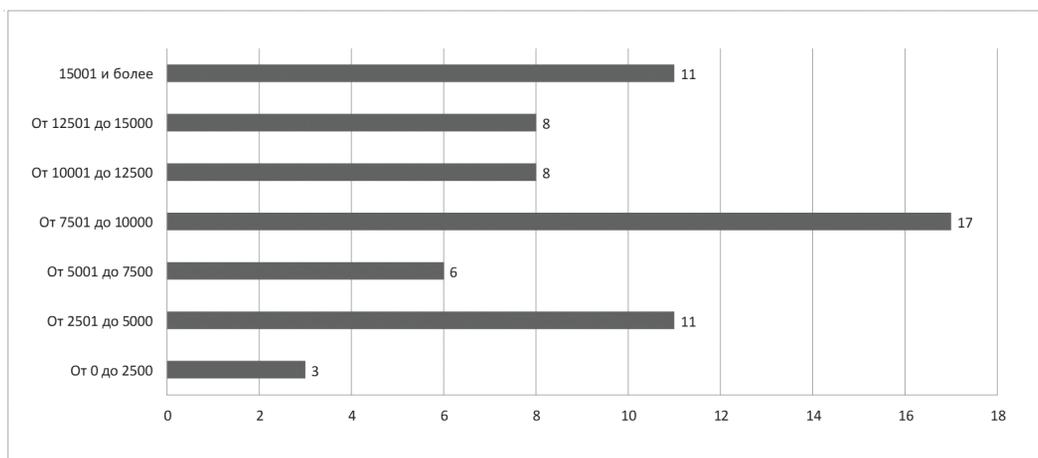


Рис. 1. Средняя физическая нагрузка (в шагах) респондентов группы 1

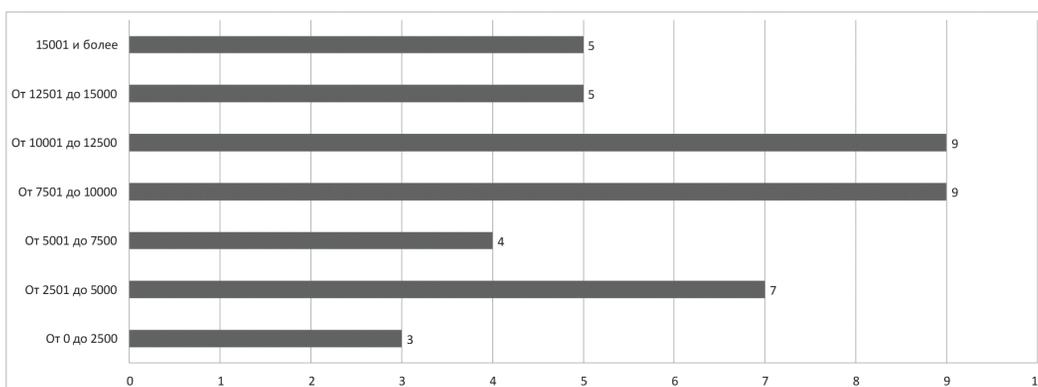


Рис. 2. Средняя физическая нагрузка (в шагах) респондентов группы 2

Таблица 1

Признаки невротических состояний у респондентов группы 1

Показатель клинического опросника невротических состояний	Средние значения, баллы
Шкала тревоги	1,27 (\pm 0,9)
Шкала невротической депрессии	-0,34 (\pm 0,2)
Шкала астении	2,47 (\pm 0,8)
Шкала истерического реагирования	1,22 (\pm 0,9)
Шкала обсессивно-фобических нарушений	0,96 (\pm 0,2)
Шкала вегетативных нарушений	3,47 (\pm 1,1)

Таблица 2

Признаки невротических состояний у респондентов группы 2

Показатель клинического опросника невротических состояний	Средние значения, баллы
Шкала тревоги	5,02 (\pm 0,9)
Шкала невротической депрессии	3,11 (\pm 0,6)
Шкала астении	6,11 (\pm 1,8)
Шкала истерического реагирования	3,77 (\pm 0,8)
Шкала обсессивно-фобических нарушений	3,42 (\pm 0,3)
Шкала вегетативных нарушений	6,97 (\pm 1,0)

В группе 2 как у мужчин, так и у женщин преобладают значения, относящиеся к умеренному уровню личностной тревожности (4,5 (\pm 2,4)), в то время как уровень ситуативной тревожности оценивается как низкий (3,0 (\pm 2,2)). При этом отмечается статистически значимое ($p \leq 0,05$) превышение значений личностной и ситуативной тревожности у участников исследования в группе 1.

Исследование наличия признаков невротических состояний у участников группы 1 продемонстрировало нахождение в зоне здоровья показателей астении (2,47 (\pm 0,8) баллов) и вегетативных нарушений (3,47 (\pm 1,1) баллов); в зоне неустойчивой психической адаптации находятся показатели тревоги (1,27 (\pm 0,9) баллов), невротической депрессии (0,34 (\pm 0,2) баллов), истерического реагирования (1,22 (\pm 0,9) баллов) и обсессивно-фобических нарушений (0,96 (\pm 0,2) баллов). При этом ни один из показателей не находится в зоне болезненного характера (табл. 1).

У респондентов группы 2 все показатели находятся в зоне здоровья (табл. 2).

Выявлено статистически значимое ($p \leq 0,05$) превышение значений показателей опросника в группе 2.

При исследовании психогенных факторов нервной системы у участников исследования группы 1 отмечается умеренное повышение значений шкалы стресса и шкалы депрессии. При этом значения шкал тревожности и соматизации находятся в пределах нормы. У респондентов группы 2 все исследуемые показатели находятся в пределах нормы (табл. 3).

При этом в группе 1 наблюдается статистически значимое ($p \leq 0,01$) превышение показателей уровней стресса, депрессии и тревожности, по сравнению со значениями показателей в группе 2. Статистически значимой разницы в показателях соматизации выявлено не было.

При анализе взаимосвязи уровня ежедневной физической нагрузки участников исследования и показателей уровней их тревожности, вегетативных нарушений, стресса, депрессии, уровня соматизации, оцениваемой с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена, выявлено наличие статистически значимых ($p \leq 0,01$) отрицательных корреляционных связей между уровнем физической нагрузки и уровнями ситуативной и личностной тре-

Таблица 3

Средние показатели психогенных факторов нервной системы у респондентов групп 1 и 2

Показатель опросника	Средние значения, баллы	
	Группа 1	Группа 2
Шкала стресса	14,5 (± 3,5)	7,5 (± 1,4)
Шкала депрессии	3,2 (± 0,9)	1,3 (± 0,4)
Шкала тревожности	6,4 (± 1,2)	3,0 (± 0,8)
Шкала соматизации	10,0 (± 2,4)	7,7 (± 1,4)

Таблица 4

Корреляционные связи уровня физической нагрузки и показателей психологического состояния

Ситуативная тревожность	Личностная тревожность	Вегетативные нарушения	Стресс	Депрессия	Соматизация
-0,368 **	-0,425 **	-0,431**	-0,388 **	-0,202 *	-0,391 **

Примечание: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

возности, стрессом, уровнем соматизации и вегетативными нарушениями, а также значимая ($p \leq 0,05$) отрицательная корреляционная связь уровня регулярной физической нагрузки и уровня депрессии (табл. 4).

При увеличении регулярной физической активности снижаются уровни тревожности, стрессовой реакции, вегетативных нарушений, соматизации и депрессии.

Заключение

Выявленная статистически значимая ($p \leq 0,01$) отрицательная корреляция между уровнем физической нагрузки человека и уровнем ситуативной и личностной тревожности, стрессом, уровнем соматизации и вегетативными нарушениями, а также значимая ($p \leq 0,05$) отрицательная корреляционная связь уровня регулярной физической нагрузки и уровня депрессии показывает, что чем ниже у человека уровень физической

активности, тем более вероятно повышение уровня тревожности, развитие стрессовой реакции, вегетативных нарушений, соматизации и депрессии. Данные закономерности актуальны для любых уровней регулярной физической нагрузки.

При средней регулярной физической нагрузке (в пределах 7 500–10 000 шагов в день) отмечается отсутствие повышения исследуемых параметров до высоких значений либо до уровней болезненного состояния.

Более высокий уровень личностной и ситуативной тревожности, стресса, депрессии, соматизации и вегетативных нарушений у молодых людей следует объяснять, вероятно, рядом социально-психологических факторов, свойственных данному периоду взросления и социализации. Отметим, что при этом описанные выше корреляционные связи между уровнем регулярной физической нагрузки и психологическим состоянием человека находятся вне зависимости от пола и возраста.

Литература

1. Артёмова Т.С., Кормилицин Ю.В. Как влияют физические нагрузки на психику человека // Вестник науки. 2023. Т. 4, № 12 (69). С. 1282–1285.
2. Белозерова Л.А., Брагина Е.А., Семикашева И.А., Силакова М.М. Стрессоустойчивость и особенности осознанной саморегуляции студентов-спортсменов // Теория и практика физической культуры. 2021. № 2. С. 19–21.
3. Ильин С.Н., Ишмухаметова Н.Ф. Проблемы и перспективы развития студенческого спорта. // Сборник научных трудов XVII Международной научно-практической конференции. 2019. С. 67–70.

4. Ильина Н.Л. Влияние физической культуры на психологическое благополучие человека // Ученые записки. 2020. № 12. С. 69–74.
5. Ишмухаметова Н.Ф., Ильин С.Н. Влияние спорта на психологическое состояние человека // Инновационные результаты исследований в сфере естественных, технических и гуманитарных наук: сб. науч. трудов по материалам Межд. науч.-практич. конф. 12 ноября 2021 г. Белгород: ООО Агентство перспективных научных исследований (АПНИ), 2021. С. 124–127.
6. Копачевская М.И., Шмакова А.Ф. Здоровье и фитнес: влияние регулярных тренировок на психическое благополучие // Вестник науки. 2023. № 10 (67). С. 603–607.
7. Максимова Е.Н., Алексеенков А.Е. Влияние физических упражнений, спорта и спортивного туризма на здоровье человека // Наука-2020. 2018. № 2-1 (18). С. 31–35.
8. Максимова Е.Н., Алексеенков А.Е. Физическая активность и психическое состояние человека // Наука-2020. 2019. № 4 (29). С.73–76.
9. Савельева О.В., Данилова А.М., Воронин А.Д. Проблема гармонизации физического и психического здоровья человека // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. 2022. № 10. С. 555–559.
10. Савчук Н.А., Тихонович М.И. Роль физической культуры и спорта в жизни человека и профессиональной подготовке сотрудника органов внутренних дел // Наука-2020. 2021. № 5 (50). С. 60–65.
11. Синюшкина С.Д., Меркеева Е.О. Оценка влияния занятий спортом на устойчивость к стресс-факторам и психологическое состояние // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. 2021. № 4 (194). С. 517–520.
12. Шинкаренко Д.И., Егорычева Е.В., Кондрашов А.А. Влияние физической активности на ментальное здоровье и ментальное развитие подрастающего поколения // Международный научно-исследовательский журнал. 2023. № 8 (134). С. 1–11.

Поступила 24.10.2024

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

Участие авторов: Т.В. Ветрова – разработка дизайна исследования, анализ результатов, написание текста статьи; М.О. Леонтьева – сбор первичных данных, анализ результатов, написание текста статьи; А.С. Власов – разработка программы исследования, редактирование статьи; С.В. Дударенко – анализ результатов, написание текста статьи; С.В. Трохманенко – сбор первичных данных, перевод аннотации; Е.Г. Ветрова – анализ литературы по теме исследования, написание текста статьи.

Для цитирования. Ветрова Т.В., Леонтьева М.О., Трохманенко С.В., Власов А.С., Дударенко С.В., Ветрова Е.Г. Взаимовлияние регулярной физической активности и уровня тревожно-депрессивного состояния человека // Вестник психотерапии. 2024. № 92. С. 25–33. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-92-25-33

T.V. Vetrova^{2,3}, M.O. Leonteva², S.V. Trokhmanenko², A.S. Vlasov¹,
S.V. Dudarenko⁵, E.G. Vetrova^{2,4}

Interrelations between Regular Physical Activity and the Level of Anxiety-Depressive State in a Human

¹ Military Institute of Physical Culture

(63, Bolshoy Sampsonievsky Ave., St. Petersburg, Russia);

² Institute of Applied Psychoanalysis and Psychology of the University the IPA EurAsEC

(14, build. 1, Smolyachkova Str., St Petersburg, Russia);

³ Museum of the History of the Submarine Forces of Russia named after A.I. Marinesko

(83, Kondratievsky Ave., St. Petersburg, Russia);

⁴ Saint Petersburg State University (7–9, Universitetskaya Emb., St. Petersburg, Russia);

⁵ Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia

(4/2, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, Russia)

✉ Tatiana Vyacheslavovna Vetrova – PhD Psychol. Sci., Associate Prof., Institute of applied psychoanalysis and psychology of the University the IPA EurAsEC (14, build. 1, Smolyachkova Str., St. Petersburg, 194044, Russia); Museum of the History of the Submarine Forces of Russia named after A.I. Marinesko (83, Kondratievsky Ave., St. Petersburg, 195271, Russia); e-mail: doretat@rambler.ru; ORCID: 0000-0001-7446-5060;

Mariia Olegovna Leonteva – PhD Psychol. Sci., Associate Prof., Department of Psychophysiology, Institute of applied psychoanalysis and psychology of the University the IPA EurAsEC (14, build. 1, Smolyachkova Str., St. Petersburg, 194044, Russia); e-mail: lov63@inbox.ru;

Sergei Vladimirovich Trokhmanenko – PhD Military Sci., Associate Prof., Department of social psychology and conflictology, Institute of applied psychoanalysis and psychology of the University the IPA EurAsEC (14, build. 1, Smolyachkova Str., St. Petersburg, 194044, Russia); e-mail: t3188136@gmail.com, ORCID: 0009-0006-7218-1682;

Anatoliy Sergeevich Vlasov – Senior lecturer, Department of tactics and combined arms disciplines, Military institute of physical culture (63, Bolshoy Sampsonievsky Ave., St Petersburg, 194044, Russia); e-mail: vlasov1982bk.z@mail.ru, ORCID: 0009-0000-8274-596X;

Sergei Vladimirovich Dudarenko – head of department therapy and integrative medicine, Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine of EMERCOM of Russia (4/2, Akademica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia); e-mail: lov63@inbox.ru;

Eugeniia Germanovna Vetrova – lecturer, Department of social psychology and conflictology, Institute of applied psychoanalysis and psychology of the University the IPA EurAsEC (14, build. 1, Smolyachkova Str., St. Petersburg, 194044, Russia); laboratory assistant-researcher, faculty of law, Saint Petersburg State University (7–9, Universitetskaya Emb., St. Petersburg, 199034, Russia); e-mail: ginavet@rambler.ru, ORCID: 0000-0002-9530-4669

Abstract

Relevance. The steady deterioration of psychological well-being in the modern world represents a pressing concern for specialists across various disciplines. Physical activity levels are recognized as one of the key factors influencing psychological health. Research findings highlight the positive impact of regular exercise on psychological resilience. However, the extent to which any form of physical activity – not only intense but also minimal yet regular – can influence psychological well-being remains poorly understood.

Objective. The purpose of the study is to assess the degree of interrelations between a person's regular physical activity and his or her levels of anxiety and depression.

Materials and methods. A study of interrelations between the level of physical activity and the levels of anxiety, stress, depression, somatization and autonomic disorders was conducted with the participation of 106 people, men and women, aged 18 to 56 years. The level of physical activity of the study participants was determined by taking readings from the applications installed by the study participants on phones and fitness bracelets, and the average number of steps taken per day for the last week before the start of the study was calculated. The psychological state of the respondents was assessed using the following methods: integrative anxiety test (ITT) (to identify hidden, masked anxiety and anxiety), a four-dimensional questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization (Dutch Four-Dimensional Symptoms Questionnaire, 4DSQ) (to identify psychogenic factors of the nervous system – assessment of distress, depression, anxiety and somatoform disorders), a clinical questionnaire of neurotic conditions (to identify the main syndromes of neurotic conditions). The relationship between the indicators was assessed using Spearman's rank correlation method.

Results. The study revealed a statistically significant ($p \leq 0.01$) negative correlation between the level of physical activity of a person and the level of situational and personal anxiety, stress, the level of somatization and autonomic disorders, as well as a significant ($p \leq 0.05$) negative correlation between the level of regular physical activity and the level of depression. This pattern is relevant for all levels of regular physical activity for people of any age and gender.

Conclusion. The identified statistically significant ($p \leq 0.01$) negative correlation between physical activity levels and situational and trait anxiety, stress, somatization, and autonomic disturbances, along with a significant ($p \leq 0.05$) negative correlation with depression levels, indicates that lower levels of regular physical activity are associated with increased anxiety, stress responses, autonomic disturbances, somatization, and depression. These findings are relevant across all levels of regular physical activity. Moderate regular physical activity (7,500–10,000 steps per day) was associated with the absence of elevated parameters or pathological states.

Keywords: psyche, physical activity, anxiety, stress, depression, somatization.

References

1. Artyomova T.S., Kormilicin Yu.V. Kak vliyayut fizicheskie nagruzki na psihiku cheloveka [How physical activity affects the human psyche]. *Vestnik nauki* [Science Bulletin]. 2023; 4(12(69)): 1282–1285. (In Russ.)
2. Belozerova L.A., Bragina E.A., Semikasheva I.A., Silakova M.M. Stressoustojchivost' i osobennosti osoznannoj samoregulyacii studentov-sportsmenov [Stress resistance and features of conscious self-regulation of student-athletes]. *Teoriya i praktika fizicheskoy kul'tury*. [Theory and Practice of Physical Education]. 2021; (2): 19–21. (In Russ.)
3. Il'in S.N., Ishmuhametova N.F. Problemy i perspektivy razvitiya studencheskogo sporta [Problems and prospects for the development of student sports]. *Sbornik nauchnyh trudov XVII Mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii* [Collection of scientific papers of the XVII International scientific and practical conference]. 2019. Pp. 67–70. (In Russ.)
4. Il'ina N.L. Vliyanie fizicheskoy kul'tury na psihologicheskoe blagopoluchie cheloveka [The influence of physical culture on the psychological well-being of a person]. *Uchenye zapiski* [Scientific notes]. 2020; (12): 69–74. (In Russ.)
5. Ishmuhametova N.F., Il'in S.N. Vliyanie sporta na psihologicheskoe sostoyanie cheloveka [The influence of sports on the psychological state of a person]. *Innovacionnye rezul'taty issledovanij v sfere estestvennyh, tekhnicheskikh i gumanitarnykh nauk* [Innovative research results in the field of natural, technical and humanitarian sciences]. Belgorod, 2021. Pp. 124–127. (In Russ.)
6. Kopachevskaya M.I., Shmakova A.F. Zdorov'e i fitnes: vliyanie reguljarnykh trenirovok na psihicheskoe blagopoluchie [Health and fitness: the impact of regular training on mental well-being]. *Vestnik nauki* [Bulletin of science]. 2023; (10 (67)): 603–607. (In Russ.)
7. Maksimova E.N., Alekseenkov A.E. Vliyanie fizicheskikh uprazhnenij, sporta i sportivnogo turizma na zdorov'e cheloveka [The Impact of Physical Exercise, Sports and Sports Tourism on Human Health]. *Nauka–2020* [Science–2020]. 2018; (2-1(18)): 31–35. (In Russ.)
8. Maksimova E.N., Alekseenkov A.E. Fizicheskaya aktivnost' i psihicheskoe sostoyanie cheloveka [Physical Activity and Human Mental State]. *Nauka–2020* [Science–2020]. 2019; (4(29)): 73–76. (In Russ.)
9. Saveleva O.V., Danilova A.M., Voronin A.D. Problema garmonizacii fizicheskogo i psihicheskogo zdorov'ya cheloveka [The Problem of Harmonization of Human Physical and Mental Health]. *Uchenye zapiski universiteta im. P. F. Lesgafta* [Scientific Notes of P.F. Lesgaft University]. 2022; (10): 555–559. (In Russ.)
10. Savchuk N.A., Tihonovich M.I. Rol' fizicheskoy kul'tury i sporta v zhizni cheloveka i professional'noj podgotovke sotrudnika organov vnutrennih del [The Role of Physical Culture and Sports in Human Life and Professional Training of an Employee of the Internal Affairs Bodies]. *Nauka–2020* [Science–2020]. 2021; (5(50)): 60–65. (In Russ.)
11. Sinyushkina S.D., Merkeeva E.O. Ocenka vliyaniya zanyatij sportom na ustojchivost' k stress-faktoram i psihologicheskoe sostoyanie [Assessment of the impact of sports on resistance to stress factors and psychological state]. *Uchenye zapiski universiteta im. P.F. Lesgafta* [Scientific Notes of P.F. Lesgaft University]. 2021; (4 (194)): 517–520. (In Russ.)
12. Shinkarenko D.I., Egorycheva E.V., Kondrashov A.A. Vliyanie fizicheskoy aktivnosti na mental'noe zdorov'e i mental'noe razvitie podrastayushchego pokoleniya [The impact of physical activity on mental health and mental development of the younger generation]. *Mezhdunarodnyj nauchno-issledovatel'skij zhurnal* [International Research Journal]. 2023; (8(134)): 1–11. (In Russ.)

Received 24.10.2024

For citing: Vetrova T.V., Leont'eva M.O., Trokhmanenko S.V., Vlasov A.S., Dudarenko S.V., Vetrova E.G. Vzaimovliyanie reguljarnoy fizicheskoy aktivnosti i urovnya trevozhno-depressivnogo sostoyaniya cheloveka. *Vestnik psikhoterapii*. 2024; (92): 25–33. (In Russ.)

Vetrova T.V., Leonteva M.O., Trokhmanenko S.V., Vlasov A.S., Dudarenko S.V., Vetrova E.G. Interrelations between regular physical activity and the level of anxiety-depressive state in a human. *Bulletin of Psychotherapy*. 2024; (92): 25–33. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-92-25-33

В.В. Ванюков, Н.С. Сединина, Н.Н. Малютина, Э.М. Минхазева

ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ ПРИЗНАКОВ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ И СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера
(Россия, Пермь, ул. Петропавловская, д. 26)

Актуальность. В связи с высоким мировым темпом урбанизации, повышением рабочей нагрузки на людей, уменьшением времени отдыха, увеличением частоты заболеваний, связанных со стрессом, все чаще диагностируются такие психогенно обусловленные нарушения, как расстройства пищевого поведения и синдром эмоционального выгорания. Данные синдромы более характерны для молодого работающего населения, в частности студентов медицинских образовательных учреждений, которые ежедневно сталкиваются с высокими психоэмоциональными нагрузками.

Цель – провести психодиагностическую оценку выраженности признаков расстройств пищевого поведения и синдрома эмоционального выгорания у студентов медицинского университета.

Методология. Проведено обсервационное описательное одномоментное исследование с участием 100 студентов ФГБОУ ВО «ПГМУ имени академика Е.А. Вагнера» (г. Пермь), средний возраст – $21,96 \pm 2,63$ года. Студентов разделили на две группы. Первую группу составили 50 обучающихся 2-го курса (юноши и девушки), вторую – 50 обучающихся 5-го курса обоих полов. Внутри группы были поделены на две подгруппы с равным количеством юношей и девушек ($n = 25$). Группы практически не различались по социальным и клиническим характеристикам. Изучение расстройств пищевого поведения и синдрома эмоционального выгорания проводилось посредством клинических опросников: шкала оценки пищевого поведения, ШОПП (русскоязычная адаптация: Ильчик О.А., Сивуха С.В., Скугаревский О.А., Суихи С., 2011), опросник профессионального выгорания Маслач, ПВ (русскоязычная адаптация: Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С., 2001). Вычислены абсолютные показатели в виде среднего арифметического значения (M) и среднеквадратичного отклонения (SD). Статистическая обработка проводилась с использованием программного StatSoft Statistica 12.6, использован

✉ Ванюков Владислав Витальевич – студент 5-го курса лечеб. фак-та, каф. психиатрии, наркологии и мед. психологии, Пермский гос. мед. ун-т им. акад. Е.А. Вагнера, председ. Пермского регионального отделения Совета молодых ученых Росс. общ-ва психиатров (Россия, 614000, г. Пермь, ул. Петропавловская, д. 26); e-mail: vladvanuykov@mail.ru;

Сединина Наталья Степановна – д-р мед. наук доц., зав. каф. психиатрии, наркологии и мед. психологии, Пермский гос. мед. ун-т им. акад. Е.А. Вагнера (Россия, 614000, г. Пермь, ул. Петропавловская, д. 26); e-mail: nsedinina@mail.ru;

Малютина Наталья Николаевна – д-р мед. наук, проф., зав. каф. факультет. терапии № 2, проф. патологии и клинич. лабораторной диагностики, Пермский гос. мед. ун-т им. акад. Е.А. Вагнера (Россия, 614000, г. Пермь, ул. Петропавловская, д. 26); e-mail: dr-malyutina@yandex.ru;

Минхазева Эльвина Марселевна – студентка 5-го курса лечеб. фак-та, каф. психиатрии, наркологии и мед. психологии, Пермский гос. мед. ун-т им. акад. Е.А. Вагнера (Россия, 614000, г. Пермь, ул. Петропавловская, д. 26); e-mail: elvina_mm@mail.ru.

непараметрический U-критерий Манна – Уитни в связи тем, что распределение данных отличается от нормального. Статистически значимыми различия считались при $p < 0,05$.

Результаты и их анализ. Показатели психодиагностической оценки расстройств пищевого поведения у девушек 2-го и 5-го курсов достоверно выражены ($4,27 \pm 2,69$ и $4,93 \pm 2,67$ соответственно, по шкале ШОПП – средняя выраженность). Однако различия между показателями статистически незначимы ($p > 0,05$). У юношей 2-го курса выявлено наличие расстройств пищевого поведения ($4,24 \pm 2,40$, средняя выраженность по ШОПП), для 5-го курса они не характерны ($3,85 \pm 2,65$, низкий уровень значений по ШОПП). При этом статистических различий между курсами также не замечено ($p > 0,05$). Следовательно, выраженность и прогрессирование расстройств пищевого поведения практически не зависят от курса обучения студентов-медиков. Синдром эмоционального выгорания, оцененный в исследовании по значению системного индекса синдрома перегорания (0 – не выражен, 1 – выражен максимально) по шкале ПВ, наиболее выражен у девушек 5-го курса ($0,47 \pm 0,12$), по сравнению со студентками 2-го курса ($0,37 \pm 0,12$), что подтверждается статистически ($p < 0,01$). У юношей обоих курсов данные показатели ниже, чем у девушек, и находятся практически на одном уровне ($0,27 \pm 0,09$ у 2-го курса; $0,24 \pm 0,10$ у 5-го курса). Статистически разница показателей недостоверна ($p > 0,05$). Следовательно, синдром эмоционального выгорания более выражен у девушек, причем у студенток 5-го курса синдром прогрессировал.

Заключение. Расстройства пищевого поведения характерны для студентов обоих полов как младших, так и старших курсов медицинского университета, причем синдром стабильно средне выражен и не подвергается изменению с течением времени. Синдром эмоционального выгорания наиболее характерен для девушек, он явно прогрессирует к 5-му курсу.

Ключевые слова: синдром эмоционального выгорания, расстройства пищевого поведения, булимия, индекс синдрома перегорания, эмоциональное истощение.

Введение

Эмоциональное выгорание как психосоциальный феномен возникает у человека в контексте работы, повышенной трудовой физической и умственной нагрузки; имеет отрицательные последствия не только для организма, но и социальной организации людей в целом, их психического благополучия [10]. Синдром эмоционального выгорания начинает свое формирование в период наиболее высокой умственной активности и сильного влияния фрустрирующих аспектов жизнедеятельности человека, т.е. в период студенчества.

Большое количество исследований посвящено изучению и диагностике данного расстройства у молодых людей, обучающихся в высших медицинских учебных заведениях. По данным одного исследования, студенты медицинского университета на 1-м курсе обучения практически не имеют напряжения (0,0 %) и истощения (4,3 %) психической деятельности, однако уже ко 2-му курсу показатели данных параметров возрастают до 16,1 % и 22,6 % соответственно. Это говорит о резком повышении умственной нагрузки

на еще не подготовленную к мощному воздействию негативного стресса психику студентов младших курсов. Студенты-медики, безусловно, подвержены воздействию психоэмоционального дистресса, обуславливающего высокий риск развития в дальнейшем синдрома эмоционального выгорания [8].

Еще в одном исследовании приведена сравнительная характеристика выраженности синдрома эмоционального выгорания у студенток 3-го курса. Сравнительные результаты показали, что с каждым годом показатели расстройства растут: например, фаза истощения была сформирована у студенток в 2009 году на $24,0 \pm 1,26$ %, а в 2019 году – уже на $27,7 \pm 1,43$ %. Это свидетельствует как об изменении адаптационных систем организма, так и о повышении темпов нагрузки на студентов высших медицинских учебных учреждений [6, 7]. Подтверждение данных тезисов встречается практически во всех исследованиях. В одном из них установлено, что сформированность синдрома эмоционального выгорания в условиях обучения медицинских наук находит свое отражение в высоких показателях фаз резистенции

(41,9 %), напряжения (34,5 %) и истощения (23,6 %). Причем у каждого третьего студента (32 %) присутствует симптом «неудовлетворенности собой», а 40 % уже подвержены редукации профессиональных достижений. Из этого следует, что практически каждый третий студент имеет тот или иной симптом эмоционального выгорания [3].

Не только синдром эмоционального выгорания является актуальной проблемой студентов-медиков. Среди обучающихся высших медицинских учреждений широко распространены расстройства пищевого поведения. По данным одного крупного исследования, у лиц молодого возраста в 45,58 % случаев выявлены особенности пищевого поведения по Голландскому опроснику и в 40,82 % – признаки нервной орторексии по Римскому опроснику, что свидетельствует о нарушениях в режиме принятия пищи, а также о возникновении сбоя адаптационных механизмов в связи с высокой нагрузкой на психический аппарат студентов [5]. Проведенное с использованием модифицированного опросника EAT-26 исследование 68 студентов 5-го курса показало, что для большинства студентов-медиков характерен средний показатель расстройств пищевого поведения (43,75 %, $n = 28$), а вот повышенный показатель не так распространен и составляет всего 24,99 % ($n = 17$). Данные свидетельствуют о факте наличия расстройств пищевого поведения и его средней выраженности, что позволяет выявить необходимость раннего скрининга расстройств пищевого поведения у студентов [2]. В основном важным аспектом в развитии расстройств пищевого поведения является наличие у студентов сопутствующей социальной тревоги. Она возникает из-за страха негативного или позитивного оценивания, что, в свою очередь, влияет на формирование расстройств пищевого поведения [1]. Также к основным причинам развития данных расстройств можно отнести низкую самооценку, перфекционизм, общую тревожность, недовольство собственными достижениями. При этом наиболее частыми расстройствами являются компульсивное переедание (36,4 %)

и нервная булимия (14,5 %), что указывает на эпизоды «заедания» травмирующих или потенциально стрессогенных ситуаций [9]. Таким образом, нарушения приема пищи в сочетании с низкой двигательной активностью, а также высокой учебной нагрузкой могут способствовать развитию более серьезных заболеваний в дальнейшем [4].

Материалы и методы

Проведено обсервационное описательное одномоментное исследование с участием 100 студентов ФГБОУ ВО «ПГМУ имени академика Е.А. Вагнера» (г. Пермь), средний возраст – $21,96 \pm 2,63$ года. Студентов разделили на две группы. Первую составили 50 обучающихся 2-го курса (юноши и девушки), вторую – 50 обучающихся 5-го курса обоих полов. Внутри группы были поделены на две подгруппы с равным количеством юношей и девушек ($n = 25$). Группы практически не различались по социальным и клиническим характеристикам. Изучение расстройств пищевого поведения и синдрома эмоционального выгорания проводилось посредством клинических опросников: шкала оценки пищевого поведения, ШОПП (русскоязычная адаптация: Ильчик О.А., Сивуха С.В., Скугаревский О.А., Суихи С., 2011), опросник профессионального выгорания Маслач, ПВ (русскоязычная адаптация: Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С., 2001). Вычислены абсолютные показатели в виде среднего арифметического значения (M) и среднеквадратичного отклонения (SD). Статистическая обработка проводилась с использованием программного обеспечения StatSoft Statistica 12.6, использован непараметрический U -критерий Манна – Уитни. Статистически значимыми различия считались при $p < 0,05$.

Результаты и их анализ

Полученные психодиагностические показатели расстройств пищевого поведения и синдрома эмоционального выгорания сначала проанализировали и сравнили у студентов 2-го и 5-го курсов (табл. 1). Все виды

Таблица 1

Психодиагностическая оценка показателей расстройств пищевого поведения по шкале ШОПП и синдрома эмоционального выгорания по опроснику ПВ у студентов 2-го и 5-го курсов женского пола, (M ± SD), балл

Показатель	Курс обучения		p <
	2 (n = 25)	5 (n = 25)	
Расстройства пищевого поведения			
Стремление к худобе	4,58 ± 2,56	4,00 ± 2,42	–
Булимия	4,04 ± 2,95	4,94 ± 2,68	–
Неудовлетворенность телом	3,85 ± 2,94	4,47 ± 2,42	–
Неэффективность	4,19 ± 3,03	5,23 ± 2,77	–
Перфекционизм	4,58 ± 1,93	5,17 ± 2,40	–
Недоверие в межличностных отношениях	4,56 ± 2,51	5,70 ± 2,73	–
Интероцептивная некомпетентность	4,14 ± 2,95	5,05 ± 3,32	–
Синдром эмоционального выгорания			
Эмоциональное истощение	22,95 ± 8,05	29,52 ± 9,40	0,05
Деперсонализация	8,92 ± 5,73	13,23 ± 6,43	0,05
Редукция профессиональных достижений	31,73 ± 6,94	29,76 ± 5,65	–
Системный индекс синдрома перегорания	0,37 ± 0,12	0,47 ± 0,12	0,01

расстройств пищевого поведения одинаково средне выражены (согласно шкале ШОПП), и их распространенность и выраженность качественно не отличаются у студентов обоих курсов. Это свидетельствует о начале развития расстройств у студентов младших курсов и отсутствии положительной или негативной динамики в пищевом поведении у студентов 5-го курса. Статистически значимые различия ($p < 0,05$) удалось обнаружить при анализе показателей наличия синдрома эмоционального выгорания. У студенток 2-го курса эмоциональное истощение ($22,95 \pm 8,05$), деперсонализация ($8,92 \pm 5,73$) и системный индекс синдрома перегорания ($0,37 \pm 0,12$) выражены средне, в то время как у девушек старшего курса данные показатели составляют $29,52 \pm 9,40$; $13,23 \pm 6,43$ и $0,47 \pm 0,12$ соответственно, что характеризует высокую выраженность данных симптомов. Изученные данные описывают прогрессирование синдрома эмоционального выгорания к старшим курсам обучения, связанное, предположительно, с увеличением учебной нагрузки, устройством на работу, наличием фрустраций при

самореализации, отсутствием поддержки окружающих (родителей) и общей психоэмоциональной усталостью в связи с длительным периодом обучения.

При сравнении студентов мужского пола 2-го и 5-го курсов не удалось выявить каких-либо статистически значимых различий (табл. 2). Показатели расстройств пищевого поведения и синдрома эмоционального выгорания средне выражены в обеих сравниваемых группах и не отражают значимой динамики изменений. Однако, стоит отметить, что оба расстройства одинаково средне выражены как у мужчин, так и у женщин.

При сравнении показателей расстройств пищевого поведения и синдрома эмоционального выгорания между студентами 2-го курса мужского и женского пола были выявлены некоторые значимые различия, отраженные в табл. 3. При анализе шкалы пищевого поведения удалось выявить, что для представительниц женского пола характерен такой средневыраженный симптом, как «стремление к худобе», у мужчин же он проявляется незначительно. Однако для мужчин характерен высокий балл по

Таблица 2

Психодиагностическая оценка показателей расстройств пищевого поведения по шкале ШОПП и синдрома эмоционального выгорания по опроснику ПВ у студентов 2-го и 5-го курсов мужского пола, (M ± SD), балл

Показатель	Курс обучения		p <
	2 (n = 25)	5 (n = 25)	
Расстройства пищевого поведения			
Стремление к худобе	2,09 ± 2,46	3,50 ± 2,88	–
Булимия	4,00 ± 2,89	4,75 ± 2,50	–
Неудовлетворенность телом	4,36 ± 2,01	4,50 ± 2,64	–
Неэффективность	4,27 ± 2,83	3,25 ± 2,62	–
Перфекционизм	6,18 ± 1,72	4,00 ± 2,58	–
Недоверие в межличностных отношениях	4,18 ± 2,52	2,50 ± 3,00	–
Интероцептивная некомпетентность	4,63 ± 2,41	4,50 ± 2,38	–
Синдром эмоционального выгорания			
Эмоциональное истощение	18,18 ± 7,93	17,25 ± 7,93	–
Деперсонализация	5,54 ± 4,18	5,25 ± 4,57	–
Редукция профессиональных достижений	37,45 ± 6,02	39,50 ± 3,87	–
Системный индекс синдрома перегорания	0,27 ± 0,09	0,24 ± 0,10	–

Таблица 3

Психодиагностическая оценка показателей расстройств пищевого поведения по шкале ШОПП и синдрома эмоционального выгорания по опроснику ПВ у студентов 2-го курса женского и мужского пола, (M ± SD), балл

Показатель	Пол		p <
	Мужской (n = 25)	Женский (n = 25)	
Расстройства пищевого поведения			
Стремление к худобе	2,09 ± 2,46	4,58 ± 2,56	0,05
Булимия	4,00 ± 2,89	4,04 ± 2,95	–
Неудовлетворенность телом	4,36 ± 2,01	3,85 ± 2,94	–
Неэффективность	4,27 ± 2,83	4,19 ± 3,03	–
Перфекционизм	6,18 ± 1,72	4,58 ± 1,93	–
Недоверие в межличностных отношениях	4,18 ± 2,52	4,56 ± 2,51	–
Интероцептивная некомпетентность	4,63 ± 2,41	4,14 ± 2,95	–
Синдром эмоционального выгорания			
Эмоциональное истощение	18,18 ± 7,93	22,95 ± 8,05	–
Деперсонализация	5,54 ± 4,18	8,92 ± 5,73	–
Редукция профессиональных достижений	37,45 ± 6,02	31,73 ± 6,94	0,05
Системный индекс синдрома перегорания	0,27 ± 0,09	0,37 ± 0,12	0,01

Таблица 4

Психодиагностическая оценка показателей расстройств пищевого поведения по шкале ШОПП и синдрома эмоционального выгорания по опроснику ПВ у студентов 5-го курса женского и мужского пола, (M ± SD), балл

Показатель	Пол		p <
	Мужской (n = 25)	Женский (n = 25)	
Расстройства пищевого поведения			
Стремление к худобе	3,50 ± 2,88	4,00 ± 2,42	–
Булимия	4,75 ± 2,50	4,94 ± 2,68	–
Неудовлетворенность телом	4,50 ± 2,64	4,47 ± 2,42	–
Неэффективность	3,25 ± 2,62	5,23 ± 2,77	–
Перфекционизм	4,00 ± 2,58	5,17 ± 2,40	–
Недоверие в межличностных отношениях	2,50 ± 3,00	5,70 ± 2,73	–
Интероцептивная некомпетентность	4,50 ± 2,38	5,05 ± 3,32	–
Синдром эмоционального выгорания			
Эмоциональное истощение	17,25 ± 7,93	29,52 ± 9,40	0,05
Деперсонализация	5,25 ± 4,57	13,23 ± 6,43	0,05
Редукция профессиональных достижений	39,50 ± 3,87	29,76 ± 5,65	0,01
Системный индекс синдрома перегорания	0,24 ± 0,10	0,47 ± 0,12	0,01

шкале «перфекционизм». Эти данные свидетельствуют о том, что девушки больше мужчин озабочены состоянием своего тела, внешней красотой, они более ответственно подходят к состоянию своей фигуры, отсюда и происходят нарушения в качестве питания. Для студентов мужского пола характерна убежденность в достижении идеала своих действий, что также может нарушать пищевое поведение. Редукция профессиональных достижений более выражена у студентов-мужчин. Это связано, скорее всего, с чувством собственной некомпетентности. Однако системный индекс синдрома перегорания более выражен у студенток, что, вероятно, отражает резкое повышение умственной нагрузки на эмоционально лабильную психику женщин.

В табл. 4. представлены показатели расстройств пищевого поведения и синдрома эмоционального выгорания между студентами 5-го курса женского и мужского пола, отражающие явные статистически значимые различия в эмоциональном реагировании студентов на обучение. Эмоциональное

истощение (17,25 ± 7,93), деперсонализация (5,25 ± 4,57), системный индекс синдрома перегорания (0,24 ± 0,10) у студентов 5-го курса выражены средне, а вот у студенток показатели резко возрастают – до 29,52 ± 9,40; 13,23 ± 6,43 и 0,47 ± 0,12 соответственно, что характеризует высокий уровень развития эмоционального выгорания. Можно предположить, что студентки испытывают фрустрацию в плане самореализации: к 5-му курсу они не имеют собственных денежных средств, стабильной работы по диплому, семьи, детей, в отличие от их знакомых, не проходящих столь длительного обучения. Однако стоит обратить внимание и на юношей: у них сильно выражена редукция профессиональных достижений (39,50 ± 3,87), в отличие от девушек (29,76 ± 5,65). Это может свидетельствовать о невозможности справляться с требованиями на работе, отсутствием социальной и психологической поддержки, а также отсутствием профессионального развития. Расстройства пищевого поведения стабильно средне выражены и у мужчин, и женщин.

Заключение

Расстройства пищевого поведения характерны для студентов обоих полов как младших, так и старших курсов медицинского университета, причем синдром стабильно средне выражен и не подвергается изменению с течением времени. Все же у юношей к 5-му курсу выраженность этого нарушения уменьшается. Синдром эмоционального выгорания наиболее характерен для девушек, он явно прогрессирует к 5-му курсу. У юношей показатели выраженности синдрома эмоционального выгорания значительно ниже, и их динамика не зависит от курса обучения.

К старшим курсам у девушек значительно увеличивается эмоциональное выгорание, и, скорее всего, это связано с длительным периодом обучения и ощущением собственной нереализованности как в финансово-

социальном, так и в репродуктивном аспектах жизнедеятельности. А стремление к худо́бе, предположительно, обусловлено отсутствием семьи и желанием найти партнера. У юношей к 5-му курсу появляется перфекционизм и возрастает редукция профессиональных достижений, что, вероятно, связано с ощущением собственной некомпетентности, отсутствием необходимых финансовых средств, ощущением собственной социальной нереализованности из-за длительного периода обучения, а также отсутствием социальной и психологической поддержки за неимением партнера и семьи.

Все это показывает необходимость постоянной диагностики путем тестового скрининга студентов на выявление расстройств пищевого поведения и синдрома эмоционального выгорания с целью своевременного лечения и профилактики данных состояний.

Литература

1. Афанасьев С.О. Социальная тревога коморбидная с расстройствами пищевого поведения у студентов медицинских вузов // Прикладные информационные аспекты медицины. 2020. Т. 23. № 1. С. 48–52.
2. Бригадирова В.Ю., Набокин Е.В., Гречко Т.Ю. Некоторые аспекты предрасположенности к нарушениям пищевого поведения у молодежи (на примере студентов ВГМУ им. Н.Н. Бурденко) // Прикладные информационные аспекты медицины. 2019. Т. 22. № 4. С. 102–105.
3. Идиятуллина А.А. Особенности формирования синдрома эмоционального выгорания у студентов-медиков в процессе учебной деятельности // Forcipe. 2020. Т. 3. № S1. С. 557–558.
4. Корнейчик Д.А., Старовойтова Е.В. Распространенность расстройств пищевого поведения у студентов-медиков и их зависимость от пола и индекса массы тела // Научный медицинский вестник Югры. 2023. Т. 36. № 2. С. 177–181. DOI: 10.25017/2306-1367-2023-36-2-177-181
5. Ливзан М.А., Лялюкова Е.А., Халаште А.А. [и др.]. Особенности пищевого поведения лиц молодого возраста // Лечащий врач. 2023. Т. 26. № 7–8. С. 30–35. DOI: 10.51793/OS.2023.26.8.005
6. Литвинова Е.С., Шпаков А.В., Новикова Е.В. [и др.]. Синдром эмоционального выгорания: сравнительная характеристика студентов первого и шестого курсов Смоленского государственного медицинского университета // Смоленский медицинский альманах. 2018. № 3. С. 107–110.
7. Махнюк А.В., Семёнов С.А., Наумов И.А. Сравнительный анализ развития синдрома эмоционального выгорания у девушек-студенток медицинского университета // Современные проблемы гигиены, радиационной и экологической медицины. 2020. Т. 10. С. 112–125.
8. Огнерубов Н.А., Карпова Е.Б. Синдром эмоционального выгорания у врачей и студентов медицинских вузов // Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки. 2017. Т. 22. № 1. С. 221–231. DOI: 10.20310/1810-0198-2017-22-1-221-231.
9. Пац Н.В., Маликова А.С. Склонность студентов медицинского вуза к расстройствам пищевого поведения // Современные здоровьесберегающие технологии. 2023. № 3. С. 33–43.
10. Савельева Л.А., Кашапов М.М., Савельева М.И. Оценка когнитивных факторов и их взаимосвязей с синдромом эмоционального выгорания на разных уровнях медицинского образования // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. 2021. Т. 27. № 3. С. 160–166. DOI: 10.34216/2073-1426-2021-27-3-160-166.

Поступила 29.07.2024

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

Участие авторов: В.В. Ванюков – построение структуры исследования, подбор специальной литературы, непосредственное проведение исследования, статистическая обработка данных, интерпретация полученных результатов, написание исходного текста статьи и подготовка окончательного варианта; Н.С. Сединина – научное и экспертное консультирование, экспертная проверка и оценка результатов исследования; Н.Н. Малютина – научное и экспертное консультирование; Э.М. Минхазева – непосредственное проведение исследования, подготовка полученных в ходе исследования данных для статистической обработки, написание предварительного текста статьи, предварительная оценка результатов исследования.

Для цитирования: Ванюков В.В., Сединина Н.С., Малютина Н.Н., Минхазева Э.М. Психодиагностическая оценка выраженности признаков расстройств пищевого поведения и синдрома эмоционального выгорания у студентов медицинского университета // Вестник психотерапии. 2024. № 92. С. 34–43. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-92-34-43

V.V. Vanyukov, N.S. Sedinina, N.N. Malyutina, E.M. Minkhazeva

Psychodiagnostic Assessment of the Severity of Signs of Eating Disorders and Emotional Burnout Syndrome in Medical University Students

Perm State Medical University named after Academician E. A. Wagner
(26, Petropavlovskaya Str., Perm, Russia)

✉ Vladislav Vitalievich Vanyukov – 5th year student, Faculty of Medicine, Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology, Perm State Medical University named after Academician E.A. Wagner; Chairman of the Perm Regional branch of the Council of Young Scientists of the Russian Society of Psychiatrists (26, Petropavlovskaya Str., Perm, 614000, Russia), e-mail: vladvanuykov@mail.ru;

Natalia Stepanovna Sedinina – Dr. Med. Sci., Associate Prof., Head of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology, Perm State Medical University named after Academician E.A. Wagner (26, Petropavlovskaya Str., Perm, 614000, Russia), e-mail: nsedinina@mail.ru;

Natalia Nikolaevna Malyutina – Dr. Med. Sci. Prof., Head of the Department of Faculty Therapy N 2, Occupational Pathology and Clinical Laboratory Diagnostics, Perm State Medical University named after Academician E.A. Wagner (26, Petropavlovskaya Str., Perm, 614000, Russia), e-mail: dr-malyutina@yandex.ru;

Elvina Marselevna Minkhazeva – 5th year student, Faculty of Medicine, Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology, Perm State Medical University named after Academician E.A. Wagner (26, Petropavlovskaya Str., Perm, 614000, Russia), e-mail: elvina_mm@mail.ru

Abstract

Relevance. In light of the rapid global pace of urbanization, increasing workload, reduced rest time, and the growing prevalence of stress-related illnesses, psychogenic disorders such as eating disorders and burnout syndrome are increasingly diagnosed. These conditions are particularly prevalent among the young working population, notably medical students, who face high psycho-emotional stress daily.

The aim to conduct a psychodiagnostic assessment of the severity of signs of eating disorders and emotional burnout syndrome in medical university students.

Methodology. An observational descriptive one-stage study was conducted with the participation of 100 students of the Federal State Educational Institution of Higher Education named after Academician E.A. Wagner, Perm, the average age was 21.96 ± 2.63 years. The students were divided into two groups. The first group consisted of 50 persons of 2nd year students (boys and girls), the second – 50 persons of 5th year students of both sexes. Within the group, they are divided into

two subgroups with an equal number of boys and girls ($n = 25$). The groups practically did not differ in social and clinical characteristics. The study of eating disorders and emotional burnout syndrome was conducted through clinical questionnaires: the scale of Eating Disorder Inventory, EDI (Russian–language adaptation: Ilchik O.A., Sivukha S.V., Skugarevsky O.A., Suihi S., 2011), the questionnaire of Maslach Burnout Inventory, MBI (Russian–language adaptation: Vodopyanova N.E., Starchenkova E.S., 2001). The absolute values are calculated in the form of the arithmetic mean (M) and the standard deviation (SD). Statistical processing was carried out using the StatSoft Statistica 12.6 software, the nonparametric Mann–Whitney U -test was used. The differences were considered statistically significant at $p < 0.05$.

Results and discussion. The indicators of psychodiagnostic assessment of eating disorders in girls of the 2nd and 5th courses are significantly pronounced (4.27 ± 2.69 and 4.93 ± 2.67 , respectively, on the EDI scale – average severity). However, the differences between the indicators are statistically insignificant ($p > 0,05$). The presence of eating disorders was revealed in the 2nd year boys (4.24 ± 2.40 , average severity according to EDI), they are not typical for the 5th year (3.85 ± 2.65 , low level of values according to EDI). At the same time, there were no statistical differences between the courses either ($p > 0,05$). Consequently, the severity and progression of eating disorders practically does not depend on the course of study of medical students. Burnout syndrome, assessed in the study by the value of the systemic burnout syndrome index (0 – not expressed, 1 – expressed as much as possible) on the MBI scale is most pronounced in 5th year girls (0.47 ± 0.12), compared with 2nd year students (0.37 ± 0.12), which is statistically confirmed ($p < 0,01$). In boys of both courses, these indicators are lower than in girls and are almost at the same level (0.27 ± 0.09 in the 2nd year, 0.24 ± 0.10 in the 5th year). Statistically, the difference in indicators is unreliable ($p > 0,05$). Consequently, the burnout syndrome is more pronounced in girls, and the syndrome progressed in 5th-year students.

Conclusion. Eating disorders are prevalent among medical students of both sexes, irrespective of their year of study, with a consistently moderate severity that does not change over time. Burnout syndrome is more characteristic of females, with significant progression by the fifth year of study.

Keywords: burnout syndrome, eating disorders, bulimia, burnout syndrome index, emotional exhaustion.

References

1. Afanas'ev S.O. Sotsial'naya trevoga komorbidnaya s rasstroistvami pishchevogo povedeniya u studentov meditsinskikh vuzov [Comorbid social anxiety with eating disorders in medical students]. *Prikladnye informatsionnye aspekty meditsiny* [Applied information aspects of medicine]. 2020; 23 (1): 48–52. (In Russ.)
2. Brigadirova V.Yu., Nabokin E.V., Grechko T.Yu. Nekotorye aspekty predispozitsionnosti k narusheniyam pishchevogo povedeniya u molodezhi (na primere studentov VGMU im. N.N. Burdenko) [Some aspects of predisposition to eating disorders in young people (on the example of students of N.N. Burdenko Russian State Medical University)]. *Prikladnye informatsionnye aspekty meditsiny* [Applied information aspects of medicine]. 2019; 22 (4): 102–105. (In Russ.)
3. Idiyatullina A.A. Osobennosti formirovaniya sindroma emotsional'nogo vygoraniya u studentov-medikov v protsesse uchebnoi deyatel'nosti [Features of the formation of emotional burnout syndrome among medical students in the course of educational activities]. *Forcipe*. 2020; 3 (S1): 557–558. (In Russ.)
4. Korneichik D.A., Starovoitova E.V. Rasprostranennost' rasstroistv pishchevogo povedeniya u studentov–medikov i ikh zavisimost' ot pola i indeksa massy tela [Prevalence of eating disorders in medical students and their dependence on gender and body mass index]. *Nauchnyi meditsinskii vestnik Yugry* [Scientific medical bulletin of Yugra]. 2023; 36 (2): 177–181. DOI 10.25017/2306-1367-2023-36-2-177-181 (In Russ.)
5. Livzan M.A., Lyalyukova E.A., Khalashte A.A. [et al.]. Osobennosti pishchevogo povedeniya lits molodogo vozrasta [Features of the eating behavior of young people]. *Lechashchii vrach* [The attending physician]. 2023; 26 (7–8): 30–35. DOI 10.51793/OS.2023.26.8.005 (In Russ.)
6. Litvinova E.S., Shpakov A.V., Novikova E.V. [et al.]. Sindrom emotsional'nogo vygoraniya: sravnitel'naya kharakteristika studentov pervogo i shestogo kursov Smolenskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta [Burnout syndrome: comparative characteristics of first- and sixth-year students of Smolensk State Medical University]. *Smolenskii meditsinskii al'manakh* [Smolensk Medical Almanac]. 2018; (3): 107–110. (In Russ.)
7. Makhnyuk A.V., Semenov S.A., Naumov I.A. Sravnitel'nyi analiz razvitiya sindroma emotsional'nogo vygoraniya u devushek-studentok meditsinskogo universiteta [Comparative analysis of the development of emotional

- burnout syndrome in female students of the medical University]. *Sovremennye problemy gigieny, radiatsionnoi i ekologicheskoi meditsiny* [Modern problems of hygiene, radiation and environmental medicine]. 2020; 10: 112–125. (In Russ.)
8. Ognerubov N.A., Karpova E.B. Sindrom emotsional'nogo vygoraniya u vrachei i studentov meditsinskikh vuzov [Burnout syndrome among doctors and medical students]. *Vestnik Tambovskogo universiteta. Seriya: Estestvennye i tekhnicheskie nauki* [Bulletin of the Tambov University. Series: Natural and Technical Sciences]. 2017; 22 (1): 221–231. DOI 10.20310/1810-0198-2017-22-1-221-231 (In Russ.)
 9. Pats N.V., Malikova A.S. Sklonnost' studentov meditsinskogo VUZa k rasstroistvam pishchevogo povedeniya [The tendency of medical students to eating disorders]. *Sovremennye zdorov'eberegayushchie tekhnologii* [Modern health-saving technologies]. 2023; (3): 33–43. (In Russ.)
 10. Saveleva L.A., Kashapov M.M., Saveleva M.I. Otsenka kognitivnykh faktorov i ikh vzaimosvyazei s sindromom emotsional'nogo vygoraniya na raznykh urovnyakh meditsinskogo obrazovaniya [Assessment of cognitive factors and their interrelationships with burnout syndrome at different levels of medical education]. *Vestnik Kostromskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Pedagogika. Psikhologiya. Sotsiokinetika* [Bulletin of Kostroma State University. Series: Pedagogy. Psychology. Sociokinetics]. 2021; 27 (3): 160–166. DOI 10.34216/2073-1426-2021-27-3-160-166 (In Russ.)

Received 29.07.2024

For citing: Vanyukov V.V., Sedinina N.S., Malyutina N.N., Minkhazeva E.H.M. V Psixodiagnosticheskaya ocenka vyrazhennosti priznakov rasstrojstv pishhevogo povedeniya i sindroma emotsional'nogo vygoraniya u studentov medicinskogo universiteta. *Vestnik psikhoterapii*. 2024; (92): 34–43. (In Russ.)

Vanyukov V.V., Sedinina N.S., Malyutina N.N., Minkhazeva E.M. Psychodiagnostic assessment of the severity of signs of eating disorders and emotional burnout syndrome in medical university students. *Bulletin of Psychotherapy*. 2024; (92): 34–43. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-92-34-43

Е.О. Клейман, Г.Л. Исурина, И.В. Грандилевская, И.С. Короткова

ФАКТОРЫ АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ К СИМУЛЯЦИОННОМУ ОБУЧЕНИЮ КАК ОСНОВА ДЛЯ ПРОГРАММ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ

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

Актуальность. Симуляционное обучение – новый подход в медицинском образовании, который позволяет тренировать необходимые навыки в безопасной среде. Однако использование симуляционных технологий предъявляет повышенные требования к адаптации студентов и вызывает психологические проблемы.

Цель. Исследование посвящено изучению особенностей восприятия симуляционного обучения студентами медицинских университетов на разных курсах, а также факторов, влияющих на адаптацию обучающихся.

Методология. В исследовании с использованием метода фокусных групп участвовали 173 студента.

Результаты и их анализ. Адаптация студентов медицинских университетов к обучению с высокотехнологичными тренажерами зависит от ситуационного, межличностного, организационного и индивидуально-психологического факторов, которые варьируются в разные годы обучения. Наибольшее влияние оказывает ситуационный фактор, связанный с восприятием симуляционных ситуаций как нереалистичных. Индивидуально-психологический фактор наиболее значим на 2-м курсе и минимально – на 6-м. Организационный фактор усиливается на 4–6-м курсах, а межличностный фактор, включающий помощь преподавателей и поддержку коллег, не показал различий у студентов разных лет обучения.

Заключение. Полученные данные расширяют представление об особенностях симуляционного обучения и адаптации будущих врачей. Более детальное исследование может помочь в разработке индивидуально ориентированных подходов к симуляционному обучению и программ психологического сопровождения, включая коммуникативный тренинг.

Ключевые слова: симуляционное обучение, высокотехнологичные тренажеры, психологическая адаптация, факторы адаптации.

Введение

Симуляционное обучение (СО) как метод медицинского образования стало неотъемлемым компонентом подготовки будущих

врачей. Данный метод позволяет студентам безопасно отрабатывать клинические навыки, принимать решения в условиях, близких к реальной клинической практике, и разви-

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

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

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

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

вать профессиональные компетенции без риска для пациентов [13]. Однако адаптация к симуляционному обучению может варьироваться в зависимости от уровня подготовки студентов, их года обучения и индивидуальных особенностей [1].

Симуляция в медицинском образовании – это современная технология обучения и оценки практических навыков, умений и знаний, основанная на реалистичном моделировании, имитации клинической ситуации или отдельной физиологической системы, для которой могут использоваться различные модели [10]. Новая учебная деятельность предъявляет высокие требования к психологической адаптации студентов: при обучении с использованием симуляционных технологий могут возникать психологические проблемы, связанные со спецификой ситуации обучения.

В плане повышения мотивации и профилактики дезадаптации студентов медицинских университетов актуальной задачей становится изучение особенностей восприятия обучающимися ситуации СО, а также поиск психологических феноменов, которые могут препятствовать успешному обучению студентов. Понимание того, какие факторы и в какой мере способствуют или препятствуют успешной адаптации студентов разных курсов к СО, является важным шагом в оптимизации учебного процесса и повышении его эффективности.

Многими авторами подчеркивается, что адаптация студентов медицинских университетов к СО является многофакторным процессом, включающим индивидуально-психологические, ситуационные, межличностные и организационные аспекты [4, 5, 11].

Адаптация студентов медицинских университетов к учебной нагрузке является сложным процессом, сопровождающимся высоким уровнем тревожности и значительным напряжением адаптационных ресурсов. Эффективность адаптации определяется гибкостью личности, позволяющей задействовать интеллектуальные, эмоциональные и коммуникативные ресурсы; напротив, дезадаптация связана с пассивностью,

личностной незрелостью и эмоциональной неустойчивостью [6].

Также в исследованиях было выявлено, что студенты медицинских вузов подвержены риску суицидальных проявлений: группу риска составляют студенты младших курсов, причем уровень риска значительно выше у первокурсников и студентов моложе 20 лет, несмотря на выраженные антисуицидальные установки в этой группе [3]. В процессе обучения наблюдается определенная динамика адаптации: к старшим курсам отмечается снижение эмоциональной некомпетентности и саморазрушительных тенденций, но возрастают тяга к алкоголю и нарушения в питании [7].

Обобщая результаты исследований, можно заключить, что процесс адаптации студентов медицинских университетов сопровождается значительными трудностями, включая высокий уровень тревожности, напряжение адаптационных ресурсов и наличие дезадаптационных проявлений. Вышесказанное определяет актуальность настоящего исследования.

Спецификой данного исследования является сравнение выраженности различных факторов адаптации и дезадаптации у студентов разных курсов в связи с СО. Полученные данные позволяют сформулировать практические рекомендации для оптимизации образовательного процесса и повышения качества жизни студентов медицинских университетов.

Цель исследования заключается в сравнительном анализе факторов, влияющих на адаптацию студентов медицинских университетов разных курсов к СО, с акцентом на восприятие обучающимися использования высокотехнологичных тренажеров (ВТТ) и их психологические барьеры, препятствующие эффективной адаптации.

Материалы и методы

В исследовании использовался метод фокусных групп – метод социального исследования, основанный на коллективном интервьюировании 6–12 участников для глубокого понимания их мнений и опыта применитель-

но к изучаемой теме. Вопросы фокус-группы направлены на выявление представлений студентов о деятельности Симуляционного Центра (СЦ), его преимуществ и недостатков, возникающих трудностей и факторов, облегчающих адаптацию к условиям Центра.

Качественный тематический анализ осуществлялся помощью программного обеспечения ATLAS.ti.

В данном исследовании принимали участие 173 студента (140 женщин и 33 мужчины), обучающихся медицинского факультета СПбГУ с 1-го по 6-й курс, а также врачи-ординаторы. Набор респондентов исследования проводился на базе медицинского факультета СПбГУ, а также на базах практики студентов.

Всего было проведено 28 фокусных групп: со студентами 1-го курса – 8 групп (57 человек), 2-го курса – 6 групп (33 человека), 3-го курса – 3 группы (13 человек), 4-го курса – 5 групп (31 человек), 5-го курса – 3 группы (25 человек), 6-го курса – 1 группа (5 человек), врачи-ординаторы – 1 группа (6 человек).

Результаты и обсуждение

Аудиоматериалы фокусных групп были обработаны с использованием качественного тематического анализа. Процедура кодирования – это ключевая составляющая

работы в ATLAS.ti, представляющая собой выделение отдельных актуальных элементов массива данных в виде своеобразных кодов. Коды – это теги, которые присваиваются смысловым отрывкам (цитатам). Затем происходит процедура выделения тем, то есть объединения отдельных кодов в новые смысловые единицы [2].

В результате качественного анализа 28 аудиозаписей было выделено 49 кодов. Полученные коды были объединены в категории, которые определяют 4 тематических блока факторов, влияющих на адаптацию к СО: индивидуально-психологический, ситуационный, межличностный и организационный. Деление на тематические блоки производилось с ориентацией на задачи исследования. Результаты представлены на рисунке в виде семантической сети.

Первый тематический блок – индивидуально-психологический – включает следующие категории: «переживания при переносе навыков»; «установки по отношению к СО»; «страх испортить оборудование».

Анализ показал, что наиболее часто упоминаемой категорией являются «установки по отношению к СО». В этой категории выделяются как положительные, так и отрицательные аспекты. К положительным относится важность симуляции для профессионального обучения и отсутствие глобальных трудно-



Семантическая сеть, отражающая содержание факторов, влияющих на адаптацию студентов медицинских университетов

стей в ее применении. Однако были также отмечены негативные моменты, такие как предпочтение практико-ориентированного обучения симуляционным методам и убеждение в том, что симуляторы не могут полностью заменить человека. В категории «переживания при переносе навыков» упоминаются страх и волнение при переносе навыков в реальную практику, совладание с эмоциями в реальной клинической ситуации, низкий уровень ответственности при работе на симуляторах и уверенность в собственных навыках. Категория «страх испортить оборудование» встречается реже, однако студенты отмечают ощущение ответственности за поломку и страх сломать тренажер.

Во второй тематический блок – ситуационный – вошли категории: «нереалистичность»; «отработка навыка»; «коммуникация»; «перенос навыка».

Категория «нереалистичность» включает высказывания о различиях симуляторов и живых людей, а также о несоответствии симуляционной ситуации реальной жизни. Второй по выраженности компонент – «отработка навыка» – отражает возможность закрепления навыка в СЦ, но также отмечается и несформированность навыка у некоторых студентов. Категория «коммуникация» подчеркивает несформированность навыка общения с пациентами, неподготовленность к неожиданным психоэмоциональным реакциям. Последний компонент – «перенос навыка» – включает как положительные моменты, такие как легкость переноса симуляционных навыков в реальную практику для одних студентов, так и отрицательные – трудности или ограниченность переноса навыков для других.

В третий блок – межличностный – вошли следующие категории: «помощь преподава-

телей»; «коммуникация с пациентами»; «взаимодействие со студентами».

Категория «помощь преподавателей» подчеркивает важность указания на ошибки студентов и демонстрации различий между манекеном и реальностью. Категория «коммуникация с пациентами» отражает потребность студентов в коммуникативном тренинге. Категория «взаимодействие со студентами» демонстрирует важность поддержки коллег.

Последний тематический блок – организационный – включает категории: «недоступность»; «оборудованность СЦ»; «нехватка времени».

Категория «недоступность» отражает затрудненность свободного доступа в СЦ вне учебного расписания, так как центр имеет ограничения по времени работы и студентов должны сопровождать сотрудники центра. Категория «оборудованность СЦ» включает ограниченность формируемых навыков из-за оборудования (невозможность полноценного воспроизведения клинической ситуации) и низкое качество симуляторов (изношенность тренажеров, возникновение технических трудностей при работе с симулятором). Категория «нехватка времени» отражает недостаток многократного повторения тренируемых навыков для их закрепления.

Кроме того, было проведено сравнение выраженности выделенных тематических блоков и категорий в ответах групп студентов каждого года обучения. Данный анализ позволяет выявить особенности восприятия ситуации СО и представлений о ней у студентов медицинских университетов.

Частота появления выявленных факторов в материалах фокусных групп разных курсов представлена в таблице.

Частота выраженности каждого фактора у студентов разных курсов

	1-й курс	2-й курс	3-й курс	4-й курс	5-й курс	6-й курс	Орд.
Индивидуально-психологический	18 %	28 %	19 %	24 %	23 %	12 %	24 %
Ситуационный	67 %	54 %	56 %	48 %	52 %	56 %	60 %
Организационный	7 %	11 %	14 %	22 %	22 %	24 %	7 %
Межличностный	9 %	8 %	11 %	6 %	3 %	8 %	10 %

При анализе блока «Индивидуально-психологический фактор» можно отметить, что ведущей категорией в данном блоке являются «установки по отношению к СО», что говорит о преобладании когнитивного компонента в адаптационном процессе: в представлении студентов доминируют сложившиеся установки, влияющие на общую оценку СО. Наибольшие показатели данного блока выявлены на 2-м, 4-м курсе и у врачей-ординаторов. Это связано с тем, что студенты 3-го и 6-го курсов на момент исследования имели актуализированный опыт СО в связи с изучаемыми дисциплинами, что делало их оценки более эмоциональными, в то время как студенты 2-го и 4-го курсов и ординаторы больше опираются на уже сформированные представления.

Студенты 1-го курса и ординаторы чаще других отмечают влияние ситуационных факторов, таких как «нереалистичность» и «отработка навыка», поскольку СО значительно отличается от реальной клинической практики, что затрудняет адаптацию. В то же время ВТТ обеспечивают многократное повторение манипуляций, повышая мотивацию к практическим занятиям. Высокая встречаемость таких высказываний среди первокурсников связана с предвкушением обучения и отсутствием опыта, что приводит к неоднозначной оценке возможностей СО. Процентное соотношение факторов почти не зависит от года обучения, однако значимость ситуационного фактора возрастает с 4-го курса, когда студенты начинают лучше осознавать ограничения СО, сравнивая его с практическим опытом в клиниках.

Организационный фактор имеет положительную динамику с 1-го по 6-й курс, однако у врачей-ординаторов наблюдается резкое снижение значимости данного фактора адаптации. Это может быть связано с накоплением опыта СО, что позволяет студентам более детально оценивать организационные сложности. Низкий показатель у ординаторов обусловлен сменой особенностей учебной деятельности и большей ориентацией на практическую работу: значительную часть

занятости врачей-ординаторов составляет работа в учреждениях здравоохранения, что может снижать для них как общую значимость ситуации СО, так и влияние организационных факторов на восприятие образовательного процесса в СЦ.

Межличностный фактор имеет относительно равномерное распределение у всех групп студентов, при этом наиболее сильно выражен у студентов 3-го курса и у врачей-ординаторов. Последние отмечают потребность в активной тренировке коммуникативных навыков в связи с наличием регулярной клинической практики в рамках обучения и отсутствием подобного рода тренировки в рамках СО. Также обучающиеся говорят о потребности в помощи со стороны преподавателя для повышения эффективности формирования навыков.

Основным фактором, влияющим на адаптацию студентов медицинских университетов к симуляционному обучению, является ситуационный компонент. Он включает процессы отработки профессиональных навыков и восприятие недостаточной реалистичности симуляционных ситуаций. Студенты также отмечают ограниченность формирования навыков коммуникации, необходимых для работы с пациентами, что может вызывать когнитивный диссонанс и снижать мотивацию к усвоению материала.

Индивидуально-психологический фактор, второй по значимости, охватывает эмоциональные и когнитивные аспекты восприятия симуляционного обучения. Студенты подчеркивают важность симуляции как метода, однако предпочитают реальную клиническую практику, поскольку симуляторы не заменяют человеческое взаимодействие и присущую ему ответственность. Это выражается в недостаточной эмоциональной подготовке к стрессу в реальных условиях.

Организационные и межличностные факторы упоминаются реже, но их значение для адаптации студентов также важно. Студенты отмечают значение доступности симуляционного центра и его технической оснащенности, а также поддержку преподавателей, которые помогают в развитии навы-

ков коммуникации через тренинги и практику взаимодействия в рамках СО.

Результаты выделения тем в процессе качественного анализа подтверждаются и зарубежными исследованиями: симуляционное обучение способствует повышению у студентов чувства уверенности, подготовленности и удовлетворенности [9]. Однако, несмотря на преимущества, студенты медицинских университетов могут сталкиваться с организационными сложностями, ощущать нереалистичность происходящего, испытывать переживания в процессе обучения и переноса навыков. Исследования указывают на отсутствие коммуникативных навыков во время симулированного взаимодействия, что также подтверждено результатами нашего исследования [12].

Выделенные категории также соответствуют результатам, полученным в ходе различных исследований: в статье Lee J.J. в качестве центральной проблемы было выделено переживание студентами недостаточной психологической реалистичности в процессе симуляционного обучения на высокотехнологичных тренажерах – таким образом, они ощущали недостаточность мотивации и вовлеченности в процесс обучения. По завершении обучения студенты выражали опасения, связанные с невозможностью переноса навыков, полученных в ходе обучения на симуляционных тренажерах, на реальные клинические ситуации. Также авторы отметили отсутствие реальной коммуникации пациент – врач, указав на необходимость проведения коммуникативных тренингов [8, 11].

Выводы и заключение

Исследование показало, что адаптации студентов к СО препятствуют ситуацион-

ный, межличностный, организационный и индивидуально-психологический факторы, при этом их влияние различается в зависимости от курса обучения. Наибольшее влияние оказывает ситуационный фактор, связанный с восприятием симуляторов как нереалистичных и не соответствующих реальной практике, – нивелировать это влияние может квалифицированная поддержка преподавателей и демонстрация качественных различий между симулятором и человеческим организмом. Индивидуально-психологический фактор включает эмоциональные реакции и предпочтение реальной практики, особенно выраженные на младших курсах, а организационный фактор становится более значим на старших курсах, отражая трудности доступа к симуляционному центру и ограниченность оборудования. Межличностный фактор оказывает минимальное влияние.

Студенты подчеркивают важность поддержки преподавателей и коллег, которые помогают развивать коммуникативные навыки через тренинги и практическое взаимодействие в СО.

Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что адаптация студентов-медицинских университетов к СО является сложным многофакторным процессом, в котором основную роль играют ситуационные и индивидуально-психологические аспекты. Полученные данные подчеркивают важность учета специфики каждого курса, а также необходимости совершенствования СО через усиление его реалистичности, организационной поддержки и развитие межличностных взаимодействий, что в конечном итоге может способствовать повышению эффективности подготовки будущих специалистов.

Литература

1. Авдеева Е.А. Способность к адаптации первокурсников как мера сохранения здоровья // Педагогика и психология: проблемы развития мышления: материалы IV Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием (17 мая 2019 г., Красноярск). Красноярск, 2019. С. 10–15.
2. Бусыгина Н.П. Качественные и количественные методы в психологии. М.: Юрайт, 2020. 423 с.
3. Васильева Л.Н., Щепеткова С.С. О суицидальном риске у студентов-медиков // Историческая и социально-образовательная мысль. 2015. Т. 7. № 3. С. 179–183.

4. Тарарыкова В.О., Исурина Г.Л. Психологическая адаптация студентов-медиков к обучению с использованием высокотехнологичных тренажеров // Петербургский психологический журнал. 2022. № 39. С. 45–61.
5. Тромбчиньски П.К., Грандилевская И.В., Исурина Г.Л. Психологическая адаптация студентов-медиков к обучению с использованием симуляционных технологии // Нейронаука для медицины и психологии: XVI международный междисциплинарный конгресс: труды конгресса. М., 2020. С. 9–16.
6. Чижкова М.Б. Личностные факторы адаптации студентов первокурсников к образовательной среде медицинского вуза // Вестник Кемеровского государственного университета. 2021. № 4 (88). С. 1005–1015. DOI: 10.21603/2078-8975-2021-23-4-1005-1015
7. Чижкова М.Б. Особенности нарушения здорового поведения у студентов медицинского университета разных лет обучения // Мир науки. Педагогика и психология. 2020. № 1. URL: <https://mirnauki.com/PDF/23PSMN120.pdf> (дата обращения: 21.09.2024).
8. Barry Issenberg S., Mcgaghie W.C., Petrusa E.R. [et al.]. Features and Uses of High-Fidelity Medical Simulations That Lead to Effective Learning: A BEME Systematic Review // *Medical Teacher*. 2005. Vol. 27. No. 1. Pp. 10–28. DOI: 10.1080/01421590500046924
9. Crytzer M.L. *The Effect of High-Fidelity Home Health Simulations on Nursing Students' Clinical Performance*. Loyola University Chicago, 2011. 168 p.
10. Hardeman R.R., Przedworski J.M., Phelan S.M. [et al.]. Mental Well-Being in First Year Medical Students: A Comparison by Race and Gender // *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*. 2015. Vol. 2. No. 3. Pp. 403–413. DOI: 10.1007/s40615-015-0087-x
11. Lee J.J., Yeung K.C., Clarke C.L., Yoo J. Nursing Students' Learning Dynamics and Perception of High-Fidelity Simulation-Based Learning // *Clinical Simulation in Nursing*. 2019. Vol. 33. Pp. 7–16. DOI: 10.1016/j.ecns.2019.04.008
12. Olson J., Rinehart J., Spiegel J.J. [et al.]. Student Perception on the Integration of Simulation Experiences into Human Physiology Curricula // *Advances in Physiology Education*. 2019. Vol. 43. N 3. Pp. 332–338. DOI: 10.1152/advan.00202.2018
13. Yu J.H., Chang H.J., Kim S.S. [et al.]. Effects of High-Fidelity Simulation Education on Medical Students' Anxiety and Confidence // *PLoS One*. 2021. Vol. 16 (5). P. e0251078. DOI: 10.1371/journal.pone.0251078

Поступила 05.11.2024

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

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

Для цитирования. Клейман Е.О., Исурина Г.Л., Грандилевская И.В., Короткова И.С. Факторы адаптации студентов медицинских вузов к симуляционному обучению как основа для программ психологического сопровождения // *Вестник психотерапии*. 2024. № 92. С. 44–52. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-92-44-52

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

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

Adaptation Factors of Medical Students to Simulation-Based Training as a Basis for Psychological Support Programs

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

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

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

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

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

Abstract

Relevance. Simulation-based training is a new approach in medical education that allows for the training of necessary skills in a safe environment. However, the use of simulation technologies imposes increased demands on students' adaptation and can lead to psychological issues related to the specific nature of the educational situation.

Objective. This study aims to investigate the features of and dynamics in medical students' perceptions of simulation-based training across different academic years, as well as the factors influencing their adaptation.

Methodology. The study involved 173 students using focus group methodology.

Results and analysis. The adaptation of medical students to training with high-tech simulators depends on situational, interpersonal, organizational, and individual-psychological factors, which vary across academic years. The situational factor, related to the perception of simulation scenarios as unrealistic, has the most significant impact. The individual-psychological factor is most significant in the second year and least so in the sixth. The organizational factor increases in significance during the fourth to sixth years, reflecting students' understanding of the necessity for simulation-based training. The interpersonal factor, which includes support from instructors and peers, showed no differences among students from different years of study.

Conclusion. The findings expand the understanding of the characteristics of simulation-based training and the adaptation of future physicians. Further investigation of these relationships could aid in the development of individualized approaches to simulation training and psychological support programs for medical students, including communication training.

Keywords: Simulation-based training, high-tech simulators, psychological adaptation, adaptation factors.

References

1. Avdeeva E.A. Sposobnost' k adaptatsii pervokursnikov kak mera sokhraneniya zdorov'ya [First-year students' adaptability as a measure of health preservation]. *Pedagogika i psikhologiya: problemy razvitiya myshleniya* [Pedagogy and Psychology: Problems of Cognitive Development]. 2019; 10–15. (In Russ.)
2. Busygina N.P. Kachestvennye i kolichestvennye metody v psikhologii [Qualitative and quantitative methods in psychology]. Moscow, 2020. 423 p. (In Russ.)
3. Vasil'eva L.N., Shchepetkova S.S. O suitsidal'nom riske u studentov-medikov [On suicidal risk among medical students]. *Istoricheskaya i sotsial'no-obrazovatel'naya mysl'* [Historical and Socio-Educational Idea]. 2015; 7(3): 179–183. (In Russ.)
4. Tararykova V.O., Isurina G.L. Psikhologicheskaya adaptatsiya studentov-medikov k obucheniyu s ispol'zovaniem vysokotekhnologichnykh trenazherov [Psychological adaptation of medical students to training using high-tech simulators]. *Peterburgskiy psikhologicheskii zhurnal* [St. Petersburg Psychological Journal]. 2022; (39): 45–61. (In Russ.)
5. Trabczynski P.K., Grandilevskaya I.V., Isurina G.L. Psikhologicheskaya adaptatsiya studentov-medikov k obucheniyu s ispol'zovaniem simulyatsionnykh tekhnologiy [Psychological adaptation of medical students to training using simulation technologies]. XVI mezhdunarodnyy mezhdistsiplinarnyy kongress «Neyronauka dlya meditsiny i psikhologii» [XVI International Interdisciplinary Congress “Neuroscience for Medicine and Psychology”]. 2020; 9–16. (In Russ.)
6. Chizhkova M.B. Lichnostnye faktory adaptatsii studentov-pervokursnikov k obrazovatel'noy srede meditsinskogo vuza [Personal factors of first-year students' adaptation to the educational environment of a medical university].

- Vestnik Kemerovskogo gosudarstvennogo universiteta* [Bulletin of Kemerovo State University]. 2021; (4 (88)): 1005–1015. DOI: 10.21603/2078-8975-2021-23-4-1005-1015. (In Russ.)
7. Chizhkova M.B. Osobennosti narusheniya zdorovogo povedeniya u studentov meditsinskogo universiteta raznykh let obucheniya [Features of healthy behavior disorders among medical university students of different years of study]. *Mir nauki. Pedagogika i psikhologiya* [World of Science. Pedagogy and Psychology]. 2020. (1). URL: <https://mirnauki.com/PDF/23PSMN120.pdf>. (In Russ.)
 8. Barry Issenberg S., Mcgaghie W.C., Petrusa E.R. [et al.]. Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: a BEME systematic review. *Medical teacher*. 2005; 27(1): 10–28. DOI: 10.1080/01421590500046924.
 9. Crytzer M.L. The effect of high-fidelity home health simulations on nursing students' clinical performance. Loyola University Chicago, 2011. 168 p.
 10. Hardeman R.R., Przedworski J.M., Phelan S.M. [et al.]. Mental well-being in first year medical students: a comparison by race and gender. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*. 2015; 2(3): 403–413. DOI:10.1007/s40615-015-0087-x.
 11. Lee J.J., Yeung K.C., Clarke C.L., Yoo J. Nursing Students' Learning Dynamics and Perception of High-Fidelity Simulation-Based Learning. *Clinical Simulation in Nursing*. 2019; 33: 7–16. DOI: 10.1016/j.ecns.2019.04.008.
 12. Olson J., Rinehart J., Spiegel J.J. [et al.]. Student perception on the integration of simulation experiences into human physiology curricula. *Advances in Physiology Education*. 2019; 43(3): 332–338. DOI: 10.1152/advan.00202.2018.
 13. Yu J.H., Chang H.J., Kim S.S. [et al.]. Effects of high-fidelity simulation education on medical students' anxiety and confidence. *PLoS One*. 2021; 16(5): e0251078. DOI: 10.1371/journal.pone.0251078.
-

Received 05.11.2024

For citing: Kleiman E.O., Isurina G.L., Grandilevskaja I.V., Korotkova I.S. Faktory adaptatsii studentov medicinskih vuzov k simuliatsionnomu obucheniiu kak osnova dlia programm psikhologicheskogo soprovozhdeniia. *Vestnik psikhoterapii*. 2024; (92): 44–52. (In Russ.)

Kleiman E.O., Isurina G.L., Grandilevskaja I.V., Korotkova I.S. Adaptation factors of medical students to simulation-based training as a basis for psychological support programs. *Bulletin of Psychotherapy*. 2024; (92): 44–52. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-92-44-52

Н.В. Лавров, М.А. Бортник, М.О. Цепилова, Д.А. Карелов

ЗНАЧЕНИЕ АКТУАЛЬНЫХ СТРЕССОВЫХ ФАКТОРОВ В ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ 1-ГО, 3-ГО И 6-ГО КУРСОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2)

Актуальность исследования. Получение высшего медицинского образования оказывает значительное влияние на жизнь будущих врачей и, по их словам, является одним из наиболее сложных этапов в жизни. Из-за недостатка свободного времени у студентов могут возникать различные физиологические и психологические проблемы, такие как ухудшение работы иммунной системы, хроническая усталость, различные когнитивные нарушения, а также тревога и депрессия [5, 9].

В настоящее время существуют достаточно исследований, посвященных конкретным стрессорам и способам снижения их воздействия на организм человека [12]. Mohammad A. Aloufi et al. в своей работе пришли к выводу, что наилучшим методом, направленным на устранение стресса, тревоги и депрессии являются мероприятия по улучшению навыков повышения концентрации внимания и совладания с собой [9].

Часть студентов подвержена феномену анозогнозии, который заключается в отрицании, игнорировании или недооценке пациентом своего заболевания. В этом случае возможные проблемы выявляются с помощью психологических тестов.

Цель работы: выявить и сравнить актуальные стрессовые факторы у студентов медицинского вуза на разных этапах обучения.

Материалы и методы. Анализировали отечественные и зарубежные статьи за 2016–2023 гг., используя следующие научные электронные библиотеки: Cyberleninka, PubMed; использовали авторский анонимный опросник, батарею тестов: стресс-тест В.Ю. Щербатых, тест функциональности поведенческой стратегии, госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS), шкалу депрессии Бека.

Результаты и их анализ. Исследование показало, что наиболее актуальным стрессом у 84,73 % студентов 1-го курса и 79,78 % студентов 6-го курса является учебная нагрузка, а на 3-м курсе доля таких студентов составляет 91,37 %; обнаружены статистически значимые различия ($p = 0,008$). Вредные привычки отмечались у 61,45 % студентов 1-го курса, 65,1 % студентов 3-го курса и 69,15 % студентов 6-го курса; статистически достоверных различий среди студентов разных курсов не выявлено ($p > 0,05$). По данным стресс-теста Щербатых на 3-м курсе статистически достоверно меньше обучающихся, у которых отсутствует симптомы стресса ($p = 0,0108$), а среди студентов 6-го курса статистически достоверно чаще встречаются лица, находящиеся в состоянии сильного стресса ($p = 0,039$). По данным теста

✉ Лавров Никанор Васильевич – ассистент, кафедра фармакологии с курсом клинической фармакологии и фармакоэкономики, С.-Петерб. гос. педиатр. мед. ун-т (Россия, 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2); e-mail: nikanlavr@gambler.ru, ORCID: 0000-0002-3622-9160;

Бортник Мария Александровна – студентка 4-го курса, С.-Петерб. гос. педиатр. мед. ун-т (Россия, 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2); e-mail: MariB0rtnik@yandex.ru, ORCID: 0009-0007-7744-4629;

Цепилова Мария Олеговна – студентка 4-го курса, С.-Петерб. гос. педиатр. мед. ун-т (Россия, 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2); e-mail: maryolegovna74@mail.ru, ORCID: 0000-0002-6640-2155

Карелов Дмитрий Алексеевич – студент 3-го курса, С.-Петерб. гос. педиатр. мед. ун-т (Россия, 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2); e-mail: d.kareloff@mail.ru, ORCID: 0009-0004-3117-9450

поведенческой стратегии у студентов 1-го (35,92 %), 3-го (34,21 %) и 6-го (28,9 %) курсов доминирующей поведенческой стратегией стал оптимизм во всех ситуациях, включая неопределенные. По данным теста HADS на 1-м, 3-м и 6-м курсах по показателям субклинически и клинически выраженной тревоги статистически достоверных различий не обнаружено ($p > 0,05$). По данным теста Бека явно выраженная депрессивная симптоматика в меньшей степени проявляется у студентов 3-го курса ($p = 0,0101$).

Ключевые слова: стресс у студентов, тревожность, депрессия, психотропные препараты, опросник.

Введение

На сегодняшний день одним из лидирующих по факторам стресса видом профессиональной деятельности является врачебная. Специалисты медицинского профиля сталкиваются с трудностями еще на этапе обучения, что сказывается на их психологическом состоянии. На 1-м курсе студенты испытывают положительные эмоции, связанные с поступлением их в университет, однако со временем большинство студентов сталкиваются с новыми для них трудностями, что вызывает ряд психологических проблем. Уже к концу 6-го курса у студентов появляются элементы синдрома эмоционального выгорания, о чем свидетельствует пониженная работоспособность, а также рост числа вредных привычек [11]. К старшим курсам добавляются проблемы иного характера и происходит переключение внимания на другие проблемы.

Однако с психологической точки зрения самым сложным курсом является 3-й – «экватор», что означает рубеж между базовыми и клиническими кафедрами. В ежедневном расписании студентов появляются новые предметы, увеличивается количество экзаменов на сессии. В этот период студенты особенно подвержены стрессу.

Необходимо более подробно изучить актуальные стрессовые факторы проявления стресса у студентов медицинского вуза.

Материалы и методы

В исследовании использовался анализ русских и иностранных публикаций за 2010–2023 гг. Был составлен авторский анонимный опросник, в котором содержатся персональные данные, вопросы о вредных привычках, об актуальных стрессовых факторах и принимаемых препаратах. В опросе при-

няло участие 670 человек (130 мужчин и 540 женщин) разных возрастных категорий – от 17 лет до 41 года, средний возраст составил $20,49 \pm 3,31$ года (здесь и далее полученные результаты будут представлены в виде $M \pm \sigma$, где M – выборочное среднее, σ – стандартное отклонение). Все студенты находились в условиях учебного процесса с октября по март и были проинформированы об анонимности данного опроса. В результатах допускается небольшая погрешность, которая может быть связана с большой дисперсией по возрасту и с неучитыванием некоторых факторов, влияющих на эмоциональное состояние.

Выборка была разделена на три подгруппы в зависимости от курса обучения: 1-й ($N = 265$), 3-й ($N = 282$) и 6-й ($N = 141$) курс.

Авторы подобрали батарею тестов, наиболее полно освещающих тему стресса, тревожности и депрессии. Были выбраны: стресс-тест В.Ю. Щербатых, тест функциональности поведенческой стратегии, вопросы из госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), шкала депрессии Бека.

Результаты

При оценке актуального стресса студентов медицинского вуза 1-го, 3-го и 6-го курсов было выявлено, что учебная нагрузка является лидирующим фактором среди всех причин, вызывающих подобное состояние. Кроме того, были обнаружены статистически значимые различия среди обучающихся разных курсов ($p = 0,008$); при этом сильнее всего подвержены данному фактору оказались студенты 3-го курса (см. рис. 1).

На протяжении обучения на всех курсах прослеживается определенный характер изменения показателей работы и материального положения: на каждом следующем

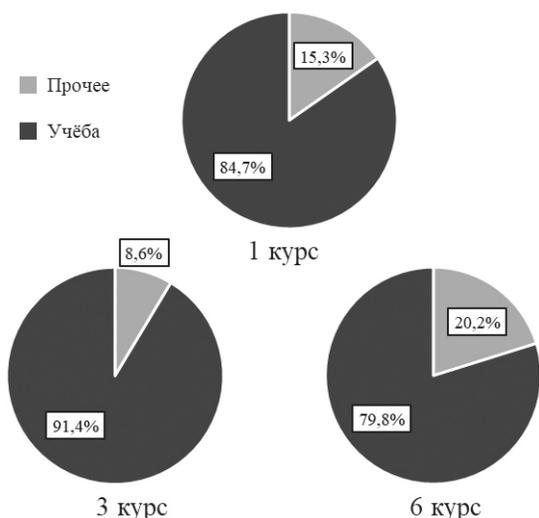


Рис. 1. Учебный стресс

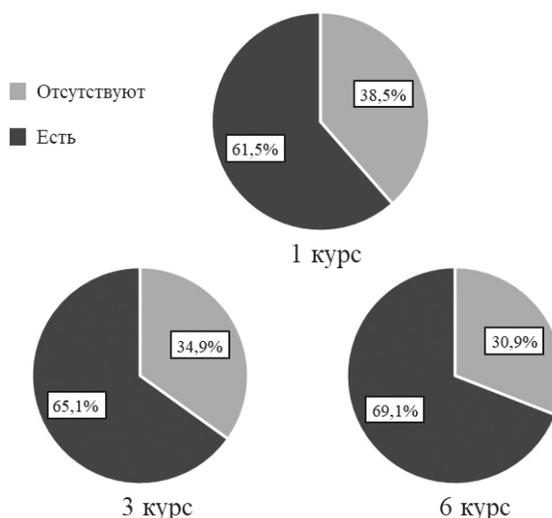


Рис. 2. Показатели вредных привычек

курсе повышается относительная частота стресса, вызванного работой и сложившимся материальным положением. Выявлены статистически значимые различия среди студентов 1-го, 3-го и 6-го курсов по данным параметрам ($p < 0,00001$ и $p < 0,000001$ соответственно). Сильнее всего эти факторы влияют на обучающихся-выпускников.

Вредные привычки студентов являются еще одним фактором при оценке стресса обучающихся. При анализе полученных данных статистически значимых различий по имеющимся вредным привычкам среди студентов разных курсов не обнаружено ($p > 0,05$). Курение, употребление алкоголя, селфхарм, шопоголизм, а также игромания – наиболее часто встречающиеся пагубные привычки (см. рис. 2).

Стресс-тест В.Ю. Щербатых

Анализ стрессоустойчивости проводился с помощью стресс-теста В.Ю. Щербатых, который направлен на определение уровня стрессоустойчивости студентов. Интерпретация отдельных шкал позволяет оценить личностные, психологические и психосоматические составляющие стрессоустойчивости [7, 8]. В ходе тестирования студентам было предложено оценить свои интеллектуальные и поведенческие признаки. По результатам была составлена круговая диаграмма (см. рис. 3), на которой отмечено распределение по уровням испытываемого стресса среди

студентов разных курсов. Оценка проводилась по правилу: чем выше показатели данного теста, тем ниже стрессоустойчивость человека.

Средние баллы по курсам распределились следующим образом: для 1-го – $20,69 \pm 13,69$ [ДИ (95%) 19,04–22,35], для 3-го – $24,43 \pm 14,26$ [ДИ (95%) 22,76–26,1], для 6-го – $24,27 \pm 14,3$ [ДИ (95%) 21,89–26,65]. Для всех респондентов – $22,96 \pm 14,15$ [ДИ (95%) 21,9–24,02]. Такие показатели могут выявляться по причине неправильного распределения времени, а также повышенной учебной нагрузки. Статистически значимые различия были обнаружены среди

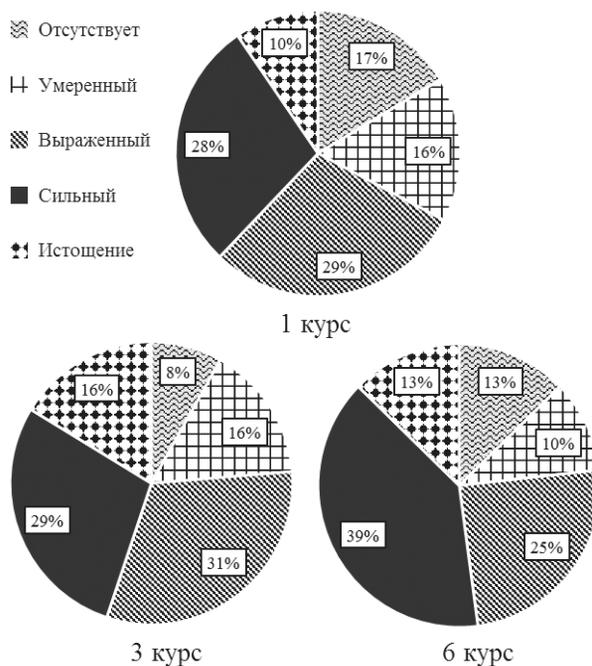


Рис. 3. Результаты стресс-теста В.Ю. Щербатых

студентов, у которых отсутствует симптомы стресса: меньше всего таких студентов на 3-м курсе ($p = 0,0108$). Также присутствуют статистически достоверные различия среди студентов разных курсов, находящихся в состоянии сильного стресса, – в этой категории преобладают обучающиеся 6-го курса ($p = 0,039$). Для борьбы со стрессом студентам рекомендовались умеренные физические нагрузки, в т.ч. аэробный кардиотренинг, нормализация режима дня и сна, а также релаксационные тренировки.

Тест функциональности поведенческих стратегий

Тест функциональности поведенческих стратегий предусматривает диагностику поведения, направленного на преодоление эмоционального стресса, – определение стратегий. Студентам предлагалось пройти тест из 32 вопросов, в начале которого им необходимо было вспомнить сложную стрессовую ситуацию из прошлого, а затем отметить соответствующий вариант ответа, который соответствовал их поведению при решении задачи.

В связи с тем, что у ряда студентов было выявлено несколько поведенческих стратегий, при статистической обработке получен-

ных данных такие респонденты были исключены из анализа. Итоговый объем выборки составил 447 человек. На рис. 4 представлены итоговые диаграммы с результатами, из которых видно, что у обучающихся всех курсов: 35,93% студентов 1-го курса; 34,21% студентов 3-го курса; 28,89% студентов 6-го курса – господствующей поведенческой стратегией стала функциональная стратегия «оптимизм во всех ситуациях, включая неопределенные». На всех курсах второй по встречаемости стратегией оказалась функциональная стратегия «целеустремленность в разрешении возникших проблем»: 24,55% на 1-м курсе, 20,0% на 3-м курсе и 23,33% на 6-м курсе.

HADS

Данный тест применяется для оценки степени тревоги и депрессии [5]. В нашей работе была использована только субшкала А (так называемый HADS-A), оценивающая симптомы тревоги респондентов. Коэффициент внутренней согласованности альфа Кронбаха составляет 0,829 [1, 2]. Полученное распределение относительных частот для каждого курса представлено на рис. 5. Средний балл студентов 1-го курса составил $8,51 \pm 3,98$ [ДИ (95%) 8,02–8,99],

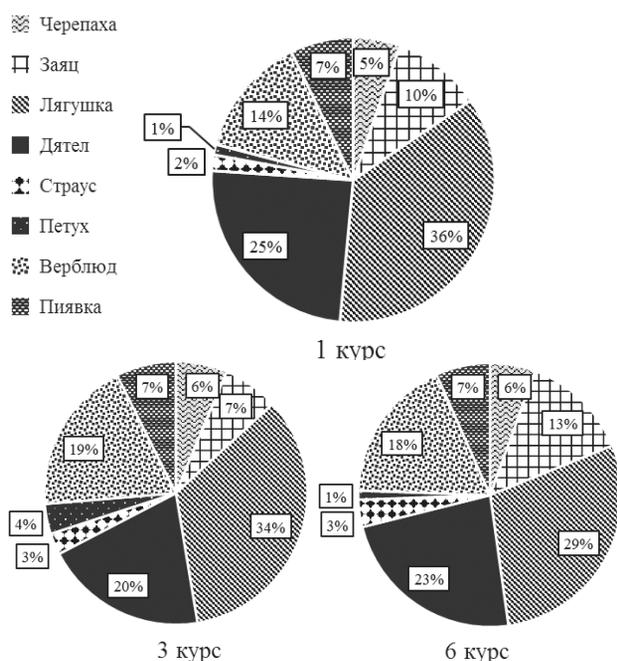


Рис. 4. Результаты теста функциональности поведенческих стратегий

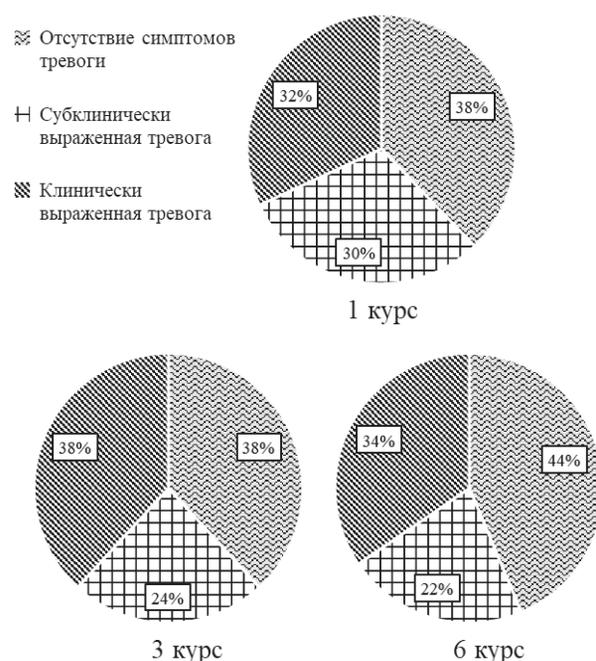


Рис. 5. Результаты теста HADS-A

3-го – $9,13 \pm 4,15$ [ДИ (95 %) 8,64–9,61], 6-го – $8,77 \pm 4,32$ [ДИ (95 %) 8,05–9,49], для всех – $8,82 \pm 4,13$ [ДИ (95 %) 8,51–9,13]. При использовании критерия Хи-квадрат Пирсона с поправкой на правдоподобие было выявлено, что статистически значимых различий между курсами нет ($p > 0,05$).

Шкала депрессии Бека

Шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory, BDI) отражает тяжесть депрессивных состояний и выявляет наиболее значимые для них симптомы. BDI состоит из 21 вопроса [3, 6].

Студентам предлагалось выбрать один из четырех ответов на каждый вопрос. Шкала оценки составляла от 0 до 3 баллов. Суммарное количество баллов в итоге могло составить от 0 до 63. В зависимости от полученных результатов можно выявить отсутствие депрессии (0–11 баллов), а также предположить склонность к легкой (12–19 баллов), умеренной (20–25 баллов) и тяжелой депрессии (более 26 баллов). Распределение по подгруппам представлено на рис. 6.

Анализируя полученные результаты, следует отметить, что средний балл по шкале депрессии Бека для первокурсников ра-

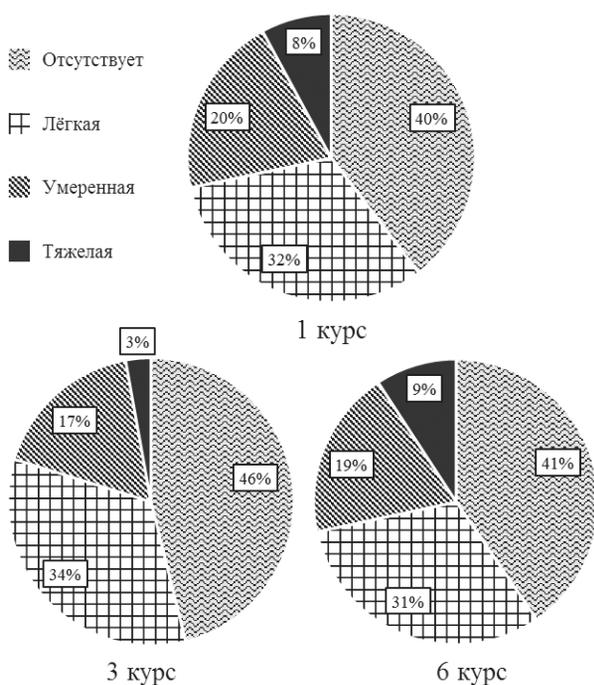


Рис. 6. Результаты по шкале депрессии Бека

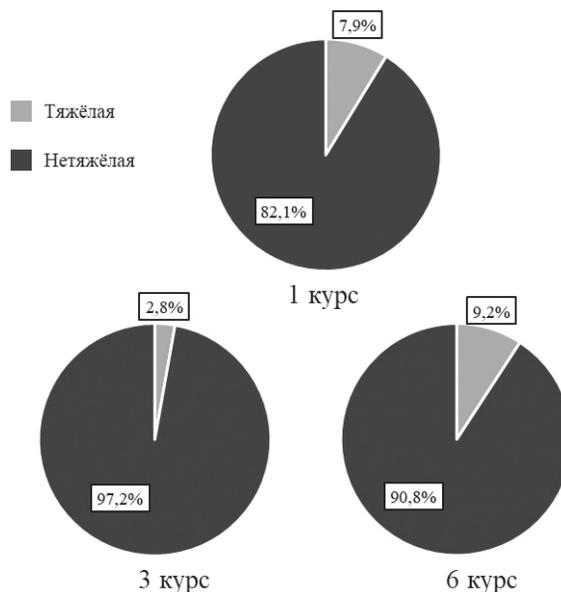


Рис. 7. Студенты с явно выраженной депрессивной симптоматикой

вен $13,92 \pm 9,94$ [ДИ (95 %) 12,72–15,13], третьекурсников – $11,98 \pm 7,94$ [ДИ (95 %) 11,05–12,91], шестикурсников – $14,25 \pm 9,66$ [ДИ (95 %) 12,64–15,86], для всех опрошенных – $13,19 \pm 9,16$ [ДИ (95 %) 12,51–13,88]. Кроме того, имеются статистически достоверные различия среди студентов разных курсов с явно выраженной депрессивной симптоматикой ($p = 0,0101$). Данный феномен в меньшей степени встречается среди третьекурсников, в отличие от обучающихся на прочих курсах (рис. 7).

Всем студентам с выраженной симптоматикой рекомендовали обратиться к специалисту.

Заключение

На протяжении всего процесса обучения наиболее актуальным стрессом студентов-медиков является учебная нагрузка. Наличие вредных привычек не зависит от курса ($p > 0,05$). Исходя из данных стресс-теста В.Ю. Щербатых у студентов 1-го, 3-го и 6-го курса наиболее выраженными стали 3-я и 4-я стадии стресса. В основном у всех студентов отмечалась поведенческая стратегия «оптимизм во всех ситуациях, включая неопределенные». Второй по встречаемости стратегией стала целеустремленность в разрешении возникших проблем. У 37,83 %

студентов на 1-м курсе, 38,16 % на 3-м курсе и 43,66 % на 6-м курсе не отмечалась выраженная тревога. При статистическом анализе частоты встречаемости клинически и субклинически выраженной тревоги статистически значимых различий между курсами не обнаружено ($p > 0,05$).

Результаты теста Бека демонстрируют статистически достоверные различия среди студентов разных курсов с явно выраженной депрессивной симптоматикой ($p = 0,0101$), в меньшей степени встречающейся среди третьекурсников. В остальных аспектах дан-

ного теста статистически достоверных различий выявлено не было ($p > 0,05$).

Полученные данные показывают, что процесс обучения в медицинском ВУЗе является сильным стрессовым фактором в течение всего периода обучения. Необходимы дополнительные исследования, чтобы определить конкретные факторы, вызывающие наибольший стресс во время обучения. Это позволит создать благоприятную образовательную среду для обучающихся, что улучшит качество подготовки будущих медицинских специалистов.

Литература

1. Вергунов Е.Г., Николаева Е.И., Боброва Ю.В. К вопросу о психометрической надежности некоторых психологических методик // Теоретическая и экспериментальная психология. 2019. Т. 11, № 1. С. 61–68.
2. Герасимова О.Ю., Семченко Л.Н. Тревожные расстройства у студентов медицинского университета // Психология. Психофизиология. 2020. Т. 13, № 4. С. 30–38.
3. Ковров Г.В., Лебедев М.А., Палатов С.Ю. Депрессия в общей практике // Российский медицинский журнал. 2010. Т. 18, № 8. С. 504.
4. Кукушкина А.А., Котельникова А.В., Рассулова М.А. Исследование психометрических свойств «Госпитальной шкалы тревоги и депрессии» (HADS), рекомендованной для врачей общесоматической практики, на выборке пациентов с нарушением двигательных функций // Клиническая и специальная психология. 2023. Т. 12, № 2. С. 1–24.
5. Маслова Н.Н., Зайцева В.М., Ковалева Э.А. Исследование показателей выраженности тревожности и депрессии у студентов-медиков // Смоленский медицинский альманах. 2015. № 2. С. 92–95.
6. Махрина Е.А., Василенко А.В. Особенности стрессоустойчивости студентов-первокурсников // E-Scio. 2022. № 6. С. 69.
7. Повзун В.Д., Повзун А.А., Апокин В.Д., Усаева Н.Р. Анализ уровня стрессоустойчивости студентов спортивных направлений университета // Теория и практика физической культуры. 2016. № 9. С. 89–91.
8. Холодова И.Н., Зайденварг Г.Е. Стресс: как уменьшить его влияние на качество жизни человека // Российский медицинский журнал. 2018. Т. 2, № 11. С. 113–117.
9. Aloufi M.A., Jarden R.J., Gerdtz M.F. Reducing Stress, Anxiety and Depression in Undergraduate Nursing Students: Systematic Review // Nurse Educ. Today. 2021. Vol. 102. P. 104877. DOI: 10.1016/j.nedt.2021.104877
10. Gil-Calderón J., Alonso-Molero J., Dierssen-Sotos T. Burnout Syndrome in Spanish Medical Students // BMC Med. Educ. 2021. Vol. 21, N 1. P. 231. DOI: 10.1186/s12909-021-02661-4
11. Knapen J., Vancampfort D., Moriën Y. Exercise Therapy Improves Both Mental and Physical Health in Patients with Major Depression // Disabil. Rehabil. 2015. Vol. 37, N 16. Pp. 1490–1495. DOI: 10.3109/09638288.2014.972579.
12. Menardo E., Di Marco D., Ramos S. Nature and Mindfulness to Cope with Work-Related Stress: A Narrative Review // Int. J. Environ. Res. Public Health. 2022. Vol. 19, N 10. P. 5948. DOI: 10.3390/ijerph19105948

Поступила 06.12.2023

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

Участие авторов: Н.В. Лавров – сбор материала, подбор литературы, оформление статьи; М.А. Бортник – сбор материала, оформление статьи; М.О. Цепилова – сбор материала, подбор литературы; Д.А. Карелов – статистическая обработка полученных данных, оформление статьи.

Для цитирования: Лавров Н.В., Бортник М.А., Цепилова М.О., Карелов Д.А. Значение актуальных стрессовых факторов в жизни студентов 1-го, 3-го и 6-го курсов медицинского вуза // Вестник психотерапии. 2024. № 92. С. 53–60. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-92-53-60

N.V. Lavrov, M.O. Tsepilova, M.A. Bortnik, D.A. Karelov

The Importance of Current Stress Factors in the Lives of 1st, 3rd and 6th Year Medical Students

St. Petersburg State Medical Pediatric University
(2, Litovskaya Str., St Petersburg, Russia)

✉ Nikanor Vasilievich Lavrov – assistant, department of pharmacology with a course in clinical pharmacology and pharmacoconomics, St. Petersburg State Medical Pediatric University (2, Litovskaya Str., St Petersburg, 194100, Russia); e-mail: nikanlavr@rambler.ru, ORCID: 0000-0002-3622-9160;

Maria Olegovna Tsepilova – 4th year student, St. Petersburg State Medical Pediatric University (2, Litovskaya Str., St Petersburg, 194100, Russia); e-mail: maryolegovna74@mail.ru, ORCID: 0000-0002-6640-2155;

Maria Aleksandrovna Bortnik – 4th year student, St. Petersburg State Medical Pediatric University (2, Litovskaya Str., St Petersburg, 194100, Russia); e-mail: MariB0rtnik@yandex.ru, ORCID: 0009-0007-7744-4629;

Dmitrii Alekseevich Karelov – 3rd year student, St. Petersburg State Medical Pediatric University (2, Litovskaya Str., St Petersburg, 194100, Russia); e-mail: d.kareloff@mail.ru, ORCID: 0009-0004-3117-9450

Abstract

The relevance of research. Obtaining a higher medical education significantly impacts the lives of future physicians and is described by many as one of the most challenging stages of their lives. Due to a lack of free time, medical students often face various physiological and psychological issues, including impaired immune system function, chronic fatigue, cognitive disorders, anxiety, and depression [9, 5]. While numerous studies have addressed specific stressors and ways to mitigate their effects on the human body [12], Mohammad A. Aloufi et al. concluded that the best methods for reducing stress, anxiety, and depression involve improving concentration and self-management skills [9]. Some students exhibit anosognosia—a phenomenon characterized by denial, neglect, or underestimation of one's own condition. In such cases, potential issues can be identified through psychological testing.

The purpose of the work: To identify and compare current stress factors among medical students at different stages of their education.

Materials and methods. A review of Russian and international articles from 2016–2023 was conducted using scientific electronic libraries such as CyberLeninka and PubMed. The study employed a proprietary anonymous questionnaire, as well as the following test batteries: the Stress Test by V.Yu. Shcherbatykh, the Functional Behavioral Strategy Test, the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and the Beck Depression Inventory.

The results and their analysis. The study revealed that academic workload is the most significant stress factor for 84.73% of 1st-year students, 91.37% of 3rd-year students, and 79.78% of 6th-year students, with statistically significant differences ($p = 0.008$). Harmful habits were noted in 61.45% of 1st-year students, 65.1% of 3rd-year students, and 69.15% of 6th-year students, with no statistically significant differences among the groups ($p > 0.05$). According to Shcherbatykh's Stress Test, significantly fewer 3rd-year students showed no stress symptoms ($p = 0.0108$), while 6th-year students were significantly more likely to experience severe stress ($p = 0.039$). The Behavioral Strategy Test indicated that optimism dominated as the primary coping strategy in uncertain situations across all groups: 35.92% of 1st-year students, 34.21% of 3rd-year students, and 28.9% of 6th-year students. HADS results showed no statistically significant differences in subclinical or clinically significant anxiety levels across the three groups ($p > 0.05$). Beck Depression Inventory results revealed that pronounced depressive symptoms were least evident among 3rd-year students ($p = 0.0101$).

Keywords: stress in students, anxiety, depression, psychotropic drugs, questionnaire.

References

1. Vergunov E.G., Nikolaeva E.I., Bobrova Yu.V. K voprosu o psikhometricheskoi nadezhnosti nekotorykh psikhologicheskikh metodik [On the issue of psychometric reliability of some psychological methods]. *Teoreticheskaya i eksperimental'naya psikhologiya* [Theoretical and experimental psychology]. 2019; 11(1): 61–68. (In Russ.)
2. Gerasimova O.Yu., Semchenko L.N. Trevozhnye rasstroistva u studentov meditsinskogo universiteta [Anxiety disorders among medical students]. *Psikhologiya. Psikhofiziologiya* [Psychology. Psychophysiology]. 2020; 13(4): 30–38. (In Russ.)
3. Kovrov G.V., Lebedev M.A., Palatov S.Yu. Depressiya v obshchei praktike [Depression in general practice]. *Russkii meditsinskii zhurnal* [Russian Medical Journal]. 2010; 18(8): 504. (In Russ.)
4. Kukshina A.A., Kotelnikova A.V., Rassulova M.A. Issledovanie psikhometricheskikh svoystv «Gospital'noi shkaly trevogi i depressii» (HADS), rekomendovannoi dlya vrachei obshchesomaticheskoi praktiki, na vyborke patsientov s narusheniem dvigatel'nykh funktsii [Investigation of the Psychometric Properties of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) Recommended for General Medical Practitioners, on a Sample of Patients with Impaired Motor Functions]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya* [The Clinical and special psychology]. 2023; 12(2): 1–24. (In Russ.)
5. Maslova N.N., Zaitseva V.M., Kovaleva E.A. Issledovanie pokazatelei vyrazhennosti trevozhnosti i depressii u studentov-medikov [Study of the degree of anxiety and depression in medical students]. *Smolenskij medicinskij al'manah* [Smolensk Medical Almanac]. 2015; (2): 92–95. (In Russ.)
6. Mahrina E.A., Vasilenko A.V. Osobennosti stressoustoichivosti studentov-pervokursnikov [Features of stress resistance of first-year students]. *E-Scio*. 2022; (6): 69. (In Russ.)
7. Povzun V.D., Povzun A.A., Apokin V.D., Usaeva N.R. Analiz urovnya stressoustoichivosti studentov sportivnykh napravlenii universiteta [University sport department students' stress tolerance analysis]. *Teoriya i praktika fizicheskoi kul'tury* [Theory and practice of physical culture]. 2016; (9): 89–91. (In Russ.)
8. Kholodova I.N., Zaidenvarg G.E. Stress: kak umen'shit' ego vliyanie na kachestvo zhizni cheloveka [Stress: how to reduce its impact on the quality of human life]. *Russkii meditsinskii zhurnal* [Russian Medical Journal]. 2018; 2 (11): 113–117. (In Russ.)
9. Aloufi M.A., Jarden R.J., Gerdtz M.F. Reducing stress, anxiety and depression in undergraduate nursing students: Systematic review. *Nurse Educ. Today*. 2021; 102: 104877. DOI: 10.1016/j.nedt.2021.104877.
10. Gil-Calderón J., Alonso-Molero J., Dierssen-Sotos T. Burnout syndrome in Spanish medical students. *BMC Med. Educ.* 2021; 21 (1): 231. DOI: 10.1186/s12909-021-02661-4.
11. Knapen J., Vancampfort D., Moriën Y. Exercise therapy improves both mental and physical health in patients with major depression. *Disabil Rehabil.* 2015; 37 (16): 1490–1495. DOI: 10.3109/09638288.2014.972579.
12. Menardo E., Di Marco D., Ramos S. Nature and mindfulness to cope with work-related stress: a narrative review. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2022; 19 (10): 5948. DOI: 10.3390/ijerph19105948.

Received 06.12.2023

For citing: Lavrov N.V., Bortnik M.A., Tsepilova M.O., Karelov D.A. Znachenie aktual'nykh stressovykh faktorov v zhizni studentov 1, 3 i 6 kursov meditsinskogo vuza. *Vestnik psikhoterapii*. 2024; (92): 53–60. (In Russ.)

Lavrov N.V., Bortnik M.A., Tsepilova M.O., Karelov D.A. The importance of current stress factors in the lives of 1st, 3rd and 6th year medical students. *Bulletin of Psychotherapy*. 2024; (92): 53–60. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-92-53-60

Н.Е. Лысенко, О.Д. Пеева, Т.Н. Кабанова

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ ПРЕДЪЯВЛЕНИИ СИТУАЦИЙ МЕЖЛИЧНОСТНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ У СОТРУДНИКОВ СИЛОВЫХ СТРУКТУР С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ АДАПТАЦИИ К СТРЕССУ

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии
имени В.П. Сербского (Россия, Москва, Кропоткинский пер., д. 23)

Актуальность. Высокие требования к стрессоустойчивости сотрудников силовых структур и социальный характер их деятельности обуславливают необходимость выявления связанных с социальным стрессом факторов нарушения профессиональной деятельности.

Цель – выявление различий спектральных и временных показателей сердечного ритма при предъявлении ситуаций межличностного взаимодействия у сотрудников силовых структур с разным уровнем адаптации к стрессу.

Методология. Исследование направлено на определение особенностей вариабельности сердечного ритма при предъявлении ситуаций межличностного взаимодействия у 249 сотрудников силовых структур с различным уровнем адаптации к стрессу. На первом этапе при предъявлении стимулов, моделирующих чрезвычайные ситуации, выделены три группы с разным уровнем адаптации к стрессу; на втором этапе в выделенных группах оценивались физиологические параметры во время предъявления ситуаций межличностного взаимодействия, включавших нейтральную, радостную и четыре конфликтные ситуации: единичные и длительные с унижением достоинства или физической угрозой.

Результаты и их анализ. Выявлено, что у сотрудников силовых структур с низким уровнем адаптации к стрессу предъявление ситуаций межличностного взаимодействия приводит к высокому напряжению в работе сердечно-сосудистой системы, низкому компенсаторному увеличению активности сегментарного и центрального отделов вегетативной нервной системы; сопровождается нарушением привыкания к стрессогенному содержанию ситуаций и более высокой чувствительностью к стрессогенному воздействию длительных конфликтных ситуаций, чем единичных.

Заключение. Результаты расширяют представления о факторах, лежащих в основе нарушений поведения в конфликтных ситуациях сотрудников силовых структур с разным уровнем адаптации к стрессу, и могут быть использованы при оценке личностно-профессиональных компетенций.

Ключевые слова: конфликт, стресс, адаптация, силовые структуры, физическая угроза, унижение достоинства, вегетативная нервная система.

✉ Лысенко Надежда Евгеньевна – канд. психол. наук, ст. науч. сотрудник, лаборатория психогигиены и психопрофилактики, Нац. мед. исслед. центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского (Россия, 119034, Москва, Кропоткинский пер., д. 23); e-mail: nlisenko@yandex.ru;

Пеева Олеся Дмитриевна – мл. науч. сотрудник, лаборатория психогигиены и психопрофилактики, Нац. мед. исслед. центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского (Россия, 119034, Москва, Кропоткинский пер., д. 23); e-mail: olesya.peeva@mail.ru;

Кабанова Татьяна Николаевна – канд. психол. наук, ст. науч. сотрудник, лаборатория психогигиены и психопрофилактики, Нац. мед. исслед. центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского (Россия, 119034, Москва, Кропоткинский пер., д. 23); e-mail: tatianak0607@yandex.ru

Введение

Высокие требования к стрессоустойчивости личного состава при выполнении служебных задач определяют необходимость выявления связанных со стрессом факторов нарушения профессиональной деятельности у сотрудников силовых структур. В связи с социальным характером деятельности профессионально важным качеством сотрудников силовых структур является способность эффективно действовать в конфликтных ситуациях [1, 5]. Несмотря на инструкции, предписывающие способы реагирования при инцидентах, сотрудники силовых структур неодинаково воспринимают контекст ситуаций и неверно оценивают их сложность, что приводит к ошибочным решениям [2]. В условиях стресса требующие усилий когнитивные функции, связанные с вербальным общением, имеют тенденцию к сбоям [9].

Вегетативная нервная система (ВНС) регулирует целенаправленное поведение посредством организации физиологических ресурсов и выбора реакций. Тонус парасимпатической НС в регуляции работы сердца является маркером эффективности механизмов центрально-периферической нейронной обратной связи; его вклад в регуляцию сердечной деятельности служит мерой адаптации, стрессовой уязвимости и саморегуляции [3, 10]. Парасимпатический нерв, или вагус, связан со структурами мозга, обслуживающими исполнительное и социальное поведение. Приложение ментальных усилий для преодоления или избегания неприятных стимулов, а также вовлеченность в эмотивное содержание стимулов связывают с активацией симпатического звена ВНС, надежным показателем изменений которой являются параметры сердечно-сосудистой деятельности [5]. Физиологические изменения позволяют судить о чувствительности к эмотивному контенту, интенсивности эмоциональных реакций, оценивать мотивационную направленность и даже предсказывать эффективность деятельности [7, 10].

Ранее показано, что не только острый стресс, но и дистресс влияют на особенно-

сти восприятия ситуации [8]. Однако ранее не оценивалось влияние уровня адаптации к стрессу у сотрудников силовых структур на их поведение в ситуациях межличностного взаимодействия. **Целью** исследования является выявление различий спектральных и временных показателей сердечного ритма при предъявлении ситуаций межличностного взаимодействия у сотрудников МВД с разным уровнем адаптации к стрессу.

Материал и методы

Выборку исследования составили 249 (из них 86 женщин) психически здоровых обследуемых, из которых 66 являлись сотрудниками силовых структур, 183 – студентами Московского университета МВД России им. В.Я. Кикотя. Возраст обследуемых составил $23,70 \pm 8,13$ года.

Исследование состояло из двух процедур. Процедура 1 включала регистрацию физиологических показателей при предъявлении аудиальных стрессовых стимулов, а также в покое до и после их предъявления. Длительность каждого этапа составляла 3 минуты. Аудиостимулами являлись нарастающие по громкости звуки сирен, взрывов, криков людей, сопровождаемые демонстрацией нейтральных изображений на экране монитора. Процедура 2: после регистрации фоновых физиологических показателей каждому обследуемому предъявлялось семь видеозаписей ситуаций межличностного взаимодействия длительностью 40–45 сек каждая: тренировочная (трагикомичная) – 1, нейтральная – 1, радостная – 1, конфликтные – 4. В число конфликтных ситуаций вошли две с наличием физической угрозы для главного героя (единичный и длительный конфликт) и две с унижением главного героя (единичный и длительный конфликт). Предварительный отбор видеозаписей производился на основании экспертных оценок по методу Дельфи. Порядок предъявления видеозаписей обследуемым варьировался. Регистрация и обработка физиологических показателей выполнена с использованием оборудования и программного обеспече-

ния «Реакор» ООО НПКФ «Медиком МТД». Регистрировались: фотоплетизмограмма (ФПГ) с анализом систолического артериального давления (САД); кожно-гальваническая реакция (КГР); электрокардиограмма (ЭКГ) с анализом частоты сердечных сокращений (ЧСС), мощности дыхательных сердечных волн 0,15–0,4 Гц (HF, мсек²), медленных сердечных волн первого порядка 0,04–0,15 Гц (LF, мсек²), сердечных волн второго порядка 0,003–0,04 Гц (VLF, мсек²); определялись общая мощность спектра ЭКГ как сумма HF, LF, VLF (TP, мсек²), индекс активации подкорковых нервных центров (ИАП); степень расслабления (HF/LF), соотношение активности центрального и автономного контуров (VLF/HF); а также амплитуда моды (АМо), индекс напряжения (ИН=АМо/(2ΔX*Мо), усл.ед) и вариационный размах (BP, мсек). Выбор физиологических показателей определяется допустимостью их использования в коротких записях (длиной менее 3 минут). Статистическая обработка в программе SPSS Statistics 26 включала: кластерный анализ k-means, оценку Q1–Q3, методы Краскела – Уоллиса и Манна – Уитни; для сравнения связанных выборок использовался критерий Фридмана.

Результаты и их анализ

На первом этапе исследования был проведен кластерный анализ k-means с использованием показателей HF, LF, VLF при предъявлении стрессогенных аудиостимулов. Выделено три группы обследуемых с различным уровнем адаптации к стрессу. В первой группе (кластер 1) отмечено высо-

кое значение HF, среднее значение LF и высокое значение VLF. Во второй группе (кластер 2) отмечались наиболее низкие показатели всех составляющих сердечного ритма (CP) с некоторым преобладанием мощности LF. В третьей группе (кластер 3) наблюдалось преобладание показателя LF, умеренного подъема показателя HF и средний уровень показателя VLF (рис. 1).

В группу 1 вошли 13 человек (из них 9 женщин). При проведении процедуры 1 у них был выявлен высокий уровень адаптации к стрессу, который характеризовался высоким парасимпатическим влиянием в регуляции сердца. При проведении процедуры 2 в этой группе, по сравнению с другими группами, отмечались: высокий уровень централизации управления CP со стороны подкорковых структур (VLF, $p < 0,001$), высокое влияние парасимпатического отдела ВНС в регуляции сердца (HF, BP, $p < 0,001$), низкий уровень напряжения (ИН, $p < 0,01$). В группе 1 выявлено наименьшее количество различий физиологических показателей при предъявлении разных видеозаписей: длительная ситуация угрозы характеризовалась более низким значением TP, чем радостная ситуация ($p = 0,04$), и более низким уровнем VLF, чем единичная ситуация угрозы ($p = 0,04$).

В группу 2 вошли 209 человек (из них 67 женщин). При проведении процедуры 1 в группе 2 выявлен низкий уровень адаптации к стрессу с низкой общей мощностью частотного спектра (TP, $p < 0,001$) и дефицитом влияния парасимпатического отдела ВНС на регуляцию сердца при предъявлении стрессогенного аудиостимула (HF,



Рис. 1. Профили адаптации к стрессу, выделенные на основании показателей HF, LF и VLF при предъявлении стрессогенных аудиостимулов (мсек²)

$p < 0,001$). В ходе процедуры 2 при предъявлении всех видеозаписей межличностного взаимодействия выявлены: низкий уровень ТР ($p < 0,01$), преобладание симпатической активации (АМо, $p < 0,001$), высокий уровень напряжения (ИН, $p < 0,05$) в сочетании с низким парасимпатическим влиянием на регуляцию сердечного ритма (ВР, НР, $p < 0,001$). В группе 2 при предъявлении **единичной** ситуации **унижения** отмечались: низкая ЧСС ($p < 0,001$), по сравнению с остальными ситуациями; высокий уровень САД, по сравнению с длительной ситуацией унижения и ситуацией единичной угрозы ($p < 0,001$); а также высокий уровень VLF ($p < 0,05$) по сравнению с другими конфликтными ситуациями. При предъявлении **длительной** ситуации **унижения** в группе 2 отмечалась высокая выраженность симпатической активации по сравнению с нейтральной ситуацией (АМо ($p = 0,00$), КГР ($p = 0,03$), ВР ($p = 0,011$)). При предъявлении видеозаписи **длительной** ситуации **угрозы** отмечался высокий уровень САД по сравнению с единичной угрозой и радостной ситуацией ($p < 0,001$), сопровождаемый низким уровнем централизации в управлении сердцем (VLF ($p = 0,02$)). Выявлена более высокая активация подкорковых структур при предъявлении радостной ситуации, по сравнению с единичной ситуацией угрозы (ИАП ($p = 0,04$)), длительной ситуацией угрозы (VLF ($p = 0,02$)) и длительной ситуацией унижения (VLF ($p = 0,01$)). При предъявлении **нейтральной** ситуации выявлен высокий ИН ($p = 0,04$), по сравнению с единичной ситуацией унижения.

Группа 3, в которую вошло 27 человек (из них 7 женщин), отличалась умеренным уровнем адаптации к стрессу. В этой группе выявлен высокий уровень централизации управления СР при предъявлении обеих длительных конфликтных ситуаций (унижения и угрозы), а также единичной ситуации унижения (VLF, VLF/НР, $p < 0,01$). В группе 3 обнаружен высокий уровень ригидности СР в нейтральной ситуации (АМо, $p < 0,001$), а также выявлены высокие показатели КГР ($p < 0,05$) и САД ($p < 0,05$) в радостной си-

туации. В единичной ситуации унижения отмечен низкий уровень САД по сравнению с нейтральной ситуацией ($p = 0,01$). Выявлены: высокий уровень САД при предъявлении **длительной** ситуации угрозы, по сравнению с **единичной** ситуацией угрозы ($p = 0,03$), а также преобладание парасимпатического влияния на сердечный ритм по сравнению с длительной ситуацией унижения (АМо ($p < 0,01$)).

Таким образом, проведенное исследование позволило выделить различия спектральных и временных показателей сердечного ритма при предъявлении ситуаций межличностного взаимодействия с различным содержанием и эмоциональной окраской у сотрудников силовых структур с разным уровнем адаптации к стрессу.

В группе 1 отмечались: высокий уровень адаптации к стрессу, высокая вовлеченность в восприятие стрессогенного стимула и компенсаторное увеличение активности разных отделов ВНС, благодаря которому обеспечивается динамическое равновесие вегетативной регуляции [3]. В связи с этим в группе 1, независимо от содержания и эмоциональной валентности видеозаписей, отмечался низкий уровень напряжения. В этой группе выявлялась адекватная реакция расслабления при предъявлении радостного контекста. Единичная ситуация угрозы в большей мере задействовала подкорковые механизмы регуляции СР, чем длительная, что свидетельствует о повышении эрготропного влияния на сердечный ритм во время инцидентов.

В группе 2 выявлены низкий уровень адаптации к стрессу, а также паттерн реакций, соответствующий состоянию хронического стресса [4]. При восприятии ситуаций межличностного взаимодействия в этой группе отмечался высокий уровень напряжения, который, по данным литературы, негативно влияет на регуляцию эмоций [10]. Разнообразие паттернов физиологических реакций при предъявлении различных ситуаций отражает нарушение процесса привыкания и повышенную чувствительность к нюансам стрессогенных ситуаций [10]. В группе 2 предъявление радостной

и нейтральной ситуаций формировало более высокое напряжение, чем предъявление конфликтных ситуаций; при предъявлении конфликтных ситуаций отмечался дефицит церебрального эрготропного влияния в регуляции сердечной деятельности. Длительные конфликтные ситуации воспринимались более угрожающими, чем единичные. Единичная ситуация унижения была связана с упреждающим ожиданием угрозы, но не приводила к компенсаторному увеличению активности подкорковых отделов регуляции сердечного ритма [3].

В группе 3, которая характеризовалась умеренным уровнем адаптации к стрессу, отмечалось преобладание процессов активации с усилением подкоркового влияния и повышением активности структур продолговатого мозга в регуляции сердечного ритма при предъявлении стрессогенных стимулов. Особенностью этой группы была напряженность при предъявлении нейтральной и радостной ситуаций. Так же, как представителями группы 2, обследуемыми группы 3 длительная ситуация угрозы воспринималась как более напряженная, чем единичная. Однако наиболее стрессогенной

для обследуемых этой группы являлась ситуация длительного унижения достоинства.

Выводы

У сотрудников силовых структур с низким уровнем адаптации восприятие ситуаций межличностного взаимодействия связано с высоким напряжением в работе сердечно-сосудистой системы, низким компенсаторным увеличением активности сегментарного и центрального отделов вегетативной нервной системы; сопровождается нарушением процесса привыкания к стрессогенному содержанию ситуаций и высокой чувствительностью к длительным конфликтным ситуациям, а не к единичному стрессогенному воздействию. Полученные результаты вносят вклад в изучение распределения физиологических ресурсов в стрессовых ситуациях, открывают перспективы для оптимального использования человеческих ресурсов в условиях профессиональной деятельности и прогноза оптимального уровня физиологической адаптации в напряженных ситуациях, включающих межличностное взаимодействие.

Литература

1. Ашхотова Л.А., Ярычев Н.У. Принципы совершенствования коммуникативной мобильности сотрудников органов внутренних дел, обучающихся в институте повышения квалификации // Педагогика. Теория и практика. 2019. № 3 (4). С. 73–78. DOI: 10.30853/pedagogy.2019.3.14
2. Леонова А.Б., Блиникова И.В., Капица М.С. Трансформация системы когнитивных ресурсов при возрастании эмоциональной напряженности // Вестник Московского университета. Сер. 14. Психология. 2019. № 1. С. 69–90. DOI: 10.11621/всп.2019.01.69
3. Неудахин Е.В. Обоснование эрготропной терапии вегетативных расстройств у детей // Русский медицинский журнал. 2018. № 2 (II). С. 107–112.
4. Порджес С. Поливагальная теория. Нейрофизиологические основы эмоций, привязанности, общения и саморегуляции. К.: Мультиметод, 2020. 464 с.
5. Судаков К.В. Индивидуальная устойчивость к эмоциональному стрессу. М.: НИИ норм. физиологии им. П.К. Анохина РАМН, 1998. 263 с.
6. Arble E., Daugherty A.M., Arnetz B. Differential Effects of Physiological Arousal Following Acute Stress on Police Officer Performance in a Simulated Critical Incident // *Front. Psychol.* 2019. Vol. 10. P. 759. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.00759
7. Bouzidi Y.S., Gendolla G.H.E. Cognitive Conflict Does Not Always Mean High Effort: Task Difficulty's Moderating Effect on Cardiac Response // *Psychophysiology*. 2024. Vol. 61, N 8. P. 1–12. DOI: 10.1111/psyp.14580
8. Kelley D.C., Siegel E., Wormwood J.B. Understanding Police Performance under Stress: Insights from the Biopsychosocial Model of Challenge and Threat // *Front. Psychol.* 2019. Vol. 10. P. 1800. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.01800
9. Queirys C., Passos F., Bártole A. [et al.]. Burnout and Stress Measurement in Police Officers: Literature Review and a Study with the Operational Police Stress Questionnaire // *Front. Psychol.* 2020. Vol. 11. P. 587. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.00587

10. Sandi C. Stress and Cognition // *Wiley Interdisciplinary Reviews. Cognitive Science*. 2013. Vol. 4, N 3. P. 245–261. DOI: 10.1002/wcs.1222
11. Thayer J.F., Lane R.D. A Model of Neurovisceral Integration in Emotion Regulation and Dysregulation // *Journal of Affective Disorders*. 2000. Vol. 61, N 3. P. 201–216. DOI: 10.1016/S0165-0327(00)00338-4

Поступила 12.08.24

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

Участие авторов: Н.Е. Лысенко – участие в создании концепции и дизайна исследования, сбор первичных данных, статистический анализ и интерпретация данных, написание первой версии текста статьи, редактирование; О.Д. Пеева – участие в создании концепции и дизайна исследования, сбор первичных данных, редактирование; Т.Н. Кабанова – сбор первичных данных.

Лысенко Н.Е., Пеева О.Д., Кабанова Т.Н. Вариабельность сердечного ритма при предъявлении ситуаций межличностного взаимодействия у сотрудников силовых структур с различным уровнем адаптации к стрессу // *Вестник психотерапии*. 2024. № 92. С. 61–67. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-92-61-67

N.E. Lysenko, O.D. Peeva, T.N. Kabanova

Heart Rate Variability in Response to Interpersonal Interaction Scenarios Among Law Enforcement Officers with Different Levels of Stress Adaptation

V. Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology
(23, Kropotkinskiy lane, Moscow, Russia)

✉ Nadezhda Evgenievna Lysenko – PhD Psychol. Sci., senior researcher, laboratory of psychohygiene and psychoprophylaxis, V.P. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology (23, Kropotkinskiy lane, Moscow, 119034, Russia); e-mail: nlysenko@yandex.ru;

Olesya Dmitrievna Peeva – junior researcher, laboratory of psychohygiene and psychoprophylaxis, V.P. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology (23, Kropotkinskiy lane, Moscow, 119034, Russia); e-mail: olesya.peeva@mail.ru;

Tatyana Nikolaevna Kabanova – PhD Psychol. Sci., senior researcher, laboratory of psychohygiene and psychoprophylaxis, V.P. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology (23, Kropotkinskiy Lane, Moscow, 119034, Russia); e-mail: tatianak0607@yandex.ru

Abstract

Relevance. High demands for stress resilience in law enforcement officers, combined with the inherently social nature of their work, necessitate the identification of factors related to social stress that disrupt professional performance.

Intention – identification of differences in spectral and temporal heart rate indicators when presenting situations of interpersonal interaction among law enforcement officers with different levels of adaptation to stress.

Methodology. The study is aimed at determining of heart rate variability when presenting situations of interpersonal interaction in 249 law enforcement officers with different levels of adaptation to stress. At the first stage, 3 groups with different levels of adaptation to stress were identified due to spectral characteristics of the heart rate when presenting stimuli simulating emergency situations; At the second stage, physiological parameters were evaluated in the selected groups during the presentation of interpersonal interaction situations, including neutral, joyful and 4 conflict situations: isolated and prolonged with humiliation or physical threat.

Results and discussion. It was revealed that in persons with a low level of adaptation to stress, the presentation of interpersonal interaction situations leads to high tension in the cardiovascular activity, a low compensatory increase in the activity of the segmental and central divisions of the autonomic nervous system, accompanied by a violation of habituation to the stressful content and a higher sensitivity to the stressful effects of prolonged conflict situations than isolated ones.

Conclusion. The results enhance understanding of the factors underlying behavioral disruptions in conflict situations among law enforcement officers with varying levels of stress adaptation. These findings can be utilized for assessing personality-professional competencies in this population.

Keywords: conflict, stress, adaptation, law enforcement agencies, physical threat, humiliation of dignity, autonomic nervous system

References

1. Ashkhotova L.A., Yarychev N.U. Printsipy sovershenstvovaniya kommunikativnoi mobil'nosti sotrudnikov organov vnutrennikh del, obuchayushchikhsya v institute povysheniya kvalifikatsii [Principles to improve law enforcement officers' communicative mobility in the advances training course]. *Pedagogika. Teoriya i praktika* [Pedagogy. Theory & Practice (Russia)]. 2019; 3(4): 73–78. (In Russ.)
2. Leonova A.B., Blinnikova I.V., Kapitsa M.S. Transformatsiya sistemy kognitivnykh resursov pri vozzrastanii emotsional'noi napryazhennosti [Cognitive tasks performance in emotional tension increasing]. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14. Psikhologiya* [Lomonosov Psychology Journal (Russia)]. 2019; (1): 69–90. DOI: 10.11621/ВСП.2019.01.69 (In Russ.)
3. Neudakhin E.V. Obosnovanie energotropnoi terapii vegetativnykh rasstroistv u detei [Substantiation of energotropic therapy of vegetative disorders in children]. *Russkii meditsinskii zhurnal* [Russian Medical Journal]. 2018. (2(II)): 107–112 (In Russ.)
4. Pordzhes S. Polivagal'naya teoriya. Neirofiziologicheskie osnovy emotsii, privyazannosti, obshcheniya i samoregulyatsii [The Polyvagal theory: neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation]. Kiev, 2020. 464 p. (In Russ.)
5. Sudakov K.V. Individual'naya ustoichivost' k emotsional'nomu stressu [Individual resistance to emotional stress]. Moscow, 1998. 263 p. (In Russ.)
6. Arble E., Daugherty A.M., Arnetz B. Differential effects of physiological arousal following acute stress on police officer performance in a simulated critical incident. *Front. Psychol.* 2019; (10): 759.
7. Bouzidi Y.S., Gendolla G.H.E. Cognitive conflict does not always mean high effort: Task difficulty's moderating effect on cardiac response. *Psychophysiology*. 2024; 61(8): 1–12.
8. Kelley D.C., Siegel E., Wormwood J.B. Understanding police performance under stress: insights from the biopsychosocial model of challenge and threat. *Front. Psychol.* 2019; (10): 1800.
9. Queirós C., Passos F., Bártoło A. [et al.]. Burnout and stress measurement in police officers: literature review and a study with the operational police stress questionnaire. *Front. Psychol.* 2020; (11): 587.
10. Sandi C. Stress and cognition. *Wiley interdisciplinary reviews. Cognitive science*. 2013; 4(3): 245–261.
11. Thayer J.E., Lane R.D. A model of neurovisceral integration in emotion regulation and dysregulation. *Journal of Affective Disorders*. 2000; 61(3): 201–216.

Received 12.08.2024

For citing: Lysenko N.E., Peeva O.D., Kabanova T.N. Variabel'nost' serdechnogo ritma pri pred'yavlenii situatsij mezhlichnostnogo vzaimodejstviya u sotrudnikov silovykh struktur s razlichnym urovnem adaptatsii k stressu. *Vestnik psikhoterapii*. 2024; (92): 61–67. (In Russ.)

Lysenko N.E., Peeva O.D., Kabanova T.N. Heart rate variability in response to interpersonal interaction scenarios among law enforcement officers with different levels of stress adaptation. *Bulletin of Psychotherapy*. 2024; (92): 61–67. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-92-61-67

М.С. Плужник¹, В.И. Евдокимов², Т.А. Караваева^{3,4}

СОГЛАСОВАННОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПО ВОЕННОЙ МИССИСИПСКОЙ ШКАЛЕ ПТСР И СКРИНИНГОВОЙ МЕТОДИКЕ РС-PTSD-5 У КОМБАТАНТОВ СПЕЦИАЛЬНОЙ ВОЕННОЙ ОПЕРАЦИИ

¹ Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6);

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

³ Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии
им. В.М. Бехтерева (Россия, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 1);

⁴ Санкт-Петербургский государственный университет
(Россия, Санкт-Петербург, Университетская набережная, д. 7–9)

Введение. Число вооруженных конфликтов в мире не уменьшается. У возрастающего числа комбатантов и мирного населения, напрямую или опосредованно вовлеченного в боевые действия, возникает проблема экспресс-диагностики проявлений боевого стресса и боевых стрессовых расстройств.

Цель – установить корреляционные зависимости между субшкалами военного варианта миссисипской шкалы ПТСР и скрининговой методики РС-PTSD-5.

Материал и методы. В мае–июне 2024 г. при помощи военного варианта миссисипской шкалы, методики РС-PTSD-5 и неструктурированного интервью провели обследование 163 комбатантов, предварительно получив у них добровольное информированное согласие. Установочное поведение оценивали при помощи 10 адаптированных вопросов на искренность из опросника «Стандартизированный метод исследования личности». В связи с непараметрическим распределением некоторых субшкал опросников в тексте приведены средние данные, медианы с верхним и нижним квартилем ($Me [Q_1; Q_3]$). Сходство (различие) показателей оценивали при помощи рангового критерия Краскела–Уоллиса, корреляционные зависимости – ранговых корреляций Спирмена.

Результаты и их анализ. Средние результаты шкалы на искренность составили 7 [6; 8] баллов, что свидетельствовало о достаточно хорошей достоверности результатов обследования. При частотном анализе качественных показателей нарушения психической адаптации по миссисипской шкале ПТСР наблюдались у 8,6% комбатантов, ПТСР – у 3,7%. Корреляционная зависимость общего показателя оригинального военного варианта миссисипской

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

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

Караваева Татьяна Артуровна – д-р мед. наук, руководитель отд-ния лечения пограничных психич. расстройств и психотерапии, Нац. мед. исслед. центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева (Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3); проф., каф. мед. психологии и психофизиологии, С.-Петерб. гос. ун-т (Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7–9), ORCID: 0000-0002-8798-3702, e-mail: tania_kar@mail.ru

шкалы ПТСР и методики PC-PTSD-5 – умеренная, положительная и статистически значимая ($r = 0,588$; $p < 0,001$). Положительные статистически достоверные корреляционные зависимости низкой и умеренной силы были найдены по всем проанализированным субшкалам (вторжение, избегание, физиологическая возбудимость, вина и суицидальность).

Заключение. При дефиците времени и большом потоке комбатантов результатам обследования по методике PC-PTSD-5 можно доверять. Эти результаты, наряду с другими, могут быть использованы при определении нуждаемости комбатантов в психологической коррекции и психотерапии.

Ключевые слова: война, вооруженный конфликт, комбатант, психодиагностика, миссисипская шкала ПТСР, PC-PTSD-5, нарушение психической адаптации, посттравматическое стрессовое расстройство.

Введение

В 2023 г. в мире произошли 56 вооруженных конфликтов и войн, и их количество не уменьшается. Вооруженные конфликты стали более международными – за пределами своих границ в них участвовали 92 страны (рис. 1). Экономические траты на вооруженное насилие достигли 19,1 трлн долларов США (в 2022 г. – 17,5 трлн долларов), что составило 13,5% от мирового валового внутреннего продукта или 2380 долларов на каждого человека. В 2023 г. число погибших в мире в результате вооруженных конфликтов оказалось более 162 тыс. человек, а за

первые 4 мес 2024 г. – 47 тыс. человек. Из-за вооруженных конфликтов 110 млн человек являются или беженцами, или внутренне перемещенными лицами. В настоящее время в 16 странах проживают более 500 тыс. беженцев [9].

В вооруженные конфликты вовлекаются не только лица, принимающие непосредственное участие в боевых действиях в составе вооруженных сил одной из сторон международного вооруженного конфликта и имеющие в этом качестве особый юридический статус (комбатанты от фр. *combatant* – сражающийся), но и гражданское население,



Рис. 1. Уровень вовлеченности стран в вооруженные конфликты в 2023 г. [адаптировано по <https://www.visionofhumanity.org/maps/>]

которое также подвержено влиянию боевого стресса с возможным развитием боевых стрессовых расстройств. Эти люди нуждаются в психологической и психотерапевтической помощи.

Подробный анализ развития боевых стрессовых расстройств, в том числе, посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), в армиях зарубежных стран, принимающих участие в вооруженных конфликтах, представлен в диссертации Р.Н. Лемешкина [3] и мета-анализах [8, 14–16]. В научной литературе боевые стрессовые расстройства у комбатантов представлены в широком диапазоне показателей, что во многом определялось методологическим различием в их оценке [2].

Обычно для изучения нарушений психической адаптации и ПТСР у комбатантов используются психологические опросники. Наиболее распространенным является военный вариант миссисипской шкалы ПТСР [5, 10]. Комбатанты, как правило, негативно относятся к обследованиям, в том числе, к психологическим. Для минимизации времени обследования при большом потоке санитарных потерь разработаны скрининговые методики. В предыдущих исследованиях [4, 6] выявлена высокая корреляционная зависимость между некоторыми оригинальными (общепринятыми) и скрининговыми методиками оценки депрессии и тревоги у комбатантов специальной военной операции.

В некоторых зарубежных исследованиях представлена валидность методики PC-PTSD-5 [11–13]. Выявлена высокая согласованность результатов методики с показателями международного нейропсихологического интервью (Mini-International Neuropsychiatric Interview-Plus, MINI) и другими психологическими методиками. Установлено, что ПТСР было выявлено в 14,3 % из 253 обследованных комбатантов [13]. Исследований по стандартизации методики PC-PTSD-5 на русском языке у комбатантов не проводилось.

Цель – установить корреляционные зависимости между субшкалами военного варианта миссисипской шкалы ПТСР и скрининговой методики PC-PTSD-5.

Материалы и методы

В мае–июне 2024 г. при помощи психологических тестов и неструктурированного интервью провели обследование 163 комбатантов, предварительно получив у них добровольное информированное согласие. Комбатанты активно отвечали на вопросы и проявляли интерес к полученным результатам. Медико-психологическое обследование проводили через 1–2 сут после поступления в военно-медицинскую организацию с ранениями легкой и средней степени тяжести.

Возраст комбатантов был от 20 до 54 лет, средний – $(34,3 \pm 0,7)$ года. Срок службы в Вооруженных силах России составил от 1,1 года до 28 лет, в среднем – 3 года, участия в специальной военной операции – от 1 до 27 мес, в среднем – 8,2 мес.

Военный вариант миссисипской шкалы ПТСР (Mississippi Scale) содержит 35 утверждений, которые оцениваются по 5-балльной системе выраженности (1 – минимальный показатель, 5 – максимальный). Качественную оценку результатов достигали суммированием баллов: при 35–96 – нормальная адаптация, 97–111 – расстройство адаптации, 112 и более – сформированное ПТСР [14].

В публикации Н.В. Тарабриной указано, что содержащиеся в опроснике утверждения подразделяются на 4 субшкалы: 11 пунктов направлены на выявление симптомов избегания, 11 – вторжения, 8 утверждений относятся к критерию физиологической возбудимости, 5 – направлены на определение чувства вины и суицидальности [5], но какие это были утверждения в доступных источниках не найдено. Распределение вопросов по субшкалам проведено самостоятельно (табл. 1).

Методика PC-PTSD-5 содержит 5 утверждений и предназначена для скрининга лиц с вероятным ПТСР. В соответствии с критериями ПТСР по диагностическому и статистическому руководству Американской психиатрической ассоциации по психическим расстройствам 5-го издания (DSM-V), в методику добавлен 5-й вопрос на наличие чувства вины. Показатели симптома деперсонализации, утверждений на выявление

Таблица 1

Распределение утверждений военного варианта миссисипской шкалы ПТСР по субшкалам

Утверждение	*Субшкала			
	1	2	3	4
1. До службы в армии у меня было больше друзей, чем сейчас		+		
2. У меня нет чувства вины за то, что я делал во время службы в армии				+
3. Если кто-то выведет меня из терпения, я, скорее всего, не сдержусь (применю физическую силу)			+	
4. Если случается что-то, напоминающее мне о прошлом, это выводит меня из равновесия и причиняет боль	+			
5. Люди, которые очень хорошо меня знают, меня боятся			+	
6. Я способен вступать в эмоционально близкие отношения с другими людьми		+		
7. Мне снятся по ночам кошмары о том, что было в действительности на войне	+			
8. Когда я думаю о некоторых вещах, которые я делал в армии, мне просто не хочется жить				+
9. Внешне я выгляжу бесчувственным		+		
10. Последнее время я чувствую, что хочу покончить с собой				+
11. Я хорошо засыпаю, нормально сплю и просыпаюсь только тогда, когда надо вставать			+	
12. Я всё время задаю себе вопрос, почему я ещё жив, в то время как другие погибли на войне				+
13. В определённых ситуациях я чувствую себя так, как будто я снова в армии	+			
14. Мои сны настолько реальны, что я просыпаюсь в холодном поту и заставляю себя больше не спать	+			
15. Я чувствую, что больше не могу				+
16. Вещи, которые вызывают у других людей смех или слёзы, меня не трогают		+		
17. Меня по-прежнему радуют те же вещи, что и раньше		+		
18. Мои фантазии реалистичны и вызывают страх	+			
19. Я обнаружил, что мне работать нетрудно после демобилизации		+		
20. Мне трудно сосредоточиться	+			
21. Я беспричинно плачу			+	
22. Мне нравится быть в обществе других людей		+		
23. Меня пугают мои стремления и желания	+			
24. Я легко засыпаю			+	
25. От неожиданного шума я легко вздрагиваю			+	
26. Никто, даже члены моей семьи, не понимают, что я чувствую	+			
27. Я лёгкий, спокойный, уравновешенный человек			+	
28. Я чувствую, что о каких-то вещах, которые я делал в армии, я не смогу рассказать кому-либо, потому что этого никому не понять		+		
29. Временами я употребляю алкоголь или снотворное, чтобы помочь себе заснуть или забыть о тех вещах, которые случились со мной, когда я служил в армии	+			
30. Я не испытываю дискомфорта, когда нахожусь в толпе		+		
31. Я теряю самообладание и взрываюсь из-за мелочей			+	
32. Я боюсь засыпать	+			
33. Я пытаюсь избегать всего, что могло бы напомнить мне о том, что случилось со мной в армии		+		
34. Моя память такая же хорошая, как и раньше	+			
35. Я испытываю трудности в проявлении своих чувств, даже по отношению к близким людям		+		

* 1 – вторжение, 2 – избегание, 3 – физиологическая возбудимость, 4 – вина и суицидальность.

Распределение утверждений опросника PC-PTSD-5 по субшкалам

За последний месяц Вы...	Субшкала
Вам снились кошмары о событии (событиях) или вы думали о событии (событиях), когда вам этого не хотелось?	Вторжение
Изо всех сил старались не думать о событии (событиях) или старались избегать ситуаций, которые напоминали бы вам о событии (событиях)?	Избегание
Находились постоянно настороже, настороженно или легко пугались?	Физиологическая возбудимость
Чувствуете оцепенение или оторванность от людей, занятий или окружения?	Деперсонализация
Чувствуете себя виноватым или не можете перестать винить себя или других за событие (события) или какие-либо проблемы, которые оно могло вызвать?	Вина

которого в миссисипской шкале ПТСР нет, не анализировали.

На каждое утверждение необходимо ответить «да» или «нет». Скрининг вероятности развития ПТСР считается положительным, если респондент ответил «да» на 3 утверждения и более. В табл. 2 представлено распределение утверждений по субшкалам.

Установочное поведение оценивали при помощи 10 адаптированных вопросов на искренность из опросника «Стандартизированный метод исследования личности». Ответ на вопрос «нет» указывал на тенденцию неискренности или желание «выглядеть лучше». Пороговый результат, при котором обследование считали достоверным, был принят в 6 баллов.

Оценку результатов провели с использованием программного пакета Statistica 12.0. В связи с непараметрическим распределением некоторых субшкал опросников в тексте приведены средние данные и медианы с верхним и нижним квартилем (Me [Q₁; Q₃]).

Корреляционные зависимости выявили при помощи ранговых корреляций Спирмена, сходство (различие) в группах – рангового критерия Краскела–Уоллиса.

Результаты и их анализ

Средние результаты по шкале на искренность составили 7,1 балла (7 [6; 8] баллов), что свидетельствовало о достаточно хорошей достоверности результатов обследования.

Обобщенные показатели по военному варианту миссисипской шкалы ПТСР и скрининговой методике PC-PTSD-5 представлены в табл. 3. Средний показатель по миссисипской шкале ПТСР был 74,8 балла, по методике PC-PTSD-5 – 2,1 балла, что свидетельствовало о низкой вероятности развития нарушений психической адаптации. Например, при частотном анализе качественных показателей нарушения психической адаптации по миссисипской шкале ПТСР наблюдались у 14 (8,6%) респондентов, ПТСР – у 6 (3,7%).

Обобщенные показатели по военному варианту миссисипской шкалы ПТСР и методике PC-PTSD-5

Названия субшкал	Миссисипская шкала ПТСР		Методика PC-PTSD-5		r
	средний показатель	Me [Q ₁ ; Q ₃]	средний показатель	Me [Q ₁ ; Q ₃]	
Вторжение	21,8	20 [17; 25]	0,5	1 [0; 1]	0,588; p < 0,001
Избегание	26,0	25 [22; 30]	0,6	1 [0; 1]	0,225; p < 0,01
Физиологическая возбудимость	18,4	18 [16; 21]	0,6	1 [0; 1]	0,250; p < 0,01
Вина и суицидальность	8,6	8 [6; 10]	0,2	0 [0; 0]	0,494; p < 0,001
Общий показатель	74,8	71 [63; 84]	2,1	2 [1; 3]	0,587; p < 0,001

При анализе первичной заболеваемости психическими расстройствами по V классу «Психические расстройства и расстройства поведения» по Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (МКБ-10) у военнослужащих Минобороны России, проходящих службу по контракту (офицеры, прапорщики, рядовые, сержанты и старшины), указанные расстройства за 5 лет с 2017 по 2021 г. (мирное время) были в 12 и 2,2 % от общей структуры соответственно [7].

Корреляционная зависимость общего показателя по военному варианту миссисипской шкалы ПТСР и скрининговой методике PC-PTSD-5 – умеренная, положи-

тельная и статистически значимая ($r = 0,588$; $p < 0,001$). Необходимо также указать на статистически достоверную корреляционную зависимость умеренной силы показателей по миссисипской шкале ПТСР и скрининговой методике PC-PTSD-5 без показателей по деперсонализации ($r = 0,569$; $p < 0,001$). Положительные статистически достоверные корреляционные зависимости низкой и умеренной силы были найдены по всем проанализированным субшкалам (см. табл. 3).

Общий показатель по методикам создавали суммы субшкал, само собой разумеется, их качественные градации от нормы до ПТСР у комбатантов показывали увеличение количественных показателей (табл. 4). В какой-то

Таблица 4

Качественные показатели по военному варианту миссисипской шкалы ПТСР и методике PC-PTSD-5

Качественный показатель в группах	Миссисипская шкала ПТСР		Методика PC-PTSD-5	
	средний показатель	Me [Q ₁ ; Q ₃]	средний показатель	Me [Q ₁ ; Q ₃]
Вторжение				
1. Норма	19,7	19 [16; 23]	0,5	0 [0; 1]
2. Нарушения адаптации	33,6	34 [30; 36]	0,9	1 [1; 1]
3. ПТСР	44,0	47 [37; 47]	1,0	1 [1; 1]
p < 0,001		1-2; 1-3		1-2
Избегание				
1. Норма	24,5	24 [21; 28]	0,6	1 [1; 1]
2. Нарушения адаптации	32,8	32 [31; 34]	0,9	1 [1; 1]
3. ПТСР	44,5	46 [38; 51]	0,8	1 [1; 1]
p < 0,001		1-2; 1-3		
Физиологическая возбудимость				
1. Норма	17,3	18 [15; 20]	0,6	1 [0; 1]
2. Нарушения адаптации	24,3	25 [21; 26]	0,8	1 [1; 1]
3. ПТСР	32,0	32 [30; 34]	0,8	1 [1; 1]
p < 0,001		1-2; 1-3		
Вина и суицидальность				
1. Норма	8,0	8 [6; 9]	0,2	0 [0; 0]
2. Нарушения адаптации	10,1	10 [9; 11]	0,3	0 [0; 1]
3. ПТСР	18,8	17 [13; 25]	1,0	1 [1; 1]
p < 0,001		1-2; 1-3		1-3; 2-3
Общий показатель				
1. Норма	69,5	69 [61; 78]	1,9	2 [1; 3]
2. Нарушения адаптации	108,8	97 [97; 105]	3,1	3 [3; 3]
3. ПТСР	139,3	142 [126; 154]	4,5	5 [4; 5]
p < 0,001		1-2; 1-3		1-2; 1-3

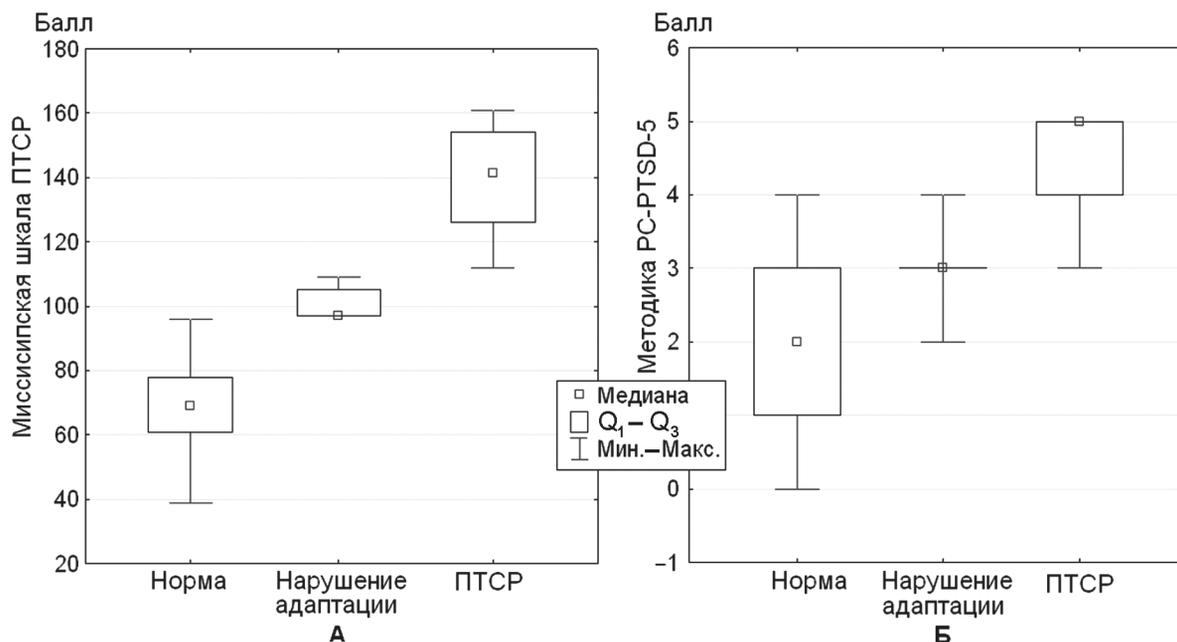


Рис. 2. Качественный общий показатель в группах комбатантов по военному варианту миссисипской шкалы ПТСР (А) и методике PC-PTSD-5 (Б)

степени это также может указывать на валидность проведенных исследований. В связи с незначительным числом комбатантов с выраженным нарушением психической адаптации и особенно ПТСР различий между 2-й и 3-й группой по нарушению психологической адаптации не выявлялось (см. табл. 4).

Наглядно распределение общего показателя по группам нарушений адаптации по общим показателям тестов показано на рис. 2, по субшкале избегание – на рис. 3. Выявлено, что в 1-й группе комбатантов (норма) непараметрические показатели по миссисипской шкале ПТСР (см. рис. 2А)

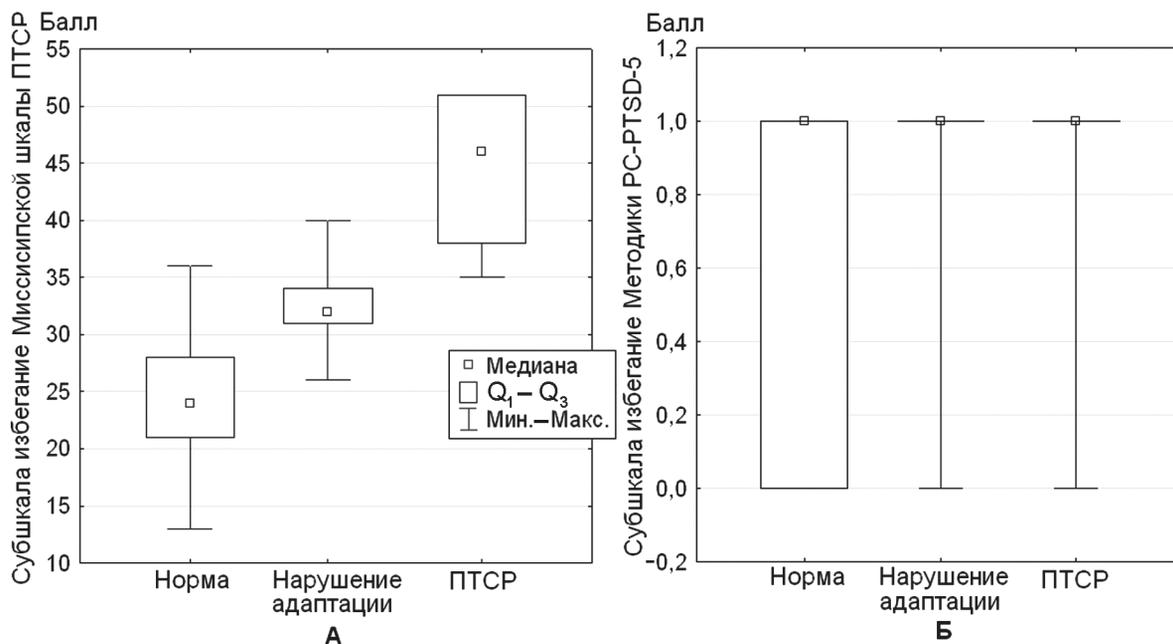


Рис. 3. Качественный показатель субшкалы избегание в группах комбатантов по военному варианту миссисипской шкалы ПТСР (А) и методике PC-PTSD-5 (Б)

и скрининговой методике PC-PTSD-5 были статистически достоверно меньше, чем во 2-й (нарушение адаптации) и 3-й (ПТСР) группе ($p < 0,001$) (см. рис. 2Б), что вполне закономерно.

Статистически достоверно меньшие данные в 1-й группе (норма) были по субшкале избегание по миссисипской шкале ПТСР по сравнению со 2-й (нарушение адаптации) и 3-й (ПТСР) группой ($p < 0,001$) (см. рис. 2А), в группах по методике PC-PTSD-5 различий не выявлено (см. рис. 2Б).

Заключение

Проведенные исследования показали статистически значимые корреляционные зависимости показателей общих данных и субшкал по военному варианту миссисипской шкалы ПТСР и скрининговой методике PC-PTSD-5. Полагаем, что при дефиците времени и большом потоке комбатантов данным обследованием по методике PC-PTSD-5 можно доверять. Эти результаты, наряду с другими, могут быть использованы при определении нужды комбатантов в психологической коррекции и психотерапии.

Литература

1. Караваева Т.А., Васильева А.В., Идрисов К.А. [и др.]. Посттравматическое стрессовое расстройство : клинич. рекомендации : утв. Минздравом России 28.02.2023 г. / Рос. о-во психиатров. 2023. 117 с.
2. Крюков Е.В., Шамрей В.К., Марченко А.А. [и др.]. Военная психиатрия в XXI веке: современные проблемы и перспективы развития / под ред. Е.В. Крюкова, В.К. Шамрея. СПб. : СпецЛит, 2022. 367 с.
3. Лемешкин Р.Н. Организация оказания медицинской помощи военнослужащим с психическими расстройствами в зоне вооруженного конфликта : автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2006. 22 с.
4. Плужник М.С., Евдокимов В.И., Шамрей В.К. Оценка нарушений психической адаптации для задач психологической коррекции комбатантов специальной военной операции // Вестн. психотерапии. 2024. № 91. С. 95–101. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-91-95-101.
5. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб. [и др.] : Питер, 2001. 272 с. (Сер. Практикум по психологии).
6. Шамрей В.К., Евдокимов В.И., Плужник М.С. Показатели нарушений психической адаптации у комбатантов специальной военной операции // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. 2024. № 3. С. 85–93. DOI: 10.25016/2541-7487-2024-0-3-85-93.
7. Шамрей В.К., Евдокимов В.И., Плужник М.С. Показатели психических расстройств у военнослужащих Минобороны России, проходящих службу по контракту (2009–2021 гг.) // Вестн. психотерапии. 2024. № 90. С. 28–36. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-90-28-36.
8. Blais R.K., Tirone V., Orłowska D. [et al.]. Self-reported PTSD symptoms and social support in U.S. military service members and veterans: a meta-analysis // Eur. J. Psychotraumatol. 2021. Vol. 12, N 1. Art. e1851078. DOI: 10.1080/20008198.2020.1851078.
9. Global Peace Index. 2024 / Institute for Economics & Peace [Electronic resource]. 85 p. URL: <https://reliefweb.int/report/world/global-peace-index-2024>.
10. Keane T.M., Caddell J.M., Taylor K.L. Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: three studies in reliability and validity // J. Consult. Clin. Psychol. 1988. Vol. 56, N 1. P. 85–90. DOI: 10.1037//0022-006x.56.1.85.
11. Lathan E.C., Petri J.M., Haynes T. [et al.]. Evaluating the Performance of the Primary Care Posttraumatic Stress Disorder Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5) in a Trauma-Exposed, Socioeconomically Vulnerable Patient Population // J. Clin. Psychol. Med. Settings. 2023. Vol. 30. P. 791–803. DOI: 10.1007/s10880-023-09941-9.
12. Massinga L.J., Greene M.C., Duarte C.S. [et al.]. Screening for posttraumatic stress disorder (PTSD) in Mozambique: Validation of the Primary Care Posttraumatic Stress Disorder Screen for Diagnostic and Statistical Manual fifth edition (PC-PTSD-5) // Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2024. Oct 24. Advance online Publication. DOI: 10.1037/tra0001806.
13. Prins A., Bovin M.J., Smolenski D.J. [et al.]. The Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5): Development and Evaluation Within a Veteran Primary Care Sample // J. Gen. Intern. Med. 2016. Vol. 31, N 10. P. 1206–1211. DOI: 10.1007/s11606-016-3703-5.
14. Wright B.K., Kelsall H.L., Sim M.R. [et al.]. Support mechanisms and vulnerabilities in relation to PTSD in veterans of the Gulf War, Iraq War, and Afghanistan deployments: A systematic review // J. Trauma. Stress. 2013. Vol. 26, N 3. P. 310–318. DOI: 10.1002/jts.21809.
15. Xue C., Ge Y., Tang B. [et al.]. A meta-analysis of risk factors for combat-related PTSD among military personnel and veterans // PLoS ONE. 2015. Vol. 10, N 3. Art. e0120270. 10.1371/journal.pone.0120270.

16. Zalta A.K., Tirone V., Orłowska D. [et al.]. Examining moderators of the relationship between social support and self-reported PTSD symptoms: A meta-analysis // *Psychol. Bull.* 2021. Vol. 147. N 1. P. 33–54. DOI: 10.1037/bul0000316.

Поступила 14.10.2024

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

Участие авторов: М.С. Плужник – сбор первичных данных, проведение неструктурированного интервью, обобщение результатов, перевод реферата, транслитерация списка литературы; В.И. Евдокимов – статистический анализ полученных результатов, написание первого варианта статьи; Т.А. Караваева – планирование и методология исследования, редактирование окончательного варианта статьи.

Для цитирования. Плужник М.С., Евдокимов В.И., Караваева Т.А. Согласованность показателей по военной миссисипской шкале ПТСР и скрининговой методике PC-PTSD-5 у комбатантов специальной военной операции // *Вестник психотерапии*. 2024. № 92. С. 68–78. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-92-68-78.

Pluzhnik M.S.¹, Evdokimov V.I.², Karavaeva T.A.^{3,4}

Consistency of Indicators According to the Military Version of the Mississippi PTSD Scale and the PC-PTSD-5 Screening Method for Special Military Operation Combatants

¹ Kirov Military Medical Academy (6, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia);

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

³ V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology (3, Bekhterev Str., St. Petersburg, 192019, Russia);

⁴ Saint-Petersburg State University (7–9, University Embankment, St. Petersburg, 199034, Russia)

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

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

Tat'jana Arturovna Karavaeva – Dr. Med. Sci, V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology (3, Bekhterev Str., St. Petersburg, 192019, Russia); Saint-Petersburg State University (7-9, University Embankment, St. Petersburg, 199034, Russia), ORCID: 0000-0002-8798-3702, e-mail: tania_kar@mail.ru

Abstract

Introduction. The number of armed conflicts worldwide is not decreasing. An increasing number of combatants and civilians, directly or indirectly involved in hostilities, face the problem of rapid diagnosis of combat stress and combat stress disorders.

The intention. To establish correlational dependencies between the subscales of the military version of the Mississippi Scale and the PC-PTSD-5 screening method.

Methodology. In May-June 2024, 163 combatants were examined using the military version of the Mississippi Scale, the PC-PTSD-5 method, and an unstructured interview, after obtaining their informed consent. Response style was assessed using 10 adapted sincerity questions from the “Standardized Personality Research Method” questionnaire. Due to the non-parametric distribution of some subscales of the questionnaires, the text presents mean values, medians with upper and lower

quartiles (Me [Q₁; Q₃]). The similarity (difference) of indicators was assessed using the Kruskal-Wallis rank sum test; correlational dependencies were assessed using Spearman's rank correlation.

Results and analysis. The mean sincerity scale scores were 7 [6; 8] points, indicating sufficiently high reliability of the examination results. Frequency analysis of qualitative indicators showed that 8.6% of combatants exhibited mental adaptation disorders according to the Mississippi Scale, and 3.7% exhibited PTSD. The correlation between the total score of the original military version of the Mississippi Scale and the PC-PTSD-5 method was moderate, positive, and statistically significant ($r = 0.588$; $p < 0.001$). Positive statistically significant correlational dependencies of low and moderate strength were found for all analyzed subscales (intrusion, avoidance, physiological hyperarousal, guilt, and suicidality).

Conclusion. With limited time and a large influx of combatants, the results of the PC-PTSD-5 method can be considered reliable. These results, along with others, can be used to determine the need for psychological correction and psychotherapy for combatants.

Keywords: war, armed conflict, combatant, psychodiagnostics, Mississippi Scale, PC-PTSD-5, mental adaptation disorder, post-traumatic stress disorder.

References

1. Karavaeva T.A., Vasil'eva A.V., Idrisov K.A. [et al.]. Posttraumaticheskoe stressovoe rasstrojstvo: clinical guidelines: approved by the Russian Ministry of Health 28.02.2023 [Post-traumatic stress disorder : clinical Recommendations: approved Ministry of Health of Russia 02/28/2023]. Moscow, 2023. 117 p. (In Russ.)
2. Krjukov E.V., Shamrey V.K., Marchenko A.A. [et al.]. Voennaja psihiatrija v XXI veke: sovremennye problemy i perspektivy razvitiya [Military Psychiatry in the 21st Century: Contemporary Issues and Development Prospects: monograph]. Eds.: E.V. Krjukov, V.K. Shamrey. St. Petersburg. 2022. 367 p. (In Russ.)
3. Lemeshkin R.N. Organizacija okazaniya medicinskoj pomoshhi voennosluzhashhim s psihicheskimi rasstrojstvami v zone vooruzhennogo konflikta : [Organization of medical care for military personnel with mental disorders in the zone of armed conflict : Abstract dissertation PhD Med. Sci.]. St. Petersburg, 2006. 22 p. (In Russ.)
4. Pluzhnik M.S., Evdokimov V.I., Shamrey V.K. Ocenka narushenij psikhicheskij adaptacii dlja zadach psikhologicheskij korrekcii kombatantov special'noj voennoj operacii [Assessment of mental adaptation disorders for psychological correction tasks in combatants of the special military operation]. *Vestnik psihoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2024; (91):95–101. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-91-95-101. (In Russ.)
5. Tarabrina N.V. Praktikum po psihologii posttraumaticheskogo stressa [Workshop on the psychology of post-traumatic stress]. St. Petersburg, 2001. 272 p. (In Russ.)
6. Shamrey V.K., Evdokimov V.I., Pluzhnik M.S. Pokazateli narushenij psichicheskij adaptacii u kombatantov special'noj voennoj operacii [Indicators of mental adaptation disorders in combatants of the special military operation]. *Mediko-biologicheskie i social'no-psihologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychajnyh situacijah* [Medico-Biological and Socio-Psychological Problems of Safety in Emergency Situations]. 2024; (3): 85–93. DOI: 10.25016/2541-7487-2024-0-3-85-93. (In Russ.)
7. Shamrey V.K., Evdokimov V.I., Pluzhnik M.S. Pokazateli psichicheskij rasstrojstv u voennosluzhashhh Minoborony Rossii, prohodjashhh sluzhbu po kontraktu (2009–2021 gg.) [Indicators of mental disorders among military personnel of the Russian Ministry of Defense serving under contract (2009–2021)]. *Vestnik psihoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2024; (90): 28–36. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-90-28-36. (In Russ.)
8. Keane T.M., Caddell J.M., Taylor K.L. Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: three studies in reliability and validity. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1988; 56(1): 85–90. DOI: 10.1037//0022-006x.56.1.85.
9. Global Peace Index. 2024 / Institute for Economics & Peace [Electronic resource]. 85 p. URL: <https://reliefweb.int/report/world/global-peace-index-2024>.
10. Keane T.M., Caddell J.M., Taylor K.L. Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: three studies in reliability and validity. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1988; 56(1): 85–90. DOI: 10.1037//0022-006x.56.1.85.
11. Lathan E.C., Petri J.M., Haynes T. [et al.]. Evaluating the Performance of the Primary Care Posttraumatic Stress Disorder Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5) in a Trauma-Exposed, Socioeconomically Vulnerable Patient Population. *J. Clin. Psychol. Med. Settings*. 2023; 30: 791–803. DOI: 10.1007/s10880-023-09941-9.
12. Massinga L.J., Greene M.C., Duarte C.S. [et al.]. Screening for posttraumatic stress disorder (PTSD) in Mozambique: Validation of the Primary Care Posttraumatic Stress Disorder Screen for Diagnostic and Statistical Manual fifth edition (PC-PTSD-5). *Psychol. Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2024. Oct 24. Advance online Publication. DOI: 10.1037/tra0001806.
13. Prins A., Bovin M.J., Smolenski D.J. [et al.]. The Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5): Development and Evaluation Within a Veteran Primary Care Sample. *J. Gen. Intern. Med.* 2016; 31(10): 1206–1211. DOI: 10.1007/s11606-016-3703-5.

14. Wright B.K., Kelsall H.L., Sim M.R. [et al.]. Support mechanisms and vulnerabilities in relation to PTSD in veterans of the Gulf War, Iraq War, and Afghanistan deployments: A systematic review. *J. Trauma. Stress*. 2013; 26(3): 310–318. DOI: 10.1002/jts.21809.
 15. Xue C., Ge Y., Tang B. [et al.]. A meta-analysis of risk factors for combat-related PTSD among military personnel and veterans. *PLoS ONE*. 2015; 10(3): e0120270. 10.1371/journal.pone.0120270.
 16. Zalta A.K., Tirone V., Orłowska D. [et al.]. Examining moderators of the relationship between social support and self-reported PTSD symptoms: A meta-analysis. *Psychol. Bull.* 2021; 147(1): 33–54. DOI: 10.1037/bul0000316.
-

Received 14.10.2024

For citing: Pluzhnik M.S., Evdokimov V.I., Karavaeva T.A. Soglasovannost' pokazatelej po voennoj missisipskoj shkale PTSR i skriningovoj metodike PC-PTSD-5 u kombatantov special'noj voennoj operacii. *Vestnik psikhoterapii*. 2024; (92): 68–78. **(In Russ.)**

Pluzhnik M.S., Evdokimov V.I., Karavaeva T.A. Consistency of indicators according to the military version of the Mississippi PTSD scale and the PC-PTSD-5 screening method for special military operation combatants. *Bulletin of Psychotherapy*. 2024; (92): 68–78. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-92-68-78

Н.А. Власов

ИСТОРИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ (МЕДИЦИНСКОЙ) ПСИХОЛОГИИ В ДОРЕВОЛЮЦИОННОЙ РОССИИ: ИТОГИ РАЗВИТИЯ

Российский государственный социальный университет
(Россия, Москва, ул. В. Пика, д. 4, стр. 1)

Актуальность. История клинической (медицинской) психологии, несмотря на свою значимость, остается достаточно слабо разработанной областью науки. За рубежом издано менее 10 полноценных монографий, в России же существует только один учебник по этой дисциплине. В основном история медицинской психологии рассредоточена по отдельным статьям, главам учебников, диссертациям. В этих условиях представляется необходимым создание целостного нарратива, могущего всесторонне отразить развитие данной дисциплины. В согласии с принципом историзма это необходимо делать начиная с зарождения клинической психологии, т.е. с конца XIX века.

Цель – выявление особенностей исторического развития российской медицинской психологии в дореволюционный период.

Методология. Для достижения поставленной цели были использованы сравнительно-исторический и библиографический методы; источниковую базу составили историографическая литература и наиболее значимые публикации по теме исследования с конца XIX века по 1917 год.

Результаты и их анализ. В ходе исследования было установлено, что отечественная медицинская психология возникла в русле последнего из трех направлений психологических исследований (философское, эмпирическое и экспериментальное), что происходило как в условиях научной борьбы между этими тремя течениями, так и в более широком контексте идейно-политического противостояния в России. Показано, что она была создана отечественными психиатрами (В.М. Бехтеревым, С.С. Корсаковым, В.Ф. Чижом и др.) на стыке медицины и психологии на основе экспериментального метода (в отличие от доминировавшего в академической психологии того времени метода интроспекции) и носила выраженный прикладной характер. Отмечается, что в ходе своего развития в указанный временной промежуток отечественная медицинская психология характеризовалась как внедрением зарубежных методик в экспериментальные исследования, так и созданием отечественных подходов; предпринимались попытки по унификации методик и приемов изучения психики больных и здоровых лиц; был заложен методологический фундамент медицинской психологии, определены основные принципы построения исследований такого рода, накоплен значительный эмпирический материал.

Заключение. Несмотря на достигнутые результаты, развитие медицинской психологии в дореволюционной России тормозилось отсутствием психологической теории, могущей объяснить полученные эмпирическим путем данные; фактически до середины XX века эта наука, во всяком случае в нашей стране, оставалась наукой описательной, а не объяснительной.

Ключевые слова: история клинической психологии, история медицинской психологии, психология в дореволюционной России.

Введение

Психология всегда отличалась саморефлексией, проявлявшейся в двух взаимосвязанных измерениях – методологическим и историческом. По истории психологии написано множество книг и статей, защищено немало диссертаций. Название специальности 5.3.1. «Общая психология, психология личности, история психологии» недвусмысленно указывает на значимость историко-психологических исследований.

Однако каким образом обстоит дело с историей клинической (медицинской) психологии в дореволюционной России? В зарубежной историографии эта тема не освещается. В полноценных монографиях по истории клинической психологии и психотерапии, таких как «История медицинской психологии» Г. Зилбурга [36], «История клинической психологии» Дж. Райзмана [35], «История психотерапии. Век изменений» под редакцией Д.К. Фридхайма [33], «Создавая Я, создавая Америку: культуральная история психотерапии» Ф. Кушмана [31], «Клиническая психотерапия: история теории и практики» Дж. Моргана [34] и «Критическая история психотерапии» Р. Фоши и М. Иннаморати [32], равно как и в отдельных главах работ «Аномальная психология» Р. Карсона, Дж. Батчера и С. Минеки [15], «Клиническая психология» Н. Сандберга, А. Уайнбергера и Дж. Таплина [28], отечественные ученые, разрабатывавшие проблемы медицинской психологии на рубеже XIX и XX веков, практически не упоминаются.

В отечественной историографии медицинской психологии советского периода история возникновения и становления этой области знания в России описана несколько лучше, чем в зарубежной литературе. Так, основные ее представители (В.М. Бехтерев, С.С. Корсаков, Г.И. Россолимо и др.) и краткое описание их деятельности приводятся в учебниках М.С. Лебединского, В.Н. Мясищева [20], В.М. Банщикова, В.С. Гуськова, И.Ф. Мягкова [2], В.Н. Мясищева, Б.Д. Карвасарского, С.С. Либиха, И.М. Тонконового [21]. В более развернутом виде история дореволюционной психологии описана в работах Б.В. Зейгарник [13, 14].

В отечественной историографии медицинской психологии постсоветского периода вопросы становления этой науки в дореволюционный период также рассмотрены довольно кратко. В основном они касаются персоналий и создания экспериментально-психологических лабораторий, что можно видеть в «Общей и медицинской психологии» В.Я. Гулевского [9], «Патопсихологии» А.П. Бизюка [5], «Клинической психологии» под редакцией А.Б. Холмогоровой [17], «Клинической психологии» под редакцией Б.Д. Карвасарского [16], «Патопсихологии» Е.А. Орловой, Р.В. Козьякова, Н.В. Рышляковой [22], «Медицинской психологии» Н.Н. Петровой [23], «Клинической психологии» Н.Д. Твороговой [30] и «Клинической психологии» Н.Т. Колесник и Е.А. Орловой [18]. Более глубоко история дореволюционной медицинской психологии проанализирована в работах Г.В. Залевского, например во «Введении в клиническую психологию» [10] и в особенности в «Истории клинической психологии» [12].

Таким образом, можно констатировать, что история отечественной медицинской психологии в досоветский период описана в недостаточной степени подробно: слабо отражена связь медицинской психологии с общепсихологическим контекстом развития этой науки в России той эпохи, а также связь отечественной медицинской психологии с зарубежной; неудовлетворительно показаны основные направления исследований российских медицинских психологов; в неполной мере эксплицирован вклад отечественных дореволюционных психологов в психологическую науку. Целостная, идеологически не ангажированная картина истории этой науки еще не создана, что позволило Г.В. Залевскому сказать о том, что «клинические психологии удивительно аисторичны» [11].

Научная новизна работы состоит в реализации целостного подхода к описанию и объяснению истории дореволюционной медицинской психологии, в рамках которого выявляются ее связи с более широким психологическим контекстом этого времени,

определяется связь с зарубежной психологией и медициной, обозначаются основные направления исследований и кратко анализируются первые обобщающие работы российских ученых по клинической психологии, при этом оценивается их вклад в науку в целом.

Принцип историзма требует рассмотрения истории российской клинической (медицинской) психологии с момента ее зарождения, т.е. с конца XIX века. Так как в отечественной историко-психологической традиции принято выделять досоветский и советский этапы в развитии научной психологии, самой крайней хронологической точкой стал 1917 год. Цель данного исследования – выявить особенности исторического развития российской медицинской психологии в дореволюционный период; для достижения поставленной цели были использованы сравнительно-исторический и библиографический методы; источниковую базу составили историографическая литература и наиболее значимые публикации по теме исследования с конца XIX века по 1917 год.

Психологическая наука в России рубежа XIX–XX веков

Медицинская психология в Российской империи возникла в последней четверти XIX века, поэтому необходимо кратко проанализировать состояние психологической науки в нашей стране в этот период. Согласно различным авторам (Е.А. Будилова, А.В. Петровский, А.В. Брушлинский и др.) в указанное время в России существовали три основных направления психологических исследований: философское, эмпирическое и естественнонаучное [6, 24, 25].

Философское направление в отечественной психологии связано с именами таких богословов и философов, как архиепископ Никанор, митрополит Антоний, С.С. Гогоцкий, Н.О. Лосский, П.Д. Юркевич, В.В. Розанов, С.Л. Франк, Л.М. Лопатин. Оно восходит к русской религиозной традиции православия. Многие из указанных мыслителей были преподавателями духовных и светских

учебных заведений, т.е. занимали устойчивые академические позиции; кроме того, они чувствовали поддержку государства, заинтересованного в актуализации консервативной идеологии. Сторонники данного направления психологии были идеалистами: они признавали наличие у человека души и считали ее первоосновой субъективного бытия, поэтому такую психологию можно условно назвать «духовной». Указанные философы-психологи выступали за интуитивное, антирациональное познание реальности, т.е. считали, что истина может быть понята только на основе чувств и опыта, а не посредством мышления. Ими признавалось существование Бога, а душа человека понималась как самостоятельная, не соотносимая с материей сущность. Сторонниками философской психологии декларировалась глубокая религиозность, примат морально-нравственного начала в человеке. Они принижали значение влияния среды на душу человека, отстаивая свободу воли. Основным методом такой психологии был умозрительный (спекулятивный), т.к. душа, в отличие от предметного мира, характеризуется «неизмеримостью».

Эмпирическое направление в отечественной психологии представлено именами философов и психологов М.И. Владиславлева, М.М. Троицкого, Н.Я. Грота, Г.И. Челпанова, А.П. Нечаева. Эти ученые были преподавателями и организаторами психологии как науки (Троицкий и Грот руководили Московским психологическим обществом, Челпанов создал первый в России Психологический институт, а Нечаев возглавил первую экспериментально-психологическую педагогическую лабораторию). В своих представлениях о душе (психике) они опирались не на богословскую традицию, а на концепции западноевропейских ученых, в первую очередь В. Вундта. Указанные психологи в основном придерживались концепции психофизического параллелизма, согласно которому психические и физиологические процессы человека строго соответствуют друг другу и во времени, и по содержанию, но не взаимодействуют между собой. Критикуя материализм с точки зрения «растворения» психического

в материальном, они признавали наличие у человека души. Предметом психологии виделись элементы сознания, а основным методом ее изучения – самонаблюдение. Эксперимент же признавался не как основной метод исследований, а как вспомогательный, необходимый для улучшения интроспекции.

Естественнонаучное направление в отечественной психологии связано с именами В.М. Бехтерева, С.С. Корсакова, А.А. Токарского, И.А. Сикорского, П.П. Ковалевского, В.Ф. Чижа и Н.Н. Ланге. Большинство перечисленных ученых были не богословами и философами, а врачами, организаторами науки (о первых созданных ими экспериментально-психологических лабораториях речь пойдет ниже). Они опирались на материалистическое понимание психического (психика как свойство головного мозга) и на эксперимент как на метод исследования, следуя тем самым традиции, заложенной еще в 1860-х годах И.М. Сеченовым. В отличие от философских психологов и психологов-эмпиристов, они не признавали наличие независимой от материального субстрата души, считали наиболее значимым фактором психической жизни влияния среды и категорически отвергали метод интроспекции как необъективный, т.е. по сути ненаучный. Большое значение для данного направления психологии имела работа Сеченова «Рефлексы головного мозга», которая изначально была опубликована в журнале «Медицинский вестник» в 1864 году и вышла отдельной книгой спустя два года [29]. Развитие экспериментальной психологии в России, таким образом, было связано с теорией рефлексов и объективным, экспериментальным исследованием психики.

Практически с самого момента своего возникновения психология в России оказалась ареной острой борьбы между материализмом и идеализмом, которая проявлялась в дискуссиях о решении таких базовых проблем этой науки, как первоосновы психики (мозговой субстрат или душа), ее предмет (рефлексы, душа или сознание), основной метод (умозрительный метод, интроспекция или эксперимент), отношения между мозгом

и психикой (мозг влияет на психику или наоборот, или они сосуществуют параллельно), проблема индивидуального и социального (человек обладает независимой волей или является игрушкой в руках окружающих его природных и социальных сил). Остроты в эти дискуссии добавляла социально-политическая ситуация в стране, т.к. зачастую сторонники охранительных, консервативных взглядов поддерживали идеализм, а более революционно настроенные деятели, особенно социалисты, придерживались материалистических воззрений. Недаром цензор так оценил книгу И.М. Сеченова «Рефлексы головного мозга»: «Эта материалистическая книга отвергла свободную волю и бессмертие души, не согласна ни с христианским, ни с уголовно-юридическим воззрением и ведет положительно к развращению нравов... Книга Сеченова вредна, как изложение самых крайних материалистических теорий» [цит. по: 1, с. 156]. Таким образом, дискуссии об основаниях психологии довольно быстро вышли из исключительно научных рамок и обрели более широкий социально-политический контекст.

Создание первых экспериментально-психологических лабораторий в России и результаты их деятельности

Традиционно создателем первой экспериментально-психологической лаборатории в Российской империи считают выдающегося русского и советского врача В.М. Бехтерева. После командировки в Европу, где он в том числе стажировался в лаборатории В. Вундта, Бехтеревым была открыта психологическая лаборатория при Казанском университете (1885), в которой, помимо исследования психически здоровых лиц, изучались и больные (Бехтерев совмещал должность профессора этого учебного заведения и заведующего местной психиатрической клиникой). Решительно критикуя метод интроспекции, он писал: «...было бы совершенно бесплодно еще раз обращать-

ся в этом вопросе [метода исследования психики. – Н.В.] к методу самонаблюдения. Только экспериментальным путем можно достичь возможно точного и обстоятельного решения вопроса» [цит. по: 25, с. 22]. Будучи сторонником рефлексивной теории Сеченова и используя ее понятийный аппарат, Бехтерев, тем не менее, занимался не только физиологической, но и психологической проблематикой; он изучал то, как здоровые и больные люди справляются с выполнением экспериментальных задач, связанных с изучением внимания, памяти, мышления. В начале 1890-х годов он возглавил кафедру нервных и душевных болезней Медико-хирургической академии в Санкт-Петербурге, там же в 1894 году им была открыта экспериментально-психологическая лаборатория, а в 1907 году он стал инициатором создания и первым руководителем Психоневрологического института, в котором продолжились начатые ранее исследования.

Вторая в России экспериментально-психологическая лаборатория была создана в 1886 году при клинике Московского университета по инициативе знаменитого русского врача, также бывшего учеником В. Вундта, – С.С. Корсакова. Возглавил ее А.А. Токарский. Корсаков понимал ту ценность, которую психология может иметь для психиатрии; он настаивал на том, чтобы молодые врачи при изучении психопатологии опирались на знания о здоровой психике. (В «Курсе психиатрии» (1891) он писал: «Для того чтобы узнать, что бывает у человека больного, мы должны изучать, что бывает у человека здорового, познакомиться с нормальным проявлением душевной жизни» [19, с. 15].) Будучи председателем Московского психологического общества, он пропагандировал развитие и распространение психологических знаний; им и его сотрудниками были изучены механизмы нормального функционирования памяти и мышления, а также их нарушения при психических расстройствах. А.А. Токарский одним из первых в России начал преподавать экспериментальную психологию и психотерапию, занимался лечением алкоголизма при помощи гипно-

за. В его работе «О глупости», посвященной проблеме слабоумия, главным нарушением при этой болезни полагается неспособность ума человека, страдающего от этого расстройства, верно оценивать действительность. С.С. Корсаков и А.А. Токарский посвятили много времени и сил разработке и внедрению методов психологического исследования в клинику.

В 1887 году в г. Дерпте немецким психиатром Э. Крепелином была открыта экспериментально-психологическая лаборатория, которой с 1891 года стал руководить врач В.Ф. Чиж. Он также был учеником В. Вундта и ряд исследований произвел на себе, будучи на стажировке в Лейпциге. Еще в 1886 году он издал небольшую работу «Апперцептивные процессы у душевнобольных», выполненную в духе трудов своего учителя, но на клиническом материале. Там же под его руководством в течение последующих десяти лет был выполнен ряд докторских диссертационных исследований по экспериментальной психологии. В область интересов Чижа входили психометрия и психофизика, проблемы индивидуальности и личности, чувства и самочувствие.

В 1880-х годах была создана экспериментально-психологическая лаборатория в Харькове, которую возглавил врач П.И. Ковалевский. Он был сторонником рефлексивной теории И.М. Сеченова и рассматривал психические процессы в норме и патологии с материалистических позиций. На экспериментальном материале им было показано, что при параноидной форме шизофрении у больных утрачивается способность к критическому осмыслению реальности, которая подменяется вымышленным миром, при преимущественной сохранности формально-логического мышления. Многие его работы были посвящены психологии: «Психология пола» (1895), «Вырождение и возрождение. Преступник и борьба с преступностью (Социально-психологические эскизы)» (1903), «Основы психологии человека (с рисунками)» (1917).

В Киеве в эти же годы после назначения на должность профессора и заведующего ка-

федрой нервных и душевных болезней создает экспериментально-психологическую лабораторию И.А. Сикорский, отец известного авиаконструктора Игоря Сикорского. В круг его интересов, помимо психиатрии, входила и педагогика. Он изучал вопросы нормы и патологии, роль психологических причин в развитии нервных болезней, рассматривал фактор наследственности в этиологии психических расстройств. Он изучал детей с отклонениями в психическом развитии, исследовал феномен утомляемости, много сил и времени посвятил проблеме становления личности в норме и патологии, а также психогигиене. В клиничко-психологических работах («О детях трудных в воспитательном отношении» (1882), «О заикании» (1889), «Всеобщая психология с физиогномикой в иллюстрированном изложении» (1904), «Психологические основы воспитания» (1904)) отражено стремление автора дать целостное представление о психике ребенка, воздействие на которое осуществляют как биологические, так и социальные факторы.

Появление первых обобщающих трудов по медицинской психологии

К 1900-м годам в отечественной психиатрии был накоплен значительный опыт применения экспериментально-психологических методик в клинике, на основе которого русскими психиатрами был написан ряд работ.

В статьях и небольших книгах «Объективное исследование душевнобольных» (1907), «Материалы к методике объективного исследования душевнобольных» (1910), «Об экспериментально-объективном исследовании душевнобольных» (1911) академик В.М. Бехтерев обосновывает необходимость применения экспериментально-психологического метода в клинике. Он пишет: «Во всяком случае в клинике нас не может руководить субъективная точка зрения не только потому, что душевнобольные часто не могут дать описания своего субъективного состояния или дают его в далеко

неточном, чаще же всего в искаженном виде, но и потому, что для субъективной оценки душевнобольных мы не имеем вовсе точной меры, так как наше собственное самонаблюдение дает нам лишь приблизительно представление о душевном состоянии других здоровых лиц, но оно ничуть не может служить даже в какой-либо мере достаточным мериллом душевного состояния психических больных в силу того, что последнее уже резко отстает от душевного состояния здоровых лиц» [4, с. 5]. В этих словах мы видим позицию автора, противоположную позиции психологов-эмпиристов, таких, например, как Г.И. Челпанов. В указанных работах также содержатся требования автора к экспериментально-психологическим методикам в клинике: во-первых, они должны быть простыми, доступными, т.е. не требовать от испытуемых высокого образовательного уровня; во-вторых, они должны предполагать возможность применения без специального оборудования, в том числе «у постели больного»; в-третьих, результаты их использования на психически больных людях должны сравниваться с результатами применения на больших выборках здоровых лиц. Эти три критерия не потеряли своей актуальности и в современной медицинской психологии.

В 1910 году вышел «Атлас для экспериментально-психологического исследования личности с подробным описанием и объяснением таблиц» врача Ф.Е. Рыбакова. В нем, помимо описания патопсихологических методик, были даны и общие рекомендации по их проведению:

1. Опыты будут иметь тем большую цену, чем большее число их будет повторено над одним и тем же субъектом.
2. Для выяснения тех или иных индивидуальных особенностей личности необходимо, чтобы результаты исследования одного лица сравнивались с целым рядом исследований, произведенных в том же направлении над другими лицами.
3. При повторении опыта над целым рядом лиц необходимо заботиться о том, чтобы эти лица были поставлены, по воз-

возможности, в совершенно одинаковые условия и чтобы самая постановка опыта всегда была одна и та же. При подсчете результатов опыта необходимо каждый раз отмечать, как держал себя испытуемый и какие наблюдения он делал над собой во время опыта.

4. Сам экспериментатор, проделывая один и то же опыт, должен держать себя совершенно одинаково: говорить одно и то же совершенно одинаковым тоном, с одинаковой скоростью. При подсчете результатов опыта необходимо подробно отмечать, как держал себя экспериментатор и что он говорил.

5. Во время опыта экспериментатор должен постоянно оставаться спокойным, объективным и беспристрастным. Выражения тех или иных эмоций (гнева, радости, недовольства, досады и проч.) не должны быть им допускаемы, т.к. это резко может отразиться на результатах опыта.

6. При производстве опыта необходимо каждый раз отмечать место и время, т.к. это имеет большое значение при оценке результатов данного эксперимента. Опыты, имеющие своей задачей выяснение одной и той же цели, должны быть поставлены в совершенно одинаковые условия относительно места и времени.

7. Необходимо каждый раз отмечать возраст и род занятий испытуемого лица. Субъект, постоянно имеющий дело с цифрами (напр., бухгалтер), конечно, даст иные результаты в опытах с арифметическими действиями, чем лицо, мало соприкасающееся с этим родом занятий; художник обнаружит иную память на цвета, чем музыкант, и т.д.

8. Необходимо обращать большое внимание на физическое и психическое состояние испытуемого во время опыта. Поэтому надо каждый раз отмечать состояние здоровья субъекта, подвергающегося опыту, его настроение, самочувствие и степень усталости (указывать причину). Важно также знать, волнуется ли субъект во время опыта или нет.

9. Важное значение имеет указание на то, в какое время относительно сна и приема пищи производится опыт. Необходимо отмечать, нормально ли испытуемый

провел предшествующую ночь, не было ли каких-либо эксцессов, расстройства пищеварения и пр.

10. Необходимо каждый раз отмечать начало и конец опыта.

11. При массовых опытах нужно внимательно наблюдать за поведением испытуемых: не передают ли они друг другу своих впечатлений, не ведут ли каких-либо разговоров и т.п. [27, с. 21–22].

Многие из этих положений, такие как требования к объективности, соблюдению единообразия процедуры проведения исследования, акцент на реакциях испытуемого в ходе эксперимента и ряд других, остаются актуальными и по сей день.

В 1911 году была издана, а затем спустя 10 лет переиздана монография врача А.Н. Бернштейна (отца известного отечественного физиолога Н.А. Бернштейна) «Клинические приемы психологического исследования душевно-больных. Опыт экспериментально-клинической семиотики интеллектуальных расстройств» [3]. В книге описаны различные приемы оценки состояния интеллектуальной, эмоциональной и волевой сфер, а также результаты их применения при раннем слабоумии (шизофрении), прогрессивном параличе, циркулярном психозе (биполярном аффективном расстройстве), эпилепсии, алкоголизме и артериосклерозе мозга. Для истории медицинской психологии особенно важна точка зрения автора, согласно которой «необходимо применение таких экспериментальных методов, которые давали бы нам доступ в самую психическую лабораторию, вскрывали бы пред нами воочию подготовительные и деятельные механизмы психической работы, позволяли бы присутствовать при последовательном поступательном движении интеллектуальных, эмоциональных и волевых процессов... объектом их является не столько окончательный результат эксперимента, сколько тот путь, который привел к окончательному результату... не степень расстройства, определяемая коэффициентом, а схема расстройства, проявленная механизмом функционирования, должна быть извлечена

из экспериментального материала» [3, с. 8]. Здесь мы видим следующую идею: главная задача психологического эксперимента в психиатрии состоит в том, чтобы выявить механизм психического расстройства, а он может быть раскрыт не посредством наблюдения, а при помощи качественного анализа деятельности, осуществляемой больным в ходе исследования.

В течение нескольких десятилетий экспериментально-психологическим изучением людей с психическими расстройствами занимался врач Г.И. Россоломо, что нашло отражение в его работах «Экспериментальный метод при изучении нервных и душевных болезней» (1893), «Экспериментально-психологическое исследование больных и учащихся» (1909), «План исследования детской души в здоровом и болезненном состоянии» (1909). Одним из его наиболее известных трудов стал «Психологические профили. Количественное исследование психических процессов в нормальных и патологических состояниях» (1917), в котором автор приводит свою методику оценки уровня интеллекта человека [26]. Профиль – это показатель, отражающий степень развитости определенной стороны «ума» испытуемых; всего таких профилей 11 (воля, внимание, точность и прочность восприимчивости, зрительная память, память на речь, память на числа, осмысление, комбинаторные способности, сметливость, воображение, наблюдательность), и каждый из них измеряется по 10-балльной шкале в зависимости от успешности выполнения соответствующих заданий. Данная методика была одной из первых отечественных разработок в области оценки уровня интеллекта, и она стала довольно популярной как среди психиатров, так и среди психологов и педагогов.

В 1910 году Ф.Е. Рыбаковым, А.Н. Бернштейном и Г.И. Россоломо было создано «Общество экспериментальной психологии», в результате чего отечественная медицинская психология получила организационное оформление; примечательно, что его создатели были в первую очередь психиатрами и лишь во вторую – психологами.

Заключение

По результатам проведенного исследования можно сделать ряд выводов о развитии медицинской психологии в дореволюционной России.

Во-первых, медицинская психология возникла в русле одного из трех направлений психологических исследований (философское, эмпирическое и естественнонаучное), что может быть рассмотрено как в условиях научной борьбы между этими тремя течениями, так и в более широком контексте идейно-политического противостояния в России; она была создана отечественными психиатрами и невропатологами (В.М. Бехтеревым, С.С. Корсаковым, В.Ф. Чижом и др.) на стыке медицины и психологии, на основе экспериментального метода. Психологи, представляющие эмпирическое направление (Н.Я. Грот, Г.И. Челпанов, А.П. Нечаев и др.), оказались в стороне от формирования медицинской психологии, т.к. не имели отношения к клинике и в большей степени ориентировались на теоретические исследования, а не на практическую деятельность (за исключением А.П. Нечаева, разрабатывавшего проблемы педагогической психологии). Следует также отметить, что ведущим методом для отечественных медицинских психологов выступал эксперимент, в то время как сторонники эмпирической психологии считали его второстепенным по отношению к самонаблюдению.

Во-вторых, в ходе своего раннего развития отечественная медицинская психология характеризовалась как внедрением зарубежных методик в экспериментальные исследования, так и созданием отечественных подходов; предпринимались попытки унификации методик и приемов изучения психики больных и здоровых лиц. В дореволюционные годы был заложен методологический фундамент медицинской психологии, определены основные принципы построения исследований такого рода, накоплен значительный эмпирический материал.

В-третьих, развитие медицинской психологии тормозилось отсутствием психологической теории, могущей объяснить полученные эмпирическим путем данные;

фактически до середины XX века эта наука, во всяком случае в нашей стране, оставалась описательной, а не объяснительной, несмотря на использование метода эксперимента. Лишь разработка предложенной Л.С. Выготским культурно-исторической концепции (а точнее, учения о высших психических функциях) применительно к медицинской

психологии позволило перейти к полноценному объяснению феноменов, выявленных в ходе исследований. Эта обширная работа в СССР стала проводиться в рамках патопсихологии (Б.В. Зейгарник, С.Я. Рубинштейн, и др.) и нейропсихологии (А.Р. Лурия, Е.Д. Хомская и др.) спустя более чем 20 лет после революции 1917 года.

Литература

1. Анохин П.К. Системные механизмы высшей нервной деятельности: избранные труды. М.: Наука, 1979. 454 с.
2. Банщиков В.М., Гуськов В.С., Мягков И.Ф. Медицинская психология. М.: Медицина, 1967. 240 с.
3. Бернштейн А.Н. Клинические приемы психологического исследования душевно-больных: Опыт экспериментально-клинической семиотики интеллектуальных расстройств. М.: Государственное издательство, 1922. 79 с.
4. Бехтерев В.М. Материалы к методике объективного исследования душевнобольных. СПб.: Типография П.П. Сойкина, 1910. 29 с.
5. Бизюк А.П. Патопсихология: краткий курс в контексте общей и клинической психологии. СПб.: Речь, 2010. 416 с.
6. Будилова Е.А. Труды по истории психологии / отв. ред. Т.И. Артемьева, А.Л. Журавлев, В.А. Кольцова. М.: Наука, 2009. 503 с.
7. Власов Н.А. Основные проблемы истории психотерапии (часть I) // Вестник психотерапии. 2023. № 86. С. 44–56. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-86-44-56
8. Власов Н.А. Теоретические проблемы истории клинической (медицинской) психологии // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2023. Т. 11. № 4 (43). С. 317–331. DOI: 10.23888/humj2023114317-331
9. Гулевский В.Я. Общая медицинская психология. СПб.: Культ-Информ-Пресс, 2000. 328 с.
10. Залевский Г.В. Введение в клиническую психологию. М.: Юрайт, 2022. 192 с.
11. Залевский Г.В. Почему «путь клинической психологии имеет извилистый характер», а «клинические психологи удивительно аисторичны»? // Медицинская психология в России: электронный научный журнал. 2016. № 4 (39). URL: http://www.medpsy.ru/mpj/archiv_global/2016_4_39/nomer07.php. (дата обращения: 23.06.2024).
12. Залевский Г.В., Кузьмина Ю.В. История клинической психологии. М.: Юрайт, 2023. 180 с.
13. Зейгарник Б.В. Введение в патопсихологию. М.: Изд-во Московского университета, 1969. 172 с.
14. Зейгарник Б.В. Патопсихология. Основы клинической диагностики и практики. М.: Эксмо, 2010. 368 с.
15. Карсон Р., Батчер Дж., Минека С. Анормальная психология. СПб.: Питер, 2004. 1167 с.
16. Клиническая психология / под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 2014. 896 с.
17. Клиническая психология: в 4 т. Т. 1. Общая патопсихология / под ред. А.Б. Холмогоровой. М.: Академия, 2013. 464 с.
18. Колесник Н.Т., Орлова Е.А., Ефремова Г.И. Клиническая психология / под ред. Г.И. Ефремовой. М.: Юрайт, 2022. 359 с.
19. Корсаков С.С. Курс психиатрии. М.: Типография Д.И. Иноземцева, 1891. 340 с.
20. Лебединский М.С., Мясищев В.Н. Введение в медицинскую психологию. Л.: Медицина, 1966. 460 с.
21. Мясищев В.Н., Карвасарский Б.Д., Либих С.С., Тонконогий И.М. Основы общей и медицинской психологии. М.: Медицина, 1968. 223 с.
22. Орлова Е.А., Козьяков Р.В., Рышлякова Н.В. Патопсихология: учебник и практикум для прикладного бакалавриата. М.: Юрайт, 2017. 361 с.
23. Петрова Н.Н. Медицинская психология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. 208 с.
24. Петровский А.В. История советской психологии: Формирование основ психологической науки. М.: Просвещение, 1967. 367 с.
25. Психологическая наука в России XX столетия: проблемы теории и истории / под ред. А.В. Брушлинского. М.: Издательство «Институт психологии РАН», 1997. 576 с.
26. Россоломо Г.И. Психологические профили. Как измерить личность? Мемуары гения диагностики. М.: Родина, 2022. 272 с.
27. Рыбаков Ф.Е. Атлас для экспериментально-психологического исследования личности. СПб.: Каро, 2008. 120 с.

28. Сандберг Н., Уайнбергер А., Таплин Дж. Клиническая психология. Теория, практика, исследования. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2007. 383 с.
29. Сеченов И.М. Рефлексы головного мозга: Попытка свести способ происхождения психических явлений на физиологические основы. С биографией И.М. Сеченова. М.: Ленанд, 2022. 128 с.
30. Творогова Н.Д. Клиническая психология: Введение в специальность. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. 240 с.
31. Cushman P. *Constructing the Self, Constructing America: A Cultural History of Psychotherapy*. Boston: Da Capo Press, 1996. 449 p.
32. Foschi R., Innamorati M. *A Critical History of Psychotherapy*. Vol. 1. New York: Routledge, 2022. 236 p.
33. *History of Psychotherapy. A Century of Change* / ed. by D.K. Freedheim. New York: American Psychological Association, 1993. 911 p.
34. Morgan J.H. *Clinical Psychotherapy: A History of Theory and Practice*. Levering: Wyndham Hall Press, 2021. 398 p.
35. Reisman J.M. *A History of Clinical Psychology*. New York: Taylor & Francis, 1991. 424 p.
36. Zilboorg G. *A History of Medical Psychology*. New York: W. W. Norton and Company, 1967. 606 p.

Поступила 24.06.24

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

Для цитирования: Власов Н.А. История клинической (медицинской) психологии в дореволюционной России: итоги развития // Вестник психотерапии. 2024. № 92. С. 79–90. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-92-79-90

N.A. Vlasov

The History of Clinical (Medical) Psychology in Pre-Revolutionary Russia: Development Outcomes

Russian State Social University (4, p. 1, W. Pika Str., Moscow, Russia)

✉ Nikita Anatolievich Vlasov – PhD Psychol. Sci., Associate Prof. of Department of Psychology, Conflictology and Behavioral Sciences, Russian State Social University (4, p. 1, W. Pika Str., Moscow, 129226, Russia); e-mail: VlasovNA@rgsu.net

Abstract

Relevance. The history of clinical (medical) psychology, despite its significance, remains an underdeveloped field of study. Globally, fewer than ten comprehensive monographs have been published on the topic, and in Russia, there is only one textbook dedicated to the discipline. Most of the historical narrative on medical psychology is scattered across individual articles, textbook chapters, and dissertations. This situation necessitates the creation of a coherent narrative capable of comprehensively reflecting the development of the discipline. According to the principle of historicism, this endeavor must begin with the origins of clinical psychology, which trace back to the late 19th century.

The aim is to identify the features of the historical development of Russian medical psychology in the pre-revolutionary period.

Methodology. To achieve this goal, comparative historical and bibliographic methods were used; the source base consisted of historiographical literature and the most significant publications on the topic of research from the end of the XIX century to 1917.

The results and their analysis. In the course of the study, it was found that domestic medical psychology arose in line with the last of the three directions of psychological research (philosophical, empirical and experimental) both in the context of the scientific struggle between these three

trends, and in the broader context of the ideological and political confrontation in Russia. It is shown that it was created by Russian psychiatrists (V.M. Bekhterev, S.S. Korsakov, V.F. Chizh et al.) at the junction of medicine and psychology on the basis of an experimental method, in contrast to the method of introspection that dominated academic psychology at that time, and was of a pronounced applied nature. It is noted that in the course of its development in the specified time period, domestic medical psychology was characterized by both the introduction of foreign methods into experimental research and the creation of domestic ones, attempts were made to unify methods and techniques for studying the psyche of sick and healthy people, the methodological foundation of medical psychology was laid, the basic principles of building research of this kind were determined, significant empirical the material.

Conclusion. Despite these achievements, the development of medical psychology in pre-revolutionary Russia was hindered by the absence of a psychological theory capable of explaining empirically obtained data. Up until the mid-20th century, this discipline – at least in Russia – remained descriptive rather than explanatory.

Keywords: the history of clinical psychology, the history of medical psychology, psychology in pre-revolutionary Russia.

References

1. Anokhin P.K. *Sistemnye mekhanizmy vysshei nervnoi deyatel'nosti: izbrannye trudy* [Systemic mechanisms of higher nervous activity: selected works]. Moscow, 1979. 454 p.
2. Banshchikov V.M., Gus'kov V.S., Myagkov I.F. *Meditsinskaya psikhologiya* [Medical psychology]. Moscow, 1967. 240 p.
3. Bernshtein A.N. *Klinicheskie priemy psikhologicheskogo issledovaniya dushevno-bol'nykh: Opyt eksperimental'no-klinicheskoi semiotiki intellektual'nykh rasstroistv* [Clinical methods of psychological research of mentally ill patients: The experience of experimental clinical semiotics of intellectual disorders]. Moscow, 1922. 79 p.
4. Bekhterev V.M. *Materialy k metodike ob'ektivnogo issledovaniya dushevnobol'nykh* [Materials for the methodology of objective research of the mentally ill]. Sankt-Peterburg, 1910. 29 p.
5. Bizjuk A.P. *Patopsihologiya: kratkij kurs v kontekste obshhej i klinicheskoi psihologii* [Pathopsychology: a short course in the context of general and clinical psychology]. Sankt-Peterburg, 2010. 416 p.
6. Budilova E.A. *Trudy po istorii psihologii* [Proceedings on the history of psychology]. Moscow, 2009. 503 p.
7. Vlasov N.A. *Osnovnye problemy istorii psikhoterapii (chast' I)* [The main problems of the history of psychotherapy (part I)]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of psychotherapy]. 2023; (86): 44–56. doi: 10.25016/2782-652X-2023-0-86-44-56
8. Vlasov N.A. *Teoreticheskie problemy istorii klinicheskoi (meditsinskoi) psihologii* [Theoretical problems of the history of clinical (medical) psychology]. *Lichnost' v menyayushchemsya mire: zdorov'e, adaptatsiya, razvitie* [Personality in a changing world: health, adaptation, development]. 2023; 11(4(43)): 317–331. doi: 10.23888/hum]2023114317-331
9. Gulevskij V.Ja. *Obshhaja medicinskaja psihologiya* [General medical psychology]. Sankt-Peterburg, 2000. 328 p.
10. Zalevskij G.V. *Vvedenie v klinicheskuyu psihologiju* [Introduction to Clinical Psychology]. Moscow, 2022. 192 p.
11. Zalevskij G.V. *Pochemu «put' klinicheskoi psikhologii imeet izvilistyj kharakter», a «klinicheskie psikhologi udivitel'no aistorichny»?* [Why “the path of clinical psychology has a tortuous character”, and “clinical psychologists are surprisingly ahistorical”?]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii: elektronnyi nauchnyi zhurnal* [Medical psychology in Russia: an electronic scientific journal]. 2016; (4) http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2016_4_39/num07.php.
12. Zalevskij G.V., Kuz'mina Yu.V. *Istoriya klinicheskoi psikhologii* [History of clinical psychology]. Moscow, 2023. 180 p.
13. Zeigarnik B.V. *Vvedenie v patopsihologiju* [Introduction to Pathopsychology]. Moscow, 1969. 172 p.
14. Zeigarnik B.V. *Patopsikhologiya. Osnovy klinicheskoi diagnostiki i praktiki* [Pathopsychology. Fundamentals of clinical diagnosis and practice]. Moscow, 2010. 368 p.
15. Karson R., Batcher Dzh., Mineka S. *Anormal'naya psikhologiya* [Abnormal psychology]. Sankt-Peterburg,, 2004. 1167 p.
16. *Klinicheskaya psihologiya* [Clinical psychology]. Ed. B.D. Karvasarskogo. Sankt-Peterburg, 2014. 896 p.
17. *Klinicheskaya psikhologiya: v 4 t. T. 1. Obshchaya patopsikhologiya* [Clinical psychology: in 4 volumes. Vol.1. General pathopsychology]. Ed. A.B. Kholmogorovi. Moscow, 2013. 464 p.
18. Kolesnik N.T., Orlova E.A., Efremova G.I. *Klinicheskaya psihologiya* [Clinical psychology]. Ed. G.I. Efremovoj. Moscow, 2022. 359 p.
19. Korsakov S.S. *Kurs psikhiiatrii* [Course of psychiatry]. Moscow, 1891. 340 p.

20. Lebedinskii M.S., Myasishchev V.N. Vvedenie v meditsinskuyu psikhologiyu [Introduction to medical psychology]. Leningrad, 1966. 460 p.
21. Myasishchev V.N., Karvasarskii B.D., Libikh S.S., Tonkonogii I.M. Osnovy obshchei i meditsinskoj psikhologii [Fundamentals of general and medical psychology]. Moscow, 1968. 223 p.
22. Orlova E.A., Koz'jakov R.V., Ryshljakova N.V. Patopsihologiya: uchebnik i praktikum dlja prikladnogo bakalavriata [Pathopsychology: Textbook and practical course for Applied Bachelor's degree]. Moscow, 2017. 361 p.
23. Petrova N.N. Medicinskaya psihologiya [Medical Psychology]. Moscow, 2021. 208 p.
24. Petrovskii A.V. Istoriya sovetsoj psikhologii: Formirovanie osnov psikhologicheskoi nauki [The history of Soviet psychology: The formation of the foundations of psychological science]. Moscow, 1967. 367 p.
25. Psikhologicheskaya nauka v Rossii XX stoletiya: problemy teorii i istorii [Psychological science in Russia of the XX century: problems of theory and history]. Ed. A.V. Brushlinskogo. Moscow, 1997. 576 p.
26. Rossolimo G.I. Psikhologicheskie profili. Kak izmerit' lichnost'? : memuary geniya diagnostiki [Psychological profiles. How to measure personality? : memoirs of a diagnostic genius]. Moscow, 2022. 272 p.
27. Rybakov F.E. Atlas dlja eksperimental'no-psikhologicheskogo issledovaniya lichnosti [Atlas for experimental psychological research of personality]. Sankt-Peterburg,, 2008. 120 p.
28. Sandberg N., Uainberger A., Taplin Dzh. Klinicheskaya psikhologiya. Teoriya, praktika, issledovaniya [Clinical psychology. Theory, practice, research]. Sankt-Peterburg, 2007. 383 p.
29. Sechenov I.M. Refleksy golovnogogo mozga: Popytka svesti sposob proiskhozhdeniya psikhicheskikh yavlenii na fiziologicheskie osnovy. S biografiei I.M. Sechenova [Reflexes of the brain: An attempt to reduce the way of origin of mental phenomena to physiological bases. With a biography of I.M. Sechenov]. Moscow, 2022. 128 p.
30. Tvorogova N.D. Klinicheskaya psihologiya: Vvedenie v special'nost' [Clinical Psychology: An introduction to the specialty]. Moscow, 2022. 240 p.
31. Cushman P. Constructing the Self, Constructing America: A Cultural History Of Psychotherapy. Boston: Da Capo Press, 1996. 449 p.
32. Foschi R., Innamorati M. A Critical History of Psychotherapy, Vol. 1. New York: Routledge, 2022. 236 p.
33. History of Psychotherapy. A Century of Change. Ed. D.K. Freedheim. New York: American Psychological Association, 1993. 911 p.
34. Morgan J.H. Clinical Psychotherapy: A History of Theory and Practice. Levering: Wyndham Hall Press, 2021. 398 p.
35. Reisman J.M. A History of Clinical Psychology. New York: Taylor & Francis, 1991. 424 p.
36. Zilboorg G. A History of Medical Psychology. New York: W. W. Norton and Company, 1967. 606 p.

Received 24.06.2024

For citing: Vlasov N.A. Istoriya klinicheskoi (meditsinskoj) psikhologii v dorevoljucionnoj Rossii: itogi razvitiya. *Vestnik psikhoterapii*. 2024; (92): 79–90. (In Russ.)

Vlasov N.A. The history of clinical (medical) psychology in pre-revolutionary Russia: development outcomes. *Bulletin of Psychotherapy*. 2024; (92): 79–90. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-92-79-90

М. Илич

РАЗВИТИЕ КОНЦЕПЦИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ПСИХОЛОГИИ И МЕДИЦИНЕ

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

Актуальность и цель. Несмотря на то, что в настоящее время проводится немало научных исследований качества жизни (КЖ) пациентов различных нозологических групп, сведения о разработке и становлении концепции КЖ в медицинской психологии практически отсутствуют. Для лучшего понимания разных концепций КЖ, которые будут учитываться при разработке программ оказания психологической помощи пациентам с соматическими заболеваниями, необходимо изучать становление и развитие концепций КЖ. В связи с этим целью исследования является изучение развития концепции КЖ в психологии и медицине от Античности до наших дней.

Материал и методы. Проведен аналитический обзор научной литературы, посвященной проблеме КЖ. Для поиска релевантной научной литературы использовались ресурсы: eLIBRARY.RU (преимущественно статьи журналов ВАК Минобрнауки РФ), RusMed, PubMed, Springer, Google Scholar. Осуществлен комплексный анализ аспектов развития и становления концепции КЖ в периоды Античности, Средневековья, Возрождения и Нового времени, в том числе через философские представления, связанные с медициной и психологией.

Основные результаты. В период Античности формировались представления о достижении счастья и благополучия: считалось, что через стремление к самосовершенствованию и осознанному выбору ценностей, гармонию души и тела достигается хороший уровень здоровья и КЖ. В периоды Средневековья и Возрождения христианство оказало на концепцию КЖ значительное влияние, подчеркивая важность духовного спасения и заботы о теле, а гуманизм привнес новые взгляды на физическое и эмоциональное благополучие, демонстрируя, что забота о здоровье является важной частью жизни человека, и это умонастроение повлияло на различные сферы человеческого существования. В XIX и начале XX века теория Дарвина оказала влияние на ряд наук, в том числе и на психологию и медицину, и привела к существенному изменению подходов в науках о человеке, а санитарное движение было одним из ключевых факторов, которое повлияло на превентивную медицину и на систему здравоохранения и которое сегодня отражается в концепциях КЖ в медицине психологии. Во второй половине XX века начали проводиться системные исследования КЖ, медицина стала уделять внимание не только физическому здоровью, но и психологическому благополучию. При изучении КЖ стали учитываться факторы, которые влияют на чувство счастья и удовлетворенности, и сформировался выраженный интерес к психическому здоровью человека.

Заключение. При рассмотрении концепции КЖ в медицине и психологии стало ясно, что изучение КЖ не ограничивается только оценкой симптомов и ограничений, вызванных заболеванием и процессом лечения. Предполагается индивидуальный подход к каждому пациенту с учетом всех аспектов существования человека, от которых зависит его здоровье и которые необходимо учитывать при оказании психологической помощи пациентам с соматическими заболеваниями в процессе лечения, реабилитации и профилактики заболевания.

Ключевые слова: качество жизни; качество жизни, связанное со здоровьем; концепции качества жизни; исторический анализ; медицинская психология.

Введение

В современном обществе все большее внимание уделяется не только продолжительности, но и качеству жизни (КЖ). На уровне методологии исследования понятие «качество жизни» охватывает физические, психологические и социальные показатели жизни человека [24]. Оно является многомерным и включает в себя различные аспекты, такие как уровень здоровья, материальное положение, уровень образования, социальные взаимоотношения и удовлетворенность жизнью [39, 46].

Понятие КЖ сравнительно новое: в науке оно стало широко известно и было включено в обиход в начале 60-х годов XX века, однако имеет свои истоки еще в античной философии. КЖ нужно рассматривать с позиции социогуманитарных наук, поскольку в его рамках рассматриваются социальные и гуманитарные аспекты жизни человека как в системе здравоохранения, так и в других отраслях науки и практической деятельности, в том числе в психологии.

Изучив трактовку термина «качество жизни» в «Новой философской энциклопедии», можно прийти к выводу, что понятие КЖ стало востребовано в научном анализе постиндустриального времени и оно объяснялось как условия и параметры жизни человека, которые влияют на степень удовлетворенности жизнью. В философских учениях КЖ рассматривалось в двух подходах: внешнем – как объективные условия жизни, и индивидуальном – как субъективная оценка КЖ. По статистическим данным Организации Объединенных Наций (ООН), КЖ определяется 150 общественными индикаторами [31, 34].

Если рассмотреть современные концепции КЖ в медицине и психологии, то в них учитываются не только физическое состояние, но и психологическое, социальное и духовное благополучие человека. Ученые призывают принять к сведению, что КЖ может отличаться у разных людей и что оно зависит от их индивидуальных ценностей, потребностей и жизненных обстоятельств самого человека.

В медицине и психологии существуют многие концепции, которые рассматривают КЖ с разных точек зрения. Одной из наиболее распространенных является медицинская модель КЖ. Она используется врачами для оценки эффективности лечения и помощи при принятии решений о медицинском вмешательстве [11, 27]. Согласно данной модели, КЖ определяется физическими и психическими аспектами здоровья [1]. В медицине КЖ также рассматривается как интегративная характеристика субъективного восприятия функционирования больного человека как в физиологическом, так и в психологическом, эмоциональном и социальном плане [12, 23].

В настоящее время, исходя из принципа индивидуального подхода к больному человеку, понятие КЖ можно связать с состоянием здоровья, с процессом лечения на разных этапах болезни и с проведением реабилитационных программ [3]. Для оценки КЖ используются различные медицинские показатели, такие как физическое здоровье, функциональные показатели, симптомы болезни, ограничения в повседневной жизни, когнитивные функции пациента. Однако данная модель имеет свои ограничения, так как она ориентирована исключительно на физическое здоровье и не учитывает психологические и социальные аспекты КЖ [20].

Наряду с медицинскими концепциями КЖ разрабатываются также психологические концепции и модели КЖ. В психологической науке (в психологии личности и социальной психологии) на сегодняшнем этапе развития научного знания под КЖ понимаются прежде всего его субъективные аспекты, а также субъективная оценка благополучия и счастья, удовлетворенность жизнью, субъективное восприятие и оценка собственного КЖ [48, 47, 17]. Важными компонентами психологической модели КЖ являются как субъективное чувство счастья, так и психоэмоциональное состояние, взаимоотношения с другими людьми, достижение персональных и профессиональных целей, а также ощущение контроля над своей жизнью и адекватность собственной самооценки. Оценка КЖ, со-

гласно данной модели, проводится с помощью различных психологических методик, анкетирования и интервьюирования (метод интервью) [17, 11].

Современные концепции КЖ учитывают влияние различных факторов, включая не только состояние здоровья, но и доступность медицинской помощи, уровень образования, материальное положение, социальную поддержку, культурные и религиозные убеждения, окружение и другие [30, 39]. Ученые призывают учитывать важность индивидуальных предпочтений и ценностей каждого человека при оценке его КЖ.

В медицинской психологии современные представления о КЖ ассоциируются с психологической адаптацией – механизмами и личностными ресурсами совладающего поведения, механизмами психологической защиты, «внутренней картиной болезни» и многими другими психологическими феноменами (личность больного человека, его социально-психологические характеристики, эмоционально-аффективная сфера и др.) [11].

Несмотря на все вышеперечисленное, на сегодняшний день недостаточно сведений о разработке и становлении концепции КЖ в медицинской психологии [36]. Для лучшего понимания разных концепций КЖ, которые далее будут учитываться при разработке программ оказания психологической помощи пациентам с соматическими заболеваниями для улучшения их жизненного уровня и благополучия [13], необходимо изучать эволюцию происхождения концепций КЖ начиная с древнегреческой философии и до современных представлений, основанных на данных медицинской и психологической науки.

В связи с этим целью данной работы является изучение развития концепции КЖ в психологии и медицине от Античности до наших дней.

В работе поставлены следующие задачи.

1. Изучить исторические аспекты и представления о развитии концепции КЖ в психологии и медицине в период Античности, в Среднее века и в эпоху Возрождения и сопоставить их с современным понятием КЖ в медицине и психологической науке.

2. Изучить концепции развития КЖ в контексте понятий оценки физического и психического здоровья человека в период XIX–XX веков, а также сопоставить их с современным понятием КЖ в медицине и психологии.

3. На основе проведенного анализа эволюции концепций КЖ в психологии и медицине сделать выводы о современных подходах к изучению и измерению КЖ в медицине и психологии.

Материал и методы

В настоящей работе проведен анализ отечественной и зарубежной научной литературы, посвященной становлению концепции КЖ в медицине и психологии на основе понятий и представлений, заимствованных из области философии.

Для поиска релевантной научной литературы использовались ресурсы: РИНЦ – Российская научная электронная библиотека (eLIBRARY.RU), преимущественно были рассмотрены научные статьи из журналов ВАК Минобрнауки РФ; RusMed – Центральная научная медицинская библиотека Сеченовского университета; PubMed – National Library of Medicine, National Center for Biotechnology Information (U. S.); Springer International Publishing (Springer, U. S.); Google Scholar (Академия Google).

Для поиска научных статей были использованы следующие ключевые слова: качество жизни; качество жизни, связанное со здоровьем; становление концепции качества жизни в медицине; становление концепции качества жизни в психологии; античная медицина; медицина в период Средневековья и Возрождения; концепция качества жизни; quality of life; health-related quality of life; quality of life research in medicine; psychology of quality of life.

Путем сравнительного анализа исследованы представления о КЖ в разные исторические периоды в их соотношении с современным понятием КЖ.

Посредством комплексного анализа рассмотрены аспекты развития и становления

концепции КЖ в периоды Античности, Средневековья, Возрождения, Нового времени и новейшей истории сквозь призму философских представлений, связанных с медициной и психологией.

Результаты и их обсуждение

Античность

В период Античности были предприняты первые попытки осмысления здоровья и болезни, которые основывались на древнегреческой философии [14, 33]. В первую очередь представления относились к положительным качествам человека: выделялись высокая нравственность личности, телесное совершенство и красота, общественная полезность человека. В эпоху Античности философы различных школ «качество жизни» рассматривали через посредство разных терминов, которые родственны и близки сегодняшнему понятию КЖ, связанному со здоровьем человека.

Так, например, согласно Сократу и его ученику Платону, понятие КЖ можно связать с достижением идеальной формы справедливости и добродетельности. Они считали, что истина и мудрость являются основными ценностями, которые приводят к счастью и благополучию, и что человек – это «орудие познания» [5].

Сократ придавал особое значение мудрости и познанию самого себя. Он считал, что истинное счастье и благосостояние достигаются через развитие души и достижение этического превосходства. Для Сократа счастье было связано с заботой о духовном развитии, понимании моральных ценностей и достижении гармонии с миром и другими людьми. Он призывал людей к осознанию своих способностей, пониманию своих истинных ценностей и стремлению к гармонии с самими собой и с окружающим миром [25]. В целом в концепции Сократа подчеркивается важность саморазвития, самопознания и нравственного поведения для достижения счастья и благосостояния. Он предлагает взгляд на счастье как на результат осознания своих

способностей, гармонии с самим собой и социальной средой и стремления к духовному развитию и мудрости [10, 27].

Самый значимый вклад в античную и современную клиническую медицину внес Гиппократ [33], его учение о здоровье и болезни оставило огромный отпечаток в области социогуманитарных знаний и стало стандартом отношения врачей к больному человеку. Так, Гиппократ создал «учение о влиянии окружающей среды и условий жизни на здоровье». Он считал, что основными причинами заболеваний могут быть индивидуальные и внешние причины. Под индивидуальными причинами он понимал следующие: образ жизни, возраст, режим питания, наследственные факторы, а под внешними – условия проживания человека: климат, времена года, температуру воздуха, свойства почвы, эпидемии и др. [14]. Необходимо выделить трактаты Гиппократа «О здоровом образе жизни» и «О природе человека», а также теорию о гуморальной патологии, которые представляют собой основу современной психологии и медицины. Все это отражается сегодня в таких понятиях, как физическое, психологическое и социальное благополучие, которые фигурируют в современных концепциях КЖ.

Если рассматривать вклад Аристотеля, то необходимо выделить разработанную им концепцию эвдемонии, или эвдаймонии (от *eudaimonia* – счастье), согласно которой наибольшим человеческим благом является счастье и высшая цель человеческой жизни – идеальное состояние благополучия или счастья. Важным аспектом концепции Аристотеля является идея о сбалансированности и гармонии. Он призывал к умеренности и избеганию чрезмерностей, так как они могут нарушить гармонию и привести к несчастью. Аристотель также подчеркивал значимость общественной жизни и взаимодействия с другими людьми – важность хороших взаимоотношений с социумом, при этом носителем сознания для него была «душа» [5].

Далее, Аристотель считал, что, находясь в зависимости от достижения полноты и со-

вершенства человеческой жизни, счастье достигается через практику «добродетели» и разумного выбора ценностей. Он определял добродетели как привычки и качества, которые приводят к хорошей жизни и благосостоянию. Аристотель выделял не только психическое благополучие как критерий хорошего здоровья человека, но также физическое и эмоциональное благополучие. Он утверждал, что через развитие добродетелей достигается гармония души и тела.

Если рассмотреть модели эвдемонии и сопоставить их с современными трудами в области психологии, то можно увидеть, что в работах Э. Эриксона, Г. Олпорта, А. Маслоу они возродились в форме идей самоактуализации личности. В этом контексте невозможно не упомянуть большой вклад М. Селигмана в позитивную психологию, его теорию о подлинном счастье, концепцию счастья, процветания, КЖ, удовлетворенности и осмысленности жизни [38, 45]. Таким образом, перечисленные выше концепции античных философов и врачей имеют достаточное сходство с современными представлениями о КЖ в психологической науке и его объективными и субъективными индикаторами, которые отражают достижение человеком благополучия и счастья [18, 43].

Рассмотрим также идеи некоторых представителей эллинизма. Так, Эпикур учил, что главная цель человека – достичь состояния спокойствия и избавления от страданий – как душевных, так и телесных. Он просвещал людей и выступал нравственным учителем жизни, продвигал среди «простонародья» идеи умеренности жизни, дружбы и удовольствия как основных составляющих счастливой жизни. Если рассмотреть трактаты Эпикура, то его идею КЖ можно связать с наслаждением и удовольствием, которое человек получает от жизни. Он трактовал «удовольствие» как главный смысл и цель человеческого существования, а также считал, что истинное удовольствие связано не с физическими наслаждениями, а с умиротворением души и свободой от страха. Эпикур различал два типа удовольствий: физические удовольствия, связанные с телесными ощу-

щениями (кратковременные, такие как еда, питье и отдых) и духовные удовольствия – более глубокие, связанные с умственными процессами (дружба, философские размышления и отсутствие страха перед смертью).

Далее упомянем стоическую философию и ее неоднозначную позицию в отношении принятия судьбы и достижения состояния счастья. Так, согласно стоикам, важно принять то, что происходит, и смириться с тем, что не в наших силах изменить. Однако этот аспект стоицизма не всегда однозначен и может порождать различные интерпретации.

Некоторые критики утверждают, что принятие судьбы может привести к пассивности и безразличию, и считают, что стоицизм призывает отказаться от попыток изменить ситуацию или вступить в борьбу за лучшую жизнь. С другой стороны, отмечают, что стоики стремятся к достижению состояния эвдемонии, и это состояние, согласно им, достигается через развитие как мудрости, так и справедливости и самообладания [41].

Сторонники этого философского направления призывали к активному развитию и самосовершенствованию, стремлению к гармонии с самим собой и с внешним миром, однако утверждали, что принятие судьбы и стремление к эвдемонии не противоречат друг другу. Они побуждали людей к активному улучшению себя, даже с учетом того, что это не всегда позволяет изменить внешние обстоятельства.

Если рассмотреть сегодняшнее понятие КЖ с позиции стоицизма, то оно в первую очередь зависит от внутреннего благополучия и спокойствия души, а также от социальных взаимоотношений. Можно заметить, что ключевым в представлении стоиков является понимание состояния гармонии личности и ее социальной активности [12, 49].

Подводя итоги анализа концепций античного периода, можно прийти к выводу о том, что в Античности были представлены разные философские подходы к достижению счастья и благополучия, где предпочтение отдавалось различным ценностям и идеалам. Однако общим для всех философов было стремление к самосовершенствованию

и осознанному выбору ценностей, что может считаться актуальным и для современного понимания КЖ в медицине и психологии. Современным представлениям созвучно также то, что через гармонию души и тела достигается хорошей уровень здоровья и КЖ; это отражено в определении здоровья и КЖ Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) [7].

Периоды Средневековья и Возрождения

Содержание понятия КЖ в Средние века было связано с религиозными убеждениями и социальным статусом. Целью жизни считалось преодоление страданий в земной жизни для достижения блаженства в загробной жизни. Средневековое христианство оказало значительное влияние на отношение к телесному и духовному благополучию человека [8].

Средневековье и эпоха Возрождения были временем значительного развития медицины. В этот период были созданы и широко распространены медицинские трактаты, которые сыграли важную роль в развитии и обмене знаниями в области медицины. Они основывались на работах древних мыслителей, таких как Гиппократ и Гален, а также на научных открытиях и наблюдениях средневековых врачей. В этих трактатах были описаны разнообразные заболевания, методы диагностики и лечения, а также предлагались рекомендации по поддержанию здоровья и профилактике болезней. Роль медицины в поддержании КЖ населения была весьма значительной. Врачи и знатоки медицины старались предотвращать и лечить различные заболевания, а также содействовать поддержанию общего здоровья и благополучия людей [33].

В данный период времени существенное влияние на медицину оказало философское учение Августина Аврелия, которое также можно рассмотреть сквозь призму современных представлений о КЖ в психологии и медицине [22].

Августин был выдающимся врачом и философом, который внес значительный вклад в развитие христианской мысли и фи-

лософии в период Средневековья. В своих трактатах он обращал основное внимание на внутреннюю духовную жизнь человека, утверждая, что истинного благополучия и «высокого качества жизни» можно достичь через духовное преображение и обращение к Богу [22]. Его учения о грехопадении, спасении и нравственности оказали значительное влияние на мировоззрение людей того времени. В книге «О блаженной жизни» Августин описал зависимость счастья от степени познания Бога и от умеренности (названной им «мерой равновесия», что соотносится с сегодняшними понятиями умеренности и самодостаточности). Далее, в трактатах «О величине души» и «О благодати и свободной воле» Августином было описано отношение души к телу, стремление к счастью [32], которое можно соотнести с современным определением КЖ как субъективной оценки своего здоровья, а также внутреннего и внешнего благополучия [19].

Концепции духовной жизни и нравственности, предложенные Августином, также оказывали влияние на понимание здоровья в медицине Средневековья [33]. Он подчеркивал важность духовного здоровья для общего благополучия человека и общества. Учение Августина о внутреннем мире человека, его страстях и духовных потребностях также играло значительную роль в развитии науки о душе (психологии). Его философские идеи о душе, разуме и эмоциях повлияли на представления о психическом благополучии и КЖ человека [21].

Невозможно не упомянуть о большом вкладе в развитие указанной концепции персидского философа и врача, известного под именем Авиценна (ибн Сина), оставившего существенный след в медицине (представления о здоровье), философии и отчасти в психологии в период Средневековья. Он утверждал, что «индивидуальная душа образует с телом единую субстанцию, носителем философского мышления выступает конкретное тело, предрасположенное к принятию разумной души» [29].

Одной из самых известных медицинских работ этого периода является «Канон лечеб-

ной науке» Авиценны. В «Каноне» он собрал и систематизировал медицинские знания Средних веков, и его труд стал одним из основных источников информации в области медицинского образования и практики на многие века. Авиценна создал комплексную систему медицинских знаний, включавшую аспекты физиологии, диагностики и лечения болезней. Он придавал важное значение балансу четырех «гуморальных соков» в организме для поддержания здоровья и КЖ [6]. Авиценна также уделял внимание психическому здоровью, считая его неотъемлемой частью общего благополучия человека.

Учение Авиценны оказало значительное влияние на представления о психическом здоровье и психических расстройствах. Им был выделен ряд психических функций и основных принципов психической деятельности, что стало основой для развития психологии в тот период времени. Таким образом, концепции Авиценны в области медицины и психологии оказали значительное влияние на представления о здоровье, КЖ и психическом благополучии человека.

В Средние века христианство учило, что телесная жизнь в дольном мире является временной и мимолетной, а истинного счастья и благополучия можно достичь только через духовное спасение, в вечной жизни. В средневековой культуре телесное благополучие считалось не самоцелью, а лишь средством для достижения духовного спасения [33]. Вместе с тем в христианстве подчеркивалась важность заботы о теле, при этом здоровье и физическое благополучие рассматривались как долг перед Богом, что предполагало умеренность, здоровое питание и активный образ жизни.

Кроме того, христианство в Средневековье оказывало влияние на образование и культуру, формируя ценности и нормы поведения. Это привело к развитию образования, науки и искусства, которые способствовали духовному развитию и стремлению к истинному благополучию, что в свою очередь влияло на улучшение КЖ и благополучие человека [32]. Однако критики утверждали, что концентрация на духовности

и отвержение мирских радостей приводит к отрешенности от реальности и игнорированию возможностей для полноценного и счастливого земного существования. В этом можно заметить некоторые противоречия с сегодняшним понятием КЖ в медицине и психологии, но в целом приведенные факты отражают суть влияния Средневековья на формирование критериев оценки КЖ человека как в состоянии здоровья, так и в состоянии болезни.

Далее рассмотрим период Возрождения, характеризующийся расцветом гуманизма и позитивного отношения к физическому и эмоциональному благополучию [33]. Это культурное направление зародилось в Италии и далее распространилось на страны Западной Европы, что привело к формированию современных гуманитарных наук и принципов здоровьесбережения, понятий благополучия и КЖ в медицине и психологии.

Расцвет гуманизма в эпоху Возрождения предполагал новый взгляд на человека и его физическое и эмоциональное благополучие. Гуманисты акцентировали внимание на ценности личности человека и его потребностях, что в итоге позитивно повлияло на общее благополучие и КЖ людей [42]. Представители гуманизма старались создать условия для развития и расцвета личности, включая внимание к физическому здоровью и эмоциональному состоянию. Они подчеркивали необходимость заботы о своем здоровье, поддержания физической формы и контроля за своим питанием. Также они признавали значение эмоционального благополучия и поощряли людей находить радость и удовлетворение в жизни; поддерживали идеи необходимости активного образа жизни, физической активности и спорта, а также важности развития чувства радости, счастья и эмоционального благополучия.

Эти новые взгляды оказали влияние на различные области жизни, включая архитектуру, искусство и образование. Например, их отражением стало создание парков и садов, предназначенных для отдыха и физической активности. В искусстве уделялось большое внимание изображению человеческого тела

и выражению эмоций. В образовании – физическому воспитанию и развитию эмоциональных навыков. Все вышеперечисленное повлекло за собой улучшение КЖ человека, а также определило новый взгляд на медицину и духовную жизнь, что четко прослеживается в современных концепциях КЖ [26].

Таким образом, резюмируя взгляды ученых Средних веков и Возрождения, можно прийти к выводу: в Средневековье христианство оказало значительное влияние на «качество жизни» человека, подчеркивая важность духовного спасения и заботы о теле. Можно, однако, возразить, что игнорирование телесного благополучия в угоду духовной сфере в некоторой степени расходится с современным понятием КЖ в медицине. Данный вопрос можно сопоставить с этическими проблемами концепции КЖ, которые поднимаются в современной зарубежной медицинской литературе под рубрикой *quality of life and ethics* [37]. Однако «духовную» составляющую в современной психологической науке можно представить как психическую и ментальную, а «телесную» – как состояние соматического здоровья, что и отражается в определении КЖ, сформулированном ВОЗ. Важно также, что расцвет гуманизма в эпоху Возрождения привнес новые взгляды на физическое и эмоциональное благополучие. Было признано, что забота о своем здоровье и эмоциях является важной частью жизни человека; это повлияло на различные сферы жизни, способствуя созданию условий для развития личности и улучшения КЖ.

XIX – начало XX века

Акцент на философском осмыслении жизни был сделан в XIX и начале XX века, когда зародилась психология как наука и появился выраженный интерес к психическому здоровью. Тогда произошли прорывы в изучении и понимании человеческого разума и эмоций, а также в разработке методов лечения психических расстройств. В данный период, наряду с понятиями КЖ в медицине, социологии и экономике, в философии была выдвинута категория «жизни» как «ин-

туитивно постигаемой целостной действительности», не идентифицируемой с духом, и категория «материи» [24]. Так, например, в Средневековье «материя» трактовалась согласно с религиозными учениями. Фома Аквинский рассматривал материю как нечто пассивное, что нуждается в форме для реализации. Позже Декарт в эпоху Просвещения разделял мир на материю и дух, что стало основой для научного метода изучения природы. Первые теории, которые лежат в основе современных концепций КЖ, были заложены обществоведами классиками М. Вебером, А. Смитом, Э. Дюркгеймом [28].

Одновременно с развитием психологии и психоанализа возникло усиленное внимание к психическому здоровью и эмоциональному благополучию. Люди все больше осознавали важность психического здоровья и начали обращаться к специалистам для получения помощи. Врачи стали разрабатывать новые подходы и методы диагностики и лечения психических расстройств, а также методы улучшения эмоционального состояния, что в свою очередь способствовало пониманию необходимости развития здравоохранения, которое повлияло на улучшение как соматического, так и психического здоровья, а также КЖ населения.

В середине XIX века работы Чарльза Дарвина и разработка им теории эволюции оказали значительное влияние на сегодняшнее понимание КЖ в науке. Дарвин в своей работе «О происхождении видов» предложил новую концепцию происхождения и развития живых организмов и их адаптации к среде. Согласно теории эволюции, жизнь на Земле развивается через механизм естественного отбора, где организмы, наиболее приспособленные к своей среде, имеют больше шансов выжить и передать свои гены следующим поколениям [16]. Этот принцип применим не только к физическим характеристикам организмов, но и к поведению, социальному взаимодействию и способам выживания – что и отражено в современной психологической науке.

Понимание теории эволюции и естественного отбора расширило представление

о КЖ, так как, согласно этой теории, оно зависит не только от уровня комфорта и наличия ресурсов, но и от способности организма адаптироваться к окружающей среде и воспроизводить себя, оставляя потомство [21]. Таким образом, при оценке КЖ учитываются не только физическое здоровье и благополучие, но и социальная адаптация, психологическое благополучие и способность к воспроизведению новой жизни. Принятие данной теории также привело к осознанию важности сохранения биологического разнообразия и баланса экосистемы для обеспечения КЖ людей [4, 15].

Таким образом, теория эволюции повлияла на формирование концепции и понимание КЖ современного человека как в состоянии болезни, так и в состоянии здоровья. Это понимание учитывает адаптацию организмов к окружающей среде, социальные взаимодействия, психологическое благополучие и биологическое развитие, что приводит к более глубокому и комплексному взгляду на КЖ в медицине и психологии.

Далее рассмотрим санитарное движение, возникшее в XIX веке, которое включало в себя первые значительные попытки улучшения КЖ населения, особенно в отношении здоровья. Развитию санитарного движения в это период способствовало несколько факторов. Прежде всего, это промышленная революция, которая привела к появлению городских перенаселенных районов, негигиеничным условиям жизни и распространению инфекционных болезней. Инфекционные заболевания стали серьезной проблемой, и обществом была осознана необходимость повышения уровня гигиены и здоровья, что, в свою очередь, повлияло на рост уровня КЖ населения [50].

Санитарное движение стимулировало развитие медицинской науки и технологий, что также способствовало открытию методов предотвращения инфекционных болезней, развитию качественной медицинской помощи и эффективных методов лечения; это один из важнейших шагов к улучшению КЖ населения, связанному со здоровьем, которое продолжается по сегодняшний день.

В России значительно раньше, чем в Европе и Америке, а именно в первой половине XIX века, великим ученым М.В. Ломоносовым был впервые поднят вопрос санитарного просвещения, а в 1877 году было образовано «Русское общество охранения народного здравия». Далее, в начале XX века санитарное движение привело к созданию государственных структур и законодательства, направленных на улучшение здоровья населения. Были введены санитарные стандарты для общественных мест, принудительная вакцинация, среди населения популяризовалось соблюдение гигиены и здоровый образ жизни [29].

Интерес к изучению КЖ в медицине начался в Российской империи в 1890-е годы, когда И.М. Сеченов показал, что существует связь между трудоспособностью, образом жизни и психикой человека: у здорового человека самочувствие характеризуется чувством общего благосостояния, а у слабого или болезненного – чувством общего недомогания (данные термины используются в медицине и по сегодняшний день). В то же время в Европе проводились первые исследования по влиянию состояния болезни на качество выполнения профессиональной деятельности [24].

С развитием медицины и психологии в XIX–XX веках началось более систематическое изучение КЖ. Медицина начала уделять внимание не только физическому здоровью, но и психологическим аспектам благополучия. Психология помогла понять, какие факторы влияют на чувство счастья и удовлетворенности людей, интерес к психическому здоровью стал выраженным.

Новейшая история

Современные концепции КЖ учитывают влияние различных факторов, включая состояние здоровья, доступ к медицинской помощи, образование, доход, социальную поддержку, культурные и религиозные убеждения, окружение и др. [30]. В них также признается важность учета индивидуальных предпочтений и ценностей при оценке КЖ. Понимание этих концепций помогает

разработать эффективные стратегии и программы для улучшения жизненного уровня и благополучия людей [13].

В конце 1940-х годов, после Второй мировой войны, в Америке (Колумбийский университет) профессором D.A. Karnovsky был предложен первый опросник КЖ [11], который был направлен на измерение индекса физического состояния у онкологических пациентов и имел целью классификацию функциональных нарушений с учетом влияния болезни как на психологические, так и на социальные показатели (Karnofsky Performance Scale Index) [10, 17]. Далее, в 60-е годы, была создана методика, которая позволила более точно оценить клиническое состояние пациента и его физические функциональные параметры (Instrumental Activities of Daily Living Scale) [17, 18].

В начале 50-х годов XX века в медицине естественно-научная парадигма медленно стала вытесняться, так как все больше специалистов осознавали, что невозможно лечить пациента без учета особенностей его личности; это со временем способствовало развитию и внедрению гуманистической парадигмы в медицине (что происходит и по сегодняшний день). Данная парадигма была выдвинута представителями гуманистической психологии К. Рождерсом и В. Франклом [1, 2]. Сегодня она глубоко внедрилась в науки о человеке и имеет большую ценность в медицине и психологии, так как в ней учитываются личностные аспекты человека, его нравственность и духовность.

В 1948 году ВОЗ вводит определение понятия «здоровье», которое обозначается как «полное физическое, социальное и психическое благополучие, а не только отсутствие заболеваний» [7]. Было сформировано мнение среди исследователей в области здравоохранения, что понятие «качество жизни, связанное со здоровьем» (КЖЗ) имеет свои истоки в данном определении, так как под КЖ понимают оценку на основе субъективного восприятия больным собственного физического, психического и социального состояния [9].

В 1958 году появился термин «качество жизни»: он был впервые использован в кни-

ге Дж. Гэлбрейта под названием «Общество изобилия» и далее широко распространился в разных сферах науки [28]; а в 1966 году J.R. Elkington в статье под названием «Медицина и качество жизни» впервые в медицине поднял вопросы КЖ пациента и окружающих его людей [11]. Однако можно заметить, что понятие КЖ намного шире и охватывает не только физические, социальные и психологические показатели, а еще и удовлетворение трудом, семейное благополучие, и все это может определяться не только количественными показателями, но и субъективной оценкой своего состояния больным человеком.

В конце 70-х годов термин «качество жизни» был широко признан в разных науках, и КЖ стало изучаться в разных контекстах (в политике, социологии, медицине, психологии и других), а в 1977 году это понятие было введено в библиографическую базу данных Index Medicus (United States National Library of Medicine) [11, 23].

Впервые термин КЖЗ был опубликован в работе R.M. Kaplan и J.W. Bush в 1982 году и с тех пор широко применяется в медицине и системе здравоохранения для описания КЖ больного человека, а в начале 90-х годов XX века учеными D.L. Patrick и P. Erickson были определены показатели оценки уровня восприятия физических, психологических и социальных ограничений у больных людей до и после лечения как критерии оценки КЖЗ [11].

Представления о структуре КЖ и его измерениях в 2010–2020 годах характеризуются введением следующих критериев: во-первых, здоровье и благополучие, которые отражаются на физическом, психологическом, социальном и духовном состоянии, а также на различных сферах жизнедеятельности человека; во-вторых, факторы, влияющие на способность индивида удовлетворить свои потребности в названных сферах; в-третьих, социальная поддержка, стили совладания (копинги) в состоянии болезни и самооценка пациента [40]. Подчеркивается, что при сложных соматических заболеваниях на КЖ значимо влияют психосоциальные и клинические характеристики пациентов [49].

Новейшие исследования указывают на то, что при исследовании КЖЗ необходимо учитывать «измерения на основе предпочтений» – preference-based measures (PBM). Данный подход основывается на предпочтениях конкретного человека или населения при измерении КЖЗ, также его можно использовать для оценки состояния здоровья (например, людей определенной национальной принадлежности). PBM первоначально использовался в экономике, но со временем нашел свое применение в системе здравоохранения. Такой подход предполагает необходимость учитывать состояние здоровья на разных этапах лечения, а также возраст и уровень КЖ [35, 44].

Заключение

Подводя итоги, можно сделать вывод, что на сегодняшний день «качество жизни» – это сложный конструкт, который интерпретируется и определяется по-разному различными дисциплинами, и внутри каждой из них есть свое представление о нем. Современные концепции КЖ в медицине и психологии прошли наиболее значимое развитие и становление во второй половине XX века, хотя представления о КЖ зародились еще в период Античности. Понятие КЖ прошло несколько этапов эволюции как в системе здравоохранения, так и в психологической науке.

В период Античности формировались разные представления о достижении счастья и благополучия. Через стремление к само совершенствованию и осознанному выбору ценностей, через гармонию души и тела достигался хороший уровень здоровья и КЖ в современном понимании (закрепленном в определении ВОЗ).

В период Средневековья христианство оказало значительное влияние на улучшение

КЖ человека, подчеркивая важность духовного спасения и заботы о теле. Духовное рассматривалось как психическое и ментальное, а телесное – как состояние соматического здоровья. Гуманизм эпохи Возрождения привнес новые взгляды на физическое и эмоциональное благополучие, показав, что забота о здоровье (духовном и телесном) является важной частью жизни человека, и это повлияло на различные сферы жизни, поспособствовав созданию условий для развития личности и улучшения КЖ.

В XIX и начале XX века был выражен интерес к психическому здоровью. Теория Дарвина повлияла на ряд наук, в том числе и на психологию и медицину, и привела к существенному изменению подходов в науках о человеке. Санитарное движение было одним из ключевых факторов, который сыграл важную роль в превентивной медицине и целом в системе здравоохранения и который отражается в современных концепциях КЖ в медицине психологии.

С развитием медицины и психологии в XX веке началось более систематическое изучение КЖ. Медицина начала уделять внимание не только физическому здоровью, но и психологическим аспектам благополучия. Психология помогла понять, какие факторы влияют на чувство счастья и удовлетворенности людей; был выражен интерес к психическому здоровью.

При рассмотрении современных концепции КЖ в медицине становится ясным, что они не ограничиваются только оценкой симптомов (проявления заболевания) и ограничений, вызванных заболеванием и процессом лечения, а предполагают индивидуальный подход к каждому пациенту, принимают к сведению все аспекты существования человека, от которых зависит его здоровье, что и учитывается при определении уровня КЖ больного человека.

Литература

1. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А. Дискуссионные вопросы концептуализации и методологии исследования качества жизни в медицине // *Сибирский психологический журнал*. 2007. № 26. С. 112–119.
2. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А. Гуманистическая психология, качество жизни и ценностное сознание личности // *Сибирский психологический журнал*. 2011. № 40. С. 129–135.
3. Бондарчук С.В., Ионова Т.И., Один В.И. [и др.]. Принципы и методы исследования качества жизни в медицине / под ред. В.В. Тыренко СПб.: ВМедА, 2020. 102 с.
4. Венедиктова С.К., Горбушина Н.Ю., Муравьев А.В. Анализ методик оценки качества жизни населения России // *Вопросы экономики и права*. 2023. № 11 (185). С. 120–127. DOI: 10.14451/2.185.120
5. Гайдабрус Н.В. Западноевропейская философия от Античности до современности. М.: Русайнс, 2024. 100 с.
6. Глушанко В.С., Герберг А.А., Петрище Т.Л. История медицины: пособие / под ред. д-ра мед. наук, проф. В.С. Глушанко. Витебск: ВГМУ, 2023. 522 с.
7. Грязнова Е.В., Агеева Е.Л., Батракова Н.В. [и др.]. Критерий качества жизни, связанный со здоровьем: необходимость разработки как категории педагогической науки // *Азимут научных исследований: педагогика и психология*. 2020. Т. 9, № 1 (30). С. 250–253. DOI: <https://doi.org/10.26140/anip-2020-0901-0059>
8. Дударев С.Л. К вопросу о категории болезни в средневековой культуре // *Гуманитарные и юридические исследования*. 2017. № 2. С. 47–51.
9. Дьякович М.П., Рукавишников В.С., Казакова П.В. [и др.]. Качество жизни, связанное со здоровьем: оценка и управление. Иркутск: Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии Сибирского отделения РАМН, 2012. 168 с.
10. Евсина О.В. Качество жизни в медицине – важный показатель состояния здоровья пациента (обзор литературы) // *Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие*. 2013. № 1 (1). С. 119–133.
11. Еремян З.А., Щелкова О.Ю. История становления и развития концепции качества жизни в медицине // *Психология. Психофизиология*. 2022. Т. 15, № 1. С. 37–49. DOI: 10.14529/jpps220104
12. Ионова Т.И. Значение исследования качества жизни в современном здравоохранении // *Качество и жизнь*. 2019. № 1 (21). С. 3–8.
13. Калужский АД. Об оценке качества жизни человека // *Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения*. 2015. Т. 10, № 1. С. 293–294.
14. Каунова Е.В. Философия здоровья в Античности // *Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики*. 2015. № 1-1 (51). С. 65–69.
15. Клементьев П.А. Оценка исследования качества жизни // *Региональная и отраслевая экономика*. 2021. № 1. С. 10–15.
16. Козлова М. С. Особенности изучения эволюции человека на разных исторических этапах // *Историко-биологические исследования*. 2019. Т. 11, № 1. С. 60–76.
17. Лебедева А.А. Теоретические подходы и методологические проблемы изучения качества жизни в науках о человеке // *Психология. Журнал Высшей школы экономики*. 2012. Т. 9, № 2. С. 3–19.
18. Лебедева А.А., Леонтьев Д.А. Современные подходы к изучению качества жизни: от объективных контекстов к субъективным // *Социальная психология и общество*. 2022. Т. 13, № 4. С. 142–162. DOI: 10.17759/sps.2022130409
19. Литягина Е.В. Психологические аспекты качества жизни: учебное пособие. Самара: Издательство Самарского университета, 2023. 96 с.
20. Лубяный И.Д. Эволюция подходов к анализу категории «Качество жизни» // *Управление экономическими системами: электронный научный журнал*. 2015. № 2 (74). С. 45.
21. Магомедов Ш.Ш. Философия качества жизни: монография; Дагестанский государственный университет народного хозяйства. 2-е изд., перераб. и доп. Махачкала: АЛЕФ, 2017. 115 с.
22. Миргородский А.А. Проблема человека в концепции Аврелия Августина // *Культура и цивилизация (Донецк)*. 2023. № 2(18). С. 35–42.
23. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. М.: РАЕН, 2012. 528 с.
24. Перельман Н.Л. История и методологические основания представлений о качестве жизни // *Бюллетень физиологии и патологии дыхания*. 2019. № 72. С. 112–119. DOI: 10.12737/article_5d0ad216a56793.64561711
25. Петрова Л.А. Тема счастья и радости в античной культуре и христианской традиции: специальность 09.00.13 «Философская антропология, философия культуры»: дисс. ... канд. филос. наук. СПб., 2017. 157 с.
26. Пономарева И.В. Гуманизм в контексте истории развития медицины и врачевания // *Гуманизация современной философии и гуманитаризация общественных наук: материалы научной конференции, Екатеринбург, 17–18 мая 2018 года / под редакцией В.Е. Кемерова, Д.А. Томильцевой*. Екатеринбург: Деловая книга, 2018. С. 112–115.
27. Пушкарь Д.Ю., Дьяков В.В., Берников А.Н. Качество жизни – новая парадигма медицины // *Фарматека*. 2005. № 11. С. 15–16.

28. Ряхова Е.В. Психологический анализ качества жизни // Вестник магистратуры. 2015. № 2 (41). Том II. С. 49–51.
29. Сокорина Т.С. История медицины. 9-е изд., стер. М.: Издательский центр «Академия», 2009. 560 с.
30. Спиридонов С.П. Индикаторы качества жизни и методологии их формирования // Вопросы современной науки и практики. Университет им. В.И. Вернадского. 2010. № 10-12 (31). С. 208–223.
31. Степин В. Новая философская энциклопедия: в 4 т. Т. 2. Е – М. М.: Мысль. 2010. 634 с.
32. Татаркевич В. История философии / пер. с польск. В.Н. Кваскова. Пермь: Изд-во Перм. ун-та, 2000. 482 с.
33. Хабибова М.М., Бабаева З.А., Дибраев А.Д. Философия и современная медицина с античности до современности // Контекст и рефлексия: философия о мире и человеке. 2023. Т. 12, № 9А. С. 109–113. DOI: 10/34670/ar.2023.71.29.016
34. Чалдышкина М.В. Философский, культурный и медицинский контекст понятия «качество жизни» // Вестник Омского государственного педагогического университета. Гуманитарные исследования. 2021. № 2 (31). С. 66–70. DOI: 10.36809/2309-9380-2021-31-66-70
35. Banham, D., Karnon, J., Lynch, J. Health related quality of life (HRQoL) among Aboriginal South Australians: A Perspective Using Survey-Based Health Utility Estimates // *Health Qual. Life Outcomes*. 2019. Vol. 17. P. 39. DOI: 10.1186/s12955-019-1107-z
36. De Silva Sh., Chan N., Esposito K. [et al.] Psychometric Properties of Health-Related Quality of Life Instruments Used in Survivors of Critical Illness: A Systematic Review // *Quality of Life Research*. 2024. Vol. 33, N 1. Pp. 17–29. DOI: 10.1007/s11136-023-03487-x
37. Fumincelli L., Mazzo A., Martins J.C.A. [et al.]. Quality of Life and Ethics: A Concept Analysis // *Nurs. Ethics*. 2019. Vol. 26 (1). Pp. 61–70.
38. Graham M. C. *Facts of Life: Ten Issues of Contentment*. Outskirts Press, 2014. 312 p.
39. Haraldstad, K., Wahl, A., Andenæs, R. [et al.]. A Systematic Review of Quality of Life Research in Medicine and Health Sciences // *Qual. Life Res*. 2019. Vol. 28. Pp. 2641–2650. DOI: 10.1007/s11136-019-02214-9
40. Luo R., Ji Y., Liu Y.H. [et al.]. Relationships Among Social Support, Coping Style, Self-Stigma, And Quality of Life in Patients with Diabetic Foot Ulcer: A Multicentre, Cross-Sectional Study // *Int. Wound J*. 2023. Vol. 20 (3). Pp. 716–724. DOI: 10.1111/iwj.13914
41. Marion D., Shogry S., Baltzly D. Stoicism // *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* / Edward N. Zalta & Uri Nodelman (eds.), Spring 2023. URL: <https://plato.stanford.edu/archives/spr2023/entries/stoicism/> (дата обращения: 15.03.2024).
42. McGrath E.A. *Christian Theology: An Introduction* (5th ed.). Oxford: Wiley-Blackwell, 2011. 30 p.
43. Medvedev O.N., Landhuis C.E. Exploring Constructs of Well-Being, Happiness and Quality of Life // *Peer. J*. 2018. Vol. 1 (6), e4903. DOI: 10.7717/peerj.4903. (eCollection 2018.)
44. Roy L.M., Neill A., Swampy K. [et al.]. Preference-Based Measures of Health-Related Quality of Life in Indigenous People: A Systematic Review // *Qual. Life Res*. 2024. Vol. 33. Pp. 317–333. DOI: 10.1007/s11136-023-03499-7
45. Ryff C.D. Happiness Is Everything, Or Is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1989. Vol. 57 (6). Pp. 1069–1081. DOI: 10.1037/0022-3514.57.6.1069
46. Sirgy M.J., Michalos A.C., Ferris A.L. [et al.]. The Quality of Life (QoL) Research Movement: Past, Present and Future // *Social Indicators Research*. 2006. Vol.76, Iss.3. Pp. 343–466. DOI: 10.1007/s11205-005-2877-8
47. Sirgy M.J. *The Psychology of Quality of Life*. Dordrecht; Boston; London: Kluwer Academic Publishers, 2010. 281 p. DOI: 10.1007/978-94-015-9904-7
48. Tonon G. *Qualitative Studies in Quality of Life: Methodology and Practice*. Springer, 2016. XXIII. 240 p. DOI: 10.1007/978-3-319-13779-7
49. Ventoulis I., Kamperidis V., Abraham M.R. [et al.]. Differences in Health-Related Quality of Life among Patients with Heart Failure // *Medicina (Kaunas)*. 2024. Vol. 6 (60). 109 p. DOI: 10.3390/medicina60010109
50. Wilson F., Mabhala M. *Key Concepts in Public Health*. SAGE Publications Ltd, 2009. 328 p. DOI: 10.4135/9781446216736

Поступила 12.04.2024

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

Для цитирования: Илич М. Развитие концепции качества жизни в психологии и медицине // Вестник психотерапии. 2024. № 92. С. 91–107. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-92-91-107

M. Ilich

The Concept of Quality of Life in Psychology and Medicine

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

✉ Mariya Ilich – master of psychology, PhD Student, Department of medical psychology and psychophysiology, Saint Petersburg State University (7–9, Universitetskaya Emb., St. Petersburg 199034, Russia); e-mail: ilich.mariya@mail.ru

Abstract

Relevance. Even though at present there is a lot of scientific research on the quality of life (QOL) of patients of different nosological groups, there is practically no information about the development and formation of the concept of QOL in medical psychology. For a better understanding of different concepts of QOL, which are considered in the development of programs of psychological assistance to patients with somatic diseases, it is necessary to study the formation and development of QOL concepts. Therefore, the aim of the study is to examine the development of the concept of QOL in psychology and medicine - from antiquity to the present.

Methods. An analytical review of scientific literature devoted to the problem of PL was conducted. The following resources were used to search for relevant scientific literature: eLibrary.ru (mainly articles from the journals of the Higher Attestation Commission of the Ministry of Education and Science of the Russian Federation), RusMed, PubMed, Springer, Google Scholar. Aspects of the development and formation of the concept of QOL in the periods of antiquity, the Middle Ages, the Renaissance, and the New Age, through philosophical concepts related to medicine and psychology were comprehensively analyzed.

Results. In ancient times, different ideas were formed about how to achieve happiness and well-being: through the pursuit of self-improvement and conscious choice of values, harmony of soul and body, a good level of health and QOL was achieved. During the Middle Ages and Renaissance, Christianity had a significant influence, emphasizing the importance of spiritual salvation and care of the body, and Humanism brought new views on physical and emotional well-being and the fact that health care is an important part of human life, which influenced various spheres of life. In the 19th and early 20th century, Darwin's theory influenced several sciences, including psychology and medicine, and led to a significant change in approaches in the human sciences. The sanitation movement was one of the key factors that influenced preventive medicine and the health care system, which is now reflected in modern concepts of QOL in psychology medicine. In the second half of the twentieth century, systematic studies of QOL began, and medicine began to pay attention not only to physical health, but also to psychological well-being. In the study of QOL, factors influencing the feeling of happiness and satisfaction began to be considered, and a pronounced interest in the mental health of a person was formed.

Conclusion. When considering the concept of QOL in medicine and psychology, it became clear that the study of QOL is not limited only to the assessment of symptoms and limitations caused by the disease and the treatment process. An individual approach to each patient is assumed, taking into account all aspects of human existence on which his/her health depends, which should be taken into account when providing psychological assistance to patients with somatic diseases in the process of treatment, rehabilitation and prevention of the disease.

Keywords: quality of life, health-related quality of life, concepts of quality of life, historical analysis, medical psychology.

References

1. Vasserman L.I., Trifonova E.A. Diskussionnye voprosy kontseptualizatsii i metodologii issledovaniya kachestva zhizni v meditsine [Methodological issues in quality of life research in medicine]. *Sibirskii psikhologicheskii zhurnal* [Siberian Journal of Psychology]. 2007; (26) 112–119. (In Russ.)

2. Vasserman L.I., Trifonova E.A. Gumanisticheskaya psikhologiya, kachestvo zhizni i tsennostnoe soznanie lichnosti [Humanistic psychology, quality of life and value consciousness of the personality]. *Sibirskii psikhologicheskii zhurnal* [Siberian Journal of Psychology]. 2011; (40) 129–135. (In Russ.)
3. Bondarchuk S.V., Ionova T.I., Odin V.I. [et al.]. Printsipy i metody issledovaniya kachestva zhizni v meditsine [Principles and methods of quality of life research in medicine]. Ed. V.V. Tyrenko. Sankt Peterburg, 2020. 102 p. (In Russ.)
4. Venediktova S.K., Gorbushina N.Yu., Murav'ev A.V. Analiz metodik otsenki kachestva zhizni naseleniya Rossii [Analysis and evaluation of the life quality of the population of Russia]. *Voprosy ekonomiki i prava* [Economic and legal issues]. 2023; 11(185): 120–127. DOI: 10.14451/2.185.120 (In Russ.)
5. Gaidabrus N.V. Zapadnoevropeiskaya filosofiya ot Antichnosti do sovremennosti [Western European philosophy from Antiquity to the present]. Moscow, 2024. 100 p. (In Russ.)
6. Glushanko V.S., Gerberg A.A., Petrishche T.L. Istoriya meditsiny [History of medicine]. Ed. V.S. Glushanko. Vitebsk, 2023. 522 p. (In Russ.)
7. Gryaznova E.V., Ageeva E.L., Batrakova N.V. [et al.]. Kriterii kachestva zhizni, svyazannyi so zdorov'em: neobkhodimost' razrabotki kak kategorii pedagogicheskoi nauki [The criterion of quality of life related to health: the need to develop as a category of pedagogical science]. *Azimut nauchnykh issledovaniy: pedagogika i psikhologiya* [Azimuth of Scientific Research: Pedagogy and Psychology]. 2020; 9(30): 250–253. DOI: <https://doi.org/10.26140/anip-2020-0901-0059> (In Russ.)
8. Dudarev S.L. K voprosu o kategorii bolezni v srednevekovoi kul'ture [On the category of disease in medieval culture]. *Gumanitarnye i yuridicheskie issledovaniya* [Humanities and law research]. 2017; (2) 47–51. (In Russ.)
9. D'yakovich M.P., Rukavishnikov V.S., Kazakova P.V. [et al.]. Kachestvo zhizni, svyazannoe so zdorov'em: otsenka i upravlenie [Health-related quality of life: assessment and management]. Irkutsk, 2012. 168 s. (In Russ.)
10. Evsina O.V. Kachestvo zhizni v meditsine – vazhnyi pokazatel' sostoyaniya zdorov'ya patsienta (obzor literatury) [The quality of life in medicine – an important indicator of patient health status (review)]. *Lichnost' v menyayushchemsya mire: zdorov'e, adaptatsiya, razvitiye* [Personality in a changing world: health, adaptation, development]. 2013; (1(1)) 119–133. (In Russ.)
11. Eremyan Z.A., Shchelkova O.Yu. Istoriya stanovleniya i razvitiya kontseptsii kachestva zhizni v meditsine [The concept of quality of life in medicine]. *Psikhologiya. Psikhofiziologiya* [Psychology. Psychophysiology]. 2022; 15(1): 37–49. DOI: 10.14529/jpps220104 (In Russ.)
12. Ionova T.I. Znachenie issledovaniya kachestva zhizni v sovremennom zdavookhraneni [Value of quality of life assessment in health care]. *Kachestvo i zhizn'* [Quality and life]. 2019; (1(21)) 3–8. (In Russ.)
13. Kaluzhskii A.D. Ob otsenke kachestva zhizni cheloveka [About an evaluation of the quality of human life]. *Zdorov'e – osnova chelovecheskogo potentsiala: problemy i puti ikh resheniya* [Health is the basis of human potential: problems and solutions]. 2015; 10(1): 293–294. (In Russ.)
14. Kaunova E.V. Filosofiya zdorov'ya v Antichnosti [Philosophy of health in the antiquity]. *Istoricheskie, filosofskie, politicheskie i yuridicheskie nauki, kul'turologiya i iskusstvovedenie. Voprosy teorii i praktiki* [Historical, Philosophical, Political and Law Sciences, Culturology and Study of Art. Issues of Theory and Practice]. 2015; (1-1(51)) 65–69. (In Russ.)
15. Klement'ev P.A. Otsenka issledovaniya kachestva zhizni [Evaluation of the quality of life study]. *Regional'naya i otraslevaya ekonomika* [Regional and sectoral economics]. 2021; (1) 10–15. (In Russ.)
16. Kozlova M.S. Osobennosti izucheniya evolyutsii cheloveka na raznykh istoricheskikh etapakh [Features of the study of human evolution at different historical stages]. *Istoriko-biologicheskie issledovaniya* [Istoriko-biologicheskie issledovaniya]. 2019; 11(1): 60–76. (In Russ.)
17. Lebedeva A.A. Teoreticheskie podkhody i metodologicheskie problemy izucheniya kachestva zhizni v naukakh o cheloveke [Theoretical approaches and methodological issues of life quality research in human sciences]. *Psikhologiya. Zhurnal Vysshei shkoly ekonomiki* [Psychology. Journal of the Higher School of Economics]. 2012; 9(2): 3–19. (In Russ.)
18. Lebedeva A.A., Leont'ev D.A. Sovremennye podkhody k izucheniyu kachestva zhizni: ot ob'ektivnykh kontekstov k sub'ektivnym [Contemporary approaches to the quality of life: from objective contexts to subjective ones]. *Sotsial'naya psikhologiya i obshchestvo* [Social Psychology and Society]. 2022; 13(4): 142–162. DOI:10.17759/sps.2022130409 (In Russ.)
19. Lityagina E.V. Psikhologicheskie aspekty kachestva zhizni [Psychological aspects of quality of life]. Samara, 2023. 96 p. (In Russ.)
20. Lubyanyi I.D. Evolyutsiya podkhodov k analizu kategorii "Kachestvo zhizni" [Evolution of "Quality of Life" analysis approaches]. *Upravlenie ekonomicheskimi sistemami: elektronnyi nauchnyi zhurnal* [Management of economic systems: electronic scientific journal]. 2015; (2(74)): 45. (In Russ.)
21. Magomedov Sh.Sh. Filosofiya kachestva zhizni: monografiya [Philosophy of quality of life: a monograph]. Dagestanskii gosudarstvennyi universitet narodnogo khozyaistva. Makhachkala, 2017. 115 p. (In Russ.)

22. Mirgorodskii A.A. Problema cheloveka v kontseptsii Avreliya Avgustina [the human problem is in the concept Aurelia Augustina]. *Kul'tura i tsivilizatsiya (Donetsk)* [Culture and Civilization]. 2023; (2(18)) 35–42. (In Russ.)
23. Novik A.A., Ionova T.I. Rukovodstvo po issledovaniyu kachestva zhizni v meditsine [Guidelines for the study of quality of life in medicine]. Moscow. 2012. 52 p. (In Russ.)
24. Perel'man N.L. Istoriya i metodologicheskie osnovaniya predstavlenii o kachestve zhizni [History and methodological basics of quality of life conceptions]. *Byulleten' fiziologii i patologii dykhaniya* [Bulletin of physiology and pathology of respiration]. 2019; (72): 112–119. DOI: 10.12737/article_5d0ad216a56793.64561711 (In Russ.)
25. Petrova L.A. Tema schast'ya i radosti v antichnoi kul'ture i khristianskoi traditsii: spetsial'nost' [The theme of happiness and joy in ancient culture and Christian tradition: specialty]: dissertation PhD. Filosof. Sci. St. Peterburg, 2017. 157 p. (In Russ.)
26. Ponomareva I.V. Gumanizm v kontekste istorii razvitiya meditsiny i vrachevaniya [Humanism in the context of the history of medicine and healing]. Gumanizatsiya sovremennoi filosofii i gumanitarizatsiya obshchestvennykh nauk: materialy nauchnoi konferentsii, Ekaterinburg, 17–18 maya 2018 / Ed. V.E. Kemerova, D.A. Tomil'tsevoi. Ekaterinburg, 2018: 112–115. (In Russ.)
27. Pushkar' D.Yu., D'yakov V.V., Bernikov A.N. Kachestvo zhizni – novaya paradigma meditsiny [Quality of life is a new paradigm of medicine]. *Farmateka* [Farmateka]. 2005; (11): 15–16. (In Russ.)
28. Ryakhova E.V. Psikhologicheskii analiz kachestva zhizni [Psychological analysis of the quality of life]. *Vestnik magistratury* [Vestnik Magistratury]. 2015; 2(41): 49–51. (In Russ.)
29. Sokorina T.S. Istoriya meditsiny [History of medicine]. Moscow, 2009. 560 p. (In Russ.)
30. Spiridonov S.P. Indikatory kachestva zhizni i metodologii ikh formirovaniya [Life quality indicators and methodology of their development]. *Voprosy sovremennoi nauki i praktiki. Universite im. V.I. Vernadskogo* [Problems of Contemporary Science and Practice. Vernadsky University]. 2010; (10-12(31)): 208–223. (In Russ.)
31. Stepin V. Novaya filosofskaya entsiklopediya [The New Philosophical Encyclopedia]. Moscow, 2010. 2: 634. (In Russ.)
32. Tatarkevich V. Istoriya filosofii [History and philosophy]. per. V.N. Kvaskov. Perm', 2000. 482 p. (In Russ.)
33. Khabibova M.M., Babaeva Z.A., Dibraev A.D. Filosofiya i sovremennaya meditsina s antichnosti do sovremennosti [Philosophy and modern medicine from antiquity to the present]. *Kontekst i refleksiya: filosofiya o mire i cheloveke* [Context and Reflection: Philosophy of the World and Human Being]. 2023; 12(9A): 109–113. DOI: 10/34670/ar.2023.71.29.016 (In Russ.)
34. Chaldyshkina M.V. Filosofskii, kul'turnyi i meditsinskii kontekst ponyatiya «kachestvo zhizni». [Philosophical, cultural and medical context of the concept of “quality of life”]. *Vestnik Omskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta. Gumanitarnye issledovaniya* [Review of Omsk State Pedagogical University. Humanitarian research]. 2021; (2(31)): 66–70. DOI: 10.36809/2309-9380-2021-31-66-70 (In Russ.)
35. Banham, D., Karnon, J., Lynch, J. Health related quality of life (HRQoL) among Aboriginal South Australians: a perspective using survey-based health utility estimates. *Health Qual Life Outcomes*. 2019; 17: 39. DOI:10.1186/s12955-019-1107-z
36. De Silva Sh., Chan N., Esposito K. [et al.]. Psychometric properties of health-related quality of life instruments used in survivors of critical illness: a systematic review. *Quality of Life Research*. 2024; 33(1): 17–29. DOI: 10.1007/s11136-023-03487-x.
37. Fumincelli L., Mazzo A., Martins J.C.A. [et al.]. Quality of life and ethics: A concept analysis. *Nurs Ethics*. 2019; 26(1): 61–70.
38. Graham M. C. Facts of Life: ten issues of contentment. *Outskirts Press*. 2014. 312 p.
39. Haraldstad K., Wahl A., Andenæs R. [et al.]. A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Qual Life Res*. 2019; 28: 2641–2650 doi.org/10.1007/s11136-019-02214-9
40. Luo R., Ji Y., Liu Y.H. [et al.]. Relationships among social support, coping style, self-stigma, and quality of life in patients with diabetic foot ulcer: A multicentre, cross-sectional study. *Int Wound J*. 2023; 20(3): 716–724. DOI: 10.1111/iwj.13914.
41. Marion D., Shogry S., Baltzly D. “Stoicism”, The Stanford Encyclopedia of Philosophy Edward N. Zalta & Uri Nodelman (eds.), Spring 2023. URL: <https://plato.stanford.edu/archives/spr2023/entries/stoicism/>
42. McGrath, E.A. Christian Theology: An Introduction (5th ed.). Oxford: Wiley-Blackwell. 2011. 30 p.
43. Medvedev O.N., Landhuis C.E. Exploring constructs of well-being, happiness and quality of life. *Peer J*. 2018; 1(6): e. 4903. DOI: 10.7717/peerj.4903. eCollection 2018.
44. Roy L.M., Neill A., Swampy K. [et al.]. Preference-based measures of health-related quality of life in Indigenous people: a systematic review. *Qual Life Res*. 2024; 33: 317–333. DOI:10.1007/s11136-023-03499-7
45. Ryff C.D. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1989; 57(6): 1069–1081. DOI:10.1037/0022-3514.57.6.1069
46. Sirgy M.J., Michalos A.C., Ferris A.L. [et. al.]. The quality of life (QoL) research movement: past, present and future. *Social Indicators Research*. 2006; 76(3): 343–466. DOI: 10.1007/s11205-005-2877-8

-
47. Sirgy M.J. *The psychology of quality of life*. Dordrech; Boston; London: Kluwer Academic Publishers. 2010. 281 p. DOI:10.1007/978-94-015-9904-7
 48. Tonon G. *Qualitative studies in quality of life: Methodology and practice*. Springer, 2016. XXIII. 240 p. DOI:10.1007/978-3-319-13779-7
 49. Ventoulis I., Kamperidis V., Abraham M.R. [et al.] Differences in Health-Related Quality of Life among Patients with Heart Failure. *Medicina (Kaunas)*. 2024; 6(60): 109. DOI: 10.3390/medicina60010109.
 50. Wilson F, Mabhala M. *Key concepts in public health*. SAGE Publications Ltd, 2009. 328 p. DOI:10.4135/9781446216736
-

Received 12.04.2024

For citing: Ilich M. Razvitie kontseptsii kachestva zhizni v psikhologii i meditsine. *Vestnik psikhoterapii*. 2024; (92): 91–107. (In Russ.)

Ilich M. The concept of quality of life in psychology and medicine. *Bulletin of Psychotherapy*. 2024; (92): 91–107. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-92-91-107

1. Представление материалов

При направлении статей в журнал должны соблюдаться международные этические нормы, разработанные Комитетом по этике научных публикаций (<http://publicationethics.org/resources/guidelines>). Автор(ы) передает(ют) электронную версию статьи в формате Word 97–2003 и подписанный им(и) скан титульного листа на сайт журнала (<https://vestpsihoterapii.elpub.ru/jour/author/submit/1>) через опцию «Отправить статью» и дублирует(ют) отправку на e-mail редколлегии: vestnik-pst@yandex.ru.

2. Требования к материалам рукописи

Общие требования к тексту: шрифт Times New Roman, кегль – 12 пт (таблицы – 10 пт), интервал полуторный. Поля с каждой стороны по 2 см. Объем передовых и обзорных статей не должен превышать 15 с., экспериментальных и общетеоретических исследований – 10 с., включая текст, иллюстрации (рисунки, таблицы), список литературы и англоязычный блок.

В начале первой страницы указывается универсальный десятичный код (УДК).

Схема построения статьи: 1) инициалы и фамилии авторов; 2) заглавие статьи (в формате обычного текста – не заголовок), учреждение и его адрес (указывается для каждого из авторов); 3) аннотация и ключевые слова, соотнесенные с Международным рубрикатом медицинских терминов (MeSH), русскоязычная версия которого представлена на сайте Центральной научной медицинской библиотеки (<http://www.scsml.rssi.ru/>); 4) краткое введение; 5) материал и методы; 6) результаты и их анализ; 7) заключение (выводы); 8) наличие/отсутствие конфликта интересов, который может повлиять на анализ и интерпретацию полученных результатов; источники финансовой поддержки (гранты, государственные программы, проекты и т. д.); благодарности; 9) участие авторов (конкретный вклад каждого автора в подготовку и написание статьи); 10) литература.

Диагнозы заболеваний и формы расстройств поведения следует соотносить с МКБ-10. Единицы измерений приводятся по ГОСТу 8.471-2002 «Государственная система обеспечения единства измерений. Единицы величин».

Сведения об авторах приводятся на русском и английском языке: фамилия, имя, отчество; ученая степень, ученое звание (указание ученого звания и должности факультативно); название места работы/учебы без сокращений, даже если оно общепринято в стране (при переводе следует использовать официальное название из Устава учреждения, иначе аффилиация с учреждением в международных базах данных будет затруднена); почтовый адрес (страна, почтовый индекс, город, улица, дом); e-mail автора. Обозначается вклад каждого автора в подготовку и написание статьи.

Авторы обязуются сообщить о конфликте интересов, связанном с подготовкой статьи.

Список литературы оформляется в виде алфавитного библиографического указателя по ГОСТу

7.0.5-2008. Если авторов пять и более, то необходимо указать фамилии трех авторов и далее в квадратных скобках сокращенное словосочетание «и другие» [и др.]. Для оптимизации транслитерации знаки точка и тире (. -), которые отделяют зоны библиографической записи, заменяются точкой. Обязательно указываются DOI статей, если они имеются.

Структура англоязычного раздела: 1) авторы и заглавие статьи; 2) название учреждения приводится так, как оно указано в Уставе учреждения; 3) сведения об авторах: транслитерированные имена, отчества, фамилии; ученые звания и степени, должность; учреждение, его адрес (дом, улица, город, почтовый индекс, страна); 4) реферат по разделам и ключевые слова; 5) транслитерированный список литературы. При транслитерации следует использовать сайт <http://translit.net>, формат транслитерации – BSI. После транслитерированного русского заглавия в квадратных скобках указывается его английский перевод. Для заглавий статей и журналов следует применять официальные переводы, представленные в самих журналах, на сайте Научной электронной библиотеки (<http://elibrary.ru>) и ведущих библиотек страны.

Требования к рисункам: допускаются только черно-белые рисунки, заливка элементов рисунка – косая, перекрестная, штриховая; не допускаются тонкие заливки; допустимые форматы файлов – TIFF, JPG, PDF; разрешение – не менее 300 dpi; ширина рисунка – не более 100 мм, высота рисунка – не более 150 мм; легенда рисунка должна быть легко читаемой, шрифт не менее 8 пт.

3. Присланные статьи рецензируются членами редколлегии, редакционного совета и ведущими специалистами отрасли. При положительном отзыве статьи принимаются к печати.

При принятии статьи к публикации авторы дают право редакции размещать полные тексты статей и ее реферата в информационных справочно-библиографических базах данных.

Рукописи авторам не возвращаются.

4. Редакция оставляет за собой право сокращения статей без изменения концептуальной основы содержания, а также размещения статей в разделе «Дискуссионный клуб». Кроме того, редакция имеет право запросить у авторов заключения Этического комитета, сведения о возможности опубликования в открытой печати материалов исследования и др.

Предоставляются все авторские права, закрепленные законодательством Российской Федерации.

Более полный перечень правил для авторов, а также примеры оформления статей представлены:

– на сайте ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова: <https://nrcerm.ru/science/editorial-and-publishing/periodicals/zhurnal-vestnik-psihoterapii/>;

– на сайте журнала: <https://vestpsihoterapii.elpub.ru/jour/about/submissions#authorGuidelines>.