

**Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины
им. А.М. Никифорова МЧС России**

**ВЕСТНИК
ПСИХОТЕРАПИИ**

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Главный редактор В.Ю. Рыбников

№ 78 (83)

Санкт-Петербург
2021

Редакционная коллегия

В.С. Черный (Санкт-Петербург, д-р мед. наук, науч. ред.); С.Г. Григорьев (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.); О.В. Леонтьев (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.); Р. Мизерене (Литва, Паланга, д-р мед. наук); В.А. Мильчакова (Санкт-Петербург, канд. психол. наук доцент); Н.А. Мухина (Санкт-Петербург, канд. мед. наук доцент); В.Ю. Рыбников (Санкт-Петербург, д-р мед. наук, д-р психол. наук проф.)

Редакционный совет

С.С. Алексанин (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.); А.А. Александров (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.); Ю.А. Александровский (Москва, д-р мед. наук проф.); Г.В. Ахметжанова (Тольятти, д-р пед. наук проф.); Е.Н. Ашанина (Санкт-Петербург, д-р психол. наук); С.М. Бабин (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.); Т.Г. Бохан (Томск, д-р психол. наук проф.); В.Г. Булыгина (Москва, д-р психол. наук проф.); Р.М. Грановская (Санкт-Петербург, д-р психол. наук проф.); Г.И. Григорьев (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.); В.И. Евдокимов (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.); Е.В. Змановская (Санкт-Петербург, д-р психол. наук проф.); Е.А. Колотильщикова (Санкт-Петербург, д-р психол. наук); Н.Г. Незнанов (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.); Е.Л. Николаев (Чебоксары, д-р мед. наук проф.); И.А. Новикова (Архангельск, д-р мед. наук проф.); М.М. Решетников (Санкт-Петербург, д-р психол. наук проф.); Е.И. Чехлатый (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.); В.К. Шамрей (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.)

Адрес редакции:

194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11
Телефон: (812) 592-14-19, 923-98-01

ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ

Научно-практический журнал

- © Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, 2021
- © Международный институт резервных возможностей человека, 2021

**Nikiforov Russian Centre of Emergency and Radiation
Medicine, EMERCOM of Russia**

**BULLETIN OF
PSYCHOTHERAPY**

RESEARCH & CLINICAL PRACTICE JOURNAL

Editor-in-Chief V.Yu. Rybnikov

N 78 (83)

St. Petersburg
2021

Editorial Board

V.S. Chernyi (St. Petersburg, Dr. Med. Sci., Science Editor); S.G. Grigorjev (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.); O.V. Leontev (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.); R. Mizeriene (Palanga, Lithuania, Dr. Med. Sci.); V.A. Milchakova (St. Petersburg, PhD Psychol. Sci. Associate Prof.); N.A. Mukhina (St. Petersburg, PhD Med. Sci., Associate Prof.); V.Yu. Rybnikov (St. Petersburg, Dr. Med. Sci., Dr. Psychol. Sci. Prof.)

Editorial Council

S.S. Aleksanin (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.); A.A. Aleksandrov (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.); Yu.A. Aleksandrovskii (Moscow, Dr. Med. Sci. Prof.); G.V. Akhmetzhanova (Togliatti, Dr. Ed. Sci. Prof.); E.N. Ashanina (St. Petersburg, Dr. Psychol. Sci.); S.M. Babin (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.); T.G. Bohan (Tomsk, Dr. Psychol. Sci. Prof.); V.G. Bulygina (Moscow, Dr. Psychol. Sci. Prof.); R.M. Granovskaya (St. Petersburg, Dr. Psychol. Sci. Prof.); G.I. Grigorjev (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.); V.I. Evdokimov (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.); E.V. Zmanovskaya (St. Petersburg, Dr. Psychol. Sci. Prof.); E.A. Kolotilshchikova (St. Petersburg, Dr. Psychol. Sci.); N.G. Neznanov (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.); E.L. Nikolaev (Cheboksary, Dr. Med. Sci. Prof.); I.A. Novikova (Arkhangelsk, Dr. Med. Sci. Prof.); M.M. Reshetnikov (St. Petersburg, Dr. Psychol. Sci. Prof.); E.I. Chekhlaty (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.); V.K. Shamrey (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.)

For correspondence:

11, Pridorozhnaya alley
194352, St. Petersburg, Russia
Phone: (812) 592-14-19, 923-98-01

BULLETIN OF PSYCHOTHERAPY

Research & clinical practice journal

© Nikiforov Russian Centre of Emergency and Radiation
Medicine, EMERCOM of Russia, 2021

© International Institute of Human Potential Abilities, 2021

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХИАТРИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

Харитонов С.В.

Психотерапия с контролем физиологических показателей (гаджет-контролируемая психотерапия) у больных с тревожными расстройствами 7

Чумаков Е.М., Бабин С.М., Азарова Л.А., Петрова Н.Н., Лиманкин О.В.

Телемедицинские технологии для оказания психиатрической и психотерапевтической помощи в условиях пандемии COVID-19 – вызовы и перспективы 20

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Великанов А.А., Столярова А. А., Левашкевич Ю.Л., Круглова Н.Е.

Проблема стресса при ишемической болезни сердца в связи с задачами психологической реабилитации: обзор литературы 36

Ткаченко Г.А., Сухановская Е.Н., Грушина Т.И.

Проявления психологического дистресса у матерей подростков с острым лимфобластным лейкозом, находящихся в ремиссии 52

Ипатов А.В.

Социально-перцептивный механизм подростковой аутодеструкции ... 63

Лещинская С.Б., Стоянова И.Я., Бохан Т.Г.

Взаимодействие родителей, их психическое здоровье и отношение к ребенку в контексте проблем и ресурсов семьи с нарушением репродуктивного здоровья 79

Пенявская А.В., Стоянова И.Я., Брель Е.Ю.

Возможности психологического сопровождения больных шизофренией на принудительном лечении 98

Дубинский А.А., Кабанова Т.Н., Булыгина В.Г.

Психологические корреляты адаптивности у сотрудников ФСИН России с различным стажем профессиональной деятельности 108

Пятибрат Е.Д., Гордиенко А.В., Сорокин Н.В., Пятибрат А.О.

Психофизиологические особенности дистанционного обучения 126

Беляев В.Р., Черный В.С., Леонтьев О.В.

Факторы профессионального риска и психофизиологическое содержание деятельности операторов контакт-центров страховых компаний в системе добровольного медицинского страхования 135

Информация о журнале 150

CONTENTS

PSYCHIATRY AND PSYCHOTHERAPY

Kharitonov S.V.

Psychotherapy with the control of physiological parameters (gadget-controlled psychotherapy) in patients with anxiety disorders 7

Chumakov E.M., Babin S.M., Azarova L.A., Petrova N.N.,

Limankin O.V.

Telemedical technologies in psychiatric and psychotherapeutic care during the COVID-19 pandemic – challenges and perspectives 20

MEDICAL PSYCHOLOGY

Velikanov A.A., Stoljarova A.A., Levashkevich Yu.L., Kruglova N.E.

The problem of stress in coronary heart disease in the context of tasks of psychological rehabilitation: a literature review 36

Tkachenko G.A., Sukhanovskaya E.N., Grushina T.I.

Manifestations of psychological distress in mothers of adolescents with acute lymphoblastic leukemia in remission 52

Ipatov A.V.

Socio-perceptual mechanism of adolescent autodestruction 63

Leshchinskaia S.B., Stoyanova I.Ya., Bokhan T.G.

Interaction between parents, their mental health and attitude towards the child in the context of the strengths and weaknesses of families with reproductive health problems 79

Penyavskaya A.V., Stoyanova I.Ya., Brel E.Yu.

Possibilities of psychological support of patients with schizophrenia on compulsory treatment 98

Dubinsky A.A., Kabanova T.N., Bulygina V.G.

Psychological correlates of adaptability in employees of the Federal Penitentiary Service of Russia with different professional experience 108

Pyatibrat E.D., Gordienko A.V., Sorokin N.V., Pyatibrat A.O.

Psychophysiological features of distance learning 126

Belyaev V.R., Chernyi V.S., Leontev O.V.

Occupational risk factors and psychophysiological content of activity of operators of contact centers of insurance companies in voluntary health insurance system 135

Information about the Journal 150

ПСИХИАТРИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

УДК 615.851

С.В. Харитонов

ПСИХОТЕРАПИЯ С КОНТРОЛЕМ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ (ГАДЖЕТ-КОНТРОЛИРУЕМАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ) У БОЛЬНЫХ С ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы (Россия, Москва, ул. Земляной Вал, д. 53)

В статье приводятся результаты исследования эффективности методов психотерапии у пациентов с тревожными расстройствами, имеющими один из установленных диагнозов рубрики F.41 – «Другие тревожные расстройства» (МКБ-10). В основу работы была положена гипотеза, что применение не только субъективных впечатлений больного, но и средств контроля физиологических показателей, реагирующих на психотерапевтическое воздействие, может оказаться более эффективным приемом психотерапии, чем психотерапия без возможности со стороны пациента фиксировать ответ физиологических переменных на используемый психотерапевтический метод.

В исследовании приняли участие 98 человек с установленным диагнозом «тревожное расстройство». До и после начала терапии у пациентов обеих групп оценивалась выраженность тревожного состояния с применением визуально-аналоговой шкалы и клинических шкал Цунга и Гамильтона. Было определено, что в основной группе, применявшей контроль физиологических показателей при выполнении приемов регуляции состояния эффективность терапии была существенно выше по всем использованным шкалам. Таким образом, предлагаемый способ объективации эффективности психотерапевтического воздействия может считаться действенным подходом, имеющим перспективы применения, в том числе в формировании технологий цифровой психотерапии.

Ключевые слова: тревожность, контроль, носимая электроника, гаджет, физиологические показатели, объективация психотерапии.

✉ Харитонов Сергей Викторович – д-р мед. наук, вед. науч. сотр. Московский науч.-практ. центр мед. реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы (Россия, 105120, Москва, ул. Земляной Вал, д. 53); ORCID: 0000-0003-4445-5069; e-mail: sergeyhar@mail.ru.

Введение

Современные технологии предоставляют некоторые, ранее невозможные способы психотерапевтических вмешательств. Так, хорошо известная связь ряда физиологических показателей с психическим состоянием человека до сих пор не нашла достойного практического применения. Попытки популяризации БОС-тренингов, хотя и демонстрировали определенную пользу, на практике не получили широкого распространения, чему способствовал целый ряд причин. Две из них критически важные – дефицит портативного оборудования и трудности самостоятельного его применения пациентами. Эта ситуация сохранялась некоторое время, пока не получили широкого распространения портативные средства контроля физиологических показателей – носимая электроника (mHealth). Однако сама по себе возможность отслеживать физиологические константы не позволяет реализовать существующие психотерапевтические методы в формате цифровой психотерапии. Эти методы для такого формата никогда и не создавались, да и не все они должны быть в нем реализованы. Наиболее удобными психотерапевтическими инструментами, где контроль физиологических показателей может иметь смысл, на наш взгляд, являются когнитивно-поведенческие методы и подходы, обозначенные нами, как психотерапия функциональных состояний, включающие такие приемы, как дыхательная техника, контроль мобилизации, контроль импульсов и т. д. и т. п. [2].

Эти подходы наиболее изучены с точки зрения клинической эффективности и предполагают получение эффекта в ближайшее время после воздействия. Применение контроля физиологических показателей в ответ психотерапевтические воздействия предполагает параллельную оценку психологического самочувствия пациентов, так мы имеем возможность получать более убедительные подтверждения стрессового характера имеющихся переживаний (при воспоминании пациентом психотравмирующих обстоятельств, актуализации тревожных представлений, воспоминаний, когниций и т. д.), а с другой стороны, можем наблюдать, что при выполнении психотерапевтических заданий физиологические показатели возвращаются к нормальным, если воздействие было успешным по данным субъективного самоотчета больных. Иными словами, мы получаем новый уровень объективации психотерапевтического процесса.

При этом контроль физиологических показателей в рамках предлагаемого подхода может осуществляться не только стационарными средствами контроля, но и портативными при условии их чувствительности к со-

ответствующим физиологическим показателям. Это позволяет пациентам иметь под рукой дополнительные (кроме субъективных ощущений) данные об уровне стресса в разных жизненных условиях, что очень важно с точки зрения систематического контроля и самостоятельного выполнения заданий, направленных на регулирование психического самочувствия.

Датчики и программное обеспечение, позволяющее давать оценку разных параметров деятельности органов и систем, могут быть реализованы как носимые цифровые устройства разного типа. Это и смарт-часы, и электронный текстиль, и фитнес-браслеты, и некоторые другие устройства. Возможности таких устройств могут существенно отличаться между собой и создавать свой, уникальный пользовательский опыт. Особую популярность сегодня имеют смарт-часы, которые постепенно становятся не только гаджетом для широкого потребительского спроса, но и средством медицинского предназначения [3, 4, 6].

В некоторых работах установлено, что носимая электроника способствует более высокой приверженности пациентов и их удовлетворенности в отношении лечения [7]. Таким образом, можно ожидать определенной пользы от включения носимой электроники в объективацию психотерапии. Однако исследований подобного рода еще не проводилось, что и определило актуальность настоящей работы.

Дизайн исследования

Оценка эффективности конкретного психотерапевтического воздействия осуществлялась на высоте переживания тревоги. Психотерапевт способствовал тому, чтобы пациент погружался в соответствующие переживания, не препятствуя их естественному «самоакручиванию» интенсивности либо акцентируя внимание пациента на вызывающих наибольшую обеспокоенность аспектах переживания. Перед тем как пассивно или активно способствовать росту тревоги, специалист проводил оценку интенсивности этого переживания с помощью визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) и измерял артериальное давление и частоту пульса пациента.

После того как пациенты указывали, что интенсивность переживания болезненного феномена возрастала в связи с погружением в соответствующие переживания, вновь измерялась выраженность переживания по данным визуально-аналоговой шкалы и проводилось измерение артериального давления и частоты пульса.

Таким образом осуществлялась оценка эффективности нескольких методов психотерапевтического воздействия (мы применяли два, реже че-

тыре метода). В качестве предпочитаемого расценивался тот, который выбирал пациент, основываясь на результатах визуально-аналогового шкалирования и изменения показателей систолического артериального давления и частоты пульса (показатели диастолического артериального давления оказались малоинформативным материалом). Таким путем удавалось обеспечить выбор наиболее действенного (с точки зрения измеряемых величин) метода психотерапии.

После выбора метода воздействия пациенту основной группы в качестве домашнего задания (период самостоятельной работы составлял 7 дней) предлагалось выполнять упражнения, где спонтанно возникающие переживания тревоги активно уменьшались бы им с помощью применения выбранного метода воздействия и под контролем физиологических параметров. Для контроля эффективности упражнения в домашних условиях пациенты использовали бытовые приборы для измерения артериального давления и частоты пульса и фиксировали субъективные впечатления по визуально-аналоговой шкале.

В контрольной группе пациенты не знали своих показателей артериального давления и частоты пульса в ответ на применение ими тех или иных методов психотерапевтического воздействия, и при выборе оптимального метода воздействия они полагались только на собственные впечатления (применялась только визуально-аналоговая шкала). В качестве самостоятельной работы продолжительностью 7 дней, как и в основной группе, этим пациентам предлагалось всякий раз, как только они отмечали рост тревоги, использовать выбранный ими метод психотерапевтического воздействия, но контроль физиологических показателей для оценки эффективности упражнений не оговаривался, рекомендовалась только субъективная оценка эффективности воздействия.

Для оценки клинической эффективности предлагаемого подхода (подбор и самостоятельное применение эффективной техники с помощью контроля по ВАШ и данным измерения артериального давления и частоты пульса) в коррекции симптомов тревоги, кроме визуально-аналоговой шкалы (участники давали оценку в баллах выраженности тревоги за последнюю неделю, где 10 баллов – крайне выраженная тревога постоянно, 0 баллов – нет тревоги), у участников исследования применялись клинические шкалы Гамильтона и Цунга. Показатели по этим шкалам измерялись дважды – перед началом психотерапии и через неделю (после выполнения самостоятельного задания).

Методы исследования

Оценка интенсивности переживаний давалась пациентами в баллах визуально-аналоговой субъективной шкалы. Практика применения этой шкалы довольно обширна, и ее корректность подтверждена в ряде исследований и имеет понятную психофизиологическую природу. Ее суть в том, что субъективная оценка величины ощущения и интенсивность физического воздействия, хотя и нелинейно, согласованы между собой и рост интенсивности воздействия ведет к росту интенсивности соответствующего субъективного ощущения согласно закону Вебера–Фехнера.

В качестве объективации динамики изменений нами были использованы показатели систолического артериального давления и частоты пульса. Измерение этих показателей осуществлялось с помощью автоматического тонометра UA-777 с индикатором проявления аритмии. Давление измерялось на левой руке у правой и на правой руке у левой, трехкратно, и в расчет брались усредненные результаты измерения. Погрешность измерений артериального давления на данных аппаратах составляет ± 3 мм рт. ст. по артериальному давлению и $\pm 5\%$ по частоте пульса.

Пациенты использовали дома свои тонометры, если их показатели согласовывались с показателями тонометра используемого исследователем (калибровка показателей осуществлялась до эксперимента).

Для оценки динамики самочувствия пациентов применялась клинические шкалы оценки тревоги – шкала Цунга и шкала Гамильтона (HARS).

Шкала Цунга показала свою эффективность на этапе предварительной диагностики тревожных состояний и ее валидность была установлена в ряде исследований [5, 9–11].

Шкала Гамильтона считается одной из наиболее эффективных клинических шкал для оценки тревоги и была валидизирована в ряде исследований, включая русскоязычную популяцию [1].

Психотерапевтическое воздействие осуществлялось с помощью методов когнитивной, поведенческой терапии и психотерапии функциональных состояний, использовались: переформулирование автоматических мыслей, реатрибуция, изменение дезадаптивных когниций с помощью «выгод и издержек», дыхательная техника, мышечная релаксация, откладывание побуждения, направленное регулирование интенсивности переживаний и контроль мобилизации [2, 8].

Таким образом, применялись методы как непосредственно влияющие на вегетативные показатели (например, дыхание и мышечная релаксация), так и направленные на когнитивную сферу. Эффективность их оце-

нивалась на основании данных субъективного самоотчета пациентов и с учетом показателей систолического артериального давления и частоты пульса.

Материал исследования

В качестве материала исследования послужили данные, полученные от 98 пациентов, обратившихся за психотерапевтической помощью в связи с установленными диагнозами паническое расстройство – F41.0 (24 человека), генерализованное тревожное расстройство – F 41.1 (52 человек), смешанное тревожное и депрессивное расстройство – F41.2 (17 человек), другие смешанные тревожные расстройства – F41.3 (4 человека), тревожное расстройство неуточненное – F41.9 (1 человек). В выборке было 19 мужчин и 97 женщин. Средний возраст составил $35 \pm 8,4$ года. Преобладали работники умственного труда – 88 человек.

Случайным образом, с помощью генератора случайных чисел (с вероятностью 3:1), пациенты были распределены в основную (66 человек) и контрольную группы (32 человека). Выбывших из исследования не было.

Результаты исследования

Информативность показателей артериального давления и частоты пульса у разных пациентов основной группы отличалась. Чаще всего более чувствительными к воспоминаниям состояния тревоги и податливыми психотерапевтическим воздействиям оказывались величины систолического артериального давления. Доля таких пациентов составила 80,3 % (53 человека), показатели пульса оказались более связанными с динамикой психического состояния у 19,7 % обследованных (13 человек).

До начала психотерапевтической работы в основной и контрольной группах показатели тревоги по шкалам Цунга и Гамильтона, а также по данным субъективного визуально-аналогового шкалирования были сопоставимы, хотя и несколько отличались. В основной группе в исследовании приняли участие 66 человек. По шкале Гамильтона, в среднем по группе, уровень тревоги составил $23,3 \pm 1,95$ балла. По шкале оценки тревоги Цунга средний показатель по группе составил $63,8 \pm 7,7$ балла. По данным визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) уровень тревоги в среднем по основной группе составил $7,4 \pm 1,28$ балла.

В контрольной группе в исследовании участвовали 32 человека. По шкале Гамильтона в среднем в контрольной группе уровень тревоги составил $23,3 \pm 1,4$ балла. По шкале Цунга средний показатель тревоги в кон-

трольной группе составил $63,5 \pm 5,6$ балла. По данным визуально-аналоговой шкалы уровень тревоги в среднем по группе составил $7,28 \pm 1,1$ балла.

По шкале Гамильтона различия показателей в основной и контрольной группах составили: по данным критерия Манна–Уитни $Z = 0,23$ при $p = 0,8$; по данным критерия Колмогорова–Смирнова максимальная разница составила $0,16$ при $p = 0,6$. Таким образом, достоверных различий по данным показателям между основной и контрольной группами не выявлено.

По шкале Цунга различия между показателями в основной и контрольной группах по критерию Манна–Уитни при $Z = 0,3$ и $p = 0,76$ и по критерию Колмогорова–Смирнова при максимальной разнице $0,2$ и $p = 0,26$ являлись недостоверными.

По данным ВАШ различия между основной и контрольной группой также являлись недостоверными. По критерию Манна-Уитни $Z = 0,42$ при $p = 0,66$; по критерию Колмогорова-Смирнова максимальная разница составила $0,2$ при $p = 0,27$.

После предварительной оценки состояния пациентов по вышеперечисленным шкалам участникам исследования было подобрано задание для самостоятельной работы. В основной группе это задание подбиралось под контролем не только субъективных впечатлений пациента об эффективности конкретной техники, но и с применением контроля систолического артериального давления и частоты пульса. При выполнении самостоятельного задания пациенты делали его также с контролем показателей артериального давления и пульса. В контрольной группе задание для самостоятельной работы подбиралось только с учетом субъективного впечатления пациента по ВАШ, а контроль артериального давления и частоты пульса не использовался.

Через неделю после того, как пациенты выполняли самостоятельное задание, получены данные, свидетельствующие о ряде отличий в основной и контрольной группах.

В основной группе по шкале Гамильтона средний уровень тревоги составил $20,4 \pm 1,7$ балла. По шкале Цунга средний показатель тревоги в контрольной группе составил $53,8 \pm 6,4$ балла. По данным визуально-аналоговой шкалы уровень тревоги в среднем по группе составил $5,1 \pm 1,37$ балла.

Таким образом, в основной группе произошло уменьшение выраженности тревоги по шкале Гамильтона на $2,8 \pm 1,3$ балла, по шкале Цунга – на $9,9 \pm 5,3$ балла, по ВАШ – на $2,28 \pm 0,94$ балла.

Сравнение динамики показателей в основной и контрольной группах.

Применение методов непараметрической статистики, позволяющих сравнить различия до и после психотерапии, выявило статистически достоверные различия в основной группе. По шкале Гамильтона Z критерия Уилкоксона = $-7,1$ при $p < 0,0001$, Z критерия знаков = $-7,9$ при $p < 0,0001$; по шкале Цунга Z критерия Уилкоксона = $-6,9$ при $p < 0,0001$, Z критерия знаков = $-7,8$ при $p < 0,0001$; по ВАШ Z критерия Уилкоксона = $-7,1$ при $p < 0,0001$, Z критерия знаков = $-7,9$ при $p < 0,0001$.

При оценке полиномиальной регрессии (степень полинома = 2) нормированный R^2 по шкале Гамильтона = $0,54$, по шкале Цунга = $0,52$, по ВАШ = $0,56$.

В контрольной группе через неделю после начала психотерапии уровень тревоги по шкале Гамильтона в среднем составил $21,68 \pm 1,77$ балла. По шкале Цунга средний показатель тревоги в контрольной группе составил $57,5 \pm 3,9$ балла. По данным визуально-аналоговой шкалы уровень тревоги в среднем по группе составил $5,8 \pm 1,1$ балла. Динамика показателей по использованным шкалам была не столь существенной, как в основной группе – снижение тревожности произошло по шкале Гамильтона в среднем на $1,6 \pm 1,1$ балла, по шкале Цунга на $6 \pm 4,6$ балла, по ВАШ $1,4 \pm 0,67$ балла.

При оценке полиномиальной регрессии (степень полинома = 2) нормированный R^2 по шкале Гамильтона = $0,42$, по шкале Цунга = $0,29$, по ВАШ = $0,67$.

Различия до и после начала психотерапии в контрольной группе по шкале Гамильтона являлись достоверными. По критерию Уилкоксона $Z = -4,6$, при $p < 0,0001$. По критерию знаков $Z = -4,9$, при $p < 0,0001$.

По шкале Цунга различия также являлись достоверными, уровень тревоги снижался. По критерию Уилкоксона $Z = -4,8$, при $p < 0,0001$. По критерию знаков $Z = -5,02$, при $p < 0,0001$.

По ВАШ различия также являлись достоверными, тревога снижалась. По критерию Уилкоксона $Z = -4,9$, при $p < 0,0001$. По критерию знаков $Z = -5,2$, при $p < 0,0001$.

Сравнение различий в динамике основной и контрольной групп позволило определить, что динамика снижения уровня тревоги в основной группе была значительно выше, чем в контрольной. Эти различия были фиксировались по всем использованным шкалам. По шкале Гамильтона, по критерию Манна-Уитни $Z = 4,2$ при $p < 0,0001$, по критерию Колмогорова–Смирнова максимальная разница = $0,5$ при $p < 0,0001$.

По шкале Цунга, по критерию Манна–Уитни $Z = 3,8$ при $p = 0,0001$, по критерию Колмогорова–Смирнова максимальная разница = 0,49 при $p < 0,0001$.

По визуально-аналоговой шкале по критерию Манна–Уитни $Z = 4,1$ при $p < 0,0001$, по критерию Колмогорова–Смирнова максимальная разница = 0,57 при $p < 0,0001$.

Обсуждение

Полученные результаты весьма убедительно свидетельствуют, что регулярный контроль физиологических показателей тревоги, наряду с ее субъективной оценкой, при выполнении тех или иных психотерапевтических приемов самостоятельной коррекции своего состояния оказывается действенной мерой психотерапевтической помощи.

При этом у пациентов есть персональные особенности, требующие подбора наиболее информативных физиологических параметров, свидетельствующих об успешности воздействия. В качестве таких параметров потенциально могут использоваться не только данные о функционировании сердечно-сосудистой системы, перспективными видятся и биохимические показатели, например, уровень глюкозы в периферической крови, электрические показатели работы мозга, мышечного тонуса, кожно-гальваническая реакция и т. д. Наиболее значимыми свойствами этих показателей являются корреляция с тревожностью и достаточно быстрая скорость их изменения, что обеспечит наглядность изменений и податливость состояния средствам самоконтроля и регуляции.

Существующие тенденции в развитии технологий носимой электроники позволяют в ближайшее время ожидать решения проблемы совместимости устройств, что обеспечит более комплексную оценку состояния пациента. Кроме того, наличие нескольких физиологических параметров контроля состояния и субъективная его оценка могут стать платформой для разработки структуры данных (data set), позволяющих обучить искусственные нейронные сети, предназначенные для прогноза вероятности изменения субъективного самочувствия и/или возникновения опасного поведения еще до его появления по физиологическим и субъективным показателям (наши попытки сделать это свидетельствует, что это вопрос одного года – двух лет).

Для практики перспективным видится не только увеличение количества программ и средств контроля физиологических показателей, но и возможность их передачи и круглосуточного мониторинга состояния пациен-

та с подключением телемедицинского консультирования за счет 5G сетей и развития соответствующих технических сервисов. Это совершенно новый уровень психотерапевтической помощи, который представляется достижимым в ближайшей перспективе и требует разработки соответствующих протоколов терапии уже сейчас. Особенно актуальным такой подход видится для пациентов с паническими расстройствами, лиц, имеющих суицидальные наклонности и склонность к самоповреждающему поведению, склонных к вспышкам насилия и т. п.

Выводы

1. Применение средств контроля физиологических показателей наряду с субъективной оценкой эффективности психотерапевтического воздействия позволяет выбирать наиболее действенные приемы и методы психотерапии.

2. У разных пациентов существуют свои личные особенности физиологического ответа на актуализацию тревожных переживаний и на психотерапевтическое воздействие, что требует отбора наиболее наглядных показателей.

3. Выполнение самостоятельной коррекции пациентами своего самочувствия с применением, как субъективной оценки уровня тревоги, так и средств контроля физиологических переменных позволяет достигать высоких результатов качества терапии.

4. Эффективность самопомощи в связи с выполнением тех или иных методов регулирования тревоги выше у лиц, применяющих средства физиологического контроля оценки эффективности самокоррекции, чем у пациентов, не использующих физиологический контроль эффективности.

Литература

1. Асанович М.А. Оптимизация шкалы оценки депрессии Гамильтона на основе модели Раша // Медицинская психология в России. – 2015. – № 2 (31). – С. 7.

2. Харитонов С.В. Психотерапия функциональных состояний. – М. : Психотерапия, 2020. – 152 с.

3. Bumgarner J.M., Lambert C.T., Hussein A.A. [et al.] Smartwatch Algorithm for Automated Detection of Atrial Fibrillation // J. Am. Coll. Cardiol. –2018. – Vol. 71, № 21. – P. 2381–2388. doi: 10.1016/j.jacc.2018.03.003. PMID: 29535065.

4. Dörr M., Nohturfft V., Brasier N. [et al.] The WATCH AF Trial: SmartWATCHes for Detection of Atrial Fibrillation // JACC Clin Electrophysiol. –2019. – Vol. 5, № 2. – P. 199–208. doi: 10.1016/j.jacep.2018.10.006. PMID: 30784691.

5. Fountoulakis K.N., Iacovides A., Samolis S. [et al.] Reliability, validity and psychometric properties of the Greek translation of the Zung Depression Rating Scale // *BMC Psychiatry*. – 2001. – № 1. – P. 6. PMID 11806757.

6. Lopez Perales C.R., Van Spall H.G.C., Maeda S. [et al.] Mobile health applications for the detection of atrial fibrillation: a systematic review // *Europace*. – 2020. – № 12. doi: 10.1093/europace/euaa139. PMID: 33043358.

7. Midaglia L., Mulero P., Montalban X. [et al.] Adherence and Satisfaction of Smartphone- and Smartwatch-Based Remote Active Testing and Passive Monitoring in People With Multiple Sclerosis: Nonrandomized Interventional Feasibility Study // *J. Med. Internet. Res.* – 2019. – Vol. 21, № 8. doi: 10.2196/14863. PMID: 31471961.

8. Rian E. McMullin. *The new handbook of cognitive therapy. Techniques*. W.W. Norton. New York, 2001. – 488 p.

9. Sylvia Z. R., James L. Psychometric Properties of the Zung Self-Rating Anxiety Scale for Adults with Intellectual Disabilities (SAS-ID) *Journal of Developmental and Physical Disabilities*. – 2008. – Vol. 20, № 6. – P. 573–580.

10. Zung W.W.K. A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*. – 1971. – № 12. – P. 371–379.

11. Zung W.W. The measurement of affects: depression and anxiety // *Mod Probl. Pharmacopsychiatry*. – 1974. – № 7. – P. 170–188. PMID 4153516.

Поступила 09.04.2021

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

Для цитирования. Харитонов С.В. Психотерапия с контролем физиологических показателей (гаджет-контролируемая психотерапия) у больных с тревожными расстройствами // *Вестник психотерапии*. 2021. № 78 (83). С. 7–19.

PSYCHOTHERAPY WITH THE CONTROL OF PHYSIOLOGICAL PARAMETERS (GADGET-CONTROLLED PSYCHOTHERAPY) IN PATIENTS WITH ANXIETY DISORDERS

Kharitonov S.V.

✉ Sergey Viktorovich Kharitonov – Dr. Med. Sci., Leading researcher of Moscow scientific and practical center of medical rehabilitation, recovery and sports medicine (Str. Zemlyanoj Val, 53, Moscow, 105120, Russia), e-mail: sergeyhar@mail.ru.

Abstract. The results of a study of the effectiveness of psychotherapy methods in patients with anxiety disorders with one of the established diagnoses of category F. 41 ("other anxiety disorders») according to ICD-10. The work was based on the hypothesis that the use of not only subjective impressions of the patient, but also means of controlling physiological indicators that respond to psychotherapeutic influence,

may be a more effective method of psychotherapy than psychotherapy without the ability of the patient to record the response of physiological variables to the psychotherapeutic technique that the patient uses.

The study involved 98 people with an established diagnosis of anxiety disorder. Before and after the start of therapy, the severity of anxiety was assessed in patients of both groups using the visual-analog scale, and the clinical Tsung and Hamilton scales. It was determined that in the main group, which used the control of physiological parameters when performing state regulation techniques, the effectiveness of therapy was significantly higher on all the scales used. Thus, the proposed method of objectification of the effectiveness of psychotherapeutic influence can be considered an effective approach that has prospects for application, including in the formation of digital psychotherapy technologies.

Keywords: anxiety, control, mHealth, gadget, physiological indicators, objectification of psychotherapy.

Reference

1. Assanovich M.A. Optimizaciya shkaly ocenki depressii Gamiltona na osnove modeli Rasha [Optimization of the Hamilton depression assessment scale based on the Rush model]. *Medicinskaya psihologiya v Rossii* [Medical psychology in Russia]. 2015. N 2 (31). P. 7. (In Russ.)
2. Kharitonov S.V. Psikhoterapiya funktsionalnyh sostoyanij [Psychotherapy of functional conditions]. Moskva. 2020. 152 p. (In Russ.)
3. Bumgarner J.M., Lambert C.T., Hussein A.A. [et al.] Smartwatch Algorithm for Automated Detection of Atrial Fibrillation. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2018. Vol. 71, N 21. Pp. 2381–2388. doi: 10.1016/j.jacc.2018.03.003. PMID: 29535065.
4. Dörr M., Nohturfft V., Brasier N. [et al.] The WATCH AF Trial: SmartWATCHes for Detection of Atrial Fibrillation. *JACC Clin Electrophysiol.* 2019. Vol. 5, N 2. Pp. 199–208. doi: 10.1016/j.jacep.2018.10.006. PMID: 30784691.
5. Fountoulakis K.N., Iacovides A., Samolis S. [et al.] Reliability, validity and psychometric properties of the Greek translation of the Zung Depression Rating Scale. *BMC Psychiatry.* 2001. N 1. P. 6. PMID 11806757.
6. Lopez Perales C.R., Van Spall H.G.C., Maeda S. [et al.] Mobile health applications for the detection of atrial fibrillation: a systematic review. *Europace.* 2020. N 12. doi: 10.1093/europace/euaa139. PMID: 33043358.
7. Midaglia L., Mulero P., Montalban X. [et al.] Adherence and Satisfaction of Smartphone- and Smartwatch-Based Remote Active Testing and Passive Monitoring in People With Multiple Sclerosis: Nonrandomized Interventional Feasibility Study. *J. Med. Internet. Res.* 2019. Vol. 21, N 8. doi: 10.2196/14863. PMID: 31471961.
8. Rian E. McMullin. The new handbook of cognitive therapy. Techniques. W.W. Norton. New York, 2001. 488 p.
9. Sylvia Z. R., James L. Psychometric Properties of the Zung Self-Rating Anxiety Scale for Adults with Intellectual Disabilities (SAS-ID) *Journal of Developmental and Physical Disabilities.* 2008. Vol. 20, N 6. Pp. 573–580.
10. Zung W.W.K. A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics.* 1971. N 12. Pp. 371–379.

11. Zung W.W. The measurement of affects: depression and anxiety. *Mod Probl. Pharmacopsychiatry*. 1974. N 7. Pp. 170–188. PMID 4153516.

Received 09.04.2021

For citing. Kharitonov S.V. Psikhoterapiya s kontrolom fiziologicheskikh pokazatelej (gadzhet-kontroliruemaya psikhoterapiya) u bolnyh s trevozhnymi rass-trojstvami. *Vestnik psikhoterapii*. 2021. N 78. Pp. 7–19. **(In Russ.)**

Kharitonov S.V. Psychotherapy with the control of physiological parameters (gadget-controlled psychotherapy) in patients with anxiety disorders. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2021. N 78. Pp. 7–19.

**ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ
ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19 – ВЫЗОВЫ
И ПЕРСПЕКТИВЫ**

¹ Психиатрическая больница № 1 им. П.П. Кащенко
(Россия, Ленинградская обл., с. Никольское, Меньковская ул., д. 10);

² Санкт-Петербургский государственный университет
(Россия, Санкт-Петербург, 21-я линия, д. 8, лит. А);

³ Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова (Россия, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41);

⁴ Санкт-Петербургский институт повышения квалификации врачей-экспертов
Министерства труда и социальной защиты населения
(Россия, Санкт-Петербург, Большой Сампсониевский пр., д. 11/12).

Чумаков Егор Максимович – канд. мед. наук, зав. дневным стационаром, Психиатр. б-ца № 1 им. П.П. Кащенко (Россия, 188357, Лен. обл., с. Никольское, Меньковская ул., д. 10), доц. каф. психиатрии и наркологии, С.-Петерб. гос. ун-т (Россия, 199034, Санкт-Петербург, 21-я линия, д. 8, литера А); e-mail: chumakovegor@gmail.com;

✉ Бабин Сергей Михайлович – д-р мед. наук, проф., проф. каф. психотерапии, мед. психологии и сексологии, Сев.-Зап. гос. мед. ун-т им. И.И. Мечникова (Россия, 191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41); проф., С.-Петерб. гос. ун-т (Россия, 199034, Санкт-Петербург, 21-я линия, д. 8, литера А); консультант Психиатр. б-ца № 1 им. П.П. Кащенко (Россия, 188357, Ленинградская обл., с. Никольское, Меньковская ул., д. 10); Президент Рос. психотер. ассоциации, e-mail: sergbabin@inbox.ru;

Азарова Лариса Альбертовна – зам. гл. врача по мед. части, Психиатр. б-ца № 1 им. П.П. Кащенко (Россия, 188357, Ленинградская обл., с. Никольское, Меньковская ул., д. 10); e-mail: azarova812@me.com;

Петрова Наталья Николаевна – д-р мед. наук проф., зав. каф. психиатрии и наркологии, С.-Петерб. гос. ун-т (Россия, 199034, Санкт-Петербург, 21-я линия, д. 8, лит. А); e-mail: petrova_nn@mail.ru;

Лиманкин Олег Васильевич – д-р мед. наук, гл. врач Психиатр. б-ца № 1 им. П.П. Кащенко (Россия, 188357, Ленинградская обл., с. Никольское, Меньковская ул., д. 10); доц. каф. психотерапии, мед. психологии и сексологии, Сев.-Зап. гос. мед. ун-т им. И.И. Мечникова (Россия, 191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41); проф. каф. социальной психиатрии и психологии, С.-Петерб. ин-т повышения квалификации врачей-экспертов Мин-ва труда и соц. защиты населения (Россия, 194044, Санкт-Петербург, Большой Сампсониевский пр., д. 11/12), Вице-президент Рос. общества психиатров, Заслуженный работник здравоохранения РФ; e-mail: limankin@mail.ru.

В статье представлен обзор литературы, посвященный использованию телемедицинских технологий при оказании психиатрической и психотерапевтической помощи в мире и в России. Сделан акцент на опыт перехода практических врачей к использованию телепсихиатрических технологий в условиях пандемии COVID-19. Обоснована необходимость продолжения оказания амбулаторной психиатрической помощи даже в условиях пандемии и социальных ограничений, связанных с ней. Намечены пути решения проблем в оказании психиатрической помощи, возникших в период пандемии COVID-19. Освещены потенциальные и актуальные проблемы, связанные с возможным более активным использованием телемедицинских технологий при оказании психиатрической и психотерапевтической помощи. Обсуждены перспективы развития телепсихиатрической помощи в России.

Ключевые слова: телепсихиатрия, дистанционное консультирование, амбулаторная психиатрическая помощь, амбулаторная психотерапевтическая помощь, COVID-19.

Пандемия COVID-19, несомненно, является вызовом для систем здравоохранения всех стран и затрагивает не только стационарную помощь, но и амбулаторную. Широко известно, что стихийные бедствия [28] и эпидемии могут иметь прямое влияние на психическое здоровье людей. Вызванный COVID-19 кризис бросил вызов системе оказания психиатрической помощи, особенно для пациентов с тяжелыми психическими расстройствами [26]. Зарегистрированный рост обращаемости за медицинской помощью пациентов с психическими расстройствами в странах, первыми ощутившими на себе последствия ограничений, связанных с COVID-19 [19, 30, 39], должен учитываться при планировании и осуществлении всех чрезвычайных мер.

В период пандемии COVID-19 нагрузка на круглосуточные стационары значительно возросла [10]. Особое значение приобретает работа по сокращению обращаемости за стационарной помощью не только инфекционного профиля, но и психиатрического, так как показан риск появления очагов новой коронавирусной инфекции в психиатрических больницах [41]. Известно, что личное взаимодействие с медицинскими сотрудниками для пациентов с тяжелыми психическими расстройствами играет важную роль для увеличения количества амбулаторных посещений, в то время как социальная изоляция в значительной степени предсказывает последующую необходимость госпитализации в стационар [15]. Несомненным является то, что психиатрическая помощь пациентам во время пандемии COVID-19 не должна прерываться, несмотря на вводимые ограничения на передвижения [38], так как потеря доступа к психиатрической помощи повысит

потребность в её оказании [39] и будет иметь долгосрочные негативные последствия для пользователей услуг и всей системы здравоохранения.

Пациенты с психическими расстройствами в период пандемии нуждаются в более пристальном внимании со стороны своих лечащих врачей, в том числе с целью проведения санитарно-просветительской и психообразовательной работы, а также с целью профилактики ухудшения психического состояния пациентов на фоне негативного психологического давления средств массовой информации [5]. Опыт Италии показал, что закрытие дневных стационаров и ограничение визитов домой к пациентам во время пандемии COVID-19 привели к ухудшению психического состояния пациентов с психическими расстройствами [20]. Телемедицина может удовлетворить потребности пациентов в области психического здоровья в условиях социальных ограничений во время пандемии, хотя вопросы доступа к ней открывают новые возможности и проблемы в этой области [25].

Перед практикующими врачами психиатрами во время пандемии COVID-19 встала срочная задача определить наиболее оптимальные способы оказания психиатрической помощи уязвимым группам населения на основании международного опыта, чтобы предотвратить массовые поступления в стационары из-за ошибок маршрутизации. Ответом на этот запрос могут стать онлайн-клиники [22]. Для минимизации личных контактов пациентов с врачами, профилактики психических расстройств и потери трудоспособности во время вынужденной самоизоляции психиатрическая консультация может проводиться с помощью видео-платформ, с помощью видеоконференций и интернет-интервенций [37] с такой же эффективностью, как и лично [32]. В мире звучит призыв к более активному использованию телемедицины в условиях пандемии COVID-19 [21], в особенности в амбулаторной психиатрической и психотерапевтической практике [10].

Последние публикации свидетельствуют об общих идеях перевода амбулаторной психиатрической помощи в онлайн на разных континентах как ответ на пандемию COVID-19. Так, в преддверии всплеска случаев COVID-19 в Северной Калифорнии, США, амбулаторная психиатрическая клиника UC Davis Health, в которой 98 % посещений изначально происходили лично, была преобразована в 100 % телепсихиатрическую клинику в течение 3 рабочих дней [40]. По данным специалистов этой клиники, удовлетворенность пациентов реформой была высокой и этот переход помог уменьшить беспокойство пациентов, связанное с воздействием COVID-19 при посещении клиники, тем самым сводя к минимуму возможность отмены назначенных приемов, что подтверждает наши результаты.

Продолжение работы с амбулаторными пациентами в Италии во время пандемии COVID-19 с использованием даже простейших средств телекоммуникаций (например, телефон) показало значительное положительное влияние на терапевтический процесс в условиях особых обстоятельств, а при использовании простых доступных каждому средств видеосвязи отмечен ещё лучший эффект лечения [18]. Опыт Непала показывает, что в случае отсутствия интернета непосредственным и доступным способом оказания медицинской помощи дистанционно могут быть телефонные беседы или даже служба коротких сообщений (SMS) [33]. По оценке коллег из Китая, платформа социальных медиа WeChat, несмотря на многие проблемы, была эффективным способом осуществления поддержки психического здоровья в Ухане, Китай, во время вспышки COVID-19 [16]. В Индонезии терапевты, психологи, консультанты также использовали онлайн-сервисы (WhatsApp, Meets, Zoom cloud meetings и другие платформы) для оказания помощи лицам, испытывающим психологические расстройства во время вспышки COVID-19 [23]. Амбулаторные психиатры, которые использовали телемедицину в этот период, также в основном позитивно воспринимали переход на дистанционные формы помощи, хотя многие по-прежнему предпочитали очную работу с пациентами и планировали вернуться к личным встречам после пандемии [36]. Опубликованы данные об успешном использовании телемедицинских технологий не только в амбулаторной практике [29], но и в круглосуточном психиатрическом стационаре [17, 24] во время пандемии COVID-19. Предложены специально разработанные протоколы и инструкции, для более простого перехода к использованию телепсихиатрических технологий во время пандемии COVID-19 [31, 35].

В последние десятилетия интерес к телемедицине со стороны медицинских работников в России неуклонно растет благодаря значительному развитию и удешевлению информационно-коммуникационных технологий, а также появлению веб-приложений и мультимедийных систем для телемедицины [1]. При этом центры телемедицины активно функционируют в России ещё с начала 2000-х годов [9]. Использование современного оборудования, каналов связи и программного обеспечения позволяют оказывать психиатрическую медицинскую помощь с использованием телемедицинских технологий с приемлемой медицинской и социальной эффективностью, а снижение затрат по сравнению с традиционными формами делает её экономически выгодной [2]. Цель развития электронного здравоохранения заключается в обеспечении широкого доступа к информации и услугам здравоохранения, сокращении неравенства при оказании меди-

цинской помощи, совершенствовании сбора и обработки информации, модернизации информационных систем на национальном и глобальном уровнях [9].

Развитие телемедицинских технологий в России напрямую касается оказания медицинской помощи пациентам с психическими расстройствами. В последние годы в отечественной практике отмечается заметный рост внимания к использованию телемедицинских технологий в психологии, психотерапии, психиатрии и наркологии [2]. Телемедицина считается особенно хорошо подходящей для психиатрического лечения и признана эффективной при одновременном снижении затрат и улучшении доступа к лечению [34]. Развитие телепсихиатрии подразумевает дальнейшее развитие её технологической и методологической базы, прежде всего – пациент-центрированной телемедицины с элементами автоматизированного сбора и интеллектуальной обработки медицинской информации, интеграцию телепсихиатрического сегмента в систему оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в общей инфраструктуре здравоохранения [2]. Телемедицинские технологии являются одним из ключей в решении проблем современного здравоохранения, в т. ч. проблем, связанных с дефицитом кадров в различных субъектах Российской Федерации, низкой доступностью медицинской помощи, недостаточной эффективностью систем маршрутизации пациентов [1, 8]. Высказано мнение, что благодаря повышению доступности психиатрической помощи при активном развитии телемедицинских технологий можно ожидать повышение обращаемости за психиатрической помощью [1]. Несомненно, что условия пандемии COVID-19 диктуют специалистам необходимость ускорить внедрение дистанционных медицинских технологий в их практику. Так, уже опубликованы данные об успешном использовании телемедицины в психотерапевтическом консультировании в России в период пандемии с практическими рекомендациями [3].

Еще одним важным условием для развития телепсихиатрии в России являются образовательные мероприятия для специалистов. В ходе проведенного в январе 2020 г. опроса оказывающих помощь пациентам с психическими расстройствами и расстройствами поведения специалистов Оренбургской области касательно опыта использования телемедицинских технологий была выявлена высокая заинтересованность врачей в образовательных мероприятиях, направленных на повышение навыков и знаний в области телепсихиатрии [11].

Нельзя не отметить, что часть пациентов и медицинских работников испытывают предубеждение перед применением инновационных моделей, которые отличаются от традиционных подходов диагностики и лечения [1]. При этом опубликованы данные о том, что врачи, направлявшие ранее пациентов с психическими расстройствами на телемедицинские консультации по профилям «психиатрия» и «психиатрия-наркология», оценили их целесообразность существенно выше, чем те врачи, которые не имели такого опыта [7]. Проводимые социологические исследования показывают, что имеющиеся психологические проблемы внедрения методов телепсихиатрии преодолеваются при получении опыта практической деятельности; при этом для значительной части пациентов, особенно молодых, дистанционный метод общения с врачом является более комфортным по сравнению с очным [2]. Однако перед активным внедрением новых технологий целесообразно провести исследования оценки потенциальных пользователей телепсихиатрических услуг их готовности и ожиданий от нововведений, что может существенно повысить качество оказываемых услуг и сделать их более персонализированными [4]. Все эти аспекты только подтверждают важность проведения дополнительных образовательных мероприятий в области применения телепсихиатрии.

Несмотря на регулирование телемедицины в России Федеральным законодательством, в настоящее время официальные рекомендации и алгоритмы оказания психиатрической и психотерапевтической телемедицинской помощи отечественными профессиональными ассоциациями не сформулированы, что может являться значимым препятствием для внедрения современных технологий в клиническую практику. Американская психоаналитическая ассоциация разработала специальные рекомендации к проведению дистанционной сессии для клиентов, включающие такие вопросы, как обеспечение приватности, расположение в помещении, в котором проходит онлайн-сессия, внешний вид (одежда) терапевта и клиента, в том числе и те части туалета, которые формально не видны терапевту, использование иных устройств во время сессии, необходимость дополнительного времени до и/или после окончания встречи для ассимиляции полученного опыта, желательность сохранения одного и того же места работы или обращение внимание на изменение локации [14]. Эти рекомендации, на наш взгляд, могут быть полезны и для специалистов в России.

Наряду с несомненными позитивными моментами широкого использования телемедицинских технологий в психиатрии и психотерапии следует отметить определенные проблемы и дискуссионные вопросы, связанные

с широким и масштабным внедрением онлайн-терапии и консультирования. Так большинство официальных рекомендаций, касающихся работы с использованием современных средств связи, подчеркивают тот факт, что специалист «исходит из того, что конфиденциальность и анонимность в Интернете полностью не гарантированы. Это означает, что опубликованные психотерапевтом материалы могут в любой момент стать достоянием общественности» [13]. Об этой опасности следует предупредить клиента/пациента, что неизбежно будет оказывать влияние на качество терапевтического контакта в процессе взаимодействия в сети. Расширение взаимодействия в онлайн-пространстве ставит перед специалистом дополнительные этические вопросы, например, проблему разделения личных и профессиональные интернет-страниц и профилей и возрастающий риск раскрытия личной информации перед клиентом/пациентом. Современный мир становится все более и более «прозрачным», и эта «прозрачность», скорее всего, будет только усиливаться. Речь идет о том, что уменьшается граница между частным, приватным, личным и профессиональным, общественным, открытым, а это влечет за собой как явные преимущества, находящиеся сегодня в центре внимания, так и определенные пока еще не полностью отрефлектированные риски и угрозы.

Одним из препятствий развития телемедицинских технологий в психиатрии и психотерапии в России может стать недостаточная техническая оснащенность [7]. Так, анонимный опрос психиатров в России, проведенный в 2018 году, выявил, что далеко не все специалисты имеют компьютер с доступом в интернет на рабочем месте [6]. В ряде случаев настороженность в отношении применения телемедицинских технологий обусловлена недостаточной компьютерной грамотностью [1]. Недостаточная осведомленность врачей о возможностях телемедицины, отсутствие необходимого оборудования и недостаточное лекарственное обеспечение в регионах, которое не позволяет выполнять рекомендации консультанта в полном объеме, считаются основными проблемами, препятствующими развитию телепсихиатрии в России [7].

Дополнительным стимулом использования телекоммуникационных технологий в психиатрии и психотерапии может стать внедрение электронного оборота рецептов, как это уже реализовано в ряде стран, что потребует изменение нормативно-правовой базы [27]. Широкое использование различных телемедицинских технологий ставит перед психиатрией и психотерапией определенные вопросы, на которые следует обратить внимание как практикам, так и исследователям. Так, необходимо определить

степень пригодности онлайн-формата для определенных категорий обращений; проработать сопровождение кризисных ситуаций и ситуаций, требующих вмешательства других специалистов; учитывать различия в этических и юридических стандартах разных регионов; провести адаптацию методик (в том числе диагностических) для онлайн-консультирования; разделить ответственность между специалистом и клиентом за создание безопасных условий проведения сессии и эффективность процесса; четко проработать проблему идентификации клиента/пациента и т. п. [12]. Ситуация во время пандемии COVID-19 продемонстрировала острую необходимость внедрения в работу амбулаторных психиатрических и психотерапевтических центров официально разрешенных для использования с целью телемедицины технологий, а также упрощение правового регулирования таких услуг ввиду высокого социального запроса на их получение. Включение преподавания телемедицины в учебные программы медицинских образовательных учреждений также повысило бы осведомленность в современном методе оказания медицинской помощи и доступность его применения [27].

Заключение

Это непростое время дает нам шанс оперативно «встряхнуть» подходы к оказанию психиатрической и психотерапевтической помощи. Конечно, ещё рано оценивать результаты тех или иных решений по реорганизации амбулаторной психиатрической помощи в ходе текущего кризиса, но полученные во всем мире наработки должны быть критически оценены, а на их основе должны быть разработаны стратегии и планы реагирования при возможном повторении кризисов такого масштаба. На основании международного и отечественного опыта можно констатировать, что телепсихиатрия оказалась не только наиболее доступным средством оказания амбулаторной психиатрической и психотерапевтической помощи во время текущей пандемии COVID-19, но и позволила не останавливать её оказание. Хотя потенциал и возможности телепсихиатрии стали ещё более очевидными за последние месяцы, развитие современных технологий не может оставаться без этического осмысления. Особое значение как никогда приобретает оценка возможных последствий на сохранение приватности жизни пациентов и защиты их персональной информации при использовании телепсихиатрии. Существует безотлагательная необходимость в подготовке кадров в области проведения дистанционных психиатрических и

психотерапевтических интервенций, основанных на доказательной медицине.

Литература

1. Жовнерчук Е.В., Жовнерчук И.Ю., Абриталин Е.Ю., Федоров Н.В. Телепсихиатрия как новая система психиатрической помощи при использовании современных технологий // Психическое здоровье. – 2016. – № 11. – С. 15–21.
2. Карпухин И.Б., Леванов В.М. Телепсихиатрия: история, направления и возможности (по материалам зарубежного научного архива) // Социальная и клиническая психиатрия. – 2020. – Т. 30, № 1. – С. 102–109.
3. Краля О.В. Дистанционное оказание психотерапевтической помощи пациентам в условиях пандемии COVID-19 // Acta medica Eurasica. – 2020. – № 2. – С. 15–22.
4. Лиманкин О.В. Оценка пользователей – вневедомственный регулятор качества психиатрической помощи // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. – 2013. – № 4. – С. 113–121.
5. Мосолов С.Н. Актуальные задачи психиатрической службы в связи с пандемией COVID-19 [Электронный ресурс] // Современная терапия психических расстройств. – 2020. – № 2. <https://psypharma.ru/ru/aktualnye-zadachi-psihiatricheskoy-sluzhby-v-svyazi-s-pandemiyey-covid-19> – DOI: 10.21265/PSYPH.2020.53.59536 (дата обращения 15.05.2021).
6. Петрова Н.Н., Федотов И.А., Чумаков Е.М. Анализ динамики мнений врачей-психиатров о непрерывном медицинском образовании // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. – 2019. – № 2. – С. 102–107.
7. Скрипов В.С., Семенова Н.В., Кочорова Л.В. [и др.] Телемедицинские технологии в психиатрии и наркологии глазами специалистов // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2019. – № 4. – С. 49–54.
8. Скрипов В.С., Чехонадский И.И., Кочорова Л.В. [и др.] Результаты взаимодействия с региональными службами в рамках телемедицинских консультаций по психиатрии и наркологии // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2019. № 3. – С. 73–77.
9. Тетенова Е.Ю. Тенденции и опыт внедрения электронного здравоохранения. Определение перспектив его развития в психиатрии-наркологии // Медицина. – 2017. – № 1. – С. 44–55.
10. Цыганков Б.Д., Иванова Г.Р., Шелег Д.А., Савенкова В.И. Организация психиатрической помощи и психические нарушения у жителей стран, находящихся в условиях пандемии COVID-19 2020 г. (обзор литературы) // Вестник РАМН. – 2020. – № 75 (4). – С. 331–339.
11. Чехонадский И.И., Шведова А.А., Скрипов В.С., Семенова Н.В. Телемедицинские технологии в психиатрии: мнение специалистов Оренбургской области // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2020. – № 3. – С. 89–92.
12. Щедринская О.М., Бебчук М.А. Онлайн-консультирование через призму профессиональной этики: проблемы и решения // Консультативная психология и психотерапия. – 2020. – Т. 28, № 3. – С. 84–99.

13. Этика психотерапевта в виртуальном пространстве: рекомендации [Электронный ресурс]. Retrieved from <https://www.sifer.ru/ob-organization/etika-psikhoterapii-v-virtual-nom-prostranstve> (дата обращения: 12.02.2021).

14. American Psychoanalytic Association Remote Session Guidelines for Periods of Restricted Travel. Retrieved from <https://apsa.org/sites/default/files/Guide3-24.pdf> (дата обращения: 17.02.2021).

15. Bellido-Zanin G., Pérez-San-Gregorio M.A., Martín-Rodríguez A., Vázquez-Morejón A.J. Social functioning as a predictor of the use of mental health resources in patients with severe mental disorder // *Psychiatry Research*. – 2015. – № 230. – P. 189–193.

16. Cheng P., Xia G., Pang P. [et al.] COVID-19 Epidemic Peer Support and Crisis Intervention Via Social Media // *Community Mental Health Journal*. – 2020. – Vol. 56, № 5. – P. 786–792.

17. Corruble E. A viewpoint from Paris on the COVID-19 pandemic: a necessary turn to telepsychiatry // *J. Clin. Psychiatry*. – 2020. – Vol. 81, № 3. – P. 20com13361.

18. Fagiolini, A., Cuomo, A., Frank, E. COVID-19 diary from a psychiatry department in Italy // *J. Clin. Psychiatry*. – 2020. – Vol. 81, № 3. – P. 20com13357.

19. Duan L., Zhu G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic // *Lancet Psychiatry*. – 2020. – Vol. 7, № 4. – P. 300–302.

20. de Girolamo G., Clerici G., Clerici M. [et al.] Mental Health in the Coronavirus Disease 2019 Emergency – The Italian Response // *JAMA Psychiatry*. – 2020. – Vol. 77, № 9. – P. 974.

21. Hau Y.S., Kim J.K., Hur J., Chang M.C. How about actively using telemedicine during the COVID-19 pandemic? // *Journal of Medical Systems*. – 2020. – Vol. 44, № 6. – P. 108.

22. Holmes E.A., O'Connor R.C., Perry V.H. [et al.] Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science // *Lancet Psychiatry*. – 2020. – Vol. 7, № 6. – P. 547–560.

23. Ifdil I., Fadli R.P., Suranata K. [et al.] Online mental health services in Indonesia during the COVID-19 outbreak // *Asian Journal of Psychiatry*. – 2020. – № 51. – P. 102153.

24. Kalin M.L., Garlow S.J., Thertus K., Peterson M.J. Rapid Implementation of Telehealth in Hospital Psychiatry in Response to COVID-19. // *American Journal of Psychiatry*. – 2020. – Vol. 177, № 7. – P. 636–637.

25. Krzystanek M., Krysta K., Skalaćka K. Treatment Compliance in the Long-Term Paranoid Schizophrenia Telemedicine Study // *J. technol. behave. Sci*. – 2017. – № 2. – P. 84–87.

26. Medalia A., Lynch D.A., Herlands T. Telehealth Conversion of Serious Mental Illness Recovery Services During the COVID-19 Crisis // *Psychiatr. Serv*. – 2020. – Vol. 71, № 8. – P. 872.

27. O'Brien M., McNicholas F. The Use of Telepsychiatry During COVID-19 and Beyond // *Irish Journal of Psychological Medicine*. – 2020. – Vol. 37, № 4. – P. 250-255.

28. Persaud A., Day G., Gupta S. [et al.] Geopolitical factors and mental health I // *International Journal of Social Psychiatry*. – 2018. – Vol. 64, № 8. – P. 778–785.

29. Phadke N.A., del Carmen M.G., Goldstein S.A. [et al.] Trends in Ambulatory Electronic Consultations During the COVID-19 Pandemic // *Journal of General Internal Medicine*. – 2020. – Vol. 35, № 10. – 3117–3119.
30. Rajkumar R.P. COVID-19 and mental health: A review of the existing literature // *Asian Journal of Psychiatry*. – 2020. – № 52. – P. 102066.
31. Ramalho R., Adiuoku F., Gashi Bytyçi D. [et al.] Telepsychiatry During the COVID-19 Pandemic: Development of a Protocol for Telemental Health Care // *Frontiers in Psychiatry*. – 2020. – № 11. – P. 552450.
32. Shalev D., Shapiro P.A. Epidemic psychiatry: The opportunities and challenges of COVID-19 // *General Hospital Psychiatry*. – 2020. – № 64. – P. 68–71.
33. Sharma P., Joshi D., Shrestha K. Mental health and COVID-19 in Nepal: A case of a satellite clinic // *Asian Journal of Psychiatry*. 2020. – № 53. – P. 102175.
34. Shore J.H. Telepsychiatry: videoconferencing in the delivery of psychiatric care // *Am. J. Psychiatry*. – 2013. – Vol. 170, № 3. – P. 256–262.
35. Starace F., Ferrara M. COVID-19 disease emergency operational instructions for Mental Health Departments issued by the Italian Society of Epidemiological Psychiatry // *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. – 2020. – № 29. – P. e116.
36. Uscher-Pines L., Sousa J., Raja P. [et al.] Suddenly Becoming a “Virtual Doctor”: Experiences of Psychiatrists Transitioning to Telemedicine During the COVID-19 Pandemic // *Psychiatr. Serv.* – 2020. – Vol. 71, № 11. – P. 1143–1150.
37. Wind T.R., Rijkeboer M., Andersson G., Riper H. The COVID-19 pandemic: The ‘black swan’ for mental health care and a turning point for e-health // *Internet Interventions*. – 2020. – № 20. – P. 100317.
38. Yang Y., Li W., Zhang Q. [et al.] Mental health services for older adults in China during the COVID-19 outbreak // *Lancet Psychiatry*. – 2020. – Vol. 7, № 4. – P. e19.
39. Yao H., Chen J.-H., Xu Y.-F. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic // *Lancet Psychiatry*. – 2020. – № 7. – P. e21.
40. Yellowlees P., Nakagawa K., Pakyurek M. [et al.] Rapid Conversion of an Outpatient Psychiatric Clinic to a 100% Virtual Telepsychiatry Clinic in Response to COVID-19 // *Psychiatric Services*. – 2020. – Vol. 71, № 7. – P. 749–752.
41. Zhu Y., Chen L., Ji H. [et al.] The Risk and Prevention of Novel Coronavirus Pneumonia Infections Among Inpatients in Psychiatric Hospitals // *Neurosci Bull.* – 2020. – Vol. 36, № 3. – P. 299–302.

Поступила 03.03.2021

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

Для цитирования. Чумаков Е.М., Бабин С.М., Азарова Л.А., Петрова Н.Н., Лиманкин О.В. Телемедицинские технологии для оказания психиатрической и психотерапевтической помощи в условиях пандемии COVID-19 – вызовы и перспективы // *Вестник психотерапии*. 2021. № 78 (83). С. 20–35.

**TELEMEDICAL TECHNOLOGIES IN PSYCHIATRIC AND PSYCHOTHERAPEUTIC CARE
DURING THE COVID-19 PANDEMIC – CHALLENGES AND PERSPECTIVES**

**Chumakov E.M.^{1,2}, Babin S.M.^{1,2,3}, Azarova L.A.¹,
Petrova N.N.², Limankin O.V.^{1,3,4}**

¹ Psychiatric Hospital №1 named after P.P. Kaschenko
(Str. Menkovskaya, 10, p. Nikolskoye, Leningrad region, Russia);

²Saint-Petersburg State University
(21st line, d. 8, letter A, St. Petersburg, Russia);

³North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov
(Kirochnaya Str., 41, St. Petersburg, Russia);

⁴St. Petersburg Institute of Postgraduate Improvement of Physicians-experts
of the Ministry of Labour and Social Protection;
(Bolshoy Sampsoniyevsky Ave., 11/12, St. Petersburg, Russia).

Abstract. The article presents a literature review concerning the use of telemedicine technologies in psychiatric and psychotherapeutic care worldwide and in Russia. The experience of the transition of practitioners to the use of telepsychiatric technologies in the conditions of the COVID-19 pandemic is emphasized. The need for continuation of the outpatient psychiatric care even in the conditions of the pandemic and the social restrictions connected with it are substantiated. Ways of solving the problems in psychiatric care arisen in the period of the COVID-19 pandemic are outlined. Potential and actual problems related to a possible more active use of telemedicine technologies in psychiatric and psychotherapeutic care are highlighted. The perspectives of the development of telepsychiatric care in Russia are discussed.

Keywords: Telepsychiatry, remote counseling, outpatient psychiatric care, outpatient psychotherapy care, COVID-19.

Egor Maksimovich Chumakov – PhD Med. Sci., psychiatric hospital N 1 named after P.P. Kaschenko (Str. Menkovskaya, 10, p. Nikolskoye, Leningrad region, 188357, Russia), Saint-Petersburg State University (21st line, 8, let. A, St. Petersburg, 199034, Russia); e-mail: chumakovegor@gmail.com;

✉ Sergey Michailovich Babin – Dr. Med. Sci. Prof., North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov (Kirochnaya Str., 41, St. Petersburg, 191015, Russia), Saint-Petersburg State University (21st line, 8, let. A, St. Petersburg, 199034, Russia), psychiatric hospital N 1 named after P.P. Kaschenko (Str. Menkovskaya, 10, p. Nikolskoye, Leningrad region, 188357, Russia); e-mail: sergbabin@inbox.ru;

Larisa Albertovna Azarova – psychiatric hospital N 1 named after P.P. Kaschenko (Str. Menkovskaya, 10, p. Nikolskoye, Leningrad region, 188357, Russia); e-mail: azarova812@me.com;

Natallia Nikolaevna Petrova – Dr. Med. Sci. Prof., Saint-Petersburg State University (21st line, 8, let. A, St. Petersburg, 199034, Russia); e-mail: petrova_nn@mail.ru;

Oleg Vasilievich Limankin – Dr. Med. Sci. Prof., psychiatric hospital N 1 named after P.P. Kaschenko (Str. Menkovskaya, 10, p. Nikolskoye, Leningrad region, 188357, Russia), North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov (Kirohnaya Str., 41, St. Petersburg, 191015, Russia), Saint-Petersburg Institute of Postgraduate Improvement of Physicians-experts of the Ministry of Labour and Social Protection (Bolshoy Sampsoniyevsky Ave., 11/12, St. Petersburg, 194044, Russia); e-mail: limankin@mail.ru.

References

1. Zhovnerchuk E.V., Zhovnerchuk I.Yu., Abritalin E.Yu., Fedorov N.V. Telepsikhiatriya kak novaya sistema psikhiatricheskoj pomoshhi pri ispolzovanii sovremennyh tehnologii [Telepsychiatry as a new system of psychiatric care using modern technologies]. *Psikhicheskoe zdorove* [Mental health]. 2016. N 11. Pp. 15–21. (In Russ.)

2. Karpuhin I.B., Levanov V.M. Telepsikhiatriya: istoriya, napravleniya i vozmozhnosti (po materialam zarubezhnogo nauchnogo arhiva) [Telepsychiatry: history, directions and opportunities (based on materials from a foreign scientific archive)]. *Socialnaya i klinicheskaya psikhiatriya* [Social and clinical psychiatry]. 2020. Vol. 30, N 1. Pp. 102–109. (In Russ.)

3. Kralya O.V. Distancionnoe okazanie psikhoterapevticheskoj pomoshhi pacientam v usloviyah pandemii COVID-19 [Remote psychotherapeutic care for patients in pandemic conditions COVID-19]. *Acta medica Eurasica* [Acta medica Eurasica]. 2020. N 2. Pp. 15–22. (In Russ.)

4. Limankin O.V. Ocenka polzovatelej – vnedomstvennyj reguljator kachestva psikhiatricheskoj pomoshhi [User Assessment – a private regulator of the quality of psychiatric care]. *Obzrenie psikhiatricii i medicinskoj psikhologii* [Review of psychiatry and medical psychology]. 2013. N 4. Pp. 113–121. (In Russ.)

5. Mosolov S.N. Aktualnye zadachi psikhiatricheskoj sluzhby v svyazi s pandemiej COVID-19 [Topical tasks of the psychiatric service in connection with the pandemic COVID-19] [Elektronnyj resurs]. *Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rassstrojstv* [Modern therapy of mental disorders]. 2020. N 2. <https://psypharma.ru/aktualnye-zadachi-psihiatricheskoy-sluzhby-v-svyazi-s-pandemiej-covid-19> – DOI: 10.21265/PSYPH.2020.53.59536 (In Russ.)

6. Petrova N.N., Fedotov I.A., Chumakov E.M. Analiz dinamiki mnenij vrachej-psikhiatrov o nepreryvnom medicinskom obrazovanii [Analysis of the dynamics of opinions of psychiatrists on continuous medical education]. *Obzrenie psikhiatricii i medicinskoj psikhologii* [Review of psychiatry and medical psychology]. 2019. N 2. Pp. 102–107. (In Russ.)

7. Skripov V.S., Semenova N.V., Kochorova L.V. [et al.] Telemedicinskie tehnologii v psikhiatricii i narkologii glazami specialistov [Telemedicine technologies in psychiatry and narcology through the eyes of specialists]. *Medicinskie tehnologii. Ocenka i vybor* [Medical technologies. Evaluation and selection]. 2019. N 4. Pp. 49–54. (In Russ.)

8. Skripov V.S., Chehonadskij I.I., Kochorova L.V. [et al.] Rezultaty vzaimodejstviya s regionalnymi sluzhбами v ramkah telemedicinskih konsultacij po psikhiatricii i narkologii [Results of interaction with regional services in the framework

of telemedical consultations on psychiatry and narcology]. *Obozrenie psikiatrii i medicinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva* [Review of psychiatry and medical psychology named after V.M. Bekhterev]. 2019. N 3. Pp. 73–77. (In Russ.)

9. Tetenova E.Yu. Tendencii i opyt vnedreniya elektronnoho zdravooohraniya. Opredelenie perspektiv ego razvitiya v psikiatrii-narkologii [Trends and experience of e-healthcare implementation. Determining the prospects for its development in psychiatry-narcology]. *Medicina* [Medicine]. 2017. N 1. Pp. 44–55. (In Russ.)

10. Cygankov B.D., Ivanova G.R., Sheleg D.A., Savenkova V.I. Organizaciya psikiatricheskoj pomoshhi i psikhicheskie narusheniya u zhitelej stran, nahodyashhimsya v usloviyah pandemii COVID-19 2020 g. (obzor literatury) [Organization of psychiatric care and mental disorders in residents of countries in pandemic conditions COVID-19 2020]. *Vestnik RAMN* [Bulletin of the Russian Academy of Medical Sciences]. 2020. N 75 (4). Pp. 331–339. (In Russ.)

11. Chehonadskij I.I., Shvedova A.A., Skripov V.S., Semenova N.V. Telemedicinskie tehnologii v psikiatrii: mnenie specialistov Orenburgskoj oblasti [Telemedical technologies in psychiatry: opinion of specialists of the Orenburg region]. *Obozrenie psikiatrii i medicinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva* [Review of psychiatry and medical psychology named after V.M. Bekhterev]. 2020. N 3. Pp. 89–92. (In Russ.)

12. Shhedrinskaya O.M., Bebhuk M.A. Onlajn-konsultirovanie cherez prizmu professionalnoj etiki: problemy i resheniya [Online counselling through the prism of professional ethics: problems and solutions]. *Konsultativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Advisory psychology and psychotherapy]. 2020. Vol. 28, N 3. Pp. 84–99. (In Russ.)

13. Etika psikhoterapevta v virtualnom prostranstve: rekomendacii [Ethics of a psychotherapist in a virtual space: recommendations] [Elektronnyj resurs]. <https://www.sifep.ru/ob-organization/etika-psikhoterapii-v-virtual-nom-prostranstve> (In Russ.)

14. American Psychoanalytic Association Remote Session Guidelines for Periods of Restricted Travel. Retrieved from <https://apsa.org/sites/default/files/Guide3-24.pdf>.

15. Bellido-Zanin G., Pérez-San-Gregorio M.A., Martín-Rodríguez A., Vázquez-Morejón A.J. Social functioning as a predictor of the use of mental health resources in patients with severe mental disorder. *Psychiatry Research*. 2015. N 230. Pp. 189–193.

16. Cheng P., Xia G., Pang P. [et al.] COVID-19 Epidemic Peer Support and Crisis Intervention Via Social Media. *Community Mental Health Journal*. 2020. Vol. 56, N 5. Pp. 786–792.

17. Corruble E. A viewpoint from Paris on the COVID-19 pandemic: a necessary turn to telepsychiatry. *J. Clin. Psychiatry*. 2020. Vol. 81, N 3. Pp. 20com13361.

18. Fagiolini, A., Cuomo, A., Frank, E. COVID-19 diary from a psychiatry department in Italy. *J. Clin. Psychiatry*. 2020. Vol. 81, N 3. Pp. 20com13357.

19. Duan L., Zhu G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry*. 2020. Vol. 7, N 4. Pp. 300–302.

20. de Girolamo G., Cerveri G., Clerici M. [et al.] Mental Health in the Coronavirus Disease 2019 Emergency – The Italian Response. *JAMA Psychiatry*. 2020. Vol. 77, N 9. Pp. 974.
21. Hau Y.S., Kim J.K., Hur J., Chang M.C. How about actively using telemedicine during the COVID-19 pandemic? *Journal of Medical Systems*. 2020. Vol. 44, N 6. Pp. 108.
22. Holmes E.A., O'Connor R.C., Perry V.H. [et al.] Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry*. 2020. Vol. 7, N 6. Pp. 547–560.
23. Ifdil I., Fadli R.P., Suranata K. [et al.] Online mental health services in Indonesia during the COVID-19 outbreak. *Asian Journal of Psychiatry*. 2020. N 51. Pp. 102153.
24. Kalin M.L., Garlow S.J., Thertus K., Peterson M.J. Rapid Implementation of Telehealth in Hospital Psychiatry in Response to COVID-19. *American Journal of Psychiatry*. 2020. Vol. 177, N 7. Pp. 636–637.
25. Krzystanek M., Krysta K., Skalaćka K. Treatment Compliance in the Long-Term Paranoid Schizophrenia Telemedicine Study. *J. technol. behave. Sci.* 2017. N 2. Pp. 84–87.
26. Medalia A., Lynch D.A., Herlands T. Telehealth Conversion of Serious Mental Illness Recovery Services During the COVID-19 Crisis. *Psychiatr. Serv.* 2020. Vol. 71, N 8. Pp. 872.
27. O'Brien M., McNicholas F. The Use of Telepsychiatry During COVID-19 and Beyond. *Irish Journal of Psychological Medicine*. 2020. Vol. 37, N 4. Pp. 250–255.
28. Persaud A., Day G., Gupta S. [et al.] Geopolitical factors and mental health I. *International Journal of Social Psychiatry*. 2018. Vol. 64, N 8. Pp. 778–785.
29. Phadke N.A., del Carmen M.G., Goldstein S.A. [et al.] Trends in Ambulatory Electronic Consultations During the COVID-19 Pandemic. *Journal of General Internal Medicine*. 2020. Vol. 35, N 10. Pp. 3117–3119.
30. Rajkumar R.P. COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian Journal of Psychiatry*. 2020. N 52. Pp. 102066.
31. Ramalho R., Adiukwu F., Gashi Bytyçi D. [et al.] Telepsychiatry During the COVID-19 Pandemic: Development of a Protocol for Telemental Health Care. *Frontiers in Psychiatry*. 2020. N 11. P. 552450.
32. Shalev D., Shapiro P.A. Epidemic psychiatry: The opportunities and challenges of COVID-19. *General Hospital Psychiatry*. 2020. N 64. Pp. 68–71.
33. Sharma P., Joshi D., Shrestha K. Mental health and COVID-19 in Nepal: A case of a satellite clinic. *Asian Journal of Psychiatry*. 2020. N 53. P. 102175.
34. Shore J.H. Telepsychiatry: videoconferencing in the delivery of psychiatric care. *Am. J. Psychiatry*. 2013. Vol. 170, N 3. Pp. 256–262.
35. Starace F., Ferrara M. COVID-19 disease emergency operational instructions for Mental Health Departments issued by the Italian Society of Epidemiological Psychiatry. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2020. 29. P. e116.
36. Uscher-Pines L., Sousa J., Raja P. [et al.] Suddenly Becoming a “Virtual Doctor”: Experiences of Psychiatrists Transitioning to Telemedicine During the COVID-19 Pandemic. *Psychiatr. Serv.* 2020. Vol. 71, N 11. Pp. 1143–1150.

37. Wind T.R., Rijkeboer M., Andersson G., Riper H. The COVID-19 pandemic: The 'black swan' for mental health care and a turning point for e-health. *Internet Interventions*. 2020. N 20. P. 100317.

38. Yang Y., Li W., Zhang Q. [et al.] Mental health services for older adults in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*. 2020. Vol. 7, N 4. P. e19.

39. Yao H., Chen J.-H., Xu Y.-F. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry*. 2020. N 7. P. e21.

40. Yellowlees P., Nakagawa K., Pakyurek M. [et al.] Rapid Conversion of an Outpatient Psychiatric Clinic to a 100% Virtual Telepsychiatry Clinic in Response to COVID-19. *Psychiatric Services*. 2020. Vol. 71, N 7. Pp. 749–752.

41. Zhu Y., Chen L., Ji H. [et al.] The Risk and Prevention of Novel Coronavirus Pneumonia Infections Among Inpatients in Psychiatric Hospitals. *Neurosci Bull*. 2020. Vol. 36, N 3. Pp. 299–302.

Received 03.03.2021

For citing. Chumakov E.M., Babin S.M., Azarova L.A., Petrova N.N., Limankin O.V. Telemedicinskie tehnologii dlya okazaniya psikiatricheskoj i psikhoterapev-ticheskoj pomoshhi v usloviyah pandemii COVID-19 – vyzovy i perspektivy. *Vestnik psikhoterapii*. 2021. N 78. Pp. 20–35. **(In Russ.)**

Chumakov E.M., Babin S.M., Azarova L.A., Petrova N.N., Limankin O.V. Telemedical technologies in psychiatric and psychotherapeutic care during the COVID-19 pandemic – challenges and perspectives. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2021. N 78. Pp. 20–35.

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 159.99

А.А. Великанов¹, А.А. Столярова¹,
Ю.Л. Левашкевич², Н.Е. Круглова³

ПРОБЛЕМА СТРЕССА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В СВЯЗИ С ЗАДАЧАМИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

¹ Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2);

² Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов
Приморского района Санкт-Петербурга
(Россия, Санкт-Петербург, Богатырский пр., д. 48, к. 1, лит. А);

³ Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена
(Россия, Санкт-Петербург, Набережная реки Мойки, д. 48).

В статье представлен обзор научной литературы по проблеме стресса у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС). Отмечено, что стресс является одним из факторов риска развития и неблагоприятного течения ИБС. Показано, что стресс у пациентов с ИБС может быть связан с такими факторами, как семейная среда, сфера рабочей деятельности и само заболевание. Рассмотрены физиологические, поведенческие и личностные аспекты взаимосвязи стресса и ИБС. Приведены сведения научной литературы, подтверждающие, что в психологическую реабилитацию, являющуюся неотъемлемой частью кардиореабилитации, целесообразно включение психологических интервенций, направленных на снижение стресса. Применение соответствующих психологических меро-

✉ Великанов Арсений Апетович – канд. психол. наук доц., доц. каф. гуманитарных наук, мед. психолог отделения психологии, Нац. мед. исслед. центр имени В.А. Алмазова (Россия, 197341, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2); e-mail: arsen.velikanov@gmail.com;

Столярова Анна Александровна – клинич. психолог, Нац. мед. исслед. центр имени В.А. Алмазова (Россия, 197341, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2); e-mail: anna.stoljarova@gmail.com;

Левашкевич Юлия Леонидовна – зам. директора, Центр соц. реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Приморского р-на Санкт-Петербурга (Россия, 197082, Санкт-Петербург, Богатырский пр., д. 48, к. 1, лит. А); e-mail: L-U-L@mail.ru;

Круглова Надежда Евгеньевна – канд. психол. наук, доц. каф. клинич. психологии и психол. помощи, Рос. гос. пед. ун-т им. А.И. Герцена (Россия, 191186, Санкт-Петербург, Набережная реки Мойки, д. 48); e-mail: nkruglova2016@yandex.ru.

приятый является важным для достижения таких целей, как снижение интенсивности стресса у пациентов и улучшение прогноза заболевания. Также в связи с задачами психологической реабилитации при ИБС необходим учет особенностей стресс-преодолевающего поведения.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, стресс, кардиореабилитация, кардиологическая реабилитация, психокардиология, психологическая реабилитация

Введение

В современной медицине и клинической психологии активно изучается роль психологического фактора в этиопатогенезе ишемической болезни сердца (ИБС). Традиционно значительное внимание уделяется проблеме тревоги и депрессии, их влиянию на качество жизни и прогноз болезни. Тем не менее в научной литературе также имеются данные о том, что стресс является одним из факторов риска возникновения и неблагоприятного течения ИБС [2, 8]. Кроме того, отмечается, что стресс может негативно влиять на эффект лечения депрессии у больных ИБС [18]. Имеются сведения о том, что хронический стресс связан с повышением риска развития артериальной гипертензии, сахарного диабета, склонности к курению, т. е. целого ряда факторов, способствующих развитию ИБС [20]. Механизм, связывающий стресс с неблагоприятными сердечно-сосудистыми исходами, вероятно, отличается многофакторностью. Этот механизм связи между стрессом и ИБС до сих пор неясен, но отсутствие однозначного понимания данной связи не умаляет её значимости [36]. Психологический стресс часто присутствует у пациентов, проходящих обследование на предмет острых коронарных событий [31]. В психологической реабилитации пациентов с ИБС подчеркивается важность учета такого фактора, как острый и хронический стресс [4].

Таким образом, проблеме стресса при ИБС должно уделяться значительное внимание как в теоретическом, так и в практическом аспекте.

Стресс при ИБС: возможные факторы возникновения

Анализируя научную литературу по данному вопросу, возможно отметить ряд факторов, с которыми может быть связан стресс при ИБС, в частности: семейная среда, сфера рабочей деятельности и, безусловно, сама болезнь.

Так, отмечается, что конфликты и длительные стрессовые ситуации в семейной жизни увеличивают риск ИБС, особенно у женщин [14]. Интересны также данные о том, что у женщин отмечается большая ассоциированность психологического дистресса с коронарными событиями [35].

В Европейских рекомендациях по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) пересмотра 2016 года указывается, что психосоциальный стресс на работе является потенциальным фактором риска развития ССЗ [33]. Рассматривая стресс, связанный с рабочей деятельностью, следует отметить модели, идентифицирующие его различные психосоциальные факторы [40]:

1) модель «Спрос-контроль» касается характеристик рабочих задач, определяемых высокими психологическими требованиями в сочетании с низкой степенью личного контроля;

2) согласно следующей модели, «Дисбаланс между усилиями и вознаграждением» сконцентрирован на нарушениях принципа социальной взаимности, когда затраченные большие усилия не сопровождаются адекватным вознаграждением (денежное вознаграждение, уважение, продвижение по службе, гарантия занятости). Также, в соответствии с данной моделью, чрезмерно высокая вовлеченность в работу способствует ухудшению здоровья;

3) модель «Организационная несправедливость» посвящена изучению неравенства между людьми, работающими в организациях. Кумулятивный рабочий стресс связан с частотой кардиальных событий, и эта взаимосвязь опосредована как прямыми эффектами нейроэндокринных механизмов, так и косвенными эффектами нездорового поведения, в частности плохого питания и низкой физической активности [39].

Стресс, связанный с рабочей деятельностью, оказывает негативный эффект на возможность рецидива коронарных событий [27] и развития ИБС [19]. Также, в качестве фактора риска, рассматривается и высокий уровень финансового стресса [30]. Отмечается, что предупреждение риска, связанного с работой, может снизить вероятность возникновения коронарных событий [25].

Рассматривая возможные факторы стресса у пациентов с ИБС, следует отметить и ситуацию самой болезни. При наличии кардиологической патологии может проявляться страх прогрессирования заболевания [11]. Кроме того, учитывая необходимость длительного лечения, предполагающего важность регулярного приёма лекарств и выполнение ряда немедикаментозных рекомендаций (ограничение в питании, отказ от вредных привычек и т. д.), пациент оказывается в новой, сложной для него ситуации, к которой ему необходимо адаптироваться [3].

Рассматривая ситуационные факторы, с которыми связан стресс, нельзя не отметить и актуальные на сегодняшний день сведения научной

литературы о реакциях со стороны сердечно-сосудистой системы в условиях пандемии COVID-19. Так, последние научные исследования указывают на рост стрессовой кардиомиопатии (также известной как «синдром Такоцубо»), связанной с косвенными социальными, психологическими и экономическими причинами стресса во всем мире во время пандемии COVID-19 [22].

Взаимосвязь стресса и ИБС. Физиологические, поведенческие и личностные аспекты

Хотя существует несколько подходов к объяснению риска ССЗ, связанных со стрессом, в исследованиях последних лет отмечается способность психосоциального стресса увеличивать реактивность сердечно-сосудистой системы (например, частоту сердечных сокращений), вызывать метаболические изменения, провоспалительные процессы, а также прокоагулянтные реакции, которые, в свою очередь, приводят к возникновению ИБС [42]. Основные патофизиологические механизмы включают нарушение симпато-парасимпатического баланса и нарушения в работе гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси [26].

Интересны данные о том, что стресс-индуцированная ишемия миокарда представляет собой временную ишемическую реакцию миокарда на стресс, которая может быть вызвана у пациентов с ИБС во время психической нагрузки. Данный вид ишемии связан с двукратным увеличением риска коронарных событий в будущем [34]. Эта ишемия ассоциируется с худшим прогнозом и повышенной смертностью среди пациентов с ИБС и чаще встречается у женщин, особенно молодого возраста. Подобную непропорциональность влияния стресса в зависимости от пола исследователи объясняют различиями в реакции на стресс в лимбических областях мозга, регулирующих эмоции у пациентов с ишемией миокарда, вызванной психическим стрессом, а также предположением о том, что поясная извилина может быть вовлечена в половые различия реакции на стресс при данном заболевании [24]. Психологический стресс может влиять на женщин с ИБС больше, чем на мужчин с этим заболеванием [23].

Нередко в качестве одного из тех механизмов, посредством которых психологический дистресс влияет на ССЗ, рассматривается существенная роль поведенческих факторов [35]. В частности, это следующие факторы: курение, нездоровое питание, отсутствие физической активности и злоупотребление алкоголем [41]. Высказывается идея о том, что неспособность справляться с проблемами и стрессорами могут мешать пациентам с

ИБС следовать рекомендациям врачей [16], а улучшение эмоционального состояния и эффективное управление стрессом способствует формированию здоровых жизненных привычек и отказу от вредных [21].

Отмечается, что формы реагирования на стресс у пациентов с ИБС зависят от особенностей личности [10]. Рассматривая личностные факторы взаимосвязи стресса и ИБС, необходимо указать предложенный J. Denollet «тип D» или «дистрессовый» тип личности, считающийся активно участвующим в риске развития ССЗ и характеризующийся одновременно высоким уровнем негативной аффективности и высоким уровнем социального торможения [38]. Лица с повышенной негативной аффективностью часто страдают дисфорией, тревогой и раздражительностью. Данный тип личности предрасполагает к высокому уровню психологического дистресса [29].

Стресс и психологическая реабилитация

Обсуждая вопросы, связанные с реабилитацией в кардиологии, чл.-корр. РАН О.Л. Барбараш отметила, что «в последние годы наша сфера переживает ренессанс системы реабилитации» [1]. На современном этапе развития медицины очевидным является то, что эффективная реабилитация должна быть комплексной, многоаспектной, а неотъемлемой частью кардиореабилитации является психологическая реабилитация. Отмечается, что комплексная кардиореабилитация с психологическим компонентом должна содержать образовательный и мотивационный аспекты [15]. Следует указать, что в перечень задач психологической реабилитации, представленных в руководстве по физической и реабилитационной медицине под ред. Г.Н. Пономаренко (2020), входят задачи, непосредственно отражающие необходимость учёта факторов стресса. Например, это такие задачи, как: улучшение эмоционального состояния, перестройка отношения к психотравмирующей ситуации, связанной с заболеванием, а также формирование установки на адекватное восприятие социальной действительности и самостоятельное решение проблем.

Безусловно, для улучшения эмоционального состояния пациентов целесообразно включение в программу психологической реабилитации психологических интервенций, направленных на снижение стресса. Отмечается, что такие интервенции (включая когнитивно-поведенческую терапию и методы релаксации) снижают количество рецидивов коронарных событий у пациентов с ИБС [36]. В числе некоторых методов, применяемых в кардиореабилитации и имеющих потенциал для снижения интенсивности напряжения у больных ИБС, можно выделить терапию снижения стресса

на основе осознанности (MBSR) и прогрессивную мышечную релаксацию [32, 43]. В научной литературе встречается не много масштабных исследований по вопросам эффективности включения в комплексную кардиологическую реабилитацию психологического тренинга по стресс-менеджменту. Тем не менее авторы, изучавшие влияние подобного компонента в кардиореабилитации пациентов, отмечают снижение уровня стресса у лиц, прошедших данный тренинг, а также улучшение прогноза заболевания [17].

В исследовании Овчинникова А.А. и соавт. (2018) установлено, что пациентам с ИБС свойственна интенсивность переживания стресса и слабая устойчивость личности в проблемных ситуациях. Способность эффективно справляться со стрессом может снизить действие факторов риска соматических заболеваний и психических расстройств [5]. Важно отметить, что изучение стресс-преодолевающего (копинг) поведения у пациентов с ИБС имеет существенное практическое значение [13]. Кроме того, для реализации таких задач психологической реабилитации, как изменение отношения к психотравмирующей ситуации болезни и формирование самостоятельности в решении проблем, учет копинг-поведения пациентов представляется особенно значимым. На актуальность изучения и коррекции копинг-поведения пациентов с ИБС указывают и зарубежные исследования [28, 37]. Выявление особенностей копинг-поведения является необходимым для профилактики послеоперационных факторов риска, разработки методов психологической помощи, определения мишеней психологического воздействия, направленного на повышение адаптации пациентов с ИБС [12]. Согласно современным представлениям, стратегии и ресурсы совладающего со стрессом поведения являются составляющими психологической адаптации к заболеванию, также как психологическая защита и внутренняя картина болезни [6].

Можно заключить, что в процессе реализации задач психологической реабилитации важными являются мероприятия, направленные на выявление и снижение интенсивности состояния стресса, а также включающие работу с копинг-поведением.

Заключение

Таким образом, в результате анализа научной литературы, можно заключить, что проблеме стресса у пациентов с ИБС должно уделяться значительное внимание специалистов, включая как врачей, так и психологов. Наряду с тревогой и депрессией при ССЗ, исследованию которых посвящено внушительное количество научных работ, стресс также является фак-

тором, влияющим на возникновение и течение ИБС. Изучение этого фактора сохраняет свою актуальность в современных условиях. Стресс у пациентов может быть связан как с самим заболеванием, так и с различными ситуациями, включая значимые социальные события и проблемы, имеющие отношение к семейной и/или профессиональной сфере. Рассматривая проблему стресса при ИБС, важно учитывать физиологические, поведенческие и личностные аспекты. Учет биологических, поведенческих и личностных факторов стресса у конкретного пациента может обеспечить реализацию индивидуального подхода в процессе реабилитации. Следует подчеркнуть, что собственно психологическая реабилитация является неотъемлемым компонентом комплексной кардиореабилитации. Для достижения ряда задач психологической реабилитации представляется крайне важным учет возможных проявлений стресса и выявление особенностей стресс-преодолевающего поведения у пациентов с ИБС. Дальнейшие исследования, направленные на всестороннее изучение стресса при ИБС, безусловно, представляют ценность для обогащения представлений о роли психологического фактора в этиопатогенезе ССЗ.

Литература

1. Барбараш О.Л. Нужна ли реабилитация пациентам после коронарного шунтирования? // Российский медицинский журнал. – 2016. – Т. 24, № 19. – С. 1254–1256.
2. Белялов Ф.И. Депрессия, тревога и стресс у пациентов с ишемической болезнью сердца // Терапевтический архив. – 2017. – Т. 89, № 8. – С. 104 – 109. doi:10.17116/terarkh2017898104-109.
3. Горьковая И.А., Сорокин Л.А., Зубарева О.А. Психологические факторы совладания с кризисной ситуацией манифестации болезни у мужчин с разными формами ишемической болезни сердца в остром периоде // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 2-2. – С. 561.
4. Дубинина Е.А. Психологические аспекты реабилитации пациентов, перенесших инфаркт миокарда // Медицинская психология в России. – 2018. – Т.10, № 2 (49). – С. 3. doi: 10.24411/2219-8245-2018-12030.
5. Лазарева Е.Ю. Нарушения здорового поведения у больных ишемической болезнью сердца зрелого возраста // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2017. – Т. 20, № 2. – С. 94–98.
6. Михайличенко Т.Г., Щелкова О.Ю. Методология изучения психологической адаптации пациентов с аутоиммунными заболеваниями печени в период ожидания трансплантации органа // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». – 2017. – Т. 10, № 1. – С. 121–138. doi: 10.14529/psy170112.
7. Овчинников А.А., Султанова А.Н., Коваленко А.А., Сычева Т.Ю. Жизнестойкость и способы совладания со стрессом у пациентов с ишемической болезнью сердца // Journal of Siberian Medical Sciences. – 2018. – № 2. – С. 72–77.

8. Омеляненко М.Г., Шумакова В.А., Суховой Н.А., Щапова Н.Н. Психоэмоциональные нарушения и эндотелиальная дисфункция в развитии сердечно-сосудистых заболеваний, ассоциированных с атеросклерозом // Сибирский медицинский журнал. – 2014. – Т. 29, № 3. – С. 18–24. doi:10.29001/2073-8552-2014-29-3-18-24.

9. Пономаренко Г.Н. Физическая и реабилитационная медицина: национальное руководство. – М. : ГЭОТАР-Медиа. – 2020. – 688 с.

10. Прохоренко И.О., Зарубина Е.Г., Сергеев О.С., Сухачев П.А. Влияние психологических особенностей личности пациентов старшей возрастной группы на частоту возникновения, тяжесть и динамику ишемической болезни сердца // Вестник медицинского института «РЕАВИЗ»: реабилитация, врач и здоровье. – 2016. – № 3 (23). – С. 50–59.

11. Сирота Н.А., Московченко Д.В. Страх прогрессирования заболевания и копинг-поведение у пациентов с ишемической болезнью сердца // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2015. – № 4. – С. 87–94.

12. Солодухин А.В., Серый А.В., Яницкий М.С. Изменение параметров внутренней картины болезни и копинг-поведения у пациентов с ишемической болезнью сердца после проведения коронарного шунтирования // Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности. – 2020. – № 10. – С. 128–132.

13. Солодухин А.В., Трубникова О.А., Серый А.В. [и др.] Взаимосвязь психологических характеристик внутренней картины болезни и копинг-поведения пациентов с ишемической болезнью сердца с показателями их смысло-жизненных ориентаций // Казанский мед. журнал – 2019. – Т. 100, № 2. – С. 214–220. doi: 10.17816/KMJ2019-214.

14. Albus C. Psychological and social factors in coronary heart disease // Annals of medicine. – 2010. – Vol. 42 (7). – P. 487–494. doi:10.3109/07853890.2010.515605

15. Albus C., Waller C., Fritzsche K. [et al.] Significance of psychosocial factors in cardiology: update 2018: Position paper of the German Cardiac Society // Clinical research in cardiology: official journal of the German Cardiac Society. – 2019. – Vol. 108 (11). – P. 1175–1196. doi:10.1007/s00392-019-01488-w.

16. Arrebola-Moreno M., Petrova D., Sánchez M.J. [et al.] Who does what the cardiologist recommends? Psychosocial markers of unhealthy behavior in coronary disease patients // PloS one. – 2020. – Vol. 15 (1), e0228262. doi:10.1371/journal.pone.0228262.

17. Blumenthal J.A., Sherwood A., Smith P.J. [et al.] Enhancing Cardiac Rehabilitation With Stress Management Training: A Randomized, Clinical Efficacy Trial // Circulation. – 2016. – Vol. 133 (14). – P. 1341–1350. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.115.018926.

18. Carney R.M., Freedland K.E., Steinmeyer B.C. [et al.] Clinical predictors of depression treatment outcomes in patients with coronary heart disease // Journal of Psychosomatic Research. – 2016. – Vol. 88. – P. 36–41. doi:10.1016/j.jpsychores.2016.07.011.

19. Dragano N., Siegrist J., Nyberg S. T. [et al.] Effort-Reward Imbalance at Work and Incident Coronary Heart Disease: A Multicohort Study of 90,164 Individuals // *Epidemiology (Cambridge, Mass.)*. – 2017. – Vol. 28 (4). – P. 619–626. doi:10.1097/EDE.0000000000000666.
20. Gallo L.C., Roesch S.C., Fortmann A.L. [et al.] Associations of Chronic Stress Burden, Perceived Stress, and Traumatic Stress With Cardiovascular Disease Prevalence and Risk Factors in the Hispanic Community Health Study // *Psychosomatic Medicine*. – 2014. – Vol. 76. – P. 468–475. doi:10.1097/PSY.0000000000000069.
21. Huan N., Yu Y., Wang P., Wang C. Research progress regarding the diagnosis and treatment of mental stress-induced myocardial ischemia // *Anatolian journal of cardiology*. – 2020. – Vol. 24 (3). – P. 126–136. doi:10.14744/AnatolJCardiol.2020.69447.
22. Jabri A., Kalra A., Kumar A. [et al.] Incidence of Stress Cardiomyopathy During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic // *JAMA network open*. – 2020. – Vol. 3 (7), e2014780. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.14780.
23. Journiac J., Vioulac C., Jacob A. [et al.] What Do We Know About Young Adult Cardiac Patients' Experience? A Systematic Review // *Frontiers in psychology*. – 2020. – Vol. 11. – P. 1119. doi:10.3389/fpsyg.2020.01119.
24. Kasher N., Wittbrodt M.T., Alam Z.S. [et al.] Sex differences in brain activation patterns with mental stress in patients with coronary artery disease // *Biology of sex differences*. – 2019. – Vol. 10 (1) – P. 35. doi:10.1186/s13293-019-0248-4.
25. Kivimäki M., Nyberg S.T., Batty, G.D. [et al.] Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data // *Lancet*. – 2012. – Vol. 380 (9852). – P. 1491–1497. doi:10.1016/S0140-6736(12)60994-5.
26. Kivimäki M., Pentti J., Ferrie J.E. [et al.] Work stress and risk of death in men and women with and without cardiometabolic disease: a multicohort study // *The Lancet. Diabetes & endocrinology*. – 2018. – Vol. 6 (9). – P. 705–713. doi:10.1016/S2213-8587(18)30140-2.
27. Li J., Zhang M., Loerbroks A., Angerer P., Siegrist J. Work stress and the risk of recurrent coronary heart disease events: A systematic review and meta-analysis // *International journal of occupational medicine and environmental health*. – 2015. – Vol. 28(1). – P. 8–19. doi:10.2478/s13382-014-0303-7.
28. Lynggaard V., Nielsen C.V., Zwisler A.D. [et al.] The patient education - Learning and Coping Strategies - improves adherence in cardiac rehabilitation (LC-REHAB): A randomised controlled trial // *International journal of cardiology*. – 2017. – Vol. 236. – P. 65–70. doi:10.1016/j.ijcard.2017.02.051.
29. Manoj M.T., Joseph K.A., Vijayaraghavan G. Type D Personality and Myocardial Infarction: A Case-Control Study // *Indian journal of psychological medicine*. – 2020. – Vol. 42 (6). – P. 555–559. doi:10.1177/0253717620941157.
30. Moran K.E., Ommerborn M.J., Blackshear C.T. [et al.] Financial Stress and Risk of Coronary Heart Disease in the Jackson Heart Study // *American journal of preventive medicine*. – 2019. – Vol. 56 (2). – P. 224–231. doi:10.1016/j.amepre.2018.09.022.

31. Musey P.I., Jr Schultebrucks K., Chang B.P. Stressing Out About the Heart: A Narrative Review of the Role of Psychological Stress in Acute Cardiovascular Events // *Academic emergency medicine: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*. – 2020. – Vol. 27 (1). – P. 71–79. doi:10.1111/acem.13882.
32. Nijjar P.S., Connett J.E., Lindquist R. [et al.] Randomized Trial of Mindfulness-Based Stress Reduction in Cardiac Patients Eligible for Cardiac Rehabilitation // *Scientific reports*. – 2019. – Vol. 9 (1), 18415. doi:10.1038/s41598-019-54932-2.
33. Piepoli M.F., Hoes A.W., Agewall S. [et al.] 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR) // *European heart journal*. – 2016. – Vol. 37 (29). – P. 2315–2381. doi:10.1093/eurheartj/ehw106.
34. Pimple P., Hammadah M., Wilmot K. [et al.] The Relation of Psychosocial Distress With Myocardial Perfusion and Stress-Induced Myocardial Ischemia // *Psychosomatic medicine*. – 2019. – Vol. 81 (4). – P. 363–371. doi:10.1097/PSY.0000000000000674.
35. Pimple P., Lima B.B., Hammadah M. [et al.] Psychological Distress and Subsequent Cardiovascular Events in Individuals With Coronary Artery Disease // *Journal of the American Heart Association*. – 2019. – Vol. 8 (9), e011866. doi:10.1161/JAHA.118.011866
36. Richardson S., Shaffer J.A., Falzon L. [et al.]. Meta-analysis of perceived stress and its association with incident coronary heart disease // *The American journal of cardiology*. – 2012. – Vol. 110 (12). – P. 1711–1716. doi:10.1016/j.amjcard.2012.08.004.
37. Sadr Bafghi S.M., Ahmadi N., Yassini Ardekani S.M. [et al.] A Survey of Coping Strategies With Stress in Patients With Acute Myocardial Infarction and Individuals Without a History of Fixed Myocardial Infarction // *Cardiology research*. – 2018. – Vol. 9 (1). – P. 35–39. doi:10.14740/cr655w.
38. Sahoo S., Padhy S.K., Padhee B. [et al.] Role of personality in cardiovascular diseases: An issue that needs to be focused too! // *Indian heart journal*. – 2018. – Vol. 70 (Suppl 3). – P. S471–S477. doi:10.1016/j.ihj.2018.11.003.
39. Salvagioni D., Melanda F.N., Mesas A.E. [et al.] Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies // *PloS one*. – 2017. – Vol. 12 (10), e0185781. doi:10.1371/journal.pone.0185781.
40. Siegrist J., Li J. Work Stress and Altered Biomarkers: A Synthesis of Findings Based on the Effort-Reward Imbalance Model // *International journal of environmental research and public health*. – 2017. – Vol. 14 (11), 1373. doi:10.3390/ijerph14111373.
41. Smaardijk V.R., Lodder P., Kop W.J. [et al.] Sex- and Gender-Stratified Risks of Psychological Factors for Incident Ischemic Heart Disease: Systematic Review and Meta-Analysis // *Journal of the American Heart Association*. – 2019. – Vol. 8 (9), e010859. doi:10.1161/JAHA.118.010859.

42. Wang C., Lê-Scherban F., Taylor J. [et al.] Associations of Job Strain, Stressful Life Events, and Social Strain With Coronary Heart Disease in the Women's Health Initiative Observational Study // Journal of the American Heart Association. – 2021. – Vol. 10 (5), e017780. doi:10.1161/JAHA.120.017780.

43. Younge J.O., Gotink R.A., Baena C.P. [et al.] Mind-body practices for patients with cardiac disease: a systematic review and meta-analysis // European journal of preventive cardiology. – 2015. – Vol. 22 (11). – P. 1385–1398. doi: 10.1177/2047487314549927.

Поступила 13.03.2021

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

Для цитирования. Великанов А.А., Столярова А. А., Левашкевич Ю.Л., Круглова Н.Е. Проблема стресса при ишемической болезни сердца в связи с задачами психологической реабилитации: обзор литературы // Вестник психотерапии. 2021. № 78 (83). С. 36–51.

THE PROBLEM OF STRESS IN CORONARY HEART DISEASE IN THE CONTEXT OF TASKS OF PSYCHOLOGICAL REHABILITATION: A LITERATURE REVIEW

Velikanov A.A.¹, Stoljarova A.¹, Levashkevich Yu. L.², Kruglova N. E.³

¹ Almazov National Medical Research Centre
(Akkuratova Str., 2, St. Petersburg, Russia);

² Center of social rehabilitation for people and children with disabilities
in the Primorsky District of St. Petersburg
(Bogatyrsky prospekt, 48, build. 1, St. Petersburg, Russia);

³ Herzen State Pedagogical University of Russia
(Embankment river Moyka, 48, St. Petersburg, Russia).

Abstract. The article provides a review of the scientific literature on the problem of stress in patients with coronary heart disease (CHD). It was noted that stress is one of the risk factors for the development and unfavorable course of CHD. It has been shown that stress in patients with CHD may be associated with factors such as the family and work environment and the disease itself. The patient's personality aspects, as well as physiological and behavioral aspects in the relationship between stress and CHD are considered. According to scientific evidence, it is advisable to include psychological interventions aimed at reducing stress in psychological rehabilitation, which is an essential part of cardiac rehabilitation. Appropriate psychological interventions are crucial for reducing stress in patients with CHD and improving their prognosis. It is also necessary to take into account the features of coping behavior to enhance the quality of psychological rehabilitation for CHD.

Keywords: coronary heart disease, stress, cardiac rehabilitation, cardiac psychology, psychocardiology, psychological rehabilitation

✉ Arseniy Apetovich Velikanov – PhD Psychol. Sci., Associate Prof. of Human Sciences Department, Clinical Psychologist of the Psychotherapy Department, Almazov National Medical Research Centre of the Ministry of Health of the Russian Federation (Russia, 197341, St. Petersburg, Akkuratova Str., 2); e-mail: arsen.velikanov@gmail.com;

Anna Alexandrovna Stoljarova – clinical psychologist, Almazov National Medical Research Centre (Russia, 197341, St. Petersburg, Akkuratova Str., 2); e-mail: anna.stoljarova@gmail.com;

Yulia Leonidovna Levashkevich – Deputy Director, St. Petersburg State Budgetary Institution “Center of social rehabilitation for people and children with disabilities in the Primorsky District of St. Petersburg” (Russia, 197082, St. Petersburg, Bogatyrsky prospekt, 48, building 1); e-mail: L-U-L@mail.ru;

Nadezda Evgenevna Kruglova – PhD Psychol. Sci., Associate Professor of the department of clinical psychology and psychological help, Faculty of Psychology Herzen State Pedagogical University of Russia (Russia, 191186, St. Petersburg, Moyka emb., 48); e-mail: nkruglova2016@yandex.ru.

References

1. Barbarash O.L. Nuzhna li reabilitaciya pacientam posle koronarnogo shuntirovaniya? [Do patients need rehabilitation after coronary bypass?]. *Rossijskij Medicinskij Zhurnal* [Russian Medical Journal]. 2016. Vol. 24, N 19. Pp. 1254–1256. (In Russ.)

2. Belyalov F.I. Depressiya, trevoga i stress u pacientov s ishemicheskoy boleznju serdca [Depression, Anxiety and Stress in Patients with Coronary Heart Disease]. *Terapevticheskij arhiv* [Therapeutic Archive]. 2017. Vol. 89, N 8. Pp. 104 – 109. doi:10.17116/terarkh2017898104-109 (In Russ.)

3. Gorkovaya I.A., Sorokin L.A., Zubareva O.A. Psihologicheskie faktory sovladaniya s krizisnoj situaciej manifestacii bolezni u muzhchin s raznymi formami ishemicheskoy bolezni serdca v ostrom periode [Psychological factors of coping with the crisis situation of disease manifestation in men with different forms of coronary heart disease in an acute period]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya* [Modern problems of science and education]. 2015. N 2-2. Pp. 561. (In Russ.)

4. Dubinina E.A. Psihologicheskie aspekty reabilitacii pacientov, perenessih infarkt miokarda [Psychological aspects of rehabilitation of patients who have suffered a myocardial infarction]. *Medicinskaya psihologiya v Rossii* [Medical psychology in Russia]. 2018. Vol. 10, N 2 (49). P. 3. doi: 10.24411/2219-8245-2018-12030 (In Russ.)

5. Lazareva E.Yu. Narusheniya zdorovogo povedeniya u bolnyh ishemicheskoy boleznju serdca zrelogo vozrasta [Disorders of healthy behavior in patients with coronary heart disease of mature age]. *Prikladnye informacionnye aspekty mediciny* [Applied information aspects of medicine]. 2017. Vol. 20, N 2. Pp. 94–98. (In Russ.)

6. Mihajlichenko T.G., Shhelkova O.Yu. Metodologiya izucheniya psihologicheskoy adaptacii pacientov s autoimmunnymi zabolevaniyami pecheni v period

ozhidaniya transplantacii organa [Methodology for studying the psychological adaptation of patients with autoimmune liver diseases during the waiting period for organ transplantation]. *Vestnik YuUrGU. Seriya «Psihologiya»* [Bulletin of SUSU. Series "Psychology."]. 2017. Vol. 10, N 1. Pp. 121–138. doi: 10.14529/psy170112 (In Russ.).

7. Ovchinnikov A.A., Sultanova A.N., Kovalenko A.A., Sycheva T.Yu. Zhiznestojkost i sposoby sovladaniya so stressom u pacientov s ishemicheskoj boleznju serdca [Resilience and ways of coping with stress in patients with coronary heart disease]. *Journal of Siberian Medical Sciences* [Journal of Siberian Medical Sciences]. 2018. N 2. Pp. 72–77. (In Russ.).

8. Omelyanenko M.G., Shumakova V.A., Suxovej N.A., Shhapova N.N. Psihoemotionalnye narusheniya i endotelialnaya disfunkciya v razvitii serdechno — sudsistyh zabolevanij, associirovannyh s aterosklerozom [Psychoemotional disorders and endothelial dysfunction in the development of cardiovascular diseases associated with atherosclerosis]. *Sibirskij medicinskij zhurnal* [Siberian Medical Journal]. 2014. Vol. 29, N 3. Pp. 18–24. doi:10.29001/2073-8552-2014-29-3-18-24 (In Russ.).

9. Ponomarenko G.N. Fizicheskaya i reabilitacionnaya medicina: nacionalnoe rukovodstvo [Physical and rehabilitation medicine: national leadership]. Moskva. 2020. 688 p. (In Russ.).

10. Prohorenko I.O., Zarubina E.G., Sergeev O.S., Suxachev P.A. Vliyanie psihologicheskikh osobennostej lichnosti pacientov starshej vozrastnoj gruppy na chastotu vozniknoveniya, tyazhest i dinamiku ishemicheskoj boleznju serdca [Influence of psychological personality features of patients of the older age group on the incidence, severity and dynamics of coronary heart disease]. *Vestnik medicinskogo instituta «REAVIZ»: reabilitaciya, vrach i zdorove* [Bulletin of the Medical Institute "REAVIZ": rehabilitation, doctor and health]. 2016. N 3 (23). Pp. 50–59. (In Russ.).

11. Sirota N.A., Moskovchenko D.V. Strah progressirovaniya zabolevaniya i kopjng–povedenie u pacientov s ishemicheskoj boleznju serdca [Strakh of disease progression and coping behavior in patients with coronary heart disease]. *Obozrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Behtereva* [Review of psychiatry and medical psychology named after V.M. Bekhtereva]. 2015. N 4. Pp. 87–94. (In Russ.).

12. Soloduhin A.V., Seryj A.V., Yaniczkiy M.S. Izmenenie parametrov vnutrennej kartiny boleznju i kopjng–povedeniya u pacientov s ishemicheskoj boleznju serdca posle provedeniya koronarnogo shuntirovaniya [Changing the parameters of the internal picture of disease and coping behavior in patients with coronary heart disease after coronary bypass surgery]. *Lichnost v ekstremalnyh usloviyah i krizisnyh situacijah zhiznedeyatelnosti* [Personality in extreme conditions and crisis situations]. 2020. N 10. Pp. 128–132. (In Russ.).

13. Soloduhin A.V., Trubnikova O.A., Seryj A.V. [et al.]. Vzaimosvyaz psihologicheskikh harakteristik vnutrennej kartiny boleznju i kopjng–povedeniya pacientov s ishemicheskoj boleznju serdca s pokazatelyami ih smyslozhiznennyh orientacij [The relationship of psychological characteristics of the internal picture of the disease and coping behavior of patients with coronary heart disease with indicators of their meaningful orientations] // *Kazanskij med. zhurnal* [Kazan honey. Journal]. 2019. Vol. 100, N 2. Pp. 214–220. doi: 10.17816/KMJ2019-214. (In Russ.).

14. Albus C. Psychological and social factors in coronary heart disease. *Annals of medicine*. 2010. Vol. 42 (7). Pp. 487–494. doi:10.3109/07853890.2010.515605

15. Albus C., Waller C., Fritzsche K. [et al.]. Significance of psychosocial factors in cardiology: update 2018: Position paper of the German Cardiac Society. *Clinical research in cardiology: official journal of the German Cardiac Society*. 2019. Vol. 108 (11). Pp. 1175–1196. doi:10.1007/s00392-019-01488-w.

16. Arrebola-Moreno M., Petrova D., Sánchez M.J. [et al.] Who does what the cardiologist recommends? Psychosocial markers of unhealthy behavior in coronary disease patients. *PLoS one*. 2020. Vol. 15 (1). e0228262. doi:10.1371/journal.pone.0228262.

17. Blumenthal J.A., Sherwood A., Smith P.J. [et al.] Enhancing Cardiac Rehabilitation With Stress Management Training: A Randomized, Clinical Efficacy Trial. *Circulation*. 2016. Vol. 133 (14). Pp. 1341–1350. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.115.018926.

18. Carney R.M., Freedland K.E., Steinmeyer B.C. [et al.] Clinical predictors of depression treatment outcomes in patients with coronary heart disease. *Journal of Psychosomatic Research*. 2016. Vol. 88. Pp. 36–41. doi:10.1016/j.jpsychores.2016.07.011.

19. Dragano N., Siegrist J., Nyberg S. T. [et al.]. Effort-Reward Imbalance at Work and Incident Coronary Heart Disease: A Multicohort Study of 90,164 Individuals. *Epidemiology (Cambridge, Mass.)*. 2017. Vol. 28 (4). Pp. 619–626. doi:10.1097/EDE.0000000000000666.

20. Gallo L.C., Roesch S.C., Fortmann A.L. [et al.] Associations of Chronic Stress Burden, Perceived Stress, and Traumatic Stress With Cardiovascular Disease Prevalence and Risk Factors in the Hispanic Community Health Study. *Psychosomatic Medicine*. 2014. Vol. 76. Pp. 468–475. doi:10.1097/PSY.000000000000069.

21. Huan N., Yu Y., Wang P., Wang C. Research progress regarding the diagnosis and treatment of mental stress-induced myocardial ischemia. *Anatolian journal of cardiology*. 2020. Vol. 24 (3). Pp. 126–136. doi:10.14744/AnatolJCardiol.2020.69447.

22. Jabri A., Kalra A., Kumar A. [et al.] Incidence of Stress Cardiomyopathy During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *JAMA network open*. 2020. Vol. 3 (7), e2014780. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.14780

23. Journiac J., Vioulac C., Jacob A. [et al.] What Do We Know About Young Adult Cardiac Patients' Experience? A Systematic Review. *Frontiers in psychology*. 2020. Vol. 11. Pp. 1119. doi:10.3389/fpsyg.2020.01119.

24. Kasher N., Wittbrodt M.T., Alam Z.S. [et al.] Sex differences in brain activation patterns with mental stress in patients with coronary artery disease. *Biology of sex differences*. 2019. Vol. 10 (1) Pp. 35. doi:10.1186/s13293-019-0248-4.

25. Kivimäki M., Nyberg S.T., Batty, G.D. [et al.] Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data. *Lancet*. 2012. Vol. 380 (9852). Pp. 1491–1497. doi:10.1016/S0140-6736(12)60994-5.

26. Kivimäki M., Pentti J., Ferrie J.E. [et al.] Work stress and risk of death in men and women with and without cardiometabolic disease: a multicohort study. *The Lancet. Diabetes & endocrinology*. 2018. Vol. 6(9). Pp. 705–713. doi:10.1016/S2213-8587(18)30140-2.

27. Li J., Zhang M., Loerbroks A., Angerer P., Siegrist J. Work stress and the risk of recurrent coronary heart disease events: A systematic review and meta-analysis.

International journal of occupational medicine and environmental health. 2015. Vol. 28(1). P. 8–19. doi:10.2478/s13382-014-0303-7.

28. Lynggaard V., Nielsen C.V., Zwisler A.D. [et al.]. The patient education – Learning and Coping Strategies – improves adherence in cardiac rehabilitation (LC-REHAB): A randomised controlled trial. *International journal of cardiology*. 2017. Vol. 236. P. 65–70. doi:10.1016/j.ijcard.2017.02.051.

29. Manoj M.T., Joseph K.A., Vijayaraghavan G. Type D Personality and Myocardial Infarction: A Case-Control Study. *Indian journal of psychological medicine*. 2020. Vol. 42 (6). P. 555–559. doi:10.1177/0253717620941157.

30. Moran K.E., Ommerborn M.J., Blackshear C.T. [et al.] Financial Stress and Risk of Coronary Heart Disease in the Jackson Heart Study. *American journal of preventive medicine*. 2019. Vol. 56 (2). Pp. 224–231. doi:10.1016/j.amepre.2018.09.022.

31. Musey P.I., Jr Schultebrucks K., Chang B.P. Stressing Out About the Heart: A Narrative Review of the Role of Psychological Stress in Acute Cardiovascular Events. *Academic emergency medicine: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*. 2020. Vol. 27 (1). Pp. 71–79. doi:10.1111/acem.13882.

32. Nijjar P.S., Connett J.E., Lindquist R. [et al.] Randomized Trial of Mindfulness-Based Stress Reduction in Cardiac Patients Eligible for Cardiac Rehabilitation. *Scientific reports*. 2019. Vol. 9 (1), 18415. doi:10.1038/s41598-019-54932-2.

33. Piepoli M.F., Hoes A.W., Agewall S. [et al.] 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *European heart journal*. 2016. Vol. 37 (29). Pp. 2315–2381. doi:10.1093/eurheartj/ehw106.

34. Pimple P., Hammadah M., Wilmot K. [et al.] The Relation of Psychosocial Distress With Myocardial Perfusion and Stress-Induced Myocardial Ischemia. *Psychosomatic medicine*. 2019. Vol. 81 (4). Pp. 363–371. doi:10.1097/PSY.0000000000000674.

35. Pimple P., Lima B.B., Hammadah M. [et al.] Psychological Distress and Subsequent Cardiovascular Events in Individuals With Coronary Artery Disease. *Journal of the American Heart Association*. 2019. Vol. 8 (9), e011866. doi:10.1161/JAHA.118.011866.

36. Richardson S., Shaffer J.A., Falzon L. [et al.] Meta-analysis of perceived stress and its association with incident coronary heart disease. *The American journal of cardiology*. 2012. Vol. 110 (12). Pp. 1711–1716. doi:10.1016/j.amjcard.2012.08.004.

37. Sadr Bafghi S.M., Ahmadi N., Yassini Ardekani S.M. [et al.] A Survey of Coping Strategies With Stress in Patients With Acute Myocardial Infarction and Individuals Without a History of Fixed Myocardial Infarction. *Cardiology research*. 2018. Vol. 9 (1). Pp. 35–39. doi:10.14740/cr655w.

38. Sahoo S., Padhy S.K., Padhee B. [et al.] Role of personality in cardiovascular diseases: An issue that needs to be focused too! *Indian heart journal*. 2018. Vol. 70 (Suppl. 3). Pp. S471–S477. doi:10.1016/j.ihj.2018.11.003.

39. Salvagioni D., Melanda F.N., Mesas A.E. [et al.] Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PloS one*. 2017. Vol. 12 (10), e0185781. doi:10.1371/journal.pone.0185781.

40. Siegrist J., Li J. Work Stress and Altered Biomarkers: A Synthesis of Findings Based on the Effort-Reward Imbalance Model. *International journal of environmental research and public health*. 2017. Vol. 14 (11), 1373. doi:10.3390/ijerph14111373.

41. Smaardijk V.R., Lodder P., Kop W.J. [et al.]. Sex- and Gender-Stratified Risks of Psychological Factors for Incident Ischemic Heart Disease: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Heart Association*. 2019. Vol. 8 (9), e010859. doi:10.1161/JAHA.118.010859.

42. Wang C., Lê-Scherban F., Taylor J. [et al.] Associations of Job Strain, Stressful Life Events, and Social Strain With Coronary Heart Disease in the Women's Health Initiative Observational Study. *Journal of the American Heart Association*. 2021. Vol. 10 (5), e017780. doi:10.1161/JAHA.120.017780.

43. Younge J.O., Gotink R.A., Baena C.P. [et al.] Mind-body practices for patients with cardiac disease: a systematic review and meta-analysis. *European journal of preventive cardiology*. 2015. Vol. 22 (11). Pp. 1385–1398. doi: 10.1177/2047487314549927.

Received 13.03.2021

For citing. Velikanov A.A., Stoljarova A.A., Levashkevich Yu.L., Kruglova N.E. Problema stressa pri ishemičkoj bolesti srca v svyazi s zadachami psihologičeskoj rehabilitacii: obzor literatury. *Vestnik psikhoterapii*. 2021. N 78. Pp. 36–51. **(In Russ.)**

Velikanov A.A., Stoljarova A.A., Levashkevich Yu.L., Kruglova N.E. The problem of stress in coronary heart disease in the context of tasks of psychological rehabilitation: a literature review. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2021. N 78. Pp. 36–51.

ПРОЯВЛЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ДИСТРЕССА У МАТЕРЕЙ ПОДРОСТКОВ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ, НАХОДЯЩИХСЯ В РЕМИССИИ

¹ Центральная клиническая больница с поликлиникой
Управления делами Президента Российской Федерации
(Россия, Москва, ул. Маршала Тимошенко, д. 15);

² Национальный медицинский исследовательский центр онкологии
им. Н.Н. Блохина (Россия, Москва, Каширское шоссе, д. 23);

³ Московский научно-практический центр медицинской реабилитации,
восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения
города Москвы (Россия, Москва, Земляной Вал, д. 53).

Целью исследования явилось изучение основных проявлений психологического дистресса у матерей подростков с острым лимфобластным лейкозом в периоде ремиссии. В исследование была включена 21 женщина в возрасте от 30 до 45 лет (средний возраст – $38,5 \pm 5,46$). Возраст их детей с острым лимфобластным лейкозом на момент исследования колебался от 12 до 17 лет (средний возраст – $14,76 \pm 2,39$). Длительность клинко-гематологической ремиссии острого лимфобластного лейкоза была от 1 до 2 лет.

Психическое состояние матерей согласно опроснику оценки выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List – SCL–90–R) существенно и статистически значимо ($p < 0,05$) отличалось от нормативных показателей по шкалам «общий индекс тяжести дистресса» и «соматизация». Было получено также повышение значений по шкалам «межличностная сензитивность», «тревожность» и «депрессивность», однако эти различия статистически незначимы по сравнению с нормативными данными ($p > 0,05$).

У матерей подростков в клинко-гематологической ремиссии острого лимфобластного лейкоза выявлялся психологический дистресс, из совокупных

✉ Ткаченко Галина Андреевна – канд. психол. наук, мед. психолог центра реабилитации, Центр. клинич. б-ца с поликлиникой Управ-я делами Президента Рос. Федерации (121359, Россия, Москва, ул. Маршала Тимошенко, д. 15), e-mail: mitg71@mail.ru, ORCID: 0000-0002-5793-7529, eLibrary SPIN: 1790-3626;

Сухановская Елена Николаевна – мед. психолог, Нац. мед. исслед. центр онкологии им. Н.Н. Блохина (Россия, 115478, Москва, Каширское шоссе, д. 23), e-mail: lsukhan@yandex.ru;

Грушина Татьяна Ивановна – д-р мед. наук, гл. науч. сотрудник, Московский научно-практ. центр мед. реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы (Россия, 105120, Москва, Земляной вал, д. 53), e-mail: tgrushina@gmail.com, ORCID: 0000-0002-0945-4266, eLibrary SPIN -5275-6509.

проявлений которого наиболее существенно и статистически значимо от нормативных показателей отличались соматические проявления. Получение таких данных делает необходимым и обоснованным проведение матерям подростков обязательной не только психологической, но и терапевтической коррекции.

Ключевые слова: психологический дистресс, матери, подросток, лейкоз, ремиссия, соматизация.

Введение

Рост заболеваемости злокачественными новообразованиями наиболее социально значимого контингента населения Российской Федерации – детей диктует необходимость поиска высокоэффективных программ их лечения. Современные схемы лечения увеличивают количество детей, практически выздоровевших от этого заболевания. Однако даже в периоде ремиссии у детей длительное время сохраняются осложнения и последствия противоопухолевого лечения [1]. Авторы диагностируют у детей с острым лимфобластным лейкозом различные функциональные (болезни желудочно-кишечного тракта, нервной системы, системы кровообращения, органов дыхания, опорно-двигательного аппарата, эндокринной системы) [2], эмоциональные и социальные нарушения [4]. Поэтому в последнее время большое внимание уделяется оценке качества жизни, связанного со здоровьем, детей с острым лимфобластным лейкозом. При этом используются различные опросники, заполняемые детьми или их родителями или лечащими врачами, но все имеющие цель оценить качество жизни детей. Как показало исследование [4], наибольшая доля неблагополучия была отмечена среди подростков. У них имело место повышение суммарного отклонения от аутогенной нормы, что говорит о нервно-психической напряженности, тревоге, низкой самооценке. Это может быть связано с осознанием тяжести перенесенного заболевания, последствиями его лечения, с нарастанием социальной дезадаптации в пубертатном периоде. При изучении параметров качества жизни у детей 8–12 и 13–18 лет с острым лимфобластным лейкозом в ремиссии автор не определила достоверных различий при заполнении опросника детьми и родителями.

Однако не следует забывать, что на качество жизни детей влияют не только осложнения и последствия их противоопухолевого лечения, но и психологические расстройства родителей, чему посвящены другие исследования [14], поскольку они являются наиболее важными эмоциональными ресурсами для ребенка. У родителей с тяжелым дистрессом могут возникнуть проблемы по уходу за своими больными детьми.

Было изучено [15] психическое состояние 130 родителей детей с первично диагностированным острым лимфобластным лейкозом. Свою на-

грузку по уходу за детьми 17 (13,08 %) человек оценили как незначительную, 57 (43,85 %) – как легкую или умеренную, 44 (33,84 %) – как среднюю и 12 (9,23 %) человек – как тяжелое бремя.

Что касается функционирования родителей детей разного возраста, перенесших лечение острого лимфобластного лейкоза, то в литературе имеется не много сообщений, причем с разными, зачастую противоречивыми результатами. Так, систематический обзор 34 рандомизированных контролируемых исследований с включением 1045 родителей детей разного возраста с острым лимфобластным лейкозом, проведенный [7], показал, что у них высокий уровень психологического дистресса сохраняется как на протяжении всего периода лечения ребенка, так и в течение длительного времени после прекращения лечения. По данным [9] основным проявлением психологических расстройств 60 родителей детей с острым лимфобластным лейкозом в ремиссии была депрессия, которая оказалась выраженной у 56,7 %. Она была более распространена среди матерей, менее образованных родителей и среди лиц, принадлежащих к более низкому социально-экономическому уровню. Родители связывали свою депрессию с несколькими факторами, чаще всего это касалось заботы о благополучии семьи, финансовых трудностей и печальных изменений в роли и обязанностях. Противоположные данные были получены [12]. Авторы изучали выраженность эмоционального дистресса у 127 родителей детей разного возраста, переживших острый лимфобластный лейкоз. Клинически значимые уровни тревоги и депрессии были зарегистрированы у 7,1 % и 3,1 % родителей соответственно. Только у 3,9 % родителей были симптомы значительного посттравматического стресса. Иными словами, у большинства родителей наблюдался низкий уровень эмоционального стресса в сравнении с показателями, наблюдаемыми среди населения в целом.

Сравнение психологического дистресса обоих родителей (103 пары) детей разного возраста с острым лимфобластным лейкозом в периоде ремиссии представлено в работе [8]. Проявления текущего дистресса у матерей/отцов были следующими: общий дистресс – 6,8/7,8 %, тревожность – 5,8/6,8 %, депрессия – 2,9/6,8 %, соматизация – 13,6/9,7 % и дистресс отношений – 21,4/20,4 %. Авторы отмечают, что, в то время как адаптация матерей была связана с их собственными изменениями отношений, приспособление отцов было прежде всего связано с восприятием их партнера.

Это исследование не подтверждает данные [6, 10] о гендерных различиях в адаптации родителей, когда из обоих родителей матери имеют более высокие уровни тревоги, депрессии и дистресса. Также к подобному

выводу, что именно матери имеют значительные психологические расстройства как во время противоопухолевой терапии своих детей разного возраста, так и в периоде ремиссии, пришли [11], проведя систематический анализ 30 исследований по данной тематике. Многомерный линейный регрессионный анализ переменных, влияющих на выраженность психологического дистресса обоих родителей (71 мать и 48 отцов, средний возраст – 41,4 года) детей с онкологическими заболеваниями, был проведен [13]. Он выявил основные из них: пол родителя (женщина; $p = 0,004$), период лечения ребенка (12 месяцев после окончания лечения по сравнению с продолжением лечения; $p = 0,048$) и поздние осложнения лечения ($p = 0,01$).

Проведенный аналитический обзор литературы показал, что есть расхождения в оценке проявлений психологического дистресса у родителей детей разного возраста с острым лимфобластным лейкозом в периоде ремиссии, различия в инструментах (шкалах, опросниках) измерения, что затрудняет любое сравнение получаемых показателей. Также не обнаружены исследования психического состояния матерей детей конкретной возрастной категории, а именно подростков с острым лимфобластным лейкозом в периоде ремиссии. Однако получение таких знаний интересно. Из литературы [3] известно, что отношение матери к своему ребенку изменяется по мере его взросления. Если в младенчестве мать испытывает безусловную любовь к своему ребенку, то с возрастом это отношение претерпевает изменения. Кризис подросткового возраста, с одной стороны, требует от матери большего контроля за подростком в связи с его «взрослением» и появлением новых психических качеств (сексуальность, агрессия и др.), но с другой стороны – усиливает потребность в заботе и любви к ее взрослому ребенку.

Цель исследования: изучить основные проявления психологического дистресса у матерей подростков с острым лимфобластным лейкозом в периоде ремиссии.

Материал и методы

В исследование была включена 21 женщина в возрасте от 30 до 45 лет (средний возраст – $38,5 \pm 5,46$). Возраст их детей с острым лимфобластным лейкозом на момент исследования колебался от 12 до 17 лет (средний возраст – $14,76 \pm 2,39$). Длительность клинко-гематологической ремиссии острого лимфобластного лейкоза была от 1 до 2 лет (1 год – у 52,4 % и 2 года – у 47,6 % детей). Дети находились под диспансерным наблюдением, проживая в 61,9 % случаев в семье с обоими родителями и в

38,1 % случаев – с одинокой матерью. Бремя ухода за всеми детьми лежало только на матерях, у которых не было медицинского образования. Почти в половине случаев (42,9 %) ребенок был единственный в семье, в 38,1 % случаев второй ребенок родился в семье после завершения лечения старшего ребенка.

У всех матерей было получено добровольное согласие на участие в обследовании. Изучение проявлений текущего психического состояния матерей проводилось нами посредством использования Опросника оценки выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List – SCL–90–R). Адаптация и валидизация опросника проведена в лаборатории психологии и психотерапии посттравматического стресса Института психологии РАН [5]. Опросник из 90 утверждений, отражающий как соматические, так и психологические проблемы, дифференцированно оценивает выраженность психопатологической симптоматики. Принявшим участие в исследовании матерям предлагался перечень проблем и жалоб, иногда возникающих у людей. Им необходимо было оценить степень своего дискомфорта или встревоженности в течение последней недели. Оценка и интерпретация результатов проводилась по 9 основным субшкалам: соматизация, обсессивность–компульсивность, межличностная сензитивность, депрессивность, тревожность, враждебность, фобическая тревожность, паранойяльность, психотизм. В качестве интегрального показателя рассматривался общий индекс тяжести текущего дистресса.

Математико-статистическая обработка полученных данных производилась в программном пакете «Statistica 10.0» и включала в себя анализ значимости различий в уровне выраженности исследуемого признака для несвязанных выборок по критерию Манна–Уитни, корреляционный анализ по Спирмену.

Результаты

Результаты исследования психического состояния матерей подростков с острым лимфобластным лейкозом в периоде ремиссии представлены в таблице.

Как видно из данных таблицы, текущее психическое состояние матерей существенно и статистически значимо ($p < 0,05$) отличалось от нормативных показателей по шкале «соматизация».

Шкала «соматизация» отражает дистресс, возникающий из ощущения телесной дисфункции: жалобы со стороны сердечно-сосудистой, гастроинтестинальной, респираторной систем. Кроме того, компонентами расстройства являются также головные боли, боли и дискомфорт опорно-

двигательного аппарата и в дополнение – соматические эквиваленты тревожности. В процессе беседы большинство матерей отмечали, что их наиболее часто беспокоили головные боли, повышение артериального давления, боли в области сердца.

Таблица

Показатели психического состояния матерей по данным опросника SCL-90-R

Группы симптомов	Среднее значение \pm SD		p**
	Матери (n = 21)	Нормативные данные (n = 1466)*	
Соматизация	1,52 \pm 0,10	0,69 \pm 0,65	< 0,05
Обсессивность–компульсивность	0,92 \pm 0,58	0,76 \pm 0,60	> 0,05
Межличностная сензитивность	1,04 \pm 0,26	0,83 \pm 0,63	> 0,05
Депрессивность	1,46 \pm 0,16	0,68 \pm 0,59	> 0,05
Тревожность	1,28 \pm 0,21	0,62 \pm 0,62	> 0,05
Враждебность	0,90 \pm 0,21	0,71 \pm 0,65	> 0,05
Фобическая тревожность	0,36 \pm 0,52	0,35 \pm 0,49	> 0,05
Паранойальность	0,65 \pm 0,46	0,67 \pm 0,58	> 0,05
Психотизм	0,34 \pm 0,36	0,42 \pm 0,48	> 0,05
Общий индекс тяжести дистресса	1,82 \pm 0,32	0,64 \pm 0,50	< 0,05

Примечание: * – условно нормативные данные получены в процессе валидации опросника SCL-90-R [21]; ** p – уровень статистической значимости, полученный при сопоставлении средних значений обследованной выборки с нормативными данными с учетом стандартных отклонений.

Повышение значений по шкалам «межличностная сензитивность», «тревожность» и «депрессивность», по сравнению с нормативными данными, также было получено, однако различия статистически незначимы (p > 0,05).

Шкала «межличностная сензитивность» отражает чувство беспокойства и заметный дискомфорт в процессе межличностного взаимодействия с другими людьми, а также негативные ожидания относительно любых коммуникаций с ними.

Шкала «тревожность» отражает высокий уровень манифестируемой тревожности, соотносящийся с проявлениями нервозности, напряжения,

дрожи, приступами паники, ощущения насилия, чувством опасности, опасения и страха. В связи с тем, что по данным [11, 13] уровень тревоги у матерей зависит от возраста (чем женщина моложе, тем выше уровень тревоги), мы проанализировали собственные данные исследования и не пришли к аналогичному выводу: повышенная тревога была у большинства женщин и не коррелировала с их возрастом ($r = 0,23$).

Шкала «депрессивность» включает совокупность таких проявлений депрессии, как отсутствие интереса к жизни, недостаток мотивации, потеря жизненной энергии, чувство безнадежности, мысли о суициде и т. д.

Анализ совокупных проявлений психопатологической симптоматики у матерей, определяемый как «общий индекс тяжести дистресса», существенно и статистически значимо ($p < 0,05$) превышал таковой при нормативных показателях: $1,82 \pm 0,32$ против $0,64 \pm 0,50$ соответственно.

Обсуждение

Лечение подростков с острым лимфобластным лейкозом – длительный процесс, и их отрыв от социума, ограничение социальных контактов в период лечения, соблюдение определенного режима и терапия возникших осложнений после завершения лечения, отказ от развлечений порождали много проблем у матерей. Неизвестность будущего, неопределенность в отношении здоровья ребенка, необходимость обостренного внимания к его потребностям также повышали уровни тревоги и депрессии матерей. На развитие депрессии дополнительно влияли ежедневное значительное бремя ухода за ребенком, ухудшение общего состояния здоровья самой матери вследствие физической и психической нагрузки, дополнительные финансовые затраты на лечение, отсутствие достаточной социальной поддержки. Однако, как показало проведенное исследование, «тревожность» и «депрессивность» не являлись ведущими проявлениями психологического дистресса у матерей подростков с острым лимфобластным лейкозом в периоде ремиссии. На первое место выходили симптомы «соматизации» с превалированием жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы. Возможно, это связано с изменением отношения женщины к здоровью в целом.

Выводы

У матерей подростков в клинико-гематологической ремиссии остро лимфобластного лейкоза выявлялся психологический дистресс, из совокупных проявлений которого наиболее существенно и статистически зна-

чимо от нормативных показателей отличались соматические проявления. Неудовлетворительное физическое здоровье затрудняло способность матери эффективно удовлетворять потребности выздоровевшего ребенка-подростка и других членов семьи. Получение таких данных делает необходимым и обоснованным проведение матерям подростков с острым лимфобластным лейкозом в периоде ремиссии обязательной не только психологической, но и терапевтической коррекции.

Литература

1. Володин Н.Н., Касаткин В.Н., Цейтлин Г.Я. [и др.] Стратегия медико-психолого-социальной реабилитации детей с гематологическими и онкологическими заболеваниями // Онкогематология. – 2015. – № 1. – С. 7–15.
2. Грушина Т.И. Физиотерапия при медицинской реабилитации детей со злокачественными новообразованиями // Онкопедиатрия. – 2018. – № 5 (3). – С. 164–174.
3. Маленова А.Ю., Ляшевская А.В. Сиблинговая позиция и возраст ребенка как факторы материнского отношения // Вестник Омского ун-та. Серия «Психология». – 2014. – № 2. – С. 48–57.
4. Сабирова А.В. Оценка качества жизни детей с острым лимфобластным лейкозом в стадии длительной клинико-гематологической ремиссии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Челябинск, 2004. – 24 с.
5. Тарабрина Н.В., Агарков В.А., Быховец Ю.В. [и др.] Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч. 1. Теория и методы. – М.: Когито-Центр, 2007. – 208 с.
6. Abate C., Lippé S., Bertout L. [et al.] Could we use parent report as a valid proxy of child report on anxiety, depression, and distress? A systematic investigation of father-mother-child triads in children successfully treated for leukemia // *Pediatr Blood Cancer*. – 2018. – № 65 (2). doi: 10.1002/pbc.26840.
7. Bougea A., Darviri C., Alexopoulos E.C. A systematic review of randomized controlled interventions for parents distress in pediatric leukemia. *ISRN Oncol*. – 2011. – 959247. doi: 10.5402/2011/959247.
8. Burns W., Péloquin K., Rondeau É. [et al.] Cancer-related effects on relationships, long-term psychological status and relationship satisfaction in couples whose child was treated for leukemia: A PETALE study. *PLoS One*. – 2018. – № 13 (9). – 0203435. doi: 10.1371/journal.pone.0203435.
9. Iqbal A, Siddiqui KS. Depression among parents of children with acute lymphoblastic leukemia // *J. Ayub. Med. Coll. Abbottabad*. – 2002. – № 14 (2). – P. 6–9.
10. Kearney J.A., Salley C.G., Muriel A.C. Standards of Psychosocial Care for Parents of Children With Cancer // *Pediatr Blood Cancer*. – 2015. – № 62 (5). – P. 632–683. doi: 10.1002/pbc.25761.
11. Kuswanto C.N., Stafford L., Sharp J., Schofield P. Psychological distress, role and identity changes in mothers following a diagnosis of cancer: A systematic review // *Psychooncology*. – 2018. – № 27 (12). – P. 2700–2708. doi: 10.1002/pon.4904.

12. Malpert A.V., Kimberg C., Luxton J. [et al.] Emotional distress in parents of long-term survivors of childhood acute lymphoblastic leukemia // *Psychooncology*. 2015. – № 24 (9). – P. 1116–1123. doi: 10.1002/pon.3732.

13. Nakayama N., Mori N., Ishimaru S. [et al.] Factors associated with post-traumatic growth among parents of children with cancer // *Psychooncology*. – 2017. – № 26 (9). – P. 1369–1375. doi: 10.1002/pon.4307.

14. Racine N.M., Khu M., Reynolds K. [et al.] Quality of life in pediatric cancer survivors: contributions of parental distress and psychosocial family risk // *Curr Oncol*. – 2018. – № 25 (1). – P. 41–48. doi: 10.3747/co.25.3768.

15. Wang J., Shen N., Zhang X. [et al.]. Care burden and its predictive factors in parents of newly diagnosed children with acute lymphoblastic leukemia in academic hospitals in China // *Support Care Cancer*. – 2017. – № 25 (12). – P. 3703–3713. doi: 10.1007/s00520-017-3796-3.

Поступила 28.04.2021

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

Для цитирования. Ткаченко Г.А., Сухановская Е.Н., Грушина Т.И. Проявления психологического дистресса у матерей подростков с острым лимфобластным лейкозом, находящихся в ремиссии // *Вестник психотерапии*. 2021. № 78 (83). С. 52–63.

MANIFESTATIONS OF PSYCHOLOGICAL DISTRESS IN MOTHERS OF ADOLESCENTS WITH ACUTE LYMPHOBLASTIC LEUKEMIA IN REMISSION

Tkachenko G.A.¹, Sukhanovskaya E.N.², Grushina T.I.³

¹ Central Clinical Hospital of Department of Presidential Affairs of Russia
(Marshal Timoshenko Str., 15, Moscow, Russia);

² N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology
(Kashirskoye shosse, 23, Moscow, Russia);

³ Moscow Centre for Research and Practice in Medical Rehabilitation, Restorative
and Sports Medicine (Zemljanoj Val, 53, Moscow, Russia).

✉ Galina Andreevna Tkachenko – PhD Psychol. Sci., clinical psychologist
Central Clinical Hospital of Department of Presidential Affairs (Marshal Timoshenko
Str, 15, Moscow, 121459, Russia), e-mail: mitg71@mail.ru, ORCID: 0000-0002-
5793-7529, eLibrary SPIN: 1790-3626;

Elena Nikolaevna Sukhanovskaya – medical psychologist, N.N. Blokhin National
Medical Research Center of Oncology (Kashirskoye shosse, 23, Moscow,
115478, Russia), e-mail: lsukhan@yandex.ru;

Tatiana Ivanovna Grushina – Dr. Med. Sci., Chief Researcher, State autonomic
institution, Moscow Centre for Research and Practice in Medical Rehabilitation, Re-

storative and Sports Medicine of Moscow Health Department (Zemljanoj Val, 53, Moscow, 105120, Russia), e-mail: tgrushina@gmail.com; <http://orcid.org/0000-0002-0945-4266>; eLibrary SPIN: 5275-6509.

Abstract. The quality of children life is affected not only by the complications and consequences of their antitumor treatment, but also by the psychological support of their parents. Parents, more often mothers, are the most important emotional resources for the child. Parents with severe distress may have problems in caring for their sick children. Study purpose: to study the main manifestations of psychological distress in mothers of adolescents with acute lymphoblastic leukemia in remission. The study included 21 women aged from 30 to 45 years (average age – 38.5 ± 5.46). The age of their children with acute lymphoblastic leukemia at the time of the study ranged from 12 to 17 years (average age – 14.76 ± 2.39). The duration of clinical and hematological remission of acute lymphoblastic leukemia was from 1 to 2 years. Children were under dispensary observation, living in 61.9% of cases in a family with both parents and in 38.1 % of cases with a single mother. In half of the cases (42.9 %), a child was the only one in the family, in 38.1 % of the cases the second child was born in the family after completing the treatment of the eldest child. The study of the mental state of mothers was carried out using the Questionnaire to assess the severity of psychopathologic symptoms and signs (Symptom Check List – SCL-90-R).

The mental state of mothers according to the questionnaire for assessing the severity of psychopathological symptoms (Symptom Check List – SCL-90-R) significantly and statistically relevant ($p < 0.05$) differed from standard indicators based on the somatization scale. However, the differences which are statistically insignificantly ($p > 0.05$), an increase in values on the scales of «interpersonal sensitivity», «anxiety» and «depression» were obtained compared with standard data.

In mothers of adolescents in clinical and hematological remission of acute lymphoblastic leukemia, psychological distress was revealed, of the total manifestations of which somatic manifestations differed most significantly and statistically significantly from the standard indicators. Obtaining such data makes it necessary and justified to carry out mandatory not only psychological, but also therapeutic correction for mothers of adolescents.

Keywords: psychological distress, mothers, adolescent, leukemia, remission, somatization.

References

1. Volodin N.N., Kasatkin V.N., Cejtlin G.Ya. [et al.] Strategiya mediko-psihologo-socialnoj rehabilitacii detej s gematologicheskimi i onkologicheskimi zabolovanijami [Strategy of medical, psychological and social rehabilitation of children with hematological and oncological diseases]. *Onkogematologiya* [Oncogematology]. 2015. N 1. Pp. 7–15. (In Russ.)
2. Grushina T.I. Fizioterapiya pri medicinskoj rehabilitacii detej so zlokachestvennymi novoobrazovanijami [Physiotherapy in the medical rehabilitation of children with malignancies]. *Onkopediatriya* [Oncogematology]. 2018. N 5 (3). Pp. 164–174. (In Russ.)

3. Malenova A.Yu., Lyashevskaya A.V. Siblingovaya poziciya i vozrast rebenka kak faktory materinskogo otnosheniya [Siblingovy position and age of the child as factors of maternal attitude]. *Vestnik Omskogo universiteta. Seriya «Psihologiya»* [Bulletin of Omsk University. Series "Psychology"]. 2014. N 2. Pp. 48–57. (In Russ.)
4. Sabirova A.V. Ocenka kachestva zhizni detej s ostrym limfoblastnym lejkozom v stadii dlitelnoj kliniko-gematologicheskoy remisii [Assessment of the quality of life of children with acute lymphoblastic leukemia in the stage of prolonged clinical and hematological remission] : Abstract Dis. ... Dr. Med. Sci. Chelyabinsk, 2004. 24 p. (In Russ.)
5. Tarabrina N.V., Agarkov V.A., Byhovecz Yu.V. [et al.] *Prakticheskoe rukovodstvo po psihologii posttravmaticheskogo stressa* [A practical guide to the psychology of post-traumatic stress]. Ch.1. Teoriya i metody. Moskva. 2007. 208 p. (In Russ.)
6. Abate C., Lippé S., Bertout L. [et al.] Could we use parent report as a valid proxy of child report on anxiety, depression, and distress? A systematic investigation of father-mother-child triads in children successfully treated for leukemia. *Pediatr Blood Cancer*. 2018. N 65 (2). doi: 10.1002/pbc.26840.
7. Bougea A., Darviri C., Alexopoulos E.C. A systematic review of randomized controlled interventions for parents distress in pediatric leukemia. *ISRN Oncol*. 2011. 959247. doi: 10.5402/2011/959247.
8. Burns W., Péloquin K., Rondeau É. [et al.] Cancer-related effects on relationships, long-term psychological status and relationship satisfaction in couples whose child was treated for leukemia: A PETALE study. *PLoS One*. 2018. N 13 (9). 0203435. doi: 10.1371/journal.pone.0203435.
9. Iqbal A., Siddiqui K.S. Depression among parents of children with acute lymphoblastic leukemia. *J. Ayub. Med. Coll. Abbottabad*. 2002. N 14 (2). Pp. 6–9.
10. Kearney J.A., Salley C.G., Muriel A.C. Standards of Psychosocial Care for Parents of Children With Cancer. *Pediatr Blood Cancer*. 2015. N 62 (5). Pp. 632–683. doi: 10.1002/pbc.25761.
11. Kuswanto C.N., Stafford L., Sharp J., Schofield P. Psychological distress, role and identity changes in mothers following a diagnosis of cancer: A systematic review. *Psychooncology*. 2018. N 27 (12). Pp. 2700–2708. doi: 10.1002/pon.4904.
12. Malpert A.V., Kimberg C., Luxton J. [et al.] Emotional distress in parents of long-term survivors of childhood acute lymphoblastic leukemia. *Psychooncology*. 2015. N 24 (9). Pp. 1116–1123. doi: 10.1002/pon.3732.
13. Nakayama N., Mori N., Ishimaru S. [et al.] Factors associated with post-traumatic growth among parents of children with cancer. *Psychooncology*. 2017. N 26 (9). Pp. 1369–1375. doi: 10.1002/pon.4307.
14. Racine N.M., Khu M., Reynolds K. [et al.] Quality of life in pediatric cancer survivors: contributions of parental distress and psychosocial family risk. *Curr Oncol*. 2018. N 25 (1). Pp. 41–48. doi: 10.3747/co.25.3768.
15. Wang J., Shen N., Zhang X. [et al.] Care burden and its predictive factors in parents of newly diagnosed children with acute lymphoblastic leukemia in academic hospitals in China. *Support Care Cancer*. 2017. N 25 (12). P. 3703–3713. doi: 10.1007/s00520-017-3796-3.

Received 28.04.2021

For citing. Tkachenko G.A., Sukhanovskaya E.N., Grushina T.I. Proyavleniya psihologicheskogo distressa u materej podrostkov s ostrym limfoblastnym lejkozom, nahodyashhihsya v remissii. *Vestnik psikhoterapii*. 2021. N 78. Pp. 52–63. (In Russ.)

Tkachenko G.A., Sukhanovskaya E.N., Grushina T.I. Manifestations of psychological distress in mothers of adolescents with acute lymphoblastic leukemia in remission. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2021. N 78. Pp. 52–63.

УДК 159.9.075

А.В. Ипатов

СОЦИАЛЬНО-ПЕРЦЕПТИВНЫЙ МЕХАНИЗМ ПОДРОСТКОВОЙ АУТОДЕСТРУКЦИИ

Российский государственный гидрометеорологический университет
(Россия, Санкт-Петербург, Воронежская ул., д. 79)

Статья посвящена актуальной проблеме подростковой аутодеструкции, направленной не на самореализацию человека, а на саморазрушение, деградацию и преждевременную смерть. Движущими силами такого поведения являются механизмы разрешения подростком внутренних противоречий личности. Автор анализирует, как подростки выстраивают свои отношения с внешним миром и проживают их в мире внутреннем. Посредством серии диагностических исследований и статистических процедур установлен социально-перцептивный механизм аутодеструкции как способ разрешения противоречий во взаимоотношении и общении с другими людьми, результат такой деятельности приводит к появлению смысловых образований самосознания, которые проявляются в поведении – аутодеструктивном или конструктивном. Результатом действия механизмов аутодеструктивного поведения являются психические новообразования, обладающие для подростка смысловой «заряженностью». Коррекция этих образований будет обеспечивать преодоление аутодеструкции. При этом основной пафос коррекции – обращение к личности самого подростка, к его потенциалу саморазвития. Потенциал этот невелик, но он есть, и задача коррекции саморазрушения должна быть связана с его усилением, фасилитацией.

Ключевые слова: подросток, аутодеструкция, психологический механизм, личность, коррекция.

✉ Ипатов Андрей Владимирович – канд. психол. наук доц., доц. каф. социально-гуманитарных наук Рос. гос. гидромет. ун-т (Россия, 192007, Санкт-Петербург, Воронежская ул., д. 79); ORCID: 0000-0001-7635-9843; e-mail: spbavi@mail.ru.

Введение

Психологическая детерминация аутодеструкции как динамический процесс представляет собой механизмы разрешения подростком внутренних противоречий, характеризующие вклад внутренней работы личности подростка в регуляцию своего поведения. Социально-перцептивный механизм отражает неконструктивный способ разрешения смысловых противоречий «Я-другие» [1]. Важно понять, как в самосознании подростка представлен он сам и как, по его мнению, к нему относятся другие.

Подростковый возраст отмечает совокупность противоречий. Принцип субъекта связан с тем, каким образом сам человек разрешает различного рода противоречия в своей жизни и развитии. Однако разрешение противоречий может носить как конструктивный, так и деструктивный характер, что определяется рядом условий, среди которых особенности противоречий, уровень их осознания, активность личности по их «снятию».

Движущие силы развития личности – внутренние противоречия, противоречия самосознания. Движение личности обеспечивается не столько социально детерминированными, сколько, главным образом, локализованными в ее внутреннем мире противоречиями, именно эти противоречия составляют основу развития личности.

Однако сами по себе противоречия не определяют вектор развития, важнее оказывается активность личности по их разрешению. Способы разрешения противоречий отражают качество развития личности. В основе аутодеструктивного поведения лежат такие способы проживания подростком внутренних противоречий, в результате реализации которых снижается уровень организованности личностной системы и возникает саморазрушительный режим ее функционирования.

Аутодеструктивный акт можно анализировать не только с точки зрения его разрушительных для субъекта последствий, но и как внутреннюю работу самопонимания и самоизменения, осуществляемую субъектом. Решающее значение в саморазрушении играет дрейф смысловых позиций «Я» в сторону нивелирования субъектности и утверждения объектности. Обесценивающая трансформация смысла «Я» искажает субъективную полезность тех или иных объектов в качестве средства достижения значимых состояний (переживаний, когний), допуская выбор подростком разрушающих его самого объектов. В результате цель самоизменения оборачивается саморазрушением.

Одна из основных современных тенденций в изучении поведения (по Леонтьеву Д.А.) заключается в рассмотрении его как личностного выбора.

Личностный выбор осуществляется в логике смыслов («для чего мне это надо») и возможностей («а что, если..., почему бы и нет»). Само существование выбора и его реализации предполагает наличие противоречивых смысловых позиций. Разные смыслы, находящиеся во взаимном отрицании, создают очаг внутреннего напряжения, требующего разрешения. Формы такого разрешения могут быть разные – по типу диалога и конструктивного взаимообогащения, по типу монолога и достижения относительного согласия через подчинение одной позиции другой; разными будут и результаты «снятия» противоречий – изменения личности в направлении внутренней регуляции поведения на основе самостоятельности и ответственности или в направлении зависимости и ухода в управляемое извне поведение.

Основываясь на определении механизма как совокупности процессов, свойств и состояний, на языке статистики психологический механизм разрешения противоречий самосознания может быть описан посредством корреляционных связей переменных образа «Я», самоотношения и поведения. При этом значимые корреляции показателей самооценки и самоотношения укажут на смысловые позиции в самосознании; сопряженность одних и тех же характеристик образа «Я» с противоположными по модальности компонентами самоотношения обозначит внутренние противоречия; взаимосвязи тех или иных смысловых позиций с переменными поведения укажут на доминирующие в разрешении противоречий позиции, качественный анализ которых раскроет механизм формирования модели аутодеструктивного поведения.

Из всех существующих на сегодняшний день определений психологического механизма оптимальным представляется определение, данное Л.И. Анциферовой (1981), которое отражает процесс личностного развития. Психологические механизмы – это «закрепившиеся в психологической организации личности функциональные способы ее преобразования, в результате чего появляются различные новообразования, повышается или понижается уровень организованности личностной системы, меняется режим ее функционирования» [2, с. 8].

Рассматривая противоречия самосознания как системообразующий фактор аутодеструктивного поведения, мы считаем, что коррекция саморазрушения даст необходимый позитивный эффект изменения, если укрепляет и достраивает компоненты самосознания, тем самым повышая продуктивность его работы, а значит, фасилитирует личностное развитие. Подтверждение данной идеи находим у В.В. Столина [3], утверждающего, что

всякая психотехника, достигающая позитивного результата, неизбежно направлена помимо любых других целей и на усиление самосознания клиента.

Механизмы формирования саморазрушения и его коррекции рассматриваются в контексте ключевых сфер развития в подростковом возрасте – познания, самосознания и межличностного взаимодействия.

В сфере межличностных отношений мы выделяем сферу общения и потребностей, связанных с отношениями с окружающими, и сферу отношения к себе как отражения отношений с другими, соответственно выделяем социально-перцептивный механизм.

Социально-перцептивный механизм аутодеструктивного поведения раскрывает структуру и процесс проработки подростком противоречий во взаимоотношении и общении с другими людьми, результат такой деятельности приводит к появлению смысловых образований самосознания, которые проявляются в поведении – аутодеструктивном или конструктивном.

Целью нашего исследования является изучение противоречий внутренних смысловых позиций области взаимоотношений и определение особенности развития через их разрешение аутодеструктивного поведения у подростков.

Материал исследования

Нами были сформированы две группы подростков в возрасте 13–14 лет: 100 подростков с аутодеструктивным поведением (экспериментальная группа) и 100 подростков с нормативным поведением (контрольная группа). Исследование проводилось в образовательных учреждениях Санкт-Петербурга.

Для определения индекса аутодеструкции респондентов анонимно просили ответить на вопросы специальной анкеты об актах саморазрушительного поведения и их регулярности. Группы формировались по расчетному индексу аутодеструкции: для экспериментальной группы он равен 0,38, для контрольной – 0,14. Индекс аутодеструктивного поведения по каждой группе рассчитывался по формуле $k = M/cN$, где M – количество подростков с элементами аутодеструктивного поведения всех степеней вовлеченности (регулярность, нерегулярность, эпизодичность поступков); c – сумма видов аутодеструкции (потребление ПАВ, самоповреждения, зацепинг, пропуски школьных занятий, бессодержательное время препровождения); N – количество подростков в исследуемой группе. Величина индекса (k) меняется в пределах от 0 до 1. Регулярность поступков означает их частую повторяемость во времени, хотя и с разными интервалами. При

этом у подростков отсутствуют признаки физической зависимости, нет активного поиска повода и подходящей компании. Такие подростки относятся к группе риска. Нерегулярность поступков – редкие повторы, от случая к случаю, может быть реакцией на ситуацию (кто-то предложил сделать, попробовать). Эпизодичность – отдельные, однократные саморазрушительные пробы, эпизоды, поступки.

В экспериментальной группе представлены подростки с регулярной и нерегулярной аутодеструктивной практикой, в контрольной – только подростки с отсутствием или отдельными эпизодами саморазрушения. В исследовательской выборке отсутствовали подростки с внешнедеструктивным поведением (по данным самоотчета и анализа учетных документов образовательных организаций).

Методы исследования

Внутренние противоречия и способ их разрешения исследовались с помощью следующих методик [4]:

1) тест межличностных отношений Т. Лири, выявляет преобладающий тип отношений к людям в самооценке: доминирование–подчинение и дружелюбие–враждебность;

методики многостороннего исследования личности:

2) подростковый вариант многофакторной методики Р.Б. Кеттелла выявляет 14 факторов личности, для целей исследования диагностировались факторы: А, Е, F, Н, J, Q2;

3) методика «Адаптивность» А.Г. Маклакова, С.В. Чермянина (МЛО, 1 часть), для целей исследования использованы шкалы, диагностирующие социально-психологические свойства: моральная нормативность, коммуникативный потенциал;

4) опросник исследования структуры самоотношения Пантилеева–Столина, шкалы «Ожидаемое отношение других», «самоотношение», позволяет выявить три уровня самоотношения, отличающихся по степени обобщенности: глобальное самоотношение; самоотношение, дифференцированное по самоуважению, аутосимпатии, самоинтересу и ожиданиям отношения к себе; уровень конкретных действий (готовности к ним) в отношении к своему «Я»;

5) самооценочный профиль коммуникативных свойств (по Т. Дембо–С.Я. Рубинштейн в модификации И.И. Мамайчук).

Математико-статистическая обработка и анализ данных производилась в программном пакете «Statistica 10.0» и включала в себя дескриптивный и корреляционный анализ.

Результаты и их обсуждение

В табл.1 представлены описательные статистики диагностических измерений.

Таблица 1
Социально-психологические особенности подростков, М (σ)

Диагностируемые параметры	Экспериментальная группа М (σ)	Контрольная группа М (σ)
Тип отношения к людям* – доминантный – враждебный	3,78 –1,88	4,58 –1,52
Коммуникативные свойства: А – замкнутость/общительность Е – послушность/доминантность F – озабоченность\беззаботность Н – робость/смелость J – коллективизм/индивидуализм Q2 – зависимость/независимость	5,71 (0,86) 5,45 (1,09) 4,35 (1,19) 5,55 (1,05) 3,94 (0,79) 5,52(1,04) Более сдержанны, озабочены, самостоя- тельны и ориентиро- ваны на общегруппо- вые нормы	6,27 (0,76) 5,61 (0,99) 5,47 (1,09) 5,61 (0,89) 4,88 (0,72) 4,87 (1,09) Более жизнерадостны, беззаботны, зависимы и критичны
Самоотношение	Положительное 16,70 (0,9)	Положительное 17,80 (0,6)
Отраженное отношение других	Ожидание негативно- го отношения 8,60 (0,9)	Ожидание негативного отношения 9,32 (1,15)
Коммуникативный потенциал	Ниже среднего 17,36 (2,76)	Средний 12,91 (3,31)
Моральная нормативность	Средний 11,64 (2,7)	Средний 9,15 (3,10)

Примечание: * Тип отношения к людям рассчитывался по формулам: Доминирование = $(I - V) + 0,7 \times (VIII + II - IV - VI)$; Дружелюбие = $(VII - III) + 0,7 \times (VIII - II - IV + VI)$, где I-VIII – среднегрупповые значения по шкалам методики Т. Лири.

Как видно из приведенной таблицы, между исследуемыми группами нет ярко выраженных принципиальных различий по измеренным социально-психологическим свойствам. Данный статистический факт является ар-

гументом в защиту высказанной ранее идеи о том, что объяснение аутодеструктивного поведения находится не в сумме разных факторов, а в плоскости их взаимодействия.

Рассмотрим далее, как преломляются выявленные особенности взаимоотношений в самосознании подростков из разных групп, какие смыслы обретают и как эти смыслы определяют вектор поведения – на саморазрушение или саморазвитие.

Подростки контрольной группы отличаются более насыщенной смыслами сферой взаимоотношений. Мы получили 23 корреляционные сильные и достоверные взаимосвязи переменных, обозначающих коммуникативные свойства и их самооценку. У подростков экспериментальной группы таких связей значительно меньше – 16.

Качественный анализ выделенных плеяд показал, что и в содержательном плане есть существенные различия в смысловых позициях исследуемых подростков. Так, в группе «норма» наиболее значимыми оказываются позиции, связанные с потребностью отнестись к «себе возможному» (взаимосвязи параметров самоотношения и представлений о своих коммуникативных свойствах, которые пока устойчиво не проявляются в поведении). Например, лично значимыми для подростков являются проявления дружелюбия в контактах (положительная корреляция с аутосимпатией и отрицательная – с самообвинением), хотя, по данным самоотчета, дружелюбный стиль взаимодействия реализуется ими достаточно редко.

В группе «аутодеструкция» численно доминируют позиции, отражающие потребности отнестись к себе с позиции другого (отраженное коммуникативное «Я»). Например, в самооценке подростки видят себя более общительными, беззаботными и ориентированными на групповое мнение, чем это есть на самом деле (статистически достоверные отличия в данных объективного теста и самоотчета), такое самовосприятие для подростков имеет определенную ценность, т. к. позволяет им чувствовать (хотя бы в собственном воображении) одобрение и принятие со стороны других.

В отмеченных содержательных различиях просматривается тенденция к обособлению и самоуглублению, выработке собственных критериев оценки социального поведения у подростков контрольной группы и ориентация на мнения других у подростков экспериментальной группы.

Некоторые из установленных смысловых позиций в обеих группах респондентов находятся в противоречиях, порождающих внутреннее напряжение, рефлекслируемое подростками. В контрольной группе противоречия «закручены» вокруг потребностей в зависимости/независимости,

подчиняемости/доминантности и соответствующих типах взаимоотношений (рис. 1). Наличие их взаимосвязи с фрустрационной напряженностью свидетельствует о значимости переживаний данных оппозиций.

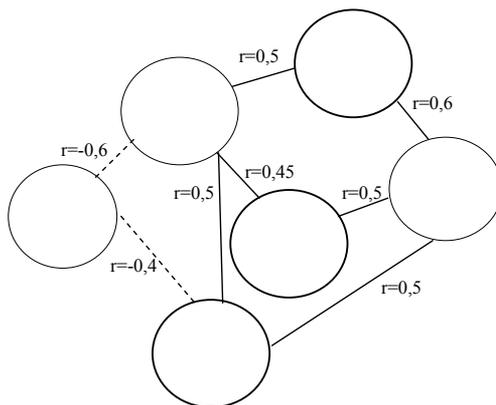


Рис. 1. Противоречия в смысловых коммуникативных позициях в контрольной группе (Зав/незав – зависимость/независимость; С/обв – самообвинение; Подч/дом – подчиняемость/доминантность; Отр с/отн – отраженное самоотношение; С/ув – самоуважение; Рассл/напр – расслабленность/напряженность)

С одной стороны, подростки ведут себя так, как ожидают окружающие (доминантно, автономно, независимо). С другой – сохраняют определенную внутреннюю дистанцированность от чужих ожиданий, поддерживая, хотя бы в самоотношении, зависимость и подчиняемость. Острота испытываемых при этом переживаний (эмоциональная неустойчивость с преобладанием пониженного настроения, раздражительность) актуализирует аутодеструктивные побуждения. Если противоречие решается в сторону выбора независимости, это усиливает аутоагрессивные склонности, связанные, по-видимому, с фрустрацией стремления к социальной включенности; если предпочтение отдается зависимости, то повышается вероятность аддиктивного поступка в результате отказа от внутренней свободы (рис. 2). Разрешение противоречия и недопущение реализации аутодеструкции требует от подростка активизации всей совокупности коммуникативных способностей и моральных представлений. При этом потенциал для развития получают социально-психологические свойства – коллективизм, дружелюбие и сознательная конформность. Наблюдаемый при этом рост аутосимпатии свидетельствует о правильности решения задачи на выбор.

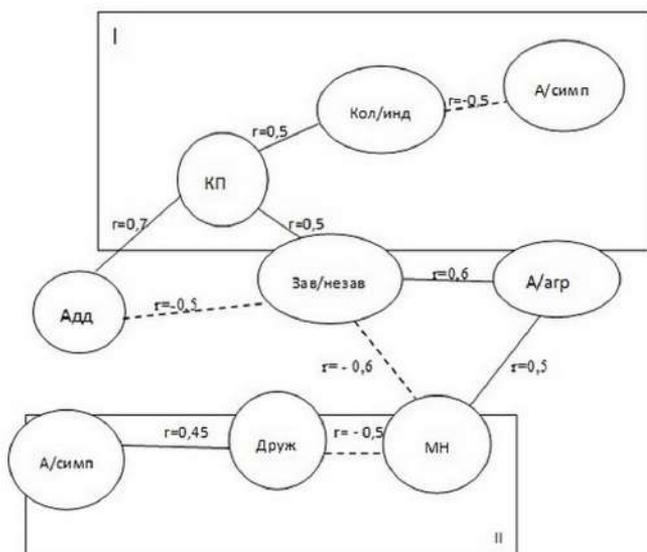


Рис.2. Социально-перцептивный механизм разрешения внутренних противоречий подростков контрольной группы (КП – коммуникативный потенциал; МН – моральная нормативность; Кол/инд – коллективизм/индивидуализм; Зав/незав – зависимость/независимость; А/симп – аутосимпатия; Друж – дружелюбие; А/агр – аутоагрессивное поведение; Адд – аддиктивное поведение)

Таким образом, подростки без аутодеструктивного поведения решают противоречия между независимостью и зависимостью ради интеграции в социум и позитивного самоотношения, используя для этого разнообразный арсенал внутренних средств регуляции: моральные представления, коммуникативные способности, дружелюбие, готовность к участию в совместных делах и разумный конформизм.

Подростки с аутодеструкцией переживают противоречия иного рода – стремление соответствовать ожиданиям других и неспособность реализовать данное стремление. В сознании подростков привлекательность для других связана с контактностью, социальной смелостью, участием в совместных делах. Однако данные представления вступают в противоречия с субъективной системой ценностей личности – смысловой информации о себе взаимодействующем: агрессивном, замкнуто-подозрительном, добро-

желательном и послушным. В отношении самого себя подростки принимают свою настороженность и даже враждебность к другим, но отвергают дружелюбие и доверчивость. Для выработки стратегии социального взаимодействия в таком случае подростки вынуждены приспособить свои ценности поведения к требованиям окружения, либо игнорировать эти требования, либо гармонизировать свои отношения. Какой путь выбирают подростки экспериментальной группы?

Хотя окружающие воспринимаются настороженно-критично, но отношения с ними субъективно важны, поэтому в случае затрудненности во взаимодействии подростки субъективно готовы проявить агрессию, но социально-психологическая регуляция и их чувствительность к социальному одобрению переориентирует гетероагрессию в аутодеструктивное поведение.

Также в нашем исследовании у подростков экспериментальной группы выявлено рассогласование между стремлением к участию в коллективных делах и дефицитом ресурсов для его удовлетворения (рис. 3). Объективная неуспешность общения, с одной стороны, подтверждает уверенность подростка в своей неинтересности для других, а с другой – побуждает как-то компенсировать свои неудачи. Уход от взаимодействия (в виде снижения подчиняемости, социальной отгороженности) не приводит к желаемому субъективному комфорту, потому что фрустрируется потребность в совместных делах, растет недовольство собой. Уменьшению такого рода беспокойства служит усиление конформности. Показательным примером действия данного механизма является отношение подростка к требованиям непосредственного социального окружения – он довольствуется любой социальной ролью в группе безотносительно ее моральной направленности, лишь бы она давала возможность реализовать потребность в контактах.

Таким образом, саморазрушение по социально-перцептивному механизму развивается в результате смещения вектора агрессии с окружающих на самого себя и усиления конформности для сохранения социального одобрения при субъективной невозможности проявлять дружелюбие к окружающим. Парадоксальным, аутодеструктивным способом подросток удовлетворяет свои потребности в общении и снимает противоречия самосознания (самоотношения и отраженного самоотношения).

Рассмотренные разнонаправленные пути решения проблем в общении формируют внутриличностный конфликт, приводящий к развитию саморазрушения (рис. 3).

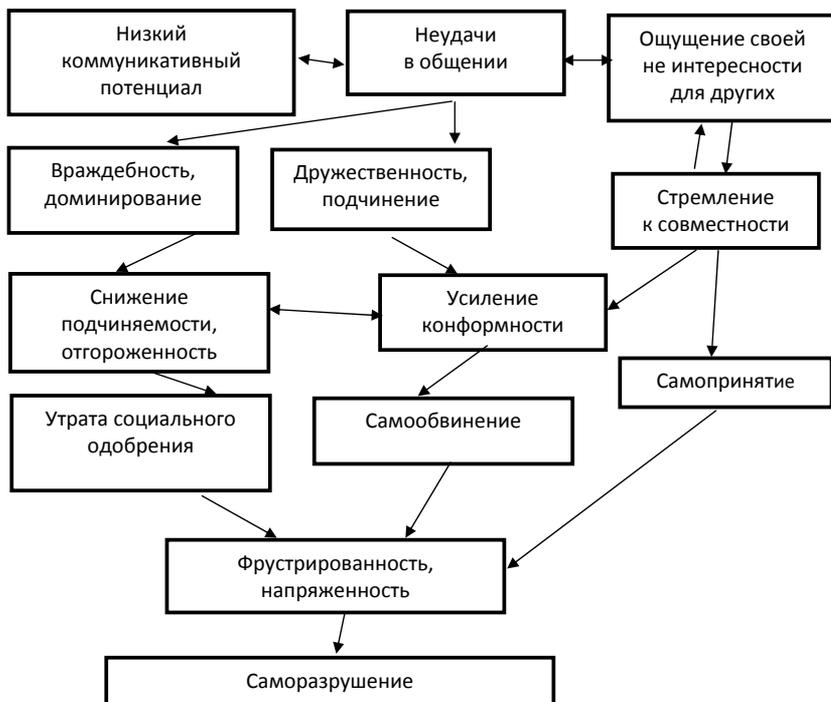


Рис. 3. Социально-перцептивный механизм аутодеструкции (качественный анализ)

Можно констатировать, что у аутодеструктивных подростков чрезвычайно беден репертуар коммуникативных состояний. Люди могут находиться в различных психологических состояниях (Э. Берн, [5]). Рассмотрим лишь те, которые имеют отношение к понятию коммуникативное состояние. Коммуникативное состояние предстает в виде конкретного образа, наполненного (окрашенного) внутренним содержанием: человек, обращенный к другому человеку. Такое состояние вполне конкретно и представлено как присущими ему внешними признаками, так и внутренним переживанием.

Находясь в разных состояниях, мы по-разному видим мир, воспринимаем информацию и передаём её окружающим. В случае, когда мы общаемся с ребенком, мы не будем обсуждать с ним целый ряд «взрослых проблем» – ему это просто непонятно (недоступно). Так дело обстоит в

случае, когда перед нами ребенок (физический возраст), и тогда, когда подросток (клиент) – в силу жизненных обстоятельств «застрел» в состоянии «ребенок». Содержание и характер коммуникации всегда избирательно, что определяется во многом состоянием партнеров по общению. Как правило, успех коммуникации, её содержание должны соответствовать состояниям партнеров; информация должна быть подана правильно, и, что очень важно, психолог должен находиться в подходящем состоянии – только тогда его слова (действия) окажутся убедительными. Опыт практической коррекционной деятельности показывает, что для эффективной организации воздействия психолог должен учитывать коммуникативное состояние подростка и уметь подстроиться к нему из подходящего состояния.

Уточним, что коммуникативное состояние – это, с одной стороны, внутреннее состояние и соответствующие переживания, а с другой – внешний вид (имидж).

В практической деятельности психолога коммуникативное состояние исполняется (воспроизводится) сознательно. В некотором смысле это коммуникативная роль. Надо знать, чем одно коммуникативное состояние отличается от другого и как его воспроизводить. Прежде всего надо понимать, что у каждого психолога свой диапазон душевных пластических (артистических) способностей. Он определяется как внешними данными, так и способностью к перевоплощению. Психологу недопустимо плохо воспроизводить коммуникативное состояние, он должен действовать убедительно и достоверно. Для преодоления ограниченности коммуникативного диапазона можно его сознательно расширять. Для начала надо разобраться в происхождении его ограниченности. Такая ограниченность бывает не столько природной, сколько в ряде случаев психологической (невротической). Человек как бы «застревает» в одном из коммуникативных (душевных) состояний. Психолог должен решить для себя – стоит ли нарабатывать коммуникативное состояние, если оно сильно противоречит его душевному строю.

Для вхождения в коммуникативное состояние надо понять его внутреннее содержание и обеспечить внешнюю возможность достаточно выразительно его представить.

Любое психологическое коммуникативное состояние – это такое состояние психолога, которое целиком подчинено задаче донести необходимую корректирующую информацию до подростка, а потому определено его состоянием и дополняет его. Как правило, это состояние в котором под-

росток «застрял», и в другое ему просто не переключиться. Либо это такое состояние, которое психолог предлагает подростку с целью коррекции.

Для выразительного исполнения коммуникативного состояния необходимо, во-первых, сосредоточиться на предполагаемом психологическом состоянии клиента и, во-вторых, представить собственное коммуникативное состояние, наполнив его соответствующим переживанием. Психологу необходимо тренировать и нарабатывать способность к перевоплощению, способность изменять свое коммуникативное состояние. Очень важно уметь (научиться) тонко контролировать его. В некотором (психологическом) отношении клиент выступает в качестве его непосредственного продолжения. Такое понимание позволит воспринимать как одно целое состояние клиента и психологическое коммуникативное состояние психолога.

Для наработки коммуникативных состояний можно использовать чтение стихов. Во время создания произведения поэт находится во вполне конкретном психологическом состоянии и достаточно выразительно передает его понятными средствами. Для тренировки навыка овладения коммуникативным психологическим состоянием необходимо публичное (вслух) исполнение соответствующих этому состоянию стихов.

Представим основные коммуникативные состояния, используемые в коррекции саморазрушения: этапы взросления – 1) подросток, 2) взрослый; личностные проявления – 1) саморазвитие, 2) ответственность, 3) выбор, поступок и др.

В коррекции коммуникативные состояния необходимо сознательно нарабатывать не только самим специалистам (психологам), но и активно предлагать осваивать такие состояния клиентам.

Помимо утилитарных (прикладных) задач (гармонизация межличностного взаимодействия и т. п.), приобщение к поэзии развивает эстетические начала в человеке, приобщает его к миру прекрасного, неповторимого, уникального. Ведь поэзия – это одна из представительниц возвышенного в человеческой природе, того, что делает человека человеком (личностью).

Заключение

Таким образом, анализируя полученные характеристики социально-перцептивного механизма аутодеструкции, можно констатировать, что основная стратегия разрешения внутренних противоречий личностью подростка направлена на уход в управляемое поведение. Установленный механизм саморазрушения как способ разрешения подростком внутренних про-

творечий определяют путь, по которому пойдет коррекционное воздействие (табл. 2)

Таблица 2

Социально-перцептивный механизм аутодеструкции и его коррекция

Механизм	Содержание противоречия	Способ разрешения	Вектор разрешения	Коррекция
Социально-перцептивный	Противоречивая оценка «Я-другие» в контексте стремления соответствовать ожиданиям других Смысловые позиции в отношении «Я-другие»	Смещение агрессии на себя и усиление конформности	«От себя к другим»: зависимость от окружающих	Овладение коммуникативными состояниями

Результатом действия социально-перцептивного механизма аутодеструкции являются психические новообразования, обладающие для подростка смысловой «заряженностью». Коррекция этих образований будет обеспечивать преодоление аутодеструкции. При этом основной пафос коррекции – обращение к личности самого подростка, к его потенциалу саморазвития. Потенциал этот невелик, но он есть, и задача коррекции саморазрушения должна быть связана с его усилением, фасилитацией [6].

Задача коррекции, определяемая на основе социально-перцептивного механизма формирования аутодеструкции, связана, таким образом, со смыслообразованием и разрешением внутренних противоречий на основе формирования альтернативного видения мира по принципу творческой задачи. Решение такой задачи предполагает расширение размерности пространства существования альтернатив через нахождение дополнительной обобщенной переменной так, что противоречие разрешается разделением противоречащих друг другу свойств по различным обобщенным координатам расширенного пространства [7]. Расширение внутреннего пространства происходит за счет обращения к духовным ценностям, фундаментальным основам жизни. Например, по В. Франклу, смысл жизни связан с переживанием ценностей познания, творчества и стойкости.

Именно ценности – идеалы, истины – создают в структуре личности те внутренние опоры, которые позволяют ей преодолеть внешнюю детер-

минацию и ощутить свободу в отношении и к собственным потребностям и привычкам, и к внешним стимулам.

Литература

1. Анцыферова Л.И. Методологические проблемы психологии развития // Принцип развития в психологии. – М., 1977. – С. 3–20.
2. Берн Э. Трансакционный анализ в психотерапии / пер. с англ. А. Грузберга. – М. : Эксмо, 2009. – 416 с.
3. Бурлачук Л.Ф. Психодиагностика: учебник для вузов. – СПб. : Питер, 2007. – 351 с.
4. Гут Р.О творчестве в науке и технике // Вопросы психологии. – 2007. – № 2. – С. 130–139.
5. Ипатов А.В. Личностные детерминанты аутодеструктивного поведения подростков : дис. ... канд. психол. наук. – СПб. : Северо-Западная академия гос. службы, 2011. – 233 с.
6. Ипатов А.В. Психология аутодеструктивного поведения подростков: монография. – М. : РУСАЙНС, 2019. – 288 с.
7. Столин В.В. Самосознание личности. – М. : Изд-во МГУ, 1983. – 286 с.

Поступила 05.05.2021

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

Для цитирования. Ипатов А.В. Социально-перцептивный механизм подростковой аутодеструкции // Вестник психотерапии. 2021. № 78 (83). С. 63–78.

SOCIO-PERCEPTUAL MECHANISM OF ADOLESCENT AUTODESTRUCTION

Ipatov A.V.

Russian State Hydrometeorological University
(Voronezhskaya Str., 79, St. Petersburg, Russia)

✉ Andrey Vladimirovich Ipatov – PhD Psychol. Sci. Associate Prof., Associate Prof. of the Department of Social and Humanitarian Sciences, Russian State Hydrometeorological University (Voronezhskaya Str., 79, St. Petersburg, 192007, Russia), e-mail: spbavi@mail.ru.

Abstract. The article is devoted to the actual problem of adolescent auto-destruction, aimed not at self-realization of a person, but at self-destruction, degradation and premature death. The driving forces of this behavior are the mechanisms of resolving the inner contradictions of the personality by the teenager. The author analyzes how teenagers build their relationships with the outside world and lives them in

the inner world. Through a series of diagnostic studies and statistical procedures, the socio-perceptual mechanism of auto-destruction is established as a way to resolve contradictions in relationships and communication with other people, the result of such activity leads to the appearance of semantic formations of self – consciousness, which are manifested in behavior-auto-destructive or constructive. The result of the mechanisms of auto-destructive behavior is mental neoplasms that have a semantic "charge" for a teenager. The correction of these formations will ensure the overcoming of auto-destruction. At the same time, the main pathos of the correction is an appeal to the personality of the teenager himself, to his potential for self – development. This potential is small, but it is there, and the task of correcting self-destruction should be associated with its strengthening, facilitation.

Keywords: adolescent, auto-destruction, psychological mechanism, personality, correction.

References

1. Ancyferova L.I. Metodologicheskie problemy psikhologii razvitiya [Methodological problems of developmental psychology]. *Princip razvitiya v psikhologii* [The principle of development in psychology]. Moskva, 1977. Pp. 3–20. (In Russ.)
2. Bern E. Transakcionnyj analiz v psikhoterapii [Transactional analysis in psychotherapy]. Moskva, 2009. 416 p. (In Russ.)
3. Burlachuk L.F. Psikhodiagnostika [Psychodiagnostics]. Sankt-Peterburg. 2007. 351 p. (In Russ.)
4. Gut R.O tvorchestve v nauke i tehnike [On creativity in science and technology]. *Voprosy psikhologii* [Psychology issues]. 2007. N 2. Pp. 130–139. (In Russ.)
5. Ipatov A.V. Lichnostnye determinanty autodestruktivnogo povedeniya podrostkov [Personal determinants of the autodestructive behavior of adolescents] : Dis. ... PhD Psychol. Sci. Sankt-Peterburg. 2011. 233 p. (In Russ.)
6. Ipatov A.V. Psikhologiya autodestruktivnogo povedeniya podrostkov [Psychology of autodestructive behavior of adolescents]. Moskva, 2019. 288 p. (In Russ.)
7. Stolin V.V. Samosoznanie lichnosti [Self-awareness of personality]. Moskva, 1983. 286 p. (In Russ.)

Received 05.05.2021

For citing. Ipatov A.V. Socialno-perceptivnyj mehanizm podrostkovoj auto-destrukcii. *Vestnik psikhoterapii*. 2021. N 78. Pp. 63–78. (In Russ.)

Ipatov A.V. Socio-perceptual mechanism of adolescent autodestruction. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2021. N 78. Pp. 63–78.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ РОДИТЕЛЕЙ, ИХ ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И ОТНОШЕНИЕ К РЕБЕНКУ В КОНТЕКСТЕ ПРОБЛЕМ И РЕСУРСОВ СЕМЬИ С НАРУШЕНИЕМ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

¹ Национальный исследовательский Томский государственный университет
(Россия, Томск, Московский тракт, д. 8);

² Научно-исследовательский институт психического здоровья Томского НИМЦ
(Россия, Томск, Алеутская ул., д. 4).

В статье рассмотрены особенности семейных отношений, психического здоровья и взаимодействия с ребенком в семьях, зачавших ребенка посредством ЭКО. Проанализированы и описаны данные, полученные в ходе двух срезов лонгитюдного исследования: беременность и возраст ребенка 9 месяцев. Выборку составили 2 группы респондентов: 90 семейных пар с беременностью, наступившей в результате ЭКО, и 160 семейных пар с естественной беременностью. Благополучие взаимоотношений между супругами не различалось между группами, выявлена тенденция к нарастанию напряжения в отношениях между супругами обеих групп. В период беременности выраженность стресса и негативных эмоциональных состояний значимо не различалась между группами. После рождения ребенка у матерей контрольной группы выявлен более высокий уровень депрессивного настроения по сравнению с матерями группы ЭКО. На обоих этапах исследования родители в семьях с индуцированной беременностью демонстрировали более выраженную привязанность к ребенку, заботу о нем. При этом матерям обеих групп было свойственно более жесткое и эмоциональное воспитание, чем отцам. Супруги семей с индуцированной беременностью были психоэмоционально более обособлены друг от друга по сравнению с семьями контрольной группы, что было наиболее выражено в период беременности.

✉ Лещинская Светлана Борисовна – аспирант каф. психотерапии и психол. консультирования, мл. науч. сотр. лаб. когнитивных исслед. и психогенетики, Нац. исслед. Томский гос. ун-т (Россия, 634050, Томск, Московский тракт, д. 8), e-mail: s_leschins94@mail.ru;

Стоянова Ирина Яковлевна – д-р психол. наук, проф. каф. психотерапии и психол. консультирования, Нац. исслед. Томский гос. ун-т (Россия, 634050, Томск, Московский тракт, д. 8); вед. науч. сотрудник отделения аффективных состояний, НИИ Психического здоровья Томского НИМЦ (Россия, 634014, г. Томск, Алеутская ул., д. 4), e-mail: ithka1948@mail.ru;

Бохан Татьяна Геннадьевна – д-р психол. наук проф., зав. каф. психотерапии и психол. консультирования, Нац. исслед. Томский гос. ун-т (Россия, 634050, Томск, Московский тракт, д. 8), e-mail: btg960@mail.ru.

Ключевые слова: вспомогательные репродуктивные технологии, экстракорпоральное оплодотворение, семейные взаимоотношения, детско-родительское взаимодействие.

Введение

Бесплодие, определяемое как невозможность достичь беременности после года попыток, является актуальной проблемой для многих семейных пар. Наиболее эффективным методом лечения бесплодия, набирающим популярность по всему миру, являются вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ), в т. ч. экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО). По данным Российской ассоциации репродукции человека, в 2018 г. в России было проведено 158 815 циклов ЭКО (1082 цикла на 1 млн человек), что на 13,8 % превышает показатели 2017 г. [1]. Рост доступности и эффективности ВРТ приводит к увеличению числа детей, рожденных в результате индуцированной беременности. Так, с 2013 по 2018 г. их число возросло более чем в 2 раза и составило 37 987 детей в год [1]. Появление этой особенной, специфической категории детей приводит к увеличению числа научных исследований, направленных на изучение особенностей и факторов их здоровья и развития.

В публикации С.Б. Лещинской (2020) приведен подробный обзор литературы, посвященной изучению медицинских и соматических факторов здоровья и развития детей от индуцированной беременности [3]. Показано, что тогда как медицинские факторы (возраст и репродуктивное здоровье матери, многоплодие, недоношенность, процедуры ВРТ) изучаются достаточно активно, исследования психологических, семейных факторов (психическое здоровье родителей, качество детско-родительских отношений, супружеские взаимоотношения) немногочисленны и проводятся преимущественно в отрыве от изучения психического развития детей.

Так, противоречивые результаты были получены относительно тревожности и депрессии женщин с индуцированной беременностью по сравнению с женщинами со спонтанным зачатием: более высокий уровень депрессии и личностной тревожности [2, 5], более низкий уровень ситуативной и личностной тревожности, но более высокий уровень тревожности, связанной с беременностью [12]; более высокий уровень тревожности, но более низкий уровень депрессии с отсутствием различий после родов [11].

Среди особенностей отношения родителей к ребенку отмечаются завышенные ожидания матери от ребенка [6] и от себя [7, 13], гипертрофированный положительный эмоциональный фон беременности и переоценка матерью родительских качеств [4]. В числе особенностей взаимоотноше-

ний между супругами в парах, проходящих лечение методом ВРТ, указывалась более низкая удовлетворенность браком у женщин с индуцированной беременностью [9], с отсутствием различий для отцов [8]. Также была выявлена тенденция к снижению согласованности между партнерами в восприятии существующих конфликтов после родов [10].

Таким образом, результаты исследований являются разрозненными и противоречивыми, с акцентом на роли матери и дефицитом научных данных о психологических особенностях отцов в семьях с ЭКО. В данной работе представляются результаты первого этапа анализа вклада семейных факторов в здоровье и психическое развитие детей раннего возраста, зачатых посредством ЭКО. Целью работы является выявление специфики семейных отношений, психического здоровья и отношения к ребенку в семьях с естественной и индуцированной беременностью, с учетом показателей обоих супругов. Были проверены следующие гипотезы: 1) супружеские отношения в семьях с индуцированной беременностью в целом являются благополучными, с тенденцией к снижению удовлетворенностью браком после рождения ребенка; 2) психическое здоровье родителей, зачавших ребенка при помощи ЭКО, характеризуется более выраженным психическим напряжением по сравнению с родителями контрольной группы; 3) особенностями отношения родителей к ребенку от индуцированной беременности являются сверхценность ребенка и родительства, завышенные ожидания от себя как родителей.

Материал и методы

Выборку составили 250 семейных пар, участвующих в проспективном лонгитюдном исследовании детского развития PLIS: 90 семей с индуцированной беременностью (ЭКО; возраст матери $M = 33$, $SD = 5$; отца $M = 35$, $SD = 5$) и 160 семей с естественным зачатием (ЕЗ; возраст матери $M = 29$, $SD = 4$; отца $M = 31$, $SD = 5$).

Набор участников осуществлялся в период беременности в партнерских клиниках 3 городов Сибирского федерального округа: г. Томск, г. Новосибирск и г. Барнаул. Реализация исследования была одобрена Этическим комитетом междисциплинарных исследований НИ ТГУ. Исследование является лонгитюдным, в данной статье рассмотрены показатели двух диагностических срезов: период беременности и возраст ребенка 9 месяцев.

На каждом из этапов исследования матери и отцу предоставлялись диагностические буклеты с методиками, направленными на диагностику семейных отношений, психического здоровья и отношения к ребенку. Все

показатели, кроме субъективного уровня стресса в период беременности, измерялись у обоих родителей. Используемые методики:

- Часть шкалы Локк–Уоллеса на семейную адаптацию (Marital Adjustment Test, MAT; H.J. Locke и K.M. Wallace, 1959) – позволяет оценить субъективный уровень счастья в отношениях (оба среза);

- шкала теплоты и враждебности методики «Шкала супружеских отношений IOWA» (J.N. Melby & R.D. Conger, 2001) – направлена на оценку проявлений эмоциональной теплоты (забота, поддержка) и враждебности (злость, агрессия, критика) по отношению к партнеру (оба среза);

- шкала общего семейного функционирования методики McMaster Family Assessment Device (MFAD, N.B. Epstein и др., 1983) – позволяет оценить «общее здоровье семьи» – качество семейных взаимоотношений (2-й срез);

- шкала стресса APA в адаптации F. Rice и др. (2010) – направлена на диагностику субъективного уровня стресса (1, 2 и 3-й триместры);

- шкала раздражительности, депрессии и тревоги (IDA; R.P. Snaith и др., 1978) – позволяет оценить выраженность депрессии, тревоги, раздражения, направленного на себя, и раздражения, направленного вовне, а также общую выраженность негативных эмоциональных состояний (1-й срез);

- сокращенная версия «The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale» (CES-D, C. Poulin и др., 2005) – направлена на диагностику аффективного компонента депрессии (2-й срез);

- шкала привязанности к плоду (Maternal Fetal Attachment Scale, Cranley, 1981) – измеряет эмоциональное отношение родителей к плоду и взаимодействие с ним по шкалам: взаимодействие с плодом, самопожертвование, дифференциация себя от плода, ролевое поведение, приписывание характеристик плоду, общий показатель привязанности к плоду.

- шкала «Восприятие и поведение родителей в отношении младенца» (Parental Perceptions and Behaviors Regarding the Infant Scale, PPBS; Voivin и др. 2000) – позволяет оценить частоту поведения, мыслей и чувств родителей по отношению к ребенку по шкалам: самоэффективность, восприятие собственного влияния на ребенка, враждебно-реактивное поведение, гиперопека, теплота, восприятие качеств ребенка как особенных, общий показатель отношения к ребенку.

Статистический анализ данных был осуществлен в программе IBM SPSS Statistics 20 (описательная статистика, критерий Колмогорова–Смирнова, α -Кронбаха, непараметрические и параметрические методы

сравнения (U-критерий Манна–Уитни и t-критерий Стьюдента для сравнения независимых выборок, критерий Уилкоксона для сравнения зависимых выборок, критерий Фишера для сравнения корреляций), корреляционный анализ (критерий Пирсона и критерий Спирмена)).

Результаты

На первом этапе анализа все шкалы были проверены на внутреннюю согласованность путем вычисления α -Кронбаха. На основании данного критерия были исключены 3 шкалы: шкалы депрессии и раздражения, направленного на себя, методики «Шкала раздражительности, депрессии и тревоги», шкала дифференциации себя от плода методики «Шкала привязанности к плоду». Описательные статистики и результаты сравнения всех показателей периода беременности приводятся в таблице 1, возраста ребенка 9 месяцев – в таблице 2.

Таблица 1
 Описательные статистики и значимые различия показателей в группах ЕЗ и ЭКО (период беременности)

Шкалы	Член семьи		M (SD)	Me	Мода	Q1	Q3	U	p (r)
	Мать	Отец							
Уровень счастья	Мать	ЕЗ	22,81 (7,12)	25,00	25,00	20,00	25,00	6375,00	0,37
		ЭКО	23,63 (6,55)	25,00	25,00	20,00	25,00		
	Отец	ЕЗ	22,68 (6,65)	20,00	25,00	20,00	25,00	4190,50	0,26
		ЭКО	23,22 (6,93)	25,00	25,00	20,00	25,00		
Теплота	Мать	ЕЗ	26,97 (6,51)	28,00	31,00	24,00	32,00	5849,00	0,25
		ЭКО	28,29 (5,22)	29,00	28,00	24,00	33,00		
	Отец	ЕЗ	26,78 (6,81)	28,00	35,00	23,00	33,00	5054,50	0,06
		ЭКО	28,90 (5,03)	30,00	35,00	25,50	33,00		
Враждебность	Мать	ЕЗ	10,23 (4,52)	9,00	8,00	7,00	12,00	6401,50	0,95
		ЭКО	10,04 (4,16)	9,00	9,00	7,00	12,00		
	Отец	ЕЗ	10,35 (4,83)	10,00	7,00	7,00	12,00	5711,00	0,65
		ЭКО	9,70 (3,70)	9,00	7,00	7,00	12,00		
Стресс в 1-м триместре	Мать	ЕЗ	3,47 (2,34)	3,00	2,00	2,00	5,00	5861,00	0,10
		ЭКО	3,95 (2,26)	4,00	4,00	2,00	5,00		
	Мать	ЕЗ	3,14 (2,11)	3,00	2,00	2,00	5,00	5947,00	0,27
		ЭКО	3,61 (2,62)	3,00	2,00	2,00	5,00		
Стресс в 3-м триместре	Мать	ЕЗ	2,97 (1,76)	3,00	2,00	2,00	4,00	5135,00	0,11
		ЭКО	2,67 (2,05)	2,00	2,00	1,00	4,00		
	Мать	ЕЗ	5,55 (2,97)	6,00	4,00	3,00	8,00	6396,50	0,94
		ЭКО	5,51 (2,89)	5,00	5,00	3,00	8,00		
Тревожность	Отец	ЕЗ	4,55 (2,64)	4,00	6,00	3,00	6,00	5558,50	0,39
		ЭКО	4,16 (2,35)	4,00	4,00	3,00	6,00		
	Мать	ЕЗ	1,21 (1,36)	1,00	0,00	0,00	2,00	6371,00	0,90
		ЭКО	1,13 (1,10)	1,00	0,00	0,00	2,00		
Раздражение, направленное вовне	Отец	ЕЗ	1,43 (1,62)	1,00	0,00	0,00	2,00	5656,00	0,50
		ЭКО	1,23 (1,25)	1,00	0,00	0,00	2,00		

Шкалы	Член семьи	M (SD)	Me	Мода	Q1	Q3	U	p (r)		
Общий показатель негативных эмоциональных состояний	Мать	ЕЗ	13,09 (6,37)	13,00	9,00	17,00	6348,00	0,87		
		ЭКО	13,00 (6,02)	11,00	11,00	8,00			18,00	
	Отец	ЕЗ	12,32 (6,17)	11,50	11,00	8,00	16,00	5612,00	0,61	
		ЭКО*	11,71 (5,63)	11,00	6,00	7,00	15,00			
	Взаимодействие с плодом	Мать	ЕЗ	20,89 (4,10)	22,00	22,00	20,00	23,00	5165,00	0,01 (0,17)
			ЭКО	22,25 (2,51)	23,00	24,00	20,00	24,00		
Отец		ЕЗ	18,58 (4,66)	19,00	20,00	16,00	22,00	5139,50	0,09	
		ЭКО	19,56 (4,62)	21,00	24,00	16,50	23,00			
Самопожертвование		Мать	ЕЗ	20,91 (3,93)	22,00	25,00	20,00	24,00	4117,50	0,00 (0,31)
			ЭКО	22,96 (2,39)	24,00	25,00	22,00	25,00		
	Отец	ЕЗ	20,15 (3,84)	21,00	21,00	19,00	23,00	5710,50	0,59	
		ЭКО	20,62 (3,05)	21,00	22,00	19,00	23,00			
	Ролевое поведение	Мать	ЕЗ	16,52 (3,57)	17,00	20,00	15,00	19,00	4356,50	0,00 (0,28)
			ЭКО	18,30 (1,86)	19,00	20,00	17,00	20,00		
Отец		ЕЗ	15,26 (3,55)	16,00	16,00	14,00	18,00	4988,00	0,04 (0,13)	
		ЭКО	16,30 (3,05)	17,00	19,00	15,00	19,00			
Приписывание характеристик плоду		Мать	ЕЗ	23,73 (4,38)	24,00	24,00	22,00	27,00	5502,50	0,04 (0,13)
			ЭКО	24,82 (3,83)	25,00	25,00	23,00	27,75		
	Отец	ЕЗ	20,87 (4,92)	21,00	24,00	18,00	25,00	4469,50	0,00 (0,21)	
		ЭКО	22,94 (4,58)	24,00	25,00	20,00	26,00			
	Общий показатель привязанности к плоду	Мать	ЕЗ	97,05 (16,00)	101,00	101,00	93,00	105,00	4257,00	0,00 (0,29)
			ЭКО	104,60 (8,11)	106,00	109,00	100,00	111,00		
Отец		ЕЗ	89,63 (16,11)	92,00	85,00	83,00	101,00	4727,00	0,01 (0,17)	
		ЭКО*	95,14 (13,83)	98,00	101,00	88,00	104,00			

Примечание: Q1 – 25-й процентиль, Q3 – 75-й процентиль, * – соответствие данных нормальному распределению, U – значение U Манна-Уитни, r – размер эффекта.

Таблица 2
 Описательные статистики и значимые различия показателей в группах ЭЗ и ЭКО (возраст ребенка 9 месяцев)

Показатели	Член семьи	M (SD)	Me	Мода	Q1	Q3	U/t	P (t)
Уровень счастья	Мать	22,97 (7,68)	25,00	25,00	20,00	25,00	5710,00	0,17
		24,56 (7,31)	25,00	25,00	20,00	35,00		
	Отец	25,40 (7,84)	25,00	35,00	20,00	35,00	6197,00	0,45
		26,04 (7,90)	25,00	35,00	20,00	35,00		
Теплота	Мать	24,21 (6,20)	24,00	24,00	20,00	29,00	1,79	0,08
		25,66 (5,55)	26,00	27,00	21,00	30,25		
	Отец	25,84 (5,60)	27,00	27,00	22,00	30,00	6161,00	0,33
		26,53 (5,89)	27,00	23,00	23,00	31,00		
Враждебность	Мать	12,29 (4,54)	12,00	12,00	9,00	15,00	5837,00	0,26
		11,56 (3,96)	11,00	10,00	9,00	13,00		
	Отец	10,42 (3,81)	10,00	7,00	8,00	12,00	6634,50	0,10
		10,36 (3,72)	9,50	9,00	8,00	12,00		
Семейное функционирование	Мать	38,30 (5,75)	39,00	36,00	36,00	42,00	5655,50	0,10
		39,76 (5,15)	40,00	36,00	36,00	44,00		
	Отец	37,46 (4,60)	38,00	35,00	35,00	41,00	5728,00	0,44
		38,63 (3,89)	38,50	38,00	36,00	42,00		
Депрессия	Мать	7,20 (5,33)	6,00	5,00	3,00	6,00	5063,50	0,00 (0,20)
		4,97 (4,10)	4,00	0,00	2,00	7,00		
	Отец	5,28 (4,43)	5,00	5,00	2,00	7,00	5655,50	0,05
		4,23 (3,98)	3,00	0,00	1,00	6,00		
Самозащитивность	Мать	49,80 (6,33)	50,00	58,00	45,00	55,00	5750,00	0,07
		50,98 (7,70)	52,00	58,00	46,00	57,00		
	Отец	43,95 (8,48)	45,00	46,00	40,00	49,50	5865,50	0,11
		45,78 (9,70)	46,00	36,00	39,00	54,00		

Показатели	Член семьи	M (SD)	Me	Мода	Q1	Q3	U/t	P (τ)	
Субъективное влияние	Мать	ЕЗ	40,00	50,00	33,00	46,00	6338,00	0,51	
		ЭКО	41,00	50,00	33,50	48,00			
	Отец	ЕЗ	37,28 (10,56)	40,00	50,00	29,50	46,00	6006,00	0,18
		ЭКО	39,03 (10,02)	41,00	50,00	32,00	48,00		
Враждебно-реактивное поведение	Мать	ЕЗ	17,80 (13,12)	16,00	16,00	7,75	25,25	5853,50	0,11
		ЭКО	15,04 (11,84)	14,00	0,00	6,00	20,00		
	Отец	ЕЗ	13,32 (10,73)	11,00	0,00	4,00	20,50	5815,50	0,09
		ЭКО	10,73 (9,15)	10,00	0,00	3,00	15,00		
Гиперопека	Мать	ЕЗ*	27,01 (9,60)	27,00	40,00	21,00	34,00	1,27	0,20
		ЭКО*	28,72 (10,79)	29,00	33,00	20,50	37,00		
	Отец	ЕЗ	20,38 (11,15)	18,00	14,00	11,50	29,50	6016,00	0,18
		ЭКО*	21,69 (9,22)	21,00	15,00	15,00	27,25		
Теплота	Мать	ЕЗ	46,86 (4,56)	49,00	50,00	45,00	50,00	5733,00	0,05
		ЭКО	47,75 (3,73)	50,00	50,00	47,00	50,00		
	Отец	ЕЗ	43,85 (7,01)	47,00	50,00	40,00	50,00	6199,00	0,32
		ЭКО	45,00 (5,97)	47,00	50,00	41,75	50,00		
Восприятие качеств ребенка	Мать	ЕЗ	30,52 (6,92)	31,50	36,00	26,00	36,00	5666,00	0,05
		ЭКО	32,31 (6,40)	33,00	40,00	29,00	38,00		
	Отец	ЕЗ	32,22 (5,87)	32,00	40,00	28,00	38,00	5436,50	0,01 (0,16)
		ЭКО	33,77 (6,31)	35,00	40,00	30,75	39,00		
Общий показатель отношений с ребенком	Мать	ЕЗ*	245,56 (26,79)	248,50	242,00	225,75	266,25	2,27	0,02 (0,16)
		ЭКО*	254,37 (28,67)	257,50	270,00	234,25	276,25		
	Отец	ЕЗ*	234,36 (30,59)	237,00	238,00	215,50	258,00	5321,50	0,01 (0,17)
		ЭКО	244,53 (31,85)	252,50	272,00	222,75	272,00		

Примечание: Q1 – 25-й процентиль, Q3 – 75-й процентиль, * – соответствие данных нормальному распределению, U – значение U Манна-Уитни, t – значение t Стьюдента, г – размер эффекта.

На обоих этапах исследования семейные отношения в обеих группах в среднем характеризовались высокой степенью удовлетворенности отношениями, теплоты, низкой конфликтностью между супругами и значимо не различались между группами. В период беременности различия между супругами также отсутствовали. После рождения ребенка у отцов ЕЗ был выявлен более высокий уровень счастья в отношениях ($U = 9070$; $p = 0,01$; $r = 0,14$), более высокий уровень теплоты по отношению к супруге ($U = 9388$; $p = 0,03$; $r = 0,13$), более высокие показатели семейного функционирования ($U = 8638,5$; $p = 0,00$; $r = 0,19$), чем у матерей. У отцов обеих групп был выявлен более низкий уровень враждебности к супруге (ЕЗ: $U = 8243,5$; $p = 0,00$; $r = 0,22$; ЭКО: $U = 3101$; $p = 0,02$; $r = 0,17$).

Для показателей семейных отношений, диагностированных на обоих этапах исследования, были проведены лонгитюдные сравнения. У матерей обеих групп и отцов группы ЭКО показатели счастья в отношениях значимо не отличались от периода беременности. У отцов ЕЗ субъективный уровень счастья был выше по сравнению с периодом ожидания ребенка ($Z = 2,69$; $p = 0,01$; $r = 0,25$). Показатели семейного взаимодействия снизились и у матерей, и у отцов в обеих группах. Так, в семьях ЕЗ у матерей снизился уровень теплоты ($Z = 5,16$; $p = 0,00$; $r = 0,43$) и повысился показатель враждебности ($Z = 4,26$; $p = 0,00$; $r = 0,36$) к партнеру. У отцов значимо снизился только показатель теплоты ($Z = 2,54$; $p = 0,01$; $r = 0,21$). В группе ЭКО у обоих супругов значимо снизилась теплота в отношениях (мать: $Z = 4,23$; $p = 0,00$; $r = 0,50$, отец: $Z = 4,34$; $p = 0,00$; $r = 0,51$) и повысился уровень враждебного поведения по отношению к партнеру (мать: $Z = 3,10$; $p = 0,00$; $r = 0,37$, отец: $Z = 20,50$; $p = 0,00$; $r = 0,30$).

В период беременности все показатели психического здоровья значимо не различались между группами для обоих членов семьи. Большинство респондентов обеих групп характеризовались низкой степенью тревожности и раздражения. Среднее значение субъективного уровня стресса, испытываемого матерями обеих групп в 3-м триместре, находилось в пределах низких значений, тогда как показатели 1-го и 2-го триместров матерей с индуцированной беременностью незначимо превышали показатели матерей контрольной группы и находились на границе низких и средних значений. Значимые различия между супругами были выявлены только для уровня тревожности: в обеих группах матери имели более выраженную тревожность, чем отцы (ЕЗ: $U = 9704$; $p = 0,00$; $r = 0,18$; ЭКО: $U = 2347$; $p = 0,00$; $r = 0,23$).

Выраженность послеродовой депрессии у большинства матерей и отцов обеих групп в среднем находилась в пределах низких значений. Ни у одного из респондентов не был зарегистрирован максимальный показатель по шкале, однако среди родителей обеих групп была выявлена группа участников с баллами, свидетельствующими о повышенном уровне депрессивного настроения и, следовательно, необходимости контроля и коррекции данного состояния. Значимые различия, связанные с типом беременности, были выявлены только у матерей: более высокие показатели были зарегистрированы у респондентов группы ЕЗ. Различия между показателями матерей и отцов наблюдались только в группе ЕЗ: уровень депрессии у матерей был значимо более высоким, чем у отцов ($U = 8715$; $p = 0,00$; $r = 0,19$).

Показатели отношения родителей к плоду в обеих группах свидетельствовали о выраженной привязанности родителей к ребенку, что проявлялось в активном взаимодействии с ним, желании заботиться о нем, готовности отказаться от прежнего образа жизни после рождения ребенка. В группах матерей общий показатель привязанности к плоду, а также его частные проявления, такие как взаимодействие с плодом, самопожертвование, ролевое поведение, приписывание характеристик плоду, были более выражены в группе ЭКО. Для отцов показатели ролевого поведения, приписывание характеристик плоду, а также общий показатель привязанности к плоду в группе ЭКО также превышали показатели контрольной группы. Сравнения, проведенные между супругами внутри семейных групп, выявили значимо большую выраженность всех показателей у матерей по сравнению с отцами в обеих группах: взаимодействие с плодом (ЕЗ: $U = 7890,5$; $p = 0,00$; $r = 0,31$; ЭКО: $U = 2069$; $p = 0,00$; $r = 0,31$); самопожертвование (ЕЗ: $U = 10145,5$; $p = 0,01$; $r = 0,14$; ЭКО: $U = 1635$; $p = 0,00$; $r = 0,43$); ролевое поведение (ЕЗ: $U = 8982$; $p = 0,00$; $r = 0,24$; ЭКО: $U = 1921,5$; $p = 0,00$; $r = 0,36$); приписывание характеристик плоду (ЕЗ: $U = 7558$; $p = 0,00$; $r = 0,33$; ЭКО: $U = 2433,5$; $p = 0,00$; $r = 0,21$); общий показатель привязанности к плоду (ЕЗ: $U = 7905,5$; $p = 0,00$; $r = 0,30$; ЭКО: $U = 1793,5$; $p = 0,00$; $r = 0,38$). Различия в показателе самопожертвования были значимо выше в группе ЭКО, по сравнению с группой ЕЗ.

Отношение к младенцу в обеих группах характеризовалось высокой степенью теплоты, заботы, осознания родителями собственной значимости для ребенка и восприятия себя как родителей, способных успешно заботиться о ребенке. Отцы из группы ЭКО в большей степени, чем отцы из семей ЕЗ, считали своего ребенка исключительным, более способным по

сравнению с другими детьми. Общий показатель отношения к ребенку был выше у матерей и у отцов группы ЭКО по сравнению с контрольной группой. При этом размер эффекта был низким для всех сравнений. В обеих группах показатели восприятия собственной эффективности в роли родителей (ЕЗ: $U = 6681$; $p = 0,00$; $r = 0,35$; ЭКО: $U = 2672$; $p = 0,00$; $r = 0,29$), гиперопеки (ЕЗ: $U = 7262$; $p = 0,00$; $r = 0,30$; ЭКО: $t = 4,69$; $p = 0,00$; $r = 0,33$), теплоты (ЕЗ: $U = 8407$; $p = 0,00$; $r = 0,22$; ЭКО: $U = 2778,5$; $p = 0,00$; $r = 0,28$) были выше у матерей по сравнению с отцами, что согласуется с представлениями о различиях в родительской позиции матери и отца. При этом показатели враждебно-реактивного поведения по отношению к ребенку (применение наказаний, жесткая дисциплина) также были значимо выше у матери по сравнению с отцом (ЕЗ: $U = 8990,5$; $p = 0,00$; $r = 0,17$; ЭКО: $U = 3125$; $p = 0,01$; $r = 0,19$).

Для выявления согласованности показателей между супругами в обеих группах был проведен корреляционный анализ. Корреляционные взаимосвязи для группы ЭКО в период беременности представлены на рисунке 1. В семьях ЕЗ все показатели семейных отношений, психического здоровья и отношения к ребенку у матерей значимо коррелировали с соответствующими показателями отца. Семьи ЭКО характеризовались меньшим числом взаимосвязей изученных показателей супругов, что свидетельствует о большей психической обособленности супругов этой группы. Не были значимыми отрицательные взаимосвязи между уровнем счастья матери в отношениях ($R = -0,22$; $p < 0,01$), а также ее теплотой по отношению к супругу ($R = -0,24$; $p < 0,01$) и негативными эмоциональными состояниями отца; между негативными эмоциональными состояниями матери ($R = -0,24$; $p < 0,01$), ее уровнем стресса во 2-м ($R = -0,20$; $p < 0,05$) и 3-м триместрах ($R = -0,30$; $p < 0,01$) и благополучием семейных отношений для отца; положительные взаимосвязи между отношением матери к ребенку и отношением отца к супруге ($R = 0,28$; $p < 0,01$); между отношением матери к отцу и отношением отца к плоду ($R = 0,41$; $p < 0,01$). Напротив, стресс матери в 1-м триместре отрицательно коррелировал с теплотой, проявляемой отцом ($R = -0,22$; $p < 0,05$), а в 3-м триместре – с раздражением отца, направленным на окружающих людей ($R = -0,29$; $p < 0,01$), чего не было выявлено в семьях ЕЗ.

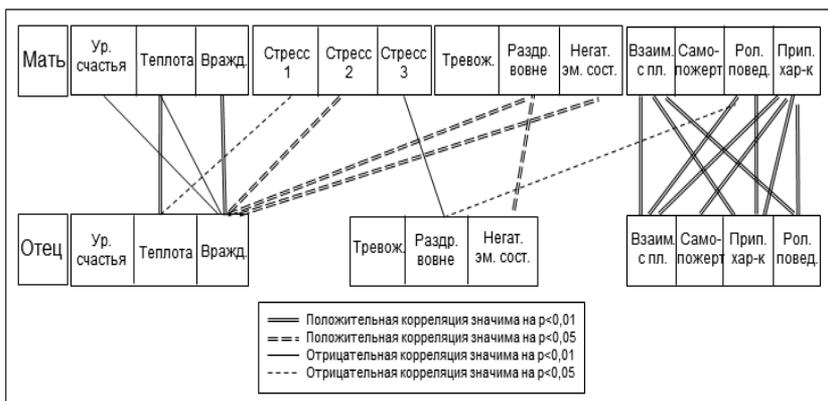


Рис.1. Корреляции между показателями матерей и отцов группы ЭКО (период беременности)

Результаты корреляционного анализа показателей супругов группы ЭКО в возрасте ребенка 9 месяцев представлены на рисунке 2. После рождения ребенка семьи с ЭКО характеризовались большим числом взаимосвязей между показателями супругов по сравнению с периодом беременности, что было наиболее выражено для связей между показателями благополучия семейных взаимоотношений для отца и с отношением матери к ребенку, что не было характерно для периода беременности. В отличие от семей с ЭКО, в семьях контрольной группы были взаимосвязаны все аналогичные показатели супругов, кроме уровня счастья в отношениях и враждебно-реактивного поведения по отношению к ребенку. При этом корреляция показателя, характеризующего восприятие качеств ребенка как особенных, исключительных, была значимо выше в семьях ЭКО ($R = 0,48$; $p < 0,01$) по сравнению с семьями ЕЗ ($R = 0,23$; $p < 0,01$) ($Z = -2.16$; $p = 0,02$) что соотносится с данными о более высокой ценности ребенка для родителей с индуцированной беременностью.

Интересные результаты были получены при сравнении корреляций между разными группами показателей супругов. Как и на предыдущем этапе исследования, выраженность депрессии у матерей в семьях с ЭКО не коррелировала с показателями отцов, в отличие от семей ЕЗ, где были выявлены отрицательные корреляции с показателями семейных отношений для отца ($R = -0,30$; $p < 0,01$) и положительные – с выраженностью у него враждебно-реактивного поведения ($R = 0,18$; $p < 0,05$). В группе ЭКО от-

существовали корреляции между теплотой, проявляемой матерью по отношению к супругу, и его гиперопекой ($R = 0,23$; $p < 0,01$), теплотой по отношению к ребенку ($R = 0,22$; $p < 0,01$), восприятием его качеств ($R = 0,21$; $p < 0,05$); между семейным функционированием для матери и самоэффективностью отца в заботе о ребенке ($R = 0,18$; $p < 0,05$), между самоэффективностью ($R=0,36$; $p<0,01$) и теплотой ($R = 0,23$; $p < 0,01$) матери к ребенку и восприятием отцом качеств ребенка, что сходится с показателями предыдущего этапа исследования. Взаимосвязь между теплотой, проявляемой матерью по отношению к супругу, и уровнем счастья отца в отношениях, была значимо более выражена в семьях ЭКО (ЕЗ: $R = 0,24$; $p < 0,01$; ЭКО: $R = 0,45$; $p < 0,01$; $Z = -1,80$; $p = 0,04$) по сравнению с контрольной группой семей.

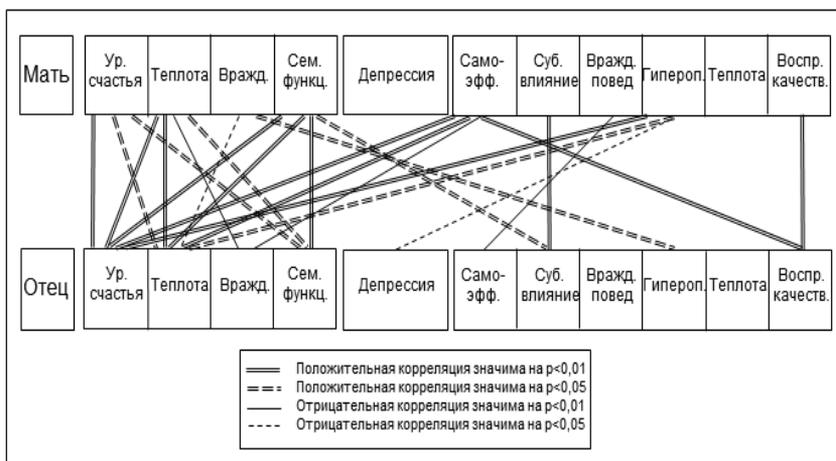


Рис.2. Корреляции между показателями матерей и отцов группы ЭКО (возраст ребенка 9 месяцев)

Обсуждение

Согласно полученным результатам, семейные отношения между супругами до и после рождения ребенка были благополучными, характеризовались высокой степенью удовлетворенности отношениями, теплоты по отношению к партнеру, отсутствием межгрупповых различий. Различия между супругами были выявлены только после рождения ребенка: в семьях с естественным зачатием отцы проявляли больше теплоты по отношению к супруге, характеризовали семейные отношения как более благополучные. Низкий размер эффекта всех сравнений свидетельствует о невысо-

кой выраженности межгрупповых различий. Тенденция снижения теплоты во взаимодействии между супругами после рождения ребенка, нарастания напряженности, выявленная в настоящем исследовании, согласуется с результатами S. Gameiro et al. (2011) [10]. Это может быть обусловлено переживанием кризиса, связанного с рождением ребенка. При этом уровень счастья в отношениях после рождения ребенка не отличался от показателей периода беременности для матерей в обеих группах и для отцов группы ЭКО. В группе отцов с естественным зачатием ребенка было выявлено увеличение данного показателя после рождения ребенка, механизм которого требует дальнейшей проверки.

Выраженность стресса, тревоги, депрессии и раздражения у большинства матерей и отцов обеих групп в среднем находилась в пределах низких значений и в период беременности значимо не различалась между группами для обоих членов семьи, в отличие от результатов исследований, свидетельствующих о более выраженной тревоге и депрессии женщин с ЭКО. Более того, после рождения ребенка более высокие показатели депрессии были выявлены у женщин с естественной беременностью по сравнению с женщинами с ЭКО. Мы полагаем, что это может быть связано с тем, что при использовании вспомогательных репродуктивных технологий и невозможности зачатия естественным способом беременность и рождение ребенка чаще, чем в случае естественной беременности, являются запланированными, долгожданнами и, следовательно, более ценными для родителей. По литературным данным, для таких матерей характерно эйфорическое восприятие беременности, которое, по нашему мнению, блокирует осознание негативных эмоций, которые естественны для кризисного периода, связанного с рождением ребенка.

В группах родителей с ЭКО выраженность ряда показателей привязанности к плоду и отношения к ребенку превышала показатели контрольной группы, что согласуется с данными о повышенной ценности ребенка и материнства для матерей с индуцированной беременностью. Размер эффекта был низким для всех сравнений. Интересно, что в обеих группах тенденция к жесткому воспитанию была более выражена у матерей по сравнению с отцами, что может быть связано с более высокой эмоциональностью матерей и более выраженной послеродовой депрессией.

Взаимосвязи показателей между супругами характеризовались более выраженной обособленностью супругов с ЭКО, что наиболее ярко выразилось в отсутствии корреляций между психическим здоровьем матери и показателями, измеренными у отца.

Следует учитывать, что полученные результаты могут быть искажены социальной желательностью ответов, связанной с реализацией исследования в опросниковой форме.

Литература

1. Корсак В.С. Российская ассоциация репродукции человека. Отчет за 2018 г. [Электронный ресурс]. URL: [http://www.rahr.ru / d_registr_otchet/RegistrART2018.pdf](http://www.rahr.ru/d_registr_otchet/RegistrART2018.pdf) (дата обращения 13.04.2021).
2. Кочерова О.Ю., Пыхтина Л.А., Гаджимурадова Н.Д. [и др.] Психологические особенности матерей детей, зачатых с помощью экстракорпорального оплодотворения // Клиническая и специальная психология. – 2016. – Т. 5, № 3. – С. 69–77.
3. Лещинская С.Б. Факторы, влияющие на развитие детей при вспомогательных репродуктивных технологиях: обзор литературы // Вестник психотерапии. – 2020. – № 75 (80). – С. 130–146.
4. Маленова А.Ю., Кытькова И.Г. Отношение женщин в ситуации эко к беременности, ребенку, материнству // Педиатр. – 2015. – № 4. – С. 97–104.
5. Наку Е.А., Бохан Т.Г., Ульянич А.Л. [и др.] Психологические характеристики женщин, проходящих лечение по программе ЭКО // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2016. – № 15 (6). – С. 23–30.
6. Соловьева Е.В. О материнском отношении к детям раннего возраста, зачатым посредством экстракорпорального оплодотворения // Психолого-педагогические исследования. – 2014. – Т. 6, № 4. – С. 147–156.
7. Якупова В.А., Захарова Е.И. Особенности внутренней позиции матери у участниц программы ЭКО // Культурно-историческая психология. – 2016. – Т. 12, № 1. – С. 46–55.
8. Blake L., Casey P., Jadv V., Golombok S. Marital stability and quality in families created by assisted reproduction techniques: a follow-up study // Reproductive BioMedicine Online. – 2012. – № 25. – P. 678–683.
9. Darwiche J., Favez N., Simonelli A. [et al.] Prenatal Coparenting Alliance and Marital Satisfaction When Pregnancy Occurs After Assisted Reproductive Technologies or Spontaneously // Family Relations. – 2015. – Vol. 64, № 4. – P. 534–546.
10. Gameiro S., Canavarro M.C., Boivin J. [et al.] Parental investment in couples who conceived spontaneously or with assisted reproductive techniques // Human Reproduction. – 2011. – Vol. 26, № 5. – P. 1128–1137.
11. García-Blanco A., Diago V., Hervás D. [et al.] Anxiety and depressive symptoms, and stress biomarkers in pregnant women after in vitro fertilization: a prospective cohort study // Human reproduction. – 2018. – Vol. 33, № 7. – P. 1237–1246.
12. McMahon C.A., Boivin J., Gibson F.L. [et al.] Pregnancy-specific anxiety, ART conception and infant temperament at 4 months post-partum // Human reproduction. – 2013. – Vol. 28, № 4. – P. 997–1005.
13. Mohammadi N., Shamshiri M., Mohammadpour A. [et al.] ‘Super-mothers’: the meaning of mothering after assisted reproductive technology // Journal of Reproductive and Infant Psychology. – 2014. – Vol. 33, № 1. – P. 42–53.

Поступила 15.04.2021

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

Для цитирования. Лешинская С.Б., Стоянова И.Я., Бохан Т.Г. Взаимодействие родителей, их психическое здоровье и отношение к ребенку в контексте проблем и ресурсов семьи с нарушением репродуктивного здоровья // Вестник психотерапии. 2021. № 78 (83). С. 79–97.

INTERACTION BETWEEN PARENTS, THEIR MENTAL HEALTH AND ATTITUDE TOWARDS THE CHILD IN THE CONTEXT OF THE STRENGTHS AND WEAKNESSES OF FAMILIES WITH REPRODUCTIVE HEALTH PROBLEMS

Leshchinskaia S.B.¹, Stoyanova I.Ya.^{1,2}, Bokhan T.G.¹

¹Tomsk State University (Moskovsky trakt, 8, Tomsk, Russia);

²Mental Health Research Institute of TNRC
(Aleutskaya Str., 4, Tomsk, Russia).

✉ Svetlana Borisovna Leshchinskaia – PhD student of the psychotherapy and psychological counselling department, junior research associate of the laboratory for cognitive investigations and behavioral genetics, National Research Tomsk State University (Moskovsky trakt, 8, Tomsk, 634050, Russia), e-mail: s_leschins94@mail.ru;

Irina Yakovlevna Stoyanova – Dr. Psychol. Sci., professor of the psychotherapy and psychological counselling department, National Research Tomsk State University (Moskovsky trakt, 8, Tomsk, 634050, Russia), leading research associate of the affective states department, Mental Health Research Institute of the Tomsk National Research Medical Center of the Russian Academy of Sciences (Aleutskaya Str., 4, Tomsk, 634027, Russia), e-mail: ithka1948@mail.ru;

Tatiana Gennadevna Bokhan – Dr. Psychol. Sci., professor, head of the psychotherapy and psychological counselling department, National Research Tomsk State University (Moskovsky trakt, 8, Tomsk, 634050, Russia), e-mail: btg960@mail.ru.

Abstract. In the article the characteristics of family relationships, mental health and parent-child relations in families with induced pregnancy are discussed. The data obtained at two assessment waves of the longitudinal study (pregnancy and the child's age of 9 months) are analyzed and described. The sample consisted of 2 groups of respondents: 90 couples with pregnancy after IVF, and 160 couples with natural pregnancy. The quality of marital relations did not differ between the groups; however a tendency for an increase in the tension in the relationships between the spouses of both groups was revealed. During the pregnancy, the severity of stress and negative emotional states did not differ significantly between the groups. After the childbirth, mothers from the control group showed a higher level of depressive mood than mothers of the IVF group. At both assessment waves, parents in families with induced pregnancy demonstrated a higher level of attachment to the child and care for him. At the same

time, the mothers of both groups demonstrated more strict and emotional parenting than the fathers. Spouses of families with induced pregnancy were psycho-emotionally more isolated from each other, compared with families of the control group, which was most pronounced during the pregnancy.

Keywords: assisted reproductive technology, in vitro fertilization, family relations, parent-child relations.

References

1. Korsak V.S. Rossijskaja asociacija reprodukcii cheloveka. Otchet za 2018 g. [Russian Association of Human Reproduction. 2018 Report] [Electronic Resource]. URL: http://www.rahr.ru/d_registr_otchet/RegistrART2018.pdf (In Russ.)

2. Kocherova O.Ju., Pyhtina L.A., Gadzhimuradova N.D. [et al.] Psihologicheskie osobennosti materij detej, zachatyh s pomoshhu jekstrakorporalnogo oplodotvorenija [Psychological features of mothers of children conceived with in vitro fertilization]. *Klinicheskaja i specialnaja psihologija* [Clinical and special psychology]. 2016. Vol. 5, N 3. Pp. 69–77. (In Russ.)

3. Leshchinskaia S.B. Faktory, vlijajushhie na razvitie detej pri vspomogatelnyh reproduktivnyh tehnologijah: obzor literatury [Factors influencing the development of children in assisted reproductive technologies: literature review]. *Vestnik psihoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2020. N 75 (80). Pp. 130–146. (In Russ.)

4. Malenova A.Ju., Kytkova I.G. Otnoshenie zhenshin v situacii jeko k beremennosti, rebenku, materinstvu [Attitude of women in the eco situation to pregnancy, child, motherhood]. *Pediatr* [Pediatrician]. 2015. N 4. Pp. 97–104. (In Russ.)

5. Naku E.A., Bokhan T.G., Ulianich A.L. [et al.] Psihologicheskie karakteristiki zhenshin, prohodjashih lechenie po programme JeKO [Psychological characteristics of women undergoing IVF treatment]. *Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii* [Issues of gynecology, obstetrics and perinatology]. 2016. N 15 (6). Pp. 23–30. (In Russ.)

6. Solov'eva E.V. O materinskom otnoshenii k detjam rannego vozrasta, zachatym posredstvom jekstrakorporalnogo oplodotvorenija [On maternal attitude to young children conceived through in vitro fertilization]. *Psihologo-pedagogicheskie issledovanija* [Psychological and pedagogical research]. 2014. Vol. 6, N 4. Pp. 147–156. (In Russ.)

7. Jakupova V.A., Zaharova E.I. Osobennosti vnutrennej pozicii materi u uchastnic programmy JeKO [Features of the mothers internal position among participants in the IVF program]. *Kulturno-istoricheskaja psihologija* [Cultural and historical psychology]. 2016. Vol. 12, N 1. Pp. 46–55. (In Russ.)

8. Blake L., Casey P., Jadv V., Golombok S. Marital stability and quality in families created by assisted reproduction techniques: a follow-up study. *Reproductive BioMedicine Online*. 2012. N 25. Pp. 678–683.

9. Darwiche J., Favez N., Simonelli A. [et al.] Prenatal Coparenting Alliance and Marital Satisfaction When Pregnancy Occurs After Assisted Reproductive Technologies or Spontaneously. *Family Relations*. 2015. Vol. 64, N 4. Pp. 534–546.

10. Gameiro S., Canavarro M.C., Boivin J. [et al.] Parental investment in couples who conceived spontaneously or with assisted reproductive techniques. *Human Reproduction*. 2011. Vol. 26, N 5. Pp. 1128–1137.

11. García-Blanco A., Diago V., Hervás D. [et al.] Anxiety and depressive symptoms, and stress biomarkers in pregnant women after in vitro fertilization: a prospective cohort study. *Human Reproduction*. 2018. Vol. 33, N 7. C. 1237–1246.

12. McMahon C.A., Boivin J., Gibson F.L. [et al.] Pregnancy-specific anxiety, ART conception and infant temperament at 4 months post-partum. *Human Reproduction*. 2013. Vol. 28, N 4. Pp. 997–1005.

13. Mohammadi N., Shamshiri M., Mohammadpour A. [et al.] «Supermothers»: the meaning of mothering after assisted reproductive technology. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2014. Vol. 33, N 1. Pp. 42–53.

Received 15.04.2021

For citing. Leshchinskaia S.B., Stoyanova I.Ya., Bokhan T.G. Vzaimodejstvie roditelej, ih psihicheskoe zdorove i otnoshenie k rebenku v kontekste problem i resursov semi s narusheniem reproduktivnogo zdorovja. *Vestnik psikhoterapii*. 2021. N 78. Pp. 79–97. **(In Russ.)**

Leshchinskaia S.B., Stoyanova I.Ya., Bokhan T.G. Interaction between parents, their mental health and attitude towards the child in the context of the strengths and weaknesses of families with reproductive health problems. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2021. N 78. Pp. 79–97.

ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ

¹ Томский государственный университет (Россия, Томск, пр. Ленина, д. 36);

² Научно-исследовательский институт психического здоровья ТНИМЦ (Россия, Томск, Алеутская ул., д. 4).

В статье представлены результаты эмпирического исследования, направленного на определение эффективности проводимых психокоррекционных мероприятий с больными шизофренией (рубрика F20 по МКБ-10), совершивших общественно опасные деяния и находящихся на принудительном лечении. Исследование эффективности проводилось с помощью динамического психодиагностического обследования больных, принимавших участие в психокоррекционной программе. Были исследованы особенности их личности, самооценки, локуса контроля, совладающего поведения. Сконструирована модель психологического сопровождения больных шизофренией в условиях принудительного лечения.

Ключевые слова: психокоррекционная программа, больные шизофренией, психологическая диагностика, копинг-стратегии, самооценка, личностные особенности.

Введение

Проблема повышения эффективности реабилитационных программ для больных психическими заболеваниями, совершивших общественно опасные деяния (ООД), снижения возможности повторных криминогенных действий сохраняет свою актуальность в настоящее время. При осуществлении лечебно-реабилитационных программ в условиях принудительного лечения наряду с медицинскими мероприятиями важную роль играет психологическое сопровождение. Осуществление психокоррекционной работы является неотъемлемой частью деятельности медицинского психолога в рамках психологического сопровождения больных на принудительном ле-

✉ Пенявская Анастасия Владимировна – аспирант, Нац. исслед. Томский гос. ун-т (Россия, 634050, Томск, пр. Ленина, д. 36); e-mail: A.Penyavskaya@gmail.com;

Стоянова Ирина Яковлевна – д-р психол. наук проф., вед. науч. сотрудник НИИ психич. здоровья ТНИМЦ, проф. каф. психотерапии, Нац. исслед. Томский гос. ун-т (Россия, 634050, Томск, пр. Ленина, д. 36); e-mail: ithka1948@mail.ru;

Брель Елена Юрьевна – д-р психол. наук, ст. науч. сотр. лаб. когнитивных исследований фак-та психологии, Нац. исслед. Томский гос. ун-т (Россия, 634050, Томск, пр. Ленина, д. 36); e-mail: breley@mgppu.ru.

чении с целью достижения устойчивой ремиссии, предупреждения повторных общественно опасных действий и устранению факторов и условий, приводящих к преступлениям [1, 3, 4, 8].

Несмотря на имеющиеся работы, посвященные изучению психологических особенностей больных шизофренией, совершивших ООД, эффективность существующих профилактических и реабилитационных программ оказывается недостаточно высокой [1, 4–6]. Существует дефицит комплексных клинико-психологических исследований, направленных на изучение критериев оценки эффективности осуществляемых лечебно-реабилитационных программ на этапе принудительного лечения [2, 3, 5].

Целью настоящего исследования является изучение возможностей коррекционной работы с больными шизофренией с учетом индивидуально-типологических характеристик на этапе принудительного лечения, создание психокоррекционной программы и определение ее эффективности.

Материалы и методы исследования

Выборку исследования составили 62 больных шизофренией, находящихся на стационарном принудительном лечении в отделении специализированного типа психиатрической больницы г. Томска. Выборка пациентов характеризуется наличием шизофренического патопсихологического синдрома (Зейгарник Б.В.). Клинический диагноз по МКБ-10 соответствует рубрике F20 – шизофрения, параноидная форма.

Средний возраст испытуемых составил $24,3 \pm 3,3$ лет. В момент обследования пациенты находились в состоянии медикаментозной ремиссии. В большинстве случаев общественно опасными деяниями явились убийства, нанесение тяжких либо легких телесных повреждений, а также кражи и насильственные действия сексуального характера (статьи УК РФ – 105, 119, 158, 161, 132).

Психологическое обследование пациентов включало определение патопсихологических и личностных особенностей больных шизофренией с применением следующих методик: «Самооценка» Т.В. Дембо и С.Я. Рубинштейн в адаптации Яньшина П.В. (2004); тест «ММРІ» в адаптации Л.Н. Собчик (2000); опросник «Уровень субъективного контроля» Дж. Роттера в адаптации Е.Ф. Бажина, С.А. Гольнкиной, А.М.Эткинда (1984); опросник Лазаруса «Способы совладающего поведения» в адаптации Вассермана, Б.В. Иовлевой, Е.Р. Исаевой, Е.А. Трифоновой, О.Ю. Щелкова, М.Ю. Новожиловой, А.Я. Вукса (2008). Статистическая обработка данных

проводилась при помощи пакета программ Statistica 17.0 с применением методов описательной статистики.

Результаты и их обсуждение

Проведенное исследование способствовало выявлению характерных для пациентов антисоциальных личностных установок, слабость критики к своему болезненному состоянию, отсутствие осознания взаимосвязи возникновения болезни с совершением ООД, наличие обвиняющей позиции по отношению к другим, склонность к импульсивности, агрессивности, неспособность адекватно анализировать возникающие ситуации, нарушение проблемно-разрешающего поведения, что в большинстве случаев приводит к повторным правонарушениям. При этом степень выраженности данных характеристик проявлялась по-разному.

С помощью методики «Самооценка» установлено, что адекватная самооценка (45–74 балла) отмечалась в 21 % случаев; низкая самооценка (менее 45 баллов) с неуверенностью и недооценкой собственных сил – в 17 %; завышенная (75–100 баллов) с нечувствительностью к своим ошибкам, неудачам, замечаниям, советам окружающих – в 62 %. Полученные данные свидетельствуют о том, что для большинства пациентов данной выборки характерна переоценка своих возможностей, неадекватность оценки своего состояния, снижение критичности к своему психическому состоянию в целом.

Психологический анализ результатов, полученных с помощью методики «УСК», показал, что высокий уровень общей интернальности характерен для 69 % пациентов. Несмотря на высокий уровень интернальности у больных шизофренией, наличие бредового конструкта в симптоматике заболевания обуславливает их склонность обвинять в происходящем окружающих людей.

С целью определения индивидуально-типологических особенностей пациентов данной выборки проведен анализ показателей опросника «ММРІ». Результаты свидетельствуют о том, что в большинстве случаев личностный профиль пациентов имеет пикообразный характер (ярко выражены пики по шкалам F, 4, 6, 8), расположенный в пределах от 55 до 75 Т-баллов. Для пациентов с таким профилем характерны конфликтность, раздражительность, жестокость, скрываемая тревога, непредсказуемость поступков, импульсивность, низкая продуктивность в работе, неустойчивая приспособляемость, склонность к асоциальным поступкам и к общению с асоциальными лицами.

При исследовании особенностей совладающего поведения больных шизофренией выявлено, что основными копинг-стратегиями явились: «конфронтация» – 45 (73 %), «дистанцирование» – 40 (66 %), «бегство–избегание» – 31 (50 %). При выраженном предпочтении стратегии «конфронтация» у пациентов наблюдаются импульсивность в поведении, враждебность, трудности планирования действий, прогнозирования их результата, неоправданное упорство, а также агрессивные действия. Копинг-действия при этом теряют свою целенаправленность и становятся преимущественно результатом разрядки эмоционального напряжения.

В процессе исследования с помощью структурированной беседы и кластерного анализа выявлены типологические характеристики отношения к болезни и общественно опасному деянию, их взаимосвязи с другими психологическими и патопсихологическими характеристиками больных шизофренией. Установлено, что типологические характеристики отношения к болезни у больных шизофренией имеют достоверные различия в когнитивном, эмоциональном и мотивационном компонентах и представлены в двух вариантах: «Осознание болезни» и «Отрицание болезни» [8].

Типологические характеристики отношения к ООД у больных шизофренией, имеют достоверные различия в когнитивном, эмоциональном и мотивационном компонентах и представлены в трех вариантах: «Не виновен в ООД», «Виновны алкоголь и наркотики», «Виновен в ООД» [8].

Особенности отношения к болезни этих пациентов обусловлены преломлением их системы отношений через призму хронического психического заболевания, которое приводит к своеобразию реакций на психическую болезнь. Неспособность пациентов адекватно оценивать и осознавать свою роль в совершении ООД обусловлено расстройствами мыслительной деятельности, нарушающими целенаправленность мышления и смыслообразование, свойственные данному психическому заболеванию.

Таким образом, выделенные варианты типологических проявлений больных шизофренией, включая «Отрицание болезни и ООД», «Отрицание болезни и частичное признание вины в ООД», «Осознание болезни и ООД» в сочетании с другими характеристиками позволили установить разные уровни личностного дефекта у больных шизофренией.

На основе выявленной типологии отношения к болезни и к общественно опасному деянию исследуемых пациентов конструируется модель психологического сопровождения на принудительном лечении с учетом определения мишеней психологического воздействия (см. рис.).

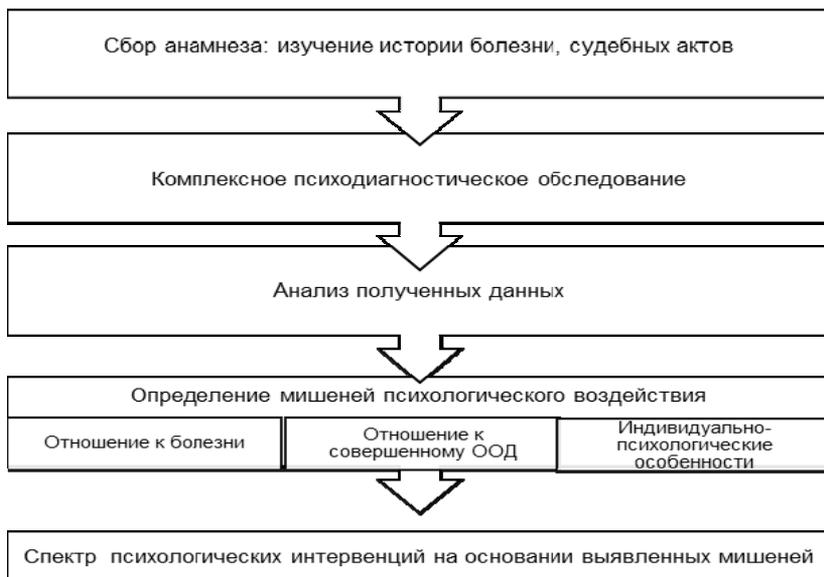


Рис. Модель психологического сопровождения больных шизофренией в условиях принудительного лечения

Коррекционная программа включала когнитивно-поведенческую терапию и арт-терапию, которые проводились в групповом формате. Основываясь на принципах когнитивно-поведенческой психотерапии (А. Бек, А. Эллис, А.Б. Холмогорова и др.) и арт-терапии (А.П. Копытин) коррекционный процесс осуществлялся с учетом мотивационной, когнитивной, ценностно-смысловой, эмоциональной, поведенческой, саморегуляционной составляющих характеристик пациентов. Методы когнитивно-поведенческой, арт-терапевтической и гуманистической (клиент-центрированной) психотерапии в рамках предлагаемой интегративной модели взаимно дополняют друг друга, что способствует улучшению психического состояния и, как следствие, увеличению длительности ремиссии.

Психокоррекционные мероприятия проводились в составе комплексной терапии (больные получали стандартное медикаментозное лечение, проходили курс психосоциальной реабилитации). Из основной выборки (N = 62) 20 пациентов (группа 1) вошли в программу психологических интервенций. Все участники программы были осведомлены о целях и средствах коррекционной работы, которая проходила в форме групповых

занятий. Коррекционная программа преследовала своей целью улучшение показателей когнитивной, эмоциональной, поведенческой сфер больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении. Остальные члены выборки – 10 больных (группа 2) не проходили курс психологических интервенций. В последующем сравнивались результаты динамики указанных выше параметров в обеих группах больных шизофренией.

Проведено сравнительное исследование показателей психодиагностических методик до и после психологических интервенций.

После психологических воздействий у пациентов группы 1, проходивших программу психокоррекции, отмечена положительная динамика по ряду параметров. Пациенты, принявшие участие в программе психокоррекции, демонстрировали улучшение показателей по всем шкалам методик «Способы совладающего поведения», что было подтверждено статистически. Наблюдается сдвиг значений по шкалам: «Конфронтативный копинг», который носит статистически значимый характер ($p = 0,01$); по шкале «Поиск социальной поддержки», по шкале «Положительная переоценка» приближение значений к «средним» свидетельствует о положительной динамике в коммуникативной и эмоциональной сфере пациентов, что способствует улучшению социальной адаптации.

Наблюдается сдвиг значений по шкалам методики «Самооценка», который носит статистически значимый характер ($p = 0,05$). Сдвиг значений по шкалам «Самооценка здоровья», «Самооценка настроения» к средним значениям нормы говорит о повышении критичности пациентов к себе и наличии тенденции к формированию адекватного отношения к болезни, а также об адекватности самооценки.

Отмечается динамика изменения личностных качеств согласно результатам методики «ММРІ». По результатам психологических интервенций получены статистически значимые изменения ($p = 0,01$) по шкалам «Достоверность», «Психопатия», «Шизоидность», «Паранойя» и «Интроверсия» ($p = 0,05$). Приближение значений по шкале достоверности к средним значениям нормы может свидетельствовать о проявлении критичности к себе, формировании адекватного отношения к себе, к своей самооценке, а также о стабилизации психического состояния.

По всем шкалам у группы 2 проходивших программу психосоциальной реабилитации также были изменения, но незначительные, т. е. достоверных сдвигов не произошло. У обеих групп наблюдались изменения показателей после проведения реабилитационных мероприятий, однако улучшение показателей было более выражено в группе 1. У пациентов,

проходящих программу психокоррекции, выявлена более существенная положительная динамика. Достоверно значимо улучшились показатели как по шкалам невротической триады (1, 2, 3), так и по шкалам психотической тетрады (4, 6, 8, 9), а также по шкале F. Снизилась выраженность психотической симптоматики, редуцировались паранойяльные, сверхценные, бредовые идеи, пациенты стали адекватнее и контактнее. Уменьшилась интенсивность антисоциальных проявлений, хотя сама ее структура осталась почти неизменной.

Выводы

Подтверждена эффективность применения психокоррекционной программы для больных шизофренией с криминальным анамнезом с учетом индивидуально-типологических характеристик. Интегративный подход при психологическом воздействии в виде сочетанного использования арт-терапии, когнитивно-поведенческой терапии и тренинговых методов способствует формированию адекватного отношения к психическому заболеванию и совершенному общественно опасному деянию, улучшению психического состояния.

Пациенты, принявшие участие в программе психокоррекции, продемонстрировали улучшение показателей по всем шкалам методик. Исследование параметров копинг-поведения в группе показало достоверное повышение уровня продуктивной стратегии «принятие ответственности» ($p = 0,05$), «социальная поддержка» ($p = 0,001$) и статистически значимое снижение уровня непродуктивной стратегии «конфронтация» ($p = 0,05$); статистически значимые изменения ($p = 0,01$) по шкалам «Достоверность», «Психопатия», «Шизоидность»; «Паранойя» и «Интроверсия» ($p = 0,05$) методики «ММРІ».

Также установлено, что эффективность психологического сопровождения обусловлена совокупностью психологических характеристик больных шизофренией, типом взаимосвязи отношения к болезни и к общественно опасному деянию.

Литература

1. Булыгина В.Г. Психосоциальная реабилитация во время принудительного лечения в психиатрическом стационаре // Российский психиатрический журнал. – 2006. – № 2. – С. 12–17.

2 Булыгина В.Г., Кабанова Т.Н. Роль субъективных оценок психически больных в формировании приверженности лечению и профилактике повторных ООД [Электронный ресурс] // Психология и право. – 2012. – Т. 2, № 1. URL:

<https://psyjournals.ru/psyandlaw/2012/n1/50332.shtml> (дата обращения: 15.02.2021).

3 Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. – М. : Медпрактика, 2004. – 492 с.

4. Котов В.П., Мальцева М.М. [и др.] Принудительное лечение в психиатрическом стационаре: рук-во для врачей. – М., 2010. – 345 с.

5. Круглова А.И., Калинина А.Н., Барна И.В. Актуальные вопросы психологической коррекции пациентов, находящихся на принудительном лечении у психиатра // Научное обозрение. Медицинские науки. – 2016. – № 6. – С. 75–77.

6. Макушкина О.А., Голанд В.Б., Муганцева Л.А. Мониторинг и десятилетний тренд развития судебно-психиатрической профилактики в психиатрической службе страны (2007-2016 гг.): информ.-аналит. справ. – М. : Изд-во НМИЦ ПН им. В.П. Сербского, 2018. – 244 с.

7. Пенявская А.В. Особенности психологического сопровождения больных шизофренией на принудительном лечении: основные принципы и задачи // Неврологический вестник им. В.М. Бехтерева. – 2019. – Т. 51, № 4 – С. 95–97.

8. Пенявская А.В., Мещерякова Э.И., Стоянова И.Я. Типология отношения к болезни и общественно опасному деянию больных шизофренией во взаимосвязи с их психологическими характеристиками // Сибирский психологический журнал. – 2020. – № 77. – С. 111–129.

Поступила 09.04.2021

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

Для цитирования. Пенявская А.В., Стоянова И.Я., Брель Е.Ю. Возможности психологического сопровождения больных шизофренией на принудительном лечении // Вестник психотерапии. 2021. № 78 (83). С. 98–107.

POSSIBILITIES OF PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA ON COMPULSORY TREATMENT

Penyavskaya A.V.¹, Stoyanova I.Ya.^{1,2}, Brel E.Yu.¹

¹Tomsk State University (Lenin Ave., 36, Tomsk, Russia);

²Scientific Research Institute of Mental Health of the Tomsk Scientific Research Medical Center (Aleutskaya Str., 4, Tomsk, Russia).

✉ Anastasiya Vladimirovna Penyavskaya – PhD Student, Tomsk State University (Lenin Ave., 36, Tomsk, 634050, Russia); e-mail: A.Penyavskaya@gmail.com;

Irina Yakovlevna Stoyanova – Dr. Psychol. Sci. Prof., Leading Research Associate at the Research Institute of Mental Health TNIMTs (Aleutskaya Str., 4, Tomsk, 634027, Russia), Prof. of the Department of Psychotherapy of Tomsk State University (Lenin Ave., 36, Tomsk, 634050, Russia); e-mail: ithka1948@mail.ru;

Elena Yurievna Brel – Dr. Psychol. Sci., Senior Research Associate Laboratory of Cognitive Research, Faculty of Psychology of Tomsk State University (Lenin Ave., 36, Tomsk, 634050, Russia); e-mail: breley@mgppu.ru.

Abstract. The article presents the results of an empirical study aimed at determining the effectiveness of psychocorrection measures with patients with schizophrenia (category F20 according to ICD-10) who have committed socially dangerous acts and are on compulsory treatment. The study of the effectiveness was carried out using a dynamic psychodiagnostic examination of patients who participated in the psychocorrection program. The features of their personality, self-esteem, locus of control, coping behavior were studied. A model of psychological support for patients with schizophrenia in conditions of compulsory treatment is presented.

Keywords: psychocorrection program, patients with schizophrenia, psychological diagnosis, coping strategies, self-assessment, personal characteristics.

References

1. Bulygina V.G. Psikhosotsialnaya reabilitatsiya vo vremya prinuditelnogo lecheniya v psikiatricheskom statsionare [Psychosocial rehabilitation during compulsory treatment in a psychiatric hospital]. *Rossiyskiy psikiatricheskii zhurnal* [Russian Journal of Psychiatry]. 2006. N 2. Pp. 12–17. (In Russ.)

2. Bulygina V.G., Kabanova T.N. Rol subektivnykh ocenok psichicheski bolnykh v formirovaniy priverzhennosti lecheniyu i profilaktike povtornykh OOD [The role of subjective assessments of mentally ill patients in the formation of adherence to the treatment and prevention of repeated ODI] [Electronic resource]. *Psihologiya i parvo* [Psychology and law]. 2012. Vol. 2, N 1. URL: <https://psyjournals.ru/psyandlaw/2012/n1/50332.shtml> (In Russ.).

3. Gurovich I.Ya., Shmukler A.B., Storozhakova Ya.A. Psihosotsialnaya terapiya i psihosotsialnaya reabilitatsiya v psikiatrii [Psychosocial therapy and psychosocial rehabilitation in psychiatry]. Moskva. 2004. 492 p. (In Russ.).

4. Kotov V.P., Maltseva M.M. [et al.] Prinuditelnoe lechenie v psikiatricheskom statsionare [Compulsory treatment in a psychiatric hospital: hands for doctors]. Moskva. 2010. 345 p. (In Russ.).

5. Kruglova A.I., Kalinina A.N., Barna I.V. Aktualnye voprosy psihologicheskoy korrektsii pacientov, nahodyashhihsya na prinuditelnom lechenii u psihiatra [Topical issues of psychological correction of patients undergoing compulsory treatment with a psychiatrist]. *Nauchnoe obozrenie. Medicinskie nauki* [Scientific review. Medical sciences]. 2016. N 6. Pp. 75–77. (In Russ.).

6. Makushkina O.A., Goland V.B., Muganceva L.A. Monitoring i desyatiletnij trend razvitiya sudebno-psikiatricheskoy profilaktiki v psikiatricheskoy sluzhbe strany

(2007-2016 gg.) [Monitoring and ten-year trend in the development of forensic psychiatric prevention in the country's psychiatric service (2007-2016)]. Moskva. 2018. 244 p. (In Russ.).

7. Penyavskaya A.V. Osobennosti psihologicheskogo soprovozhdeniya bolnyh shizofreniej na prinuditelnom lechenii: osnovnye principy i zadachi [Features of psychological support for patients with schizophrenia on compulsory treatment: basic principles and tasks]. *Nevrologicheskij vestnik im. V.M. Bekhtereva* [Neurological bulletin named after V.M. Bekhtereva]. 2019. Vol. 51, N 4. Pp. 95–97. (In Russ.).

8. Penyavskaya A.V. Tipologiya otnosheniya k bolezni i obshhestvenno opasnomu deyaniyu bolnyh shizofreniej vo vzaimosvyazi s ih psihologicheskimi harakteristikami [Typology of attitude to the disease and the socially dangerous act of patients with schizophrenia in connection with their psychological characteristics]. *Sibirskij psihologicheskij zhurnal* [Siberian psychological journal]. 2020. N 77. Pp. 111–129. (In Russ.).

Received 09.04.2021

For citing. Penyavskaya A.V., Stoyanova I.Ya., Brel E.Yu. Vozmozhnosti psihologicheskogo soprovozhdeniya bolnyh shizofreniej na prinuditelnom lechenii. *Vestnik psikhoterapii*. 2021. N 78. Pp. 98–107. **(In Russ.)**.

Penyavskaya A.V., Stoyanova I.Ya., Brel E.Yu. Possibilities of psychological support of patients with schizophrenia on compulsory treatment. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2021. N 78. Pp. 98–107.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ АДАПТИВНОСТИ У СОТРУДНИКОВ ФСИН РОССИИ С РАЗЛИЧНЫМ СТАЖЕМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

¹ Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского (Россия, Москва, Кропоткинский пер., д. 23);

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

Целью исследования было изучение психологических особенностей адаптивных и неадаптивных сотрудников ФСИН России с различным профессиональным стажем, посредством выделения возрастных групп сотрудников, соотносимых с периодизацией профессионализации личности. Обследовано 45 сотрудников ФСИН России мужского пола в возрасте от 20 до 49 лет. Оценка индивидуально-психологических особенностей проводилась с помощью специализированных методик. Установлено, что к психологическим особенностям сотрудников ФСИН России с низкой адаптивностью, не зависящим от возраста, относятся: низкий уровень саморегуляции на фоне высокой личностной тревожности, двигательной ригидности, низкого темпа интеллектуальных операций, ограниченности социальных контактов и высокой чувствительности к неудачам в общении. Сотрудники в возрасте 20–34 года с низкой адаптивностью отличаются высокие физическая активность и активация поведения, направленная на реализацию поставленной цели, конфликтность, склонность к проявлению агрессии. Что сочетается с низкой способностью к продумыванию последовательности своих действий и выделению значимых условий для достижения цели, а также к адекватной оценке результатов своей деятельности. Помимо этого, для сотрудников этой группы характерна низкая толерантность к умственному напряжению, вязкость мышления, неготовность устанавливать новые социальные контакты,

✉ Дубинский Александр Александрович – канд. психол. наук, науч. сотр. лаб. психогигиены и психопрофилактики, Нац. мед. исслед. центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского (Россия, 119001, Москва, Кропоткинский пер., д. 23); e-mail: aleksandr-dubinskij@yandex.ru;

Кабанова Татьяна Николаевна – канд. психол. наук, ст. науч. сотр. лаборатории психогигиены и психопрофилактики, Нац. мед. исслед. центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского (Россия, 119001, Москва, Кропоткинский пер., д. 23); e-mail: tatianak0607@yandex.ru;

Булыгина Вера Геннадьевна – д-р психол. наук проф., руководитель лаб. психогигиены и психопрофилактики, Нац. мед. исслед. центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского (Россия, 119001, Москва, Кропоткинский пер., д. 23), проф. каф. клинич. и судебной психологии, Московский гос. психолого-педагогический ун-т (Россия, 127051, Москва, ул. Сретенка, д. 29); e-mail: ver210@yandex.ru.

низкая вербальная активность, неудовлетворенность от процесса общения.

Для сотрудников ФСИН России в возрасте 35–49 лет с низкой адаптивностью на первый план выступают низкие физическая выносливость и двигательная активность, ригидность и заторможенность двигательных операций, низкая поведенческая активация, связанная с достижением цели, избегание социальных контактов в сочетании с высокой чувствительностью к коммуникативным проблемам, ригидность регуляторных и мыслительных процессов, низкий темп интеллектуальных процессов на фоне высокой эмоциональной неустойчивости, ситуативной тревожности при достаточном уровне интеллектуальных возможностей и удовлетворительном темпе коммуникативных программ.

Ключевые слова: адаптивность, ФСИН, стаж, профессиональная деятельность, саморегуляция, формально-динамические свойства, психическая устойчивость.

Введение

В настоящее время уголовно-исполнительная система (УИС) продолжает переживать период совершенствования и развития, одним из главных направлений которого является повышение эффективности деятельности учреждений (органов) УИС, совершенствовании кадрового состава и выработка профессиональных требований к сотрудникам УИС.

Деятельность сотрудников Федеральной службы исполнения наказаний (ФСИН) России относится к категории профессий с очень напряженными условиями труда и высоким уровнем стресса. Служба в учреждениях и органах УИС характеризуется следующими особенностями: наличие элементов военизации (т. е. установленная форма одежды, строевая, тактико-специальная и физическая подготовка сотрудников, специальные звания сотрудников УИС, иерархическая подчиненность и др.); график рабочего времени – в выходные и праздничные дни и несение службы в ночное время; особый правовой статус сотрудников УИС; риск для жизни и здоровья сотрудника при несении службы; взаимодействие с лицами – носителями криминальной субкультуры, что предполагает сформированность умений и навыков в применении специальных средств, физической силы и огнестрельного оружия; несение службы в закрытых и замкнутых пространствах с особыми правилами доступа в соответствующие помещения и др. [13].

Основной задачей УИС является исполнение наказаний, и главной отличительной особенностью служебной деятельности сотрудников исправительных учреждений является необходимость постоянных коммуникаций со спецконтингентом, со стороны которого нередкими являются случаи проявления агрессии и провокативного поведения [12]. Необходимость применения физической силы или специальных средств в случаях

агрессивного поведения со стороны осужденных, а при нападении на сотрудников, побегах – применения огнестрельного оружия, в том числе на поражение, определяет отнесение этого вида профессиональной деятельности к группе опасных. Соответственно задача сохранения профессиональной надежности в экстремальных ситуациях выводит на первый план способность сотрудника к быстрой адаптации к опасным условиям, нервно-психическую устойчивость, высокий уровень саморегуляции деятельности и эмоционального состояния, возможность принятия наиболее оптимальных решений.

По состоянию на 1 января 2018 г. штатная численность персонала УИС составляла 295 967 человек; в учреждениях, исполняющих наказания, содержалось 602 176 человек; в уголовно-исполнительных инспекциях состояло на учете 485 813 человек [2].

В последние годы отмечается высокая текучесть кадров с сохранением тенденции к повышению уволенных на первом году службы, так, в 2013 г. их количество составило 404 сотрудника; в 2014 г. – 186 сотрудников; в 2015 г. – 548; в 2016 г. – 722 сотрудника; в 2017 г. – 921 сотрудник. Наблюдается значительное сокращение доли молодых специалистов в аттестованном составе УИС. За последние 5 лет число специалистов со стажем работы до 1 года по России сократилось на 0,4 %, от 1 года до 3 лет – на 5 %, от 3 до 10 – на 5,1 %. Согласно ведомственной статистике, увольняющиеся молодые сотрудники составляют около 10 % от общего количества увольняющихся из УИС ежегодно [10].

Также следует отметить высокие показатели нарушений служебной дисциплины от общего числа личного состава в УИС, в 2012 г. – 20 %; в 2013 г. – 29,7 %; в 2014 г. – 27,9 %; в 2015 г. – 30,5 %, в 2016 г. – 30,7 %, в 2017 г. – 30,7 %, в 2018 г. – 29,7 %. Особо следует отметить сохраняющийся уровень преступности среди сотрудников УИС: в 2014 г. было зарегистрировано 359 случаев возбуждения уголовных дел в отношении сотрудников УИС; в 2015 г. – 379, в 2016 г. – 380, в 2017 г. – 381 случай, в 2018 г. – 363 [9].

Высокий рост уволившихся сотрудников, особенно на первом году службы, во многом обусловлен неудовлетворенностью условиями профессиональной деятельности, низкой заинтересованностью в результатах своего труда, что при условии профессионального стресса приводит к эмоциональному выгоранию, хронификации негативных психических состояний и нарушению процесса социально-психологической адаптации.

Необходимо добавить, что, с одной стороны, трудности адаптации

связаны с особенностями и содержанием профессиональной деятельности, с другой – характер адаптации и дезадаптации во многом определяется личностными особенностями сотрудника [4, 8, 14].

Традиционно показатели адаптации делят на объективные и субъективные. К первым, как правило, относят стаж работы и различные показатели продуктивности деятельности. Субъективные критерии адаптации включают личностные характеристики сотрудника, в том числе интеллектуальные и личностные составляющие (например, способность быстро и точно решать возникающие профессиональные задачи, уверенность в себе, ответственность, самостоятельность в принятии решения, коммуникативную компетентность и т. п.). Современные эмпирические исследования подтверждают, что существенную роль в процессе адаптации играют индивидуально-типологические свойства нервной системы, особенности психического состояния, сенсомоторных реакций, познавательной и личностной сферы [5, 6].

Исследователи выделяют в качестве самостоятельного понятие «продолжительность или срок адаптации». Единого мнения по этому вопросу нет: сроки колеблются от 1–6 месяцев до 5 лет. При этом следует отметить, что каждому человеку для адаптации требуется разное время. По результатам проведенного опроса у 29,27 % от общего числа опрошенных молодых сотрудников – выпускников образовательных организаций ФСИН России адаптация на новом месте службы продолжалась 1 месяц; у 17,27 % – 2 месяца; у 27,09 % – 3 месяца; у 14,73 % – 6 месяцев; у 7,64 % – 1 год и у 3,82% более года. При этом было обнаружено, что у 26,19% молодых сотрудников низкий уровень адаптивности был обусловлен их индивидуально-психологическими характеристиками [1].

В исследованиях психической дезадаптации и профессионального стресса у сотрудников правоохранительных органов выявлены большая выраженность проявлений низкой нервно-психической устойчивости, высокий уровень личностной тревожности и сложностей во взаимоотношениях с окружающими у сотрудников со стажем до 5 лет и свыше 15 лет службы [7, 14]. Наибольшую подверженность профессиональному стрессу испытывают сотрудники со стажем работы от 1 года до 5 лет, что не исключает в последующем риска развития состояний психической дезадаптации [11].

Несмотря на внимание к проблеме профессионального отбора и психопрофилактики психической дезадаптации у специалистов экстремально-го профиля, существует дефицит эмпирических исследований психологи-

ческих факторов адаптации. Исследование процесса психической адаптации сотрудников ФСИН России, а также психологических коррелятов и их влияния на успешность процесса адаптации на разных этапах несения службы является актуальным и востребованным ввиду повышения точности прогноза поведения сотрудника при выполнении различных служебных задач. В связи с этим целью настоящего исследования стало выделение психологических коррелятов адаптивности у сотрудников ФСИН России с различным стажем профессиональной деятельности.

Материал и методы

Обследовано 45 сотрудников ФСИН России мужского пола в возрасте от 20 до 49 лет (средний возраст – $34,69 \pm 7,41$ года). По решению комиссии ежегодного медицинского освидетельствования сотрудники были признаны годными к службе по состоянию здоровья.

Для изучения особенностей психологической адаптации сотрудников ФСИН России, связанных с профессиональным стажем, общая выборка была поделена на 2 группы на основе квартилизации сотрудников по возрасту. Лица, у которых показатель возраста вошел в 1-й и 2-й квартили, были включены в младшую возрастную группу (группа 1). В нее попали 25 сотрудников ФСИН России в возрасте 20–34 года (средний возраст – $29,08 \pm 3,26$ года). Во 2-ю группу были включены сотрудники, показатель возраста которых входил в 3-й и 4-й квартили. В результате в нее вошло 20 сотрудников в возрасте 35–49 лет (средний возраст – $41,70 \pm 4,52$ года).

Данное выделение возрастных групп сотрудников соотносится с предложенной Д.Н. Завалишиной периодизацией профессионализации личности [3], согласно которой в течение первых 10 лет работы происходит адаптация специалиста к профессиональному труду и идентификация с профессией (1-я группа). Рассматривая специалиста с позиций онтологического субъекта, автор указывает, что стаж работы более 10 лет предполагает выбор специалистом творческого или нормативного способа существования в профессии. Развитый основной способ существования в профессии в большой степени соотносится со сложившимся отношением к миру (2-я группа).

Исследование психологических коррелятов адаптивности у сотрудников ФСИН России проводилось с использованием следующих диагностических инструментов: опросника формально-динамических свойств индивидуальности (ОФДСИ) В.М. Русалова (1977), «Самоконтроль» Х. Грасмика (1993) в адаптации В.Г. Бульгиной, А.М. Абдраязковой, И.В. Кова-

ленко (2008), Стиль саморегуляции поведения (В.И. Моросанова, 1989), Личностная и ситуативная тревожность (Ч.Д. Спилбергер, 1976 в адаптации Ю.Л. Ханина, 1978), Личностного опросника EPQ Г. Айзенка (1968), методики изучения систем активации и торможения поведения Карвера–Уайта BIS-BAS (1994) в адаптации Г.Г. Князева, Е.Р. Слободской (2007).

Статистическая обработка эмпирических данных проводилась с использованием t-критерия Стьюдента для независимых выборок, непараметрического критерия U-Манна–Уитни, описательных статистик. Проверка данных на нормальность распределения проводилась с помощью критерия Z Колмогорова–Смирнова. Обработка данных производилась в программных пакетах IBM SPSS Statistics v. 21.0 и Excel 2019.

Результаты и обсуждение

На первом этапе исследования для выявления специфичных для профессионального стажа психологических особенностей сотрудников был проведен сравнительный анализ изученных показателей между выделенными возрастными группами (t-критерий Стьюдента для независимых выборок) (рис. 1, 2).

В результате было выявлено, что сотрудников ФСИН России старшей возрастной группы (35–49 лет), по сравнению с группой в возрасте 20–34 года, значимо отличали низкая гибкость процесса саморегуляции ($t = 3,88; p < 0,001$), сцепленность звеньев процесса произвольной регуляции ($t = 2,46; p < 0,05$), низкая активация поведения, направленная на достижение цели (BAS Drive) ($t = -2,35; p < 0,05$), невыраженность эгоцентризма в структуре самоконтроля ($t = 1,96; p < 0,05$), а также низкие показатели психотизма ($t = 2,90; p < 0,01$).

Среди формально-динамических свойств индивидуальности сотрудников ФСИН России в возрасте 35–49 лет, по сравнению с обследованными в возрасте 20–34 года, отличали низкие показатели психомоторной эргичности ($t = 2,21; p < 0,05$), психомоторной и интеллектуальной пластичности ($t = 2,25; p < 0,05; t = 3,06; p < 0,01$) и скорости ($t = 2,09; p < 0,05; t = 2,18; p < 0,05$), а также низкие показатели индексов психомоторной ($t = 2,56; p < 0,05$) и интеллектуальной ($t = 1,95; p < 0,046$) активности, а также общей адаптивности ($t = 2,21; p < 0,05$).

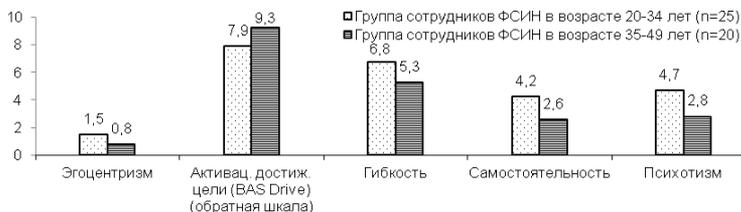


Рис 1. График средних значений психологических показателей в группах сотрудников ФСИН России в возрасте 20–34 года и 35–49 лет

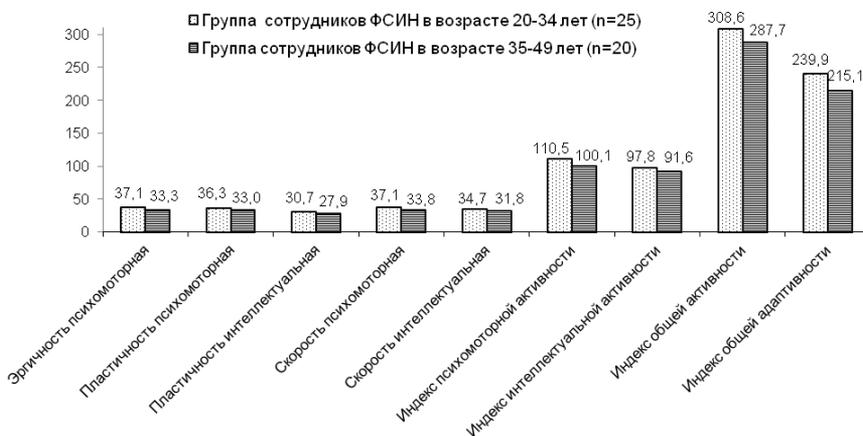


Рис 2. График средних значений психологических показателей в группах сотрудников ФСИН России в возрасте 20–34 года и 35–49 лет (продолжение)

Далее были проанализированы психологические особенности сотрудников ФСИН России с низкой и высокой адаптивностью. Для этого, с помощью выделения значений границ квартилей показателей индексов общей активности, эмоциональности и адаптивности опросника В.М. Русалова, сотрудники ФСИН России были отнесены в группу с низкой или высокой адаптивностью. Выбранные индексы отражают различную степень интеграции формально-динамических свойств индивидуальности. Суждение об основных характеристиках свойств индивидуальности, чувствительности к негативной обратной связи дает основания говорить о типе темперамента и поведенческой активности человека, типичном поведенческом реагировании и возможности адаптации к экстремальным условиям деятельности.

При этом в случае, если значения показателей индексов общей активности и адаптивности сотрудника ФСИН России входили в 1-й или 2-й квартиль, а значения индекса общей эмоциональности – в 3-й или 4-й, то у сотрудника отмечались нарушения адаптации (группа – низкая адаптивность). Если значения показателей индексов общей активности и адаптивности входили в 3-й или 4-й квартиль, а значения индекса общей эмоциональности в 1-й или 2-й квартиль, то у сотрудника наблюдалось отсутствие нарушений адаптации (группа – высокая адаптивность). Граничные значения квартилей по показателям опросника В.М. Русалова, использованным для выделения групп с низкой и высокой адаптивностью, представлены в таблице.

Таблица

Значения границ квартилей переменных опросника В.М. Русалова, использованным для выделения групп сотрудников ФСИН России с низкой и высокой адаптивностью, в баллах

Параметр	Q ₁ (25%)	Q ₂ (50%)	Q ₃ (75%)	Квартиль			
				1	2	3	4
Индекс общей активности	279,5	299,0	313,5	< 279,5	279,5–298,9	299–313,5	> 313,5
Индекс общей эмоциональности	62	70	76,5	< 62	62–69,9	70–76,5	> 76,5
Индекс общей адаптивности	204,5	225	248	< 204,5	204,5–224,9	225–248	> 248

В результате квартилизации в 1-ю группу (низкая адаптивность) вошло 23 сотрудника (средний возраст – $35,48 \pm 7,45$ года) с низкими показателями индексов общей активности, адаптивности и высокими показателями индекса общей эмоциональности. Во 2-ю группу (высокая адаптивность) вошло 22 сотрудника (средний возраст – $33,86 \pm 7,45$ года) с высокими показателями индексов общей активности, адаптивности и низкими показателями индекса общей эмоциональности. Сотрудники ФСИН России, вошедшие в 1-ю и 2-ю группы, на уровне статистической достоверности не различались по возрасту ($p > 0,05$).

Затем был проведен сравнительный анализ психологических показателей между группами сотрудников ФСИН России с низкой и высокой адаптивностью (t-критерий Стьюдента для независимых выборок) (рис. 3, 4). В результате было выявлено, что группу сотрудников с низкой адаптивностью отличали низкие показатели таких этапов процесса саморегуляции, как моделирование ($t = -3,33$; $p < 0,01$), программирование ($t = -2,22$;

$p < 0,05$), низкие показатели регуляторного свойства саморегуляции – оценка результатов ($t = -2,98$; $p < 0,01$), а также низкий общий уровень саморегуляции ($t = -3,89$; $p < 0,001$). Кроме того, лиц с низкой адаптивностью отличали высокие показатели ситуативной ($t = 2,38$; $p < 0,05$) и личностной ($t = 3,99$; $p < 0,001$) тревожности, высокий нейротизм ($t = 2,49$; $p < 0,05$).

Среди формально-динамических свойств индивидуальности сотрудников ФСИН России с низкой адаптивностью отличали низкие показатели эргичности, пластичности и скорости в психомоторной ($t = -2,69$; $p < 0,01$; $t = -4,18$; $p < 0,001$; $t = -4,75$; $p < 0,001$), интеллектуальной ($t = -3,06$; $p < 0,01$; $t = -3,85$; $p < 0,001$; $t = -5,18$; $p < 0,001$) и коммуникативной ($t = -4,25$; $p < 0,001$; $t = -2,54$; $p < 0,05$; $t = -3,48$; $p < 0,001$) сферах, а также высокие показатели психомоторной ($t = 3,52$; $p < 0,001$), интеллектуальной ($t = 4,74$; $p < 0,001$) и коммуникативной ($t = 4,62$; $p < 0,001$) эмоциональности, низкие показатели индекса общей активности ($t = -6,12$; $p < 0,001$).

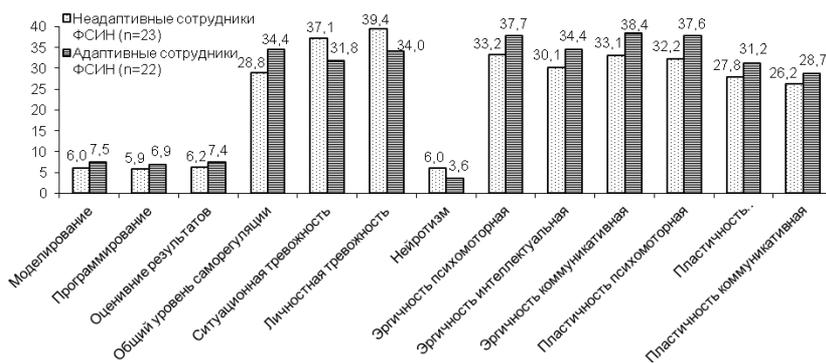


Рис 3. График средних значений психологических показателей в группах адаптивных и неадаптивных сотрудников ФСИН России

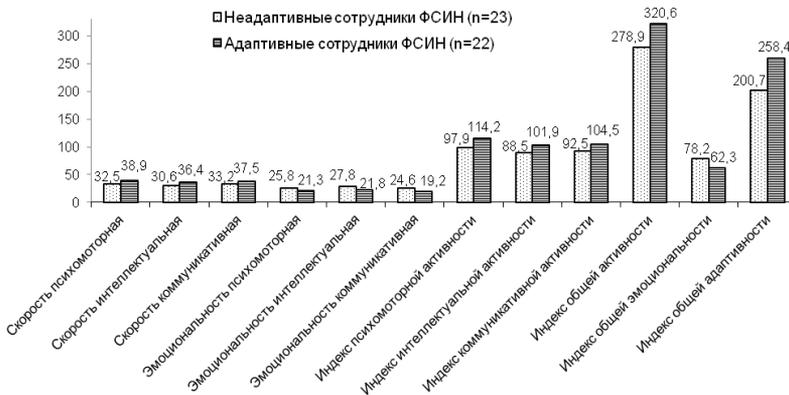


Рис 4. График средних значений психологических показателей в группах адаптивных и неадаптивных сотрудников ФСИН России (*продолжение*)

На следующем этапе для выделения психологических особенностей адаптивных сотрудников ФСИН России с различным стажем профессиональной деятельности были проанализированы психологические особенности сотрудников с низкой и высокой адаптивностью внутри каждой из возрастной группы обследованных (критерий U-Манна-Уитни) (рис. 5, 6).

Так, сотрудников в возрасте 20–34 года с низкой адаптивностью ($n = 11$, средний возраст – $29,00 \pm 2,83$ года), по сравнению с сотрудниками этой возрастной группы с высокой адаптивностью ($n = 14$, средний возраст – $29,14 \pm 3,68$ года), отличали низкие показатели таких этапов саморегуляции, как моделирование ($U = 33,0$; $p < 0,01$) и программирование ($U = 42,0$; $p < 0,05$), при низких показателях оценки результатов ($U = 37,0$; $p < 0,05$), общего уровня саморегуляции ($U = 31,5$; $p < 0,05$) и высокой личностной тревожности ($U = 32,0$; $p < 0,05$).

Среди формально-динамических свойств индивидуальности у сотрудников ФСИН России в возрасте 20–34 года с низкой адаптивностью выявлены низкая пластичность и скорость в психомоторной сфере ($U = 39,0$; $p < 0,05$; $U = 39,5$; $p < 0,05$), низкая эргичность, пластичность и скорость в интеллектуальной ($U = 31,0$; $p < 0,05$; $U = 34,0$; $p < 0,05$; $U = 14$; $p < 0,001$) и коммуникативной ($U = 27,5$; $p < 0,01$; $U = 26,0$; $p < 0,01$; $U = 30,0$; $p < 0,01$) сферах. Кроме того, их отличала высокая психомоторная ($U = 37,0$; $p < 0,05$), интеллектуальная ($U = 9,5$; $p < 0,001$) и коммуникативная ($U = 2,0$; $p < 0,01$) эмоциональность.

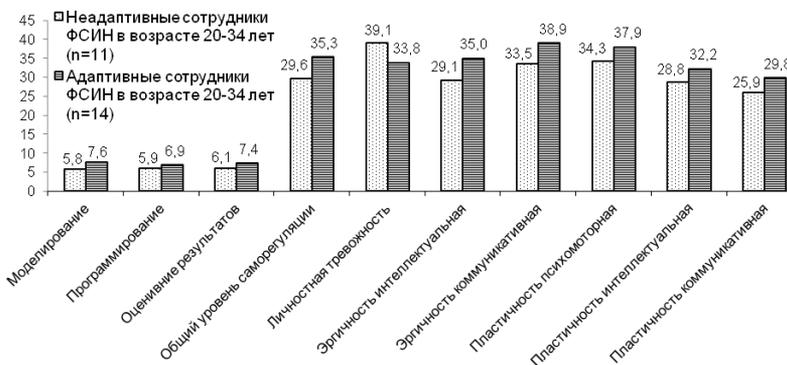


Рис 5. График средних значений психологических показателей в группах адаптивных и неадаптивных сотрудников ФСИИ России в возрасте 20–34 лет

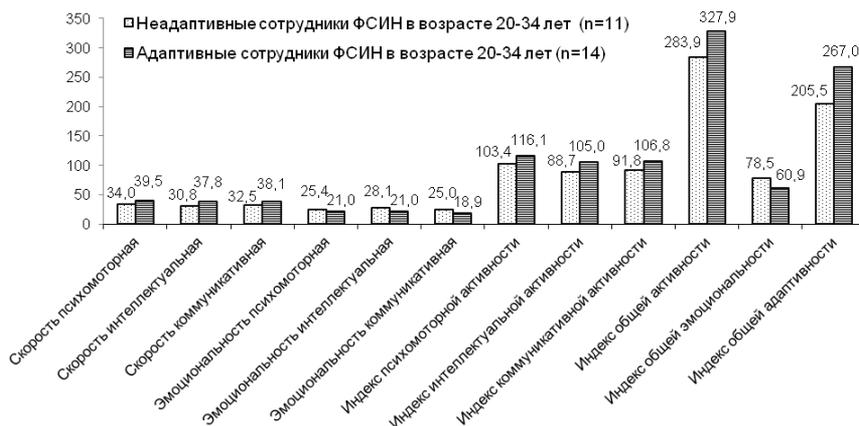


Рис 6. График средних значений психологических показателей в группах адаптивных и неадаптивных сотрудников ФСИИ России в возрасте 20–34 лет
(продолжение)

Сотрудников в возрасте 35–49 лет с низкой адаптивностью ($n = 12$, средний возраст – $41,42 \pm 4,81$ года), по сравнению с сотрудниками этой возрастной группы с высокой адаптивностью ($n = 8$, средний возраст – $42,13 \pm 4,32$ года), отличали (критерий U-Манна-Уитни) такие психологические особенности, как низкий общий уровень саморегуляции ($U = 22,0$; $p < 0,05$) в сочетании с высокой личностной тревожностью ($U = 16,5$; $p < 0,005$) и нейротизмом ($U = 4,0$; $p < 0,01$) (рис. 7).

Среди формально-динамических свойств индивидуальности у лиц в возрасте 35–49 лет с низкой адаптивностью были выявлены низкие показатели психомоторной ($U = 22,0$; $p < 0,05$) и коммуникативной эргичности ($U = 19,0$; $p < 0,05$), низкие показатели психомоторной пластичности ($U = 11,5$; $p < 0,01$), психомоторной ($U = 6,5$; $p < 0,001$) и интеллектуальной скорости ($U = 13,0$; $p < 0,01$), а также высокие показатели коммуникативной эмоциональности ($U = 12,5$; $p < 0,01$).

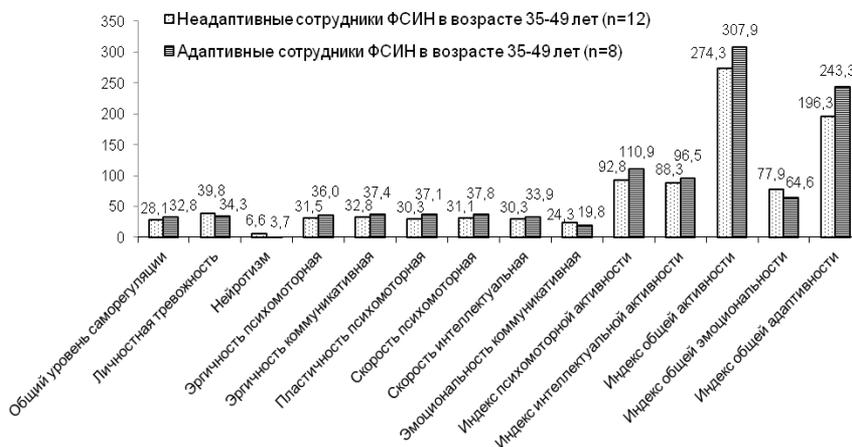


Рис 7. График средних значений психологических показателей в группе адаптивных и неадаптивных сотрудников ФСИН России в возрасте 35–49 лет

Дополнительный анализ различий психологических особенностей внутри групп неадаптивных сотрудников ФСИН России с учетом их возрастных особенностей (критерий U-Манна-Уитни) показал, что сотрудников в возрасте 20–34 года отличала большая физическая активность ($U = 39,0$; $p < 0,05$), высокая конфликтность, склонность к проявлению агрессии ($U = 37,5$; $p < 0,05$), высокая активация поведения, направленная на реализацию цели ($U = 36,0$; $p < 0,05$). Сотрудников в возрасте 35–49 лет характеризовали низкие двигательная активность ($U = 37,5$; $p < 0,05$) и поведенческая активация, связанная с достижением цели ($U = 36,0$; $p < 0,05$), ригидность как процесса регуляции поведения ($U = 22,0$; $p < 0,05$), так и мышления ($U = 34,5$; $p < 0,05$) на фоне высокой ситуативной тревожности ($U = 32,5$; $p < 0,001$).

При анализе достоверных различий по анализируемым психологическим показателям внутри групп адаптивных сотрудников ФСИН России с учетом их возрастных особенностей было выявлено, что сотрудников в

возрасте 20–34 года отличала трудность удержания аффекта раздражения ($U = 31,0$; $p < 0,05$). У сотрудников в возрасте 35–49 лет на первый план выступала «сцепленность» всех этапов саморегуляции ($U = 28,0$; $p < 0,001$), а также ограниченный спектр коммуникативных программ ($U = 29,5$; $p < 0,05$), со слабым стремлением к созданию и поддержанию новых социальных контактов ($U = 26,0$; $p < 0,05$).

Заключение

В ходе проведенного исследования были выявлены психологические корреляты адаптивности у сотрудников ФСИН России с различным стажем профессиональной деятельности в сопоставлении с выделенными возрастными группами в соответствии с профессиональной периодизацией. Показано существенное влияние индивидуально-типологических характеристик на снижение адаптации и профессиональные ошибки у представителей ФСИН России. Обнаружены существенные различия в возрастной специфике нарушений адаптаций между сотрудниками с малым и большим стажем работы.

Так, выявлено, что у представителей ФСИН России с меньшим стажем работы снижение адаптационного ресурса наблюдается почти у половины сотрудников (44 %). При этом на первый план у них выступают нарушения регуляции поведения, связанные с низкой способностью к программированию и моделированию своих действий, оценке результатов деятельности, высоким уровнем активации достижения целей, склонностью к конфликтности и проявлению агрессии. Особенности психомоторных реакций заключаются в высокой двигательной напряженности и физической гиперактивности. В когнитивной сфере отмечаются вязкость мышления, интолерантность к умственному напряжению, низкая вербальная активность, чувствительность к неудачам в общении. Вследствие высокой побудительной силы действовать необдуманно, по первому побуждению, риск совершения служебных ошибок и принятия неверных решений особенно выражен в экстремальной, внештатной ситуации.

Установлено, что с увеличением профессионального стажа у представителей ФСИН России снижение адаптационного ресурса отмечается уже более чем у половины сотрудников (60 %). Причем на первый план начинает выступать ригидность процесса регуляции поведения, низкое стремление к достижению целей, высокая эмоциональная неустойчивость и ситуативная тревожность. Психомоторные особенности заключаются в низкой физической выносливости и пассивности, двигательной ригидности

вплоть до заторможенности двигательных операций. В когнитивной сфере выявляется ригидность мышления, низкий темп интеллектуальных процессов, избегание социальных контактов вследствие высокой чувствительности к коммуникативным проблемам. Поскольку у сотрудников реагирование на ситуацию замедлено и выражена ситуативная тревожность, риск совершения служебных ошибок и принятие неверных решений вероятны даже в обычных условиях профессиональной деятельности.

Полученные эмпирические данные свидетельствуют о большой доле (от 44 до 60 %) в кадровом составе ФСИН России сотрудников с существенным снижением адаптационного ресурса. Эти показатели даже выше (в среднем на 20 %), чем в проанализированных литературных источниках об актуальных показателях адаптивности сотрудников ФСИН России. Результаты доказывают необходимость пересмотра организационно-методических основ профессионального отбора и сопровождения кадрового состава ФСИН России. Отсутствие мониторинга состояния психического здоровья с применением комплексной оценки индивидуально-типологических характеристик и использованием направленных способов диагностики функционального состояния для выявления нарушений адаптации к условиям труда может привести к допуску к служебной деятельности лиц с высоким риском дезадаптации на рабочем месте. А именно: лиц, склонных к рискованному поведению; с низким уровнем эффективности; лиц, для которых определенный профиль профессиональной деятельности является основным фактором дезадаптации.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют об очевидной необходимости непрерывного медико-психологического сопровождения представителей ФСИН России на всех этапах выполнения служебных задач с подробным учетом специфики адаптации специалистов в зависимости от их профессионального стажа.

Литература

1. Аксенова А.В., Павлова Е.В. Результаты исследования субъективных показателей адаптации молодых сотрудников – выпускников образовательных организаций Федеральной службы исполнения наказаний России // Административное право и практика администрирования. – 2017. – № 1. – С. 41–46.
2. Болдырев А.В. Динамика нервно-психической устойчивости // Вестник Оренбургского гос. ун-та. – 2019. – № 2 (220). – С. 91–97.
3. Завалишина Д.Н. Практическое мышление: Специфика и проблемы развития. – М. : Институт психологии РАН, 2005. – 376 с.
4. Ковалева М.Е., Дубинский А.А., Шпорт С.В., Булыгина В.Г. Психфизиологические и личностные профили у лиц с признаками дезадаптации (на

примере сотрудников ФСИН) // Неврологический вестник. – 2017. – Т. XLIX, № 3. – С. 37–43.

5. Ковальчук И.А. Содержательно-функциональная модель психологической оценки и развития интеллектуально-личностного потенциала сотрудников ФСИН России на начальном этапе служебной деятельности // Вестник Моск. ун-та МВД России. – 2019. – № 2. – С. 276–281.

6. Ковальчук И.А., Сочивко Д.В. Интеллектуально-личностный потенциал будущих специалистов ФСИН России на этапе первичной подготовки к службе и обучению // Психология и право. – 2018. – Т. 8, № 4. – С. 204–218.

7. Корехова М.В., Новикова И.А., Соловьев А. Г. Профилактика организационного стресса у сотрудников правоохранительных органов // Экология человека. – 2015. – № 7. – С. 20–26.

8. Котенева А.В., Кокурин А.В., Литвинова А.В., Гончаренко А.В. Профессиональное самоотношение и адаптация сотрудников уголовно-исполнительной системы // Психология и право. – 2020. – Т. 10, № 3. – С. 20–35.

9. Кочкина О.В. Организационно-правовая деятельность по кадровому комплектованию сотрудниками учреждений и органов уголовно-исполнительной системы: дис. ... канд. юрид. наук. – М., 2019. – 257 с.

10. Малетина Е.А. Профессиональная адаптация молодых сотрудников уголовно-исполнительной системы // Образование и наука в России и за рубежом. – 2018. – Т. 46, № 11. – С. 105–108.

11. Кабанова Т.Н., Дубинский А.А., Московская М.С. Стаж профессиональной деятельности, как фактор, детерминирующий различия в восприятии стресса у сотрудников следственных органов // Прикладная юридическая психология. – 2019. – Т. 46, № 1. – С. 59–68.

12. Полякова Я.Н. Специфика психологической устойчивости сотрудника исправительных учреждений к проявлению деструктивного воздействия со стороны осужденных за экстремистскую и террористическую деятельность // Казанский педагогический журнал. – 2017. – № 5. – С.149–152.

13. Приказ ФСИН России от 26.09.2013 г. № 533 «Об особенностях режима рабочего времени и времени отдыха сотрудников учреждений и органов уголовно-исполнительной системы» («Положение об особенностях режима рабочего времени и времени отдыха сотрудников учреждений и органов уголовно-исполнительной системы») [Электронный ресурс]. – URL: <https://base.garant.ru/70494592/> (дата обращения: 25.05.2021).

14. Рыбников В.Ю., Дубинский А.А., Булыгина В.Г. Индивидуально-психологические предикторы адаптации // Экология человека. – 2017. – № 3. – С. 3–9.

Поступила 04.06.2021

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

Для цитирования. Дубинский А.А., Кабанова Т.Н., Булыгина В.Г. Психологические корреляты адаптивности у сотрудников ФСИН России с различным стажем профессиональной деятельности // Вестник психотерапии. 2021. № 78 (83). С. 108–126.

PSYCHOLOGICAL CORRELATES OF ADAPTABILITY IN EMPLOYEES OF THE FEDERAL PENITENTIARY SERVICE OF RUSSIA WITH DIFFERENT PROFESSIONAL EXPERIENCE

Dubinsky A.A.¹, Kabanova T.N.¹, Bulygina V.G.^{1,2}

¹ V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology
(Kropotkinsky lane, 23, Moscow, Russia);

² Moscow State Psychological and Pedagogical University
(Sretenka Str., 29, Moscow, Russia).

Abstract. The aim of the study was to determine the psychological characteristics of adaptive and non-adaptive employees of the Federal Penitentiary Service of Russia with different professional experience, by identifying the age groups of employees matches with the professional periodization. 45 male employees of the Federal Penitentiary Service of Russia aged from 20 to 49 years were examined. The assessment of individual psychological characteristics was carried out using specialized techniques. It is established that the psychological characteristics of employees of the Federal Penitentiary Service of Russia with low adaptability, regardless of age, include: a low level of self-regulation as well as high personal anxiety, motor rigidity, low rate of intellectual operations, limited social contacts and high sensitivity to failures in communication. It was found that employees aged 20-34 years with low adaptability are distinguished by high physical activity, high activation of behavior aimed at achieving the goal, high conflict, tendency to aggression, which is combined with a low ability to think through the sequence of their actions and highlight significant internal and external conditions for achieving the goal, as well as an adequate assessment of the results of their activities. In addition, employees of this group are characterized by low tolerance to mental stress, viscosity of thinking, unwillingness to establish new social contacts, low verbal activity, dissatisfaction with the process of communication, high stress when performing physical actions.

For employees of the Federal Penitentiary Service of Russia aged 35-49 years with low adaptability are distinguished by low physical endurance, low motor activity, high motor rigidity and inhibition of motor operations, low behavioral activation associated with achieving goals, avoidance of social contacts, high sensitivity to communication problems, rigidity of the process of regulating behavior, rigidity of thinking, low rate of intellectual processes as well as high emotional instability, situational anxiety, a sufficient level of intellectual capabilities and a sufficient speed of communication programs.

Keywords: adaptability, Federal Penitentiary Service, experience, professional activity, self-regulation, formal-dynamic features, mental stability.

✉ Alexander Alexandrovich Dubinsky – PhD Psychol. Sci., Research Associate of Mental Hygiene and Psychoprophylaxis laboratory, V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology (Kropotkinsky lane, 23, Moscow, 119001, Russia); e-mail: aleksandr-dubinskij@yandex.ru;

Tatyana Nikolaevna Kabanova – PhD Psychol. Sci., Senior Research Associate of Mental Hygiene and Psychoprophylaxis laboratory, V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology (Kropotkinsky lane, 23, Moscow, 119001, Russia); e-mail: tatianak0607@yandex.ru;

Vera Gennadevna Bulygina – Dr. Psychol. Sci. Prof., Head of Mental Hygiene and Psychoprophylaxis laboratory, V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology (Kropotkinsky lane, 23, Moscow, 119001, Russia), Prof. of Department of Clinical and Forensic Psychology, Moscow State Psychological and Pedagogical University (Sretenka st., 29, Moscow, 127051, Russia); e-mail: ver210@yandex.ru.

References

1. Aksenova A.V., Pavlova E.V. Rezultaty issledovaniya subektivnykh pokazatelei adaptatsii molodykh sotrudnikov – vypusnikov obrazovatelnykh organizatsii Federalnoi sluzhby ispolneniya nakazanii Rossii [Results of the study of subjective indicators of adaptation of young employees-graduates of educational organizations of the Federal Penitentiary Service of Russia]. *Administrativnoe pravo i praktika administrirovaniya* [Administrative law and practice of administration]. 2017. N 1. Pp. 41–46. (In Russ.)

2. Boldyrev A.V. Dinamika nervno-psikhicheskoi ustoichivosti [Dynamics of neuropsychic stability]. *Vestnik Orenburgskogo gosudarstvennogo universiteta* [Bulletin of the Orenburg State University]. 2019. N 2 (220). Pp. 91–97. (In Russ.)

3. Zavalishina D.N. Prakticheskoe myshlenie: Spetsifika i problemy razvitiya [Practical thinking: Specifics and problems of development]. Moskva. 2005. 376 p. (In Russ.)

4. Kovaleva M.E., Dubinskii A.A., Shport S.V., Bulygina V.G. Psikhofiziologicheskie i lichnostnye profili u lits s priznakami dezadaptatsii (na primere sotrudnikov FSIN) [Psychophysiological and personal profiles in persons with signs of maladaptation (by the example of the staff of the federal penitentiary service)]. *Nevrologicheskii vestnik* [Neurological Bulletin]. 2017. Vol. XLIX, N 3. Pp. 37–43. (In Russ.)

5. Kovalchuk I.A. Soderzhatelno-funktsionalnaya model psikhologicheskoi otsenki i razvitiya intellektualno-lichnostnogo potentsiala sotrudnikov FSIN Rossii na nachal'nom etape sluzhebnoi deyatelnosti [Substantial functional model of assessment and development of intellectual and personal potential employees of the Federal penitentiary service of Russia in the initial stage of service activities]. *Vestnik Moskovskogo universiteta MVD Rossii* [Bulletin of the Moscow University of the Ministry of Internal Affairs of Russia]. 2019. N 2. Pp. 276–281. (In Russ.)

6. Kovalchuk I.A., Sochivko D.V. Intellektual'no-lichnostnyi potentsial budushchikh spetsialistov FSIN Rossii na etape pervichnoi podgotovki k sluzhbe i obucheniyu [Intellectual and personal potential of future specialists of the Federal Penitentiary Service of Russia at the stage of primary training for service and training]. *Psikhologiya i pravo* [Psychology and Law]. 2018. Vol. 8, N 4. Pp. 204–218. (In Russ.)

7. Korekhova M.V., Novikova I.A., Solov'ev A. G. Profilaktika organizatsionnogo stressa u sotrudnikov pravookhranitel'nykh organov [Prevention of organizational stress in law enforcement officers]. *Ekologiya cheloveka* [Human ecology]. 2015. N 7. Pp. 20–26. (In Russ.)

8. Koteneva A.V., Kokurin A.V., Litvinova A.V., Goncharenko A.V. Professionalnoe samootnoshenie i adaptatsiya sotrudnikov ugovolno-ispolnitel'noi sistemy [Professional self-attitude and adaptation of employees of the criminal executive system]. *Psikhologiya i parvo* [Psychology and Law]. 2020. Vol. 10, N 3. Pp. 20–35. (In Russ.)

9. Kochkina O.V. Organizatsionno-pravovaya deyatel'nost' po kadrovomu komplektovaniyu sotrudnikami uchrezhdenii i organov ugovolno-ispolnitel'noi sistemy [Organizational and legal activity on staffing by employees of institutions and bodies of the criminal executive system] : Dis. ... PhD Jurid. Sci. Moskva. 2019. 257 p. (In Russ.)

10. Maletina E.A. Professionalnaya adaptatsiya molodykh sotrudnikov ugovolno-ispolnitel'noi sistemy [Professional adaptation of young employees of the penitentiary system]. *Obrazovanie i nauka v Rossii i za rubezhom* [Education and science in Russia and abroad]. 2018. Vol. 46, N 11. Pp.105–108. (In Russ.)

11. Kabanova T.N., Dubinskii A.A., Moskovskaya M.S. Stazh professional'noi deyatel'nosti, kak faktor, determiniruyushchii razlichiya v vospriyatii stressa u sotrudnikov sledstvennykh organov [Years of professional experience as a factor that determines differences in perception of stress in investigating officials]. *Prikladnaya yuridicheskaya psikhologiya* [Applied Legal Psychology]. 2019. Vol. 46, N 1. Pp. 59–68. (In Russ.)

12. Polyakova Ya.N. Spetsifika psikhologicheskoi ustoichivosti sotrudnikov ispravitel'nykh uchrezhdenii k proyavleniyu destruktivnogo vozdeistviya so storony osuzhdennykh za ekstremistskuyu i terroristicheskuyu deyatel'nost' [Specificity of psychological stability of correctional officers to the manifestation of destructive influence on the part of those convicted for extremist and terrorist activities]. *Kazanskiy pedagogicheskii zhurnal* [Kazan Pedagogical Journal]. 2017. N 5. Pp. 149–152. (In Russ.)

13. Prikaz FSIN Rossii ot 26.09.2013 g. № 533 «Ob osobennostyakh rezhima rabochego vremeni i vremeni otdykha sotrudnikov uchrezhdenii i organov ugovolno-ispolnitel'noi sistemy» («Polozhenie ob osobennostyakh rezhima rabochego vremeni i vremeni otdykha sotrudnikov uchrezhdenii i organov ugovolno-ispolnitel'noi sistemy») [Order of the Federal Penitentiary Service of Russia of 26.09.2013 No. 533 "On the peculiarities of the working time and rest time of employees of institutions and bodies of the criminal executive system" ("Regulations on the peculiarities of the working time and rest time of employees of institutions and bodies of the criminal executive system")] [Electronic resource]. URL: <https://base.garant.ru/70494592/> (In Russ.)

14. Rybnikov V.Yu., Dubinskii A.A., Bulygina V.G. Individualno-psikhologicheskie prediktory adaptatsii [Individual psychological predictors of the adaptation and disadaptation among specialists of extreme profile]. *Ekologiya cheloveka* [Human ecology]. 2017. N 3. Pp. 3–9. (In Russ.)

Received 04.06.2021

For citing. Dubinsky A.A., Kabanova T.N., Bulygina V.G. Psikhologicheskie korrelyaty adaptivnosti u sotrudnikov FSIN Rossii s razlichnym stazhem professional'noj deyatel'nosti. *Vestnik psikhoterapii*. 2021. N 78. Pp. 108–126. (In Russ.)

Dubinsky A.A., Kabanova T.N., Bulygina V.G. Psychological correlates of adaptability in employees of the Federal Penitentiary Service of Russia with different professional experience. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2021. N 78. Pp. 108–126.

УДК 612.821.1

**Е.Д. Пятибрат¹, А.В. Гордиенко¹,
Н.В. Сорокин¹, А.О. Пятибрат²**

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ

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

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

В настоящее время пандемия, вызванная коронавирусом, с целью соблюдения противоэпидемических мероприятий требует применения дистанционных образовательных технологий. Для оценки подвижности нервных процессов и успешности обучения в зависимости от формы образовательного процесса провели сравнительную характеристику нейродинамических свойств центральной нервной системы и успеваемости 132 юношей и девушек, обучающихся в Военно-медицинской академии. Обследования с помощью определения показателей нейродинамических свойств центральной нервной системы и экспертной оценки успеваемости и дисциплины проводились 2 раза: перед занятиями и после занятий в группах дистанционного и очного обучения в период с сентября по декабрь 2020 г. Полученные результаты свидетельствуют, что у занимавшихся дистанционно подвижность нервной системы перед занятием была выше, чем в группе занимавшихся по очной форме, к концу занятий показатели нейродинамических свойств нервной системы снижались относительно начала занятий

✉ Пятибрат Елена Дмитриевна – д-р мед. наук, доц. каф. госпитальной терапии, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: e5brat@yandex.ru;

Гордиенко Александр Волеславович – д-р мед. наук проф., проф. каф. госпитальной терапии. Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: gord503@mail.ru;

Сорокин Николай Васильевич – канд. мед. наук, преподаватель каф. госпитальной терапии, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: magpie@mail.ru;

Пятибрат Александр Олегович – д-р мед. наук доц., проф. каф. мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф, С-Петерб. гос. пед. мед. ун-т (Россия, 194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., д. 2), e-mail: a5brat@yandex.ru.

одинаково в обеих группах и различий не выявлялось. В то же время, концентрация внимания, по интерпретации результатов таблиц Шульте, оставалась достоверно выше в группах очного обучения. По интерпретации экспертной оценки обучающиеся по очной форме в меньшей степени отличались дисциплинарными нарушениями. Тестовые задания лучше выполняли студенты и курсанты дистанционного обучения, а ситуационные задачи – очного.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют, что при необходимости теоретическую часть медицинских дисциплин можно преподавать дистанционно, но практические занятия удаленным обучением заменить невозможно.

Ключевые слова. Дистанционное обучение, реакция на движущийся объект, скорость переработки информации, психофизиология внимания, нейродинамические свойства центральной нервной системы, успешность обучения, подвижность нервных процессов.

Введение

В настоящее время информационные технологии тесно связаны с образовательным процессом. Все большее количество людей вовлекаются в сферу интеллектуальной деятельности, что требует овладения современными информационными технологиями широкими слоями населения и определяет увеличение спроса на образовательные услуги [1, 3].

На сегодняшний день результаты технического прогресса повсеместно реализуются в информационной сфере. Этап наступившей эры информатики можно характеризовать как телекоммуникационный. В медицинской практике дистанционная форма обучения дает возможность реализации непрерывного постдипломного самообучения и эффективного обмена информацией [7, 9]. Несмотря на такие преимущества формы дистанционного образования, как гибкость и модульность, очень сомнительна ее эффективность для подготовки врача. При дистанционной форме отсутствуют такие важные компоненты в подготовке врача, как очное общение между обучающимися и преподавателем, индивидуальный подход и воспитание, передача преподавателем практических навыков. Также снижает эффективность отсутствие постоянного контроля над обучающимися, что при российском менталитете является необходимым условием и мощным побудительным стимулом. В настоящее время инфекционная пандемия, связанная с распространением вируса SARS-CoV-2, требует соблюдения режима самоизоляции и других карантинных мероприятий, что, в свою очередь, вызывает необходимость перестраиваться на удаленный формат обучения [6]. В то же время, повысить эффективность такого формата образования возможно только при понимании психофизиологических и нейрофизиологических механизмов адаптации к дистанционному обучению [8].

Материалы и методы

Для определения зависимости умственной работоспособности студентов и курсантов медицинского вуза от формы образовательного процесса оценивали нейродинамические свойства центральной нервной системы [9] с помощью приложений для смартфона.

Было обследовано 132 курсанта и студента Военно-медицинской академии в возрасте $21,3 \pm 0,7$ года, из них 86 курсантов факультета подготовки врачей для сухопутных, ракетных и воздушно-десантных войск: 54 девушки и 32 юноши, а также 46 студентов факультета подготовки гражданских врачей; 29 девушек и 17 юношей. Все обследуемые дали информированное согласие. Группа очного обучения – 69 человек, среди которых 41 девушка и 28 юношей – обследовалась до октября, а группа дистанционного обучения – 63 человека, среди которых 42 девушки и 21 юноша – с октября по декабрь 2020 года. Обследования проводились однократно в начале цикла, первое – в 9.00, в начале занятий, второе – в 12.30, в конце занятия.

Для валидации методик было проанализировано более 150 приложений, отобраны наиболее соответствующие оригиналам [2, 5].

Латентные периоды простой зрительно-моторной реакции (ПЗМР) проводили с помощью приложения для смартфона (Reaction Time Test, Tampa FL, United States of America).

Корректирующую пробу с кольцами Ландольта (КП) проводили с помощью приложения для смартфона «Корректирующая проба. Тренажер». Скорость переработки информации S (бит/с) определяли по формуле: $S = (0,54 \times Q_i - 2,8 \times N_i) / 600$ – показатель скорости переработки информации, где Q_i – общее количество просмотренных за 10 минут колец; N_i – число пропущенных и неправильно зачеркнутых за 10 минут колец; 600 секунд – время выполнения теста; 0,54 – средняя величина информации каждого кольца; 2,8 – величина потери информации, приходящаяся на одно кольцо.

Концентрацию внимания определяли с помощью таблицы Шульте, представленную приложением для смартфона «Концентрация внимания», рассчитывали показатели эффективность работы (ЭР) и психическая устойчивость (ПУ) (по методу А.Ю. Козыревой): $ЭР = (T_1 + T_2 + T_3 + T_4 + T_5) / 5$; $ПУ = T_4 / ЭР$, (где T_i – время работы с i -той таблицей).

Реакцию на движущийся объект оценивали с помощью автоматизированной системы диагностики психофизиологических особенностей личности, приложение для ПК и смартфона предоставленный как демоверсия на сайте http://www.psyterra.narod.ru/asdi_2.htm.

Статистический анализ данных проводили с помощью программы Statistica 10.0. Отдельные группы предварительно сравнивали с помощью

непараметрического теста Крускала–Уоллиса, а затем значимость различий уточняли с помощью теста Манна–Уитни. В случаях нормальности распределения данных использовали t-критерий Стьюдента для независимых групп [4].

Результаты собственных исследований

Для анализа успеваемости курсантов и студентов в зависимости от формы обучения пользовались системой экспертных оценок.

Оценка успеваемости и дисциплины осуществлялась по четырёх-балльной системе: отлично (5), хорошо (4), удовлетворительно (3) и неудовлетворительно (2). Оценка дисциплины основалась на учете опозданий, пропусков без уважительной причины.

Таблица 1
Экспертная оценка дисциплины и успеваемости у курсантов и студентов в зависимости от типа обучения, $M \pm \sigma$

Показатель	Тип обучения			
	Дистанционный цикл, n = 63		Очный цикл, n = 69	
Период цикла	начало	конец	начало	конец
Юноши, n = 49				
Ситуационные задачи, балл	$3,7 \pm 0,4^{\#}$	$3,9 \pm 0,3^{\#}$	$4,1 \pm 0,1$	$4,5 \pm 0,3$
Тесты, балл	$4,2 \pm 0,3^{\#}$	$4,4 \pm 0,3^{\#}$	$4,3 \pm 0,2$	$4,2 \pm 0,2$
Дисциплина, балл	$3,3 \pm 0,4^{\#}$	$3,6 \pm 0,3^{\#}$	$4,4 \pm 0,1$	$4,6 \pm 0,3$
Девушки, n = 83				
Ситуационные задачи, балл	$3,9 \pm 0,3$	$4,1 \pm 0,2$	$4,6 \pm 0,3$	$4,8 \pm 0,2$
Тесты, балл	$4,4 \pm 0,2^{\#}$	$4,5 \pm 0,3^{\#}$	$4,2 \pm 0,3$	$4,4 \pm 0,2$
Дисциплина, балл	$3,5 \pm 0,3^{\#}$	$3,8 \pm 0,2^{\#}$	$4,5 \pm 0,2$	$4,7 \pm 0,4$

Примечание: * – различия в аналогичной группе относительно начала цикла при $p < 0,01$; $\#$ – различия относительно очного обучения, при $p < 0,01$.

Успеваемость у девушек на основании результатов экспертной оценки определялась выше во всех периодах как при очном, так и при дистанционном образовании. Как у юношей, так и у девушек средние показатели оценок выполнения ситуационных задач при заочном (дистанционном) обучении достоверно ниже, чем при очном, как в начале цикла, так и при его окончании. В то же время, такой разницы не наблюдается при анализе успешности выполнения тестовых заданий. Показатели, характеризующие дисциплину во всех наблюдаемых группах, достоверно ниже как в начале цикла, так и при дистанционном обучении. Вероятно, это связано с про-

блемой мотивации и сложностью сосредоточиться на занятиях в домашней обстановке, так как к концу цикла в подавляющем большинстве дисциплина улучшалась, студенты и курсанты реже опаздывали и меньше отвлекались во время занятий.

Показатели нейродинамических свойств центральной нервной системы представлены в таблице 2. Во всех наблюдаемых группах перед началом занятий показатели латентных периодов простой зрительно моторной реакции были достоверно ниже, чем в аналогичных группах в конце занятия. Также в группах студентов, занимавшихся дистанционно, эти показатели были ниже, чем в группах очного обучения.

Таблица 2

Нейродинамические свойства центральной нервной системы
у студентов и курсантов, в зависимости от типа обучения, $M \pm \sigma$

Показатель	Тип обучения				
	Дистанционный цикл, n = 63		Очный цикл, n = 69		
Занятия	начало	конец	начало	конец	
Юноши, n = 49					
ЛП ПЗМР, мс	212,6 ± 12,4 [#]	246,9 ± 15,5*	234,2 ± 21,4	248,3 ± 18,7*	
Q, бит/с, (КП)	1,84 ± 0,14 [#]	1,62 ± 0,17*	1,74 ± 0,23	1,63 ± 0,21*	
РДО (точность), %	56,6 ± 6,1 [#]	48,5 ± 8,3* [#]	49,7 ± 5,7	45,4 ± 1,8*	
Шульте, балл	ЭР	48,7 ± 1,9	39,4 ± 2,4* [#]	48,6 ± 2,8	45,9 ± 3,2
	ПУ	0,9 ± 0,1	0,7 ± 0,2*	0,9 ± 0,1	0,8 ± 0,2
Девушки, n = 83					
ЛП ПЗМР, мс	229,4 ± 16,3 [#]	254,7 ± 14,8*	245,8 ± 19,4	256,5 ± 23,3	
Q, бит/с, (КП)	1,73 ± 0,32 [#]	1,48 ± 0,23*	1,65 ± 0,25	1,49 ± 0,32	
РДО (точность), %	51,6 ± 2,7 [#]	37,2 ± 2,9*	42,4 ± 2,8	36,5 ± 3,1*	
Шульте, балл	ЭР	44,6 ± 2,5	36,5 ± 3,1* [#]	45,3 ± 2,7	42,1 ± 2,6
	ПУ	0,8 ± 0,1	0,6 ± 0,1*	0,8 ± 0,2	0,7 ± 0,1

Примечание: * – различия в аналогичной группе относительно начала занятий при $p < 0,01$; # – различия в аналогичном периоде относительно групп очного обучения при $p < 0,01$.

При оценке результатов корректурной пробы перед началом и в конце занятий наблюдались достоверно более высокие показатели скорости переработки информации у студентов дистанционной формы перед началом занятий относительно студентов очной формы как среди девушек, так и юношей.

Во всех анализируемых группах также отмечается снижение скорости переработки информации к концу занятий, такие же изменения определялись по интерпретации реакции на движущийся объект. В группах

студентов, занимавшихся дистанционно, эти показатели в начале занятий были выше, чем в группах очного обучения.

Анализ результатов, полученных при выполнении таблиц Шульте, свидетельствует о более высокой эффективности работы и психической устойчивости у курсантов и студентов очной формы обучения после занятий. Эти изменения демонстрируют более низкий уровень у студентов, занимавшихся в дистанционном формате и демонстрировавших более низкие показатели внимания и концентрации после занятий. В группах с дистанционной формой обучения в начале занятий нейродинамические свойства центральной нервной системы отличались большей подвижностью. В конце занятий в обеих группах наблюдения показатели нейродинамических свойств достоверно не отличались. Вполне вероятно, что различия нейродинамических свойств в начале занятий связаны с тем, что на часть курсантов и студентов в группах занимавшихся очно оказывала влияние дорога в общественном транспорте, а на курсантов также и организационные мероприятия, связанные с военной службой, проводимые в ранние утренние часы. В то же время, к концу занятий показатели внимательности и устойчивости снижались гораздо в меньшей степени у студентов, занимавшихся очно. Данный парадокс объясняется тем, что домашняя обстановка в утреннее время требует дополнительных усилий, чтобы сосредоточиться на усвоении материала.

Заключение

Экспертная оценка успеваемости позволила установить, что занятия в дистанционном формате позволяют успешно овладевать теоретической частью дисциплины. При этом страдает качество практических, мануальных навыков, что снижает возможности абстрактного мышления при решении ситуационных задач, которые, помимо теоретической подготовки, требуют практического понимания и ощущения полного погружения в данную реальность, чтобы задействовать все анализаторы, а не только запоминание вербальных определений. Поэтому для клинических дисциплин необходимы навыки «у постели больного» под руководством наставника. Нейродинамические свойства центральной нервной системы в процессе занятий в зависимости от их формы изменяются неравномерно. В начале занятия концентрация внимания и подвижность нервных процессов выше в группах дистанционной формы. К концу занятий показатели концентрации и устойчивости внимания в меньшей степени изменяются в группах очного обучения. Это связано прежде всего с тем, что вне стен учебного заведения

усвоение учебного материала требует большего напряжения нейрофизиологических механизмов восприятия информации, так как современная техническая база еще не достигла полного эффекта присутствия и виртуальной идентичности общения с преподавателем. Из этого следует, что при необходимости теоретическую часть медицинских дисциплин можно преподавать дистанционно, но практические занятия удаленным обучением заменить нельзя.

Литература

1. Блоховцова Г.Г., Маликова Т.Л., Симоненко А.А. Перспективы развития дистанционного обучения // Новая наука: Стратегии и векторы развития. – 2016. – № 118 (3). – С. 89–92.
2. Дроздовский А.К. Современные возможности и перспективы дифференциальной психофизиологии профессиональной деятельности. – 2018. – Т. 3, № 3 – С. 132–175.
3. Макеенко В.В., Кузнецов С.В., Груздева Д.А., Баурова Н.Н. Качество жизни, эмпатия и склонность к девиантному поведению у студентов медицинских вузов // Вестник психотерапии. – 2019. – № 72 (77). – С. 7–18.
4. Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных: учеб. пособие. – СПб.: Речь, 2004. – 388 с.
5. Плохоцкий А.И., Ковалёв В.В. Особенности применения методов аппаратурной оценки нейродинамических свойств при профессиональном отборе // Развитие профессионализма. – 2018. – № 1 (5). – С. 85–87.
6. Попов В.И., Марченко Л.О., Левич С.Н. [и др.] Психологическая готовность медицинского персонала к работе по специальности в период эпидемиологического неблагополучия // Вестник психотерапии. – 2020. – № 76 (81). – С. 134–147.
7. Сагиндыкова А.С., Тугамбекова М.А. Актуальность дистанционного образования // Молодой ученый. – 2015. – № 20 (100). – С. 495–498.
8. Karhanyan G.G. Analysis of distance learning in force majeure conditions // Cross - Cultural Studies: Education and Science – 2020. – Vol. 5, N 2. – P. 92–96.
9. Ragozin O.N., Shalamova Ye.Yu., Ilyushchenko N.A. [et al.] Sex and age characteristics of daily activity of distance learning students in northern climate // Bulletin of Nizhnevartovsk State University. – 2020. – N 2. – P. 130–135.

Поступила 09.04.2021

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

Для цитирования. Пятибрат Е.Д., Гордиенко А.В., Сорокин Н.В., Пятибрат А.О. Психофизиологические особенности дистанционного обучения // Вестник психотерапии. 2021. № 78 (83). С. 126–134.

PSYCHOPHYSIOLOGICAL FEATURES OF DISTANCE LEARNING

Pyatibrat E.D.¹, Gordienko A.V.¹, Sorokin N.V.¹, Pyatibrat A.O.²

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

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

✉ Elena Dmitrievna Pyatibrat – Dr. Med. Sci, Associate Prof. of the department of hospital therapy, Kirov Military Medical Academy (Akademica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: e5brat@yandex.ru;

Alexander Voleslavovich Gordiyenko – Dr. Med. Sci Prof., Prof. of the department of hospital therapy, Kirov Military Medical Academy (Akademica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: gord503@mail.ru;

Nikolay Vasilyevich Sorokin – PhD Med. Sci., the teacher of department of hospital therapy, Kirov Military Medical Academy (Akademica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: magpie@mail.ru;

Alexander Olegovich Pyatibrat – Dr. Med. Sci, Associate Prof., Prof. of the department of mobilization training of health care and disaster medicine, St. Petersburg State Pediatric medical university (2, Litovskaya Str., St. Petersburg, 194100, Russia), e-mail: a5brat@yandex.ru.

Abstract. Currently, the coronavirus pandemic requires the use of distance education technologies in order to comply with anti-epidemic measures. To assess the mobility of nervous processes and learning success depending on the forms of educational process, carried out a comparative characterization of neural properties of the Central nervous system and academic performance 132 boys and girls enrolled in the Military medical Academy. surveys with the help of determining the indicators of neurodynamic properties of the central nervous system and expert assessment of academic performance and discipline were conducted 2 times: before classes and after classes in groups of distance learning and full-time in the period from september to december 2020. The obtained results show that remotely involved in the mobility of the nervous system before class was higher than in the group engaged in full-time, by the end of training indicators neural properties of the nervous system decreased relative to the beginning of classes is the same in both groups and differences were not found. At the same time, the concentration of attention, according to the interpretation of the results of the Schulte tables, remained significantly higher in the full-time study groups. according to the interpretation of the expert assessment, full-time students are more disciplined. Test tasks were better performed by students and cadets of distance learning, and situational tasks of full-time. Thus, the obtained results indicate that, if necessary, the theoretical part of medical disciplines can be taught remotely, but practical classes cannot be replaced by remote training.

Keywords: Distance learning, reaction to a moving object, speed of information processing, psychophysiology of attention, neurodynamic properties of the central nervous system, learning success, mobility of nervous processes.

References

1. Blohovczova G.G., Malikova T.L., Simonenko A.A. Perspektivy razvitiya distancionnogo obucheniya [Prospects for the Development of Distance Learning]. *Novaya nauka: Strategii i vektory razvitiya* [New Science: Development Strategies and Vectors]. 2016. N 118 (3). Pp. 89–92. (In Russ.).
2. Drozdovskij A.K. Sovremennyye vozmozhnosti i perspektivy differentsialnoj psihofiziologii professionalnoj deyatel'nosti [Modern possibilities and perspectives of differential psychophysiology of professional activity]. 2018. Vol. 3, N 3. Pp. 132–175. (In Russ.).
3. Makeenko V.V., Kuznecov S.V., Gruzdeva D.A., Baurova N.N. Kachestvo zhizni, empatiya i sklonnost k deviantnomu povedeniyu u studentov meditsinskix VUZov [Quality of life, empathy and tendency to deviant behavior in students of medical universities]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2019. N 72 (77). Pp. 7–18. (In Russ.).
4. Nasledov A.D. Matematicheskie metody psihologicheskogo issledovaniya. Analiz i interpretatsiya dannyh: ucheb. Posobie [Mathematical methods of psychological research. Data analysis and interpretation: tutorial]. Sankt-Peterburg. 2004. 388 p. (In Russ.).
5. Plohoczkiy A.I., Kovalyov V.V. Osobennosti primeneniya metodov apparatnoy ocenki nejrodinamicheskikh svojstv pri professionalnom otbore [Features of the use of methods for the hardware assessment of neurodynamic properties in professional selection]. *Razvitie professionalizma* [Development of professionalism]. 2018. N 1 (5). Pp. 85–87. (In Russ.).
6. Popov V.I., Marchenko L.O., Levich S.N. [et al.] Psihologicheskaya gotovnost medicinskogo personala k rabote po specialnosti v period epidemiologicheskogo neblagopoluchiya [Psychological readiness of medical personnel to work in the specialty during the epidemiological dysfunction]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2020. N 76 (81). Pp. 134–147. (In Russ.).
7. Sagindykova A.S., Tugambekova M.A. Aktualnost distancionnogo obrazovaniya [Relevance of distance education]. *Molodoj uchenyj* [Young scientist]. 2015. N 20 (100). Pp. 495–498. (In Russ.).
8. Karhanyan G.G. Analysis of distance learning in force majeure conditions. *Cross-Cultural Studies: Education and Science*. 2020. Vol. 5, N 2. Pp. 92–96.
9. Ragozin O.N., Shalamova Ye.Yu., Ilyushchenko N.A. [et al.] Sex and age characteristics of daily activity of distance learning students in northern climate. *Bulletin of Nizhneartovsk State University*. 2020. N 2. Pp. 130–135.

Received 09.04.2021

For citing. Pyatibrat E.D., Gordienko A.V., Sorokin N.V., Pyatibrat A.O. Psihofiziologicheskie osobennosti distancionnogo obucheniya. *Vestnik psikhoterapii*. 2021. N 78. Pp. 126–134. (In Russ.).

Pyatibrat E.D., Gordienko A.V., Sorokin N.V., Pyatibrat A.O. Psychophysiological features of distance learning. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2021. N 78. Pp. 126–134.

ФАКТОРЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РИСКА И ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОПЕРАТОРОВ КОНТАКТ-ЦЕНТРОВ СТРАХОВЫХ КОМПАНИЙ В СИСТЕМЕ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

¹ Отдел страхования Газпром трансгаз Санкт-Петербург
(Россия, Санкт-Петербург, Варшавская ул., д. 3, корп. 2);

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

Особенности деятельности операторов круглосуточных медицинских контакт-центров в системе добровольного медицинского страхования на современном этапе характеризуются постоянным ростом сложности выполняемых действий, насыщенности их интеллектуальными функциями, увеличением объема и интенсивности перерабатываемой информации.

Деятельность специалистов круглосуточных медицинских контакт-центров в системе добровольного медицинского страхования можно предположительно рассматривать как высоко опасную с точки зрения риска развития «профессионального выгорания» – явления, крайне негативно сказывающегося на возможности высококвалифицированных специалистов эффективно осуществлять трудовую деятельность, способствующего снижению их профессионального долголетия.

Ключевые слова: профессиональное выгорание, напряженность труда, оператор, профессиональный психологический отбор.

Введение

Труд специалистов круглосуточных медицинских контакт-центров в системе добровольного медицинского страхования (КЦ СДМС) относится

✉ Беляев Валерий Робертович – канд. мед. наук, нач. отд. страхования Газпром трансгаз Санкт-Петербург (Россия, 196128, Санкт-Петербург, Варшавская ул., д. 3, корп. 2);

Черный Валерий Станиславович – д-р мед. наук доц., вед. науч. сотр., Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2), e-mail: 9297911@list.ru;

Леонтьев Олег Валентинович – д-р мед. наук проф., зав. каф. терапии и интегративной медицины ин-та ДПО «Экстремальная медицина», Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2), e-mail: lov63@inbox.ru.

к разновидности сложно-структурированной операторской деятельности. Работа указанной профессиональной группы соответствует категории специальностей, характеризующейся напряженной деятельностью с высокой ответственностью за принимаемые решения. Такая деятельность связана с постоянным ростом сложности выполняемых действий, насыщена интеллектуальными функциями, связана с большим объемом перерабатываемой информации [1, 4, 9].

Ошибочные действия врачей кураторов или диспетчеров контакт-центра либо приводят к неоказанию адекватной медицинской помощи и возникновению предпосылок к угрозам здоровью и жизни застрахованных, либо, наоборот, создают предпосылки к гипердиагностике, что зачастую сопровождается серьезными экономическими потерями страховой компании [2].

Целью исследования явились определение и оценка факторов профессионального риска и психофизиологического содержания деятельности операторов круглосуточных контакт-центров на примере страховых компаний, работающих в системе добровольного медицинского страхования.

Материалы и методы

Одной из интегральных составляющих психофизиологической характеристики труда специалистов операторского профиля является уровень ее напряженности. Оценка напряженности труда операторов КЦ СДМС основывалась на анализе трудовой деятельности и ее структуры, которые изучались путем хронометражных наблюдений в динамике всего рабочего дня в течение трех недель. Проведенный анализ основывался на учете всего комплекса производственных факторов (стимулов, раздражителей), создающих предпосылки для возникновения неблагоприятных психоэмоциональных состояний (перенапряжения, напряженности). Все факторы трудового процесса обследованной категории специалистов были сгруппированы по видам нагрузок: интеллектуальные, сенсорные, эмоциональные, монотонные, режимные нагрузки. Измерение и оценка факторов трудового процесса проводилась с использованием количественных и описательных (экспертных) методов оценки напряженности труда (табл. 1).

Под сенсорными нагрузками понималось напряжение сенсорных систем, к которым относят зрение, слух, речь, характерное для профессиональной деятельности специалистов операторского профиля [3, 5].

Таблица 1

Алгоритм оценки напряженности трудовой деятельности операторов

Факторы труда [7]		Единицы измерения	Составные элементы для расчета	Метод определения	Необходимое оборудование
Сенсорные нагрузки	Нагрузка на зрительный анализатор	% от времени смены абс. числа	время занятости, сигналы, объекты	хронометраж; наблюдение	секундомер
	Нагрузка на слуховой анализатор	% от времени смены абс. числа	время занятости, сигналы, объекты	хронометраж; наблюдение	секундомер
	Нагрузка на речевой аппарат	% от времени смены абс. числа	время занятости, сигналы, объекты	хронометраж; наблюдение	секундомер
Интеллектуальные нагрузки		Экспертные оценки			
Эмоциональные нагрузки		Экспертные оценки			
Монотонность		% от времени смены; абс. числа	время выполнения операции; время занятости	хронометраж; наблюдение	секундомер
Режим труда		часы	часы смены	хронометраж	секундомер

Сенсорные нагрузки оценивались путем измерения длительности сосредоточенного наблюдения, плотности сигналов за 1 час, числа предметов одновременного (совмещенного) наблюдения.

При определении длительности сосредоточенного наблюдения (в процентах к продолжительности смены) выполнялся хронометраж трудовых периодов, требующих продолжительной фиксации психологических процессов на предмете внимания. Общее время рабочей смены принималось за 100 %.

Плотность сигналов как количество воспринимаемых и передаваемых зрительных и звуковых сигналов (сообщений) отражает занятость и специфику деятельности работника. В качестве сигнала рассматривалось звуковое, световое или цветное, цифровое, визуальное сообщение, требующее дифференцированного восприятия и ответа. Количество всех сигналов, принимаемых работающим за один час, определялось путем их прямого подсчета за час либо за технологический период с последующим пересчетом на один час.

При оценке напряжения зрительного анализатора учитывались характеристики воспринимаемых объектов, длительность работы с экранами ПВМ. Эти факторы имеют временные характеристики как в процентах от

общей продолжительности смены, так и непосредственно в часах работы. При их определении использовался метод хронометража.

При определении величины нагрузки на органы слуха учитывался такой фактор, как «помехи», на фоне которых речь должна быть слышана с того или иного расстояния. При отсутствии помех разборчивость слов принималась за 100 %. Разборчивость слов зависит от отношения громкости речи и фонового уровня шума, который и является «помехой»:

- 1 класс – помех нет, разборчивость слов – 100 %;
- 2 класс – громкость речи больше уровня шума на 10–16 Дб;
- 3.1 класс – громкость речи равна уровню шума;
- 3.2 класс – уровень шума больше громкости речи на 5 Дб.

Нагрузка на голосовой аппарат характеризует напряжение органов речи, имеющее место при интенсивной вокальной разговорной деятельности с необходимостью форсирования звука. Степень напряжения голосового аппарата зависит от продолжительности речевых нагрузок. Перенапряжение голоса наблюдается при длительной, без отдыха голосовой деятельности. Она определялась с помощью хронометражного метода.

Интеллектуальные нагрузки, характерные для трудовой деятельности обследованной профессиональной группы специалистов, определялись путем экспертных оценок, которые устанавливались на основе изучения функциональных обязанностей, техрегламентов работы, наблюдения алгоритма деятельности. Оценивали несколько факторов, отражающих интенсивность и сложность интеллектуальной деятельности: «содержание работы», «восприятие сигналов (информации) и их оценка», «распределение функций по степени сложности задания», «характер выполняемой работы».

Критерий «содержание работы» указывает на степень сложности выполнения задания: от решения простых задач до творческой (эвристической) деятельности с решением сложных заданий при отсутствии алгоритма. Показатель «восприятие сигналов (информации) и их оценка» отражает установочную цель (или эталонную норму), которая принимается для сопоставления поступающей при работе информации с номинальными значениями, необходимыми для успешного хода рабочего процесса. Критерий «распределение функций по степени сложности задания» отражает степень распределением профессиональных задач между работниками. Соответственно, чем больше возложено функциональных обязанностей на работника, тем выше напряженность его труда. Под «характером выполняемой работы» понимали такие параметры технологического процесса, как работа в

условиях дефицита времени и информации, при этом учитывали наличие ответственности специалиста за конечный результат работы.

Эмоциональные нагрузки определялись путем экспертных оценок. Оценивали прежде всего «степень ответственности за результат собственной деятельности и значимость ошибки» как показатель того, в какой мере работник может влиять на результат собственного труда при различных уровнях сложности осуществляемой деятельности. Кроме этого, учитывали такой эмоционально значимый фактор, как «ответственность за безопасность других лиц». При оценке напряженности учитывали лишь прямую, а не опосредованную ответственность специалистов. В качестве дополнительного показателя степени эмоционального напряжения определяли также «количество конфликтных производственных ситуаций за смену» как частоту конфликтов операторов с клиентами и конфликты внутри рабочего коллектива. Для объективизации получаемых данных, определяющих уровень эмоционального напряжения в процессе деятельности, периодически измеряли частоту сердечных сокращений и артериальное давление операторов в обычных условиях, а также после совершения ими ответственных операций или воздействия стрессорных факторов.

Основными проявлениями монотонности сенсорного типа, свойственной диспетчерским видам труда, являются время активных действий и время пассивного наблюдения. Они также определялись путем хронометрических исследований. Величина этих периодов высчитывалась в процентах к общей продолжительности смены.

Продолжительность рабочего дня, сменность и регламентация внутрисменного отдыха, позволяющие оценить режим работы операторов КЦ СДМС, оценивались на основе фактических данных.

Результаты и обсуждение

Общеобразовательная подготовленность операторов контакт-центров страховых медицинских компаний, как правило, должна соответствовать уровню высшего образования, получаемого в вузах медицинского профиля. Допуск к исполнению обязанностей диспетчера или врача-куратора КЦ СДМС, как правило, производится по прохождению специалистом соответствующих испытаний, часто после получения достаточного опыта работы в соответствующей должности, обязательного прохождения этапа стажировки в одном из контакт-центров страховой медицинской компании.

Оператор КЦ СДМС работает по сменному режиму. Продолжительность дежурной смены 8 часов. Продолжительность нерабочего времени

между сменами составляет от 16 до 48 часов. Суточное дежурство по контакт-центру разделено на 3 смены. После дневной смены следует перерыв 16 часов, после ночной смены – 48 часов.

Оптимальный уровень загрузки оператора КЦ СДМС должен составлять 78 % от продолжительности смены, при этом время занятости составляет 375 мин.

Обычный баланс времени рабочей смены операторов КЦ СДМС включает:

- продуктивное время работы или время занятости – 375 мин, которое включает время на предварительно-заклучительные операции – 11,5 мин (2,4 % от продолжительности смены), оперативное время работы (при организации работы с наиболее полным и рациональным использованием рабочего времени – 358,6 мин, время на обслуживание рабочего места – 4,3 мин (0,9 % к продолжительности смены);

- время перерывов, которое включает время на личные надобности – 19,2 мин (4 % к продолжительности смены, что соответствует норме времени на физические потребности смены 8 часов [6], время на отдых в процессе работы 82 мин (17,2 % к продолжительности смены).

Время на отдых в процессе работы включает:

- время на прием пищи в течение смены – 30 мин;
- дополнительный отдых при работе с персональными ЭВМ – 36 мин;
- отдых, связанный с нервно-напряженными условиями труда – 16 мин (3,5 % от оперативного времени [6]).

Основной задачей врача-куратора КЦ СДМС является организация и обеспечение своевременного предоставления необходимых медицинских услуг лицам, застрахованным в компании по ДМС (в том числе лицам, застрахованным в ее филиалах).

Основные операции, осуществляемые операторами КЦ СДМС, можно условно разделить на воспринимающие, переговорные, аналитические, реализующие, контролирующие, планирующие и фиксирующие.

Проведенные исследования по оценке напряженности трудовой деятельности операторов КЦ СДМС отображены в таблице 2.

Таблица 2

Анализ условий труда специалистов КЦ СДМС по показателям напряженности трудового процесса

Показатели напряженности трудового процесса	Характеристики трудовой деятельности	Классы условий труда [7]
1. Интеллектуальные нагрузки:		
1.1. Содержание работы	Решение сложных задач с выбором по известным алгоритмам (работа по серии инструкций), единоличное руководство в сложных ситуациях	3.1
1.2. Восприятие сигналов (информации) и их оценка	Восприятие сигналов с последующей комплексной оценкой связанных параметров	3.2
1.3. Распределение функций по степени сложности задания	Контроль и предварительная работа по распределению заданий другим лицам	3.2
1.4. Характер выполняемой работы	Работа в условиях дефицита времени и информации с повышенной ответственностью за конечный результат	3.2
2. Сенсорные нагрузки		
2.1. Длительность сосредоточенного наблюдения (в % от времени смены)	более 75	3.2
2.2. Плотность сигналов (световых, звуковых) и сообщений в среднем за 1 час работы	более 300	3.2
2.3. Число производственных объектов одновременного (совмещенного) наблюдения	6–10	2
2.4. Размер объекта различения при длительности сосредоточенного внимания	–	1
2.5. Работа с оптическими приборами при длительности сосредоточенного наблюдения	–	1
2.6. Наблюдение за экранами видеотерминалов (часов в смену)	2–2,5	1
2.7. Нагрузка на слуховой анализатор (при производственной необходимости восприятия речи или дифференцированных сигналов)	Исполнитель в условиях повышенного уровня шума должен воспринимать на слух речевую информацию или другие звуковые сигналы, которыми он руководствуется в процессе работы	3.2

Показатели напряженности трудового процесса	Характеристики трудовой деятельности	Классы условий труда [7]
2.8. Нагрузка на голосовой аппарат (суммарное количество часов, нагвариваемое в неделю)	более 25	3.2
3. Эмоциональные нагрузки:		
3.1. Степень ответственности за результат собственной деятельности. Значимость ошибки	Несет ответственность за функциональное качество работы, задания. Ошибка влечет за собой: – неправильное оказание медицинской помощи клиенту, возникновение опасности для здоровья и жизни; – гипердиагностика, следствием чего будут финансовые потери страховой компании.	3.2
3.2. Степень риска для собственной жизни	–	1
3.3. Степень ответственности за безопасность других лиц	Возможна	3.2
3.4. Количество конфликтных ситуаций за смену (абс. значения)	8 и более	3.2
4. Монотонность нагрузок:		
4.1. Число элементов (приемов), необходимых для реализации простого задания или в многократно повторяющихся операциях	более 10	1
4.2. Продолжительность (в с) выполнения простых производственных заданий или повторяющихся операций	25–100	2
4.3. Время активных действий (в % к продолжительности смены)	20 и более	1
4.4. Монотонность производственной обстановки (пассивное наблюдение за ходом техпроцесса в % от времени смены)	менее 75	1
5. Режим работы:		
5.1. Фактическая продолжительность рабочего дня	8 ч	2
5.2. Сменность работы	Трехсменная работа (работа в ночную смену)	3.1
5.3. Наличие перерывов и их продолжительность	Регламентированные перерывы отсутствуют	3.2

Примечание: в графе 3 указаны классы условий труда [7]: 1 – напряженность труда легкой степени, 2 – напряженность труда средней степени, 3.1 – напряженный труд 1-й степени, 3.2 – напряженный труд 2-й степени.

При анализе степени сенсорных нагрузок у операторов КЦ СДМС в процессе реальной деятельности было выявлено, что длительность сосредоточенного наблюдения (в % от времени смены) составляла в среднем более 75 % смены, что соответствует напряженному труду второй степени (максимальный уровень напряженности операторского труда). У диспетчеров КЦ СДМС, в отличие от операторов другого профиля деятельности, наблюдается наибольшее число воспринимаемых и передаваемых сигналов (сообщений) – более 300 за 1 час, что соответствует напряженному труду второй степени (максимальный уровень напряженности операторского труда). В ходе проведенного исследования было установлено, что у операторов КЦ СДМС число объектов одновременного (совмещенного) наблюдения составляло 6–10, что соответствует труду средней степени напряженности (класс 2). Длительность наблюдения за экранами мониторов как при буквенно-цифровом, так и при графическом типах отображения информации у обследованных специалистов составляла 2–2,5 часа в смену, что соответствует труду низкой степени напряженности (класс 1).

В процессе исследования установлено, что нагрузка на слуховой анализатор у операторов КЦ СДМС соответствует напряженности труда 3.2 степени, поскольку в процессе работы специалисты обязаны в течение всей технологической смены, зачастую в условиях повышенного уровня шума, воспринимать на слух речевую информацию или другие звуковые сигналы. Характер информации непосредственно детерминирует последующую цепь выполняемых специалистом операций. Также зарегистрировано, что операторы КЦ СДМС наговаривают в неделю суммарное время, в среднем значительно превышающее 25–30 часов, что соответствует напряженному труду второй степени (максимальный уровень напряженности операторского труда).

Таким образом, по 4 критериям интенсивности сенсорных нагрузок труд рассматриваемой категории операторов можно отнести к операторскому труду с максимальным уровнем напряженности.

Изучение нагрузок интеллектуального характера также показало выраженную их интенсивность у специалистов КЦ СДМС. Так, содержание их работы характеризуется выполнением сложных задач, решаемых по известному алгоритму (работа по серии инструкций), что соответствует напряженности труда первой степени. Трудовая деятельность данной катего-

рии специалистов требует восприятия сигналов с последующей комплексной оценкой всей полученной информации. Важнейшее значение имеет скорость переработки цифровой и структурной информации, а также перекодирование информации из одной формы в другую. По данному критерию трудовая деятельность диспетчеров и врачей кураторов КЦ СДМС относится к труду максимальной степени напряженности.

В процессе трудовой деятельности указанные специалисты выполняют функции обработки, проверки, контроля за выполнением задания, а также осуществляют предварительную подготовительную работу с последующим распределением заданий другим лицам, что соответствует напряженному труду второй степени (максимальный уровень напряженности операторского труда). По характеру выполняемой работы труд операторов КЦ СДМС характеризуется работой в условиях дефицита времени и информации. При этом отмечается высокая ответственность за конечный результат работы, что также соответствует напряженному труду второй степени (максимальный уровень напряженности).

Следовательно, интенсивность трудовой деятельности рассматриваемой категории операторов по 3 критериям можно определить как напряженный труд второй степени (максимального уровня напряженности).

Анализ показателей, отражающих эмоциональные нагрузки специалистов КЦ СДМС, позволил вынести следующие заключения. Для данной профессии характерной является высокая степень ответственности за окончательный результат работы, а допущенные ошибки могут привести к возникновению ситуаций, опасных для жизни людей либо влекущих за собой убытки работодателя, что соответствует напряженному труду второй степени (максимальный уровень напряженности операторского труда). Соответственно, особенностью данной профессии можно считать высокий уровень ответственности за безопасность других лиц, что обязательно сопряжено с большой эмоциональной нагрузкой.

Анализ частоты конфликтных ситуаций в процессе деятельности показал, что для обследованных специалистов данный показатель составлял в среднем более 8 случаев за смену, что, согласно Руководству Р 2.2.2006-05, рекомендуется рассматривать как критерий операторского труда максимальной степени напряженности.

Важно отметить, что после завершения ответственных операций, а также после воздействия стрессорных факторов (конфликтных ситуаций) частота сердечных сокращений у выборки диспетчеров и врачей-кураторов

КЦ СДМС в среднем увеличивалась на 30–40 %, а уровень систолического артериального давления в среднем достигал 140–150 мм рт. ст.

Таким образом, полученные характеристики эмоциональных нагрузок в процессе труда рассматриваемой категории специалистов по 3 критериям соответствуют напряженному труду второй степени (максимальный уровень напряженности).

Проведенное исследование показало, что трудовая деятельность обследованных специалистов по всем критериям характеризуется низким уровнем монотонности, что соответствует труду низкого уровня напряженности.

Анализ критериев, отражающих режим работы специалистов КЦ СДМС, выявил следующие особенности. Продолжительность рабочей смены составляет 8 ч, что соответствует труду средней степени напряженности (класс 2). По показателю сменности работы труд данной категории операторов относится к напряженному труду первой степени (класс 3.1), поскольку характеризуется регулярной сменностью с работой в ночное время. Существующие режимы труда рассматриваемых специалистов характеризуются отсутствием регламентированных перерывов, что соответствует напряженному труду второй степени (максимальный уровень напряженности операторского труда).

Таким образом, анализ полученных данных показывает, что более 6 показателей трудовой деятельности специалистов КЦ СДМС относятся к классу 3.2. В соответствии с Р 2.2.2006-05, это дает основания квалифицировать данный труд как деятельность наивысшего уровня напряженности. Согласно указанному руководству, а также «Руководству по оценке профессионального риска для здоровья работников» (Р 2.2.1766-03) [8], подобные условия труда следует рассматривать как вредные для здоровья работников, поскольку уровни неблагоприятных факторов деятельности сопровождаются высоким риском к развитию «стойких функциональных изменений, приводящих к увеличению профессионально обусловленной заболеваемости».

Учитывая рекомендации, изложенные в руководстве Р 2.2.1766-03, полученные в данном разделе исследования результаты по оценке профессионального риска специалистов КЦ СДМС могут рассматриваться как категория 1Б (предполагаемый профессиональный риск), когда оценка по критериям руководства Р 2.2.755-99 дополнена отдельными клинико-физиологическими, лабораторными или экспериментальными данными.

Заключение

Проведенное исследование психофизиологических особенностей и напряженности профессиональной деятельности операторов контакт-центров в системе добровольного медицинского страхования показало, что труд данной категории специалистов относится к деятельности максимального уровня напряженности. Профессиональная деятельность диспетчеров и врачей-кураторов контакт-центра предъявляет чрезвычайно высокие требования к эффективному функционированию процессов восприятия и переработки большого потока разномодальной информации в условиях дефицита времени, что является источником высокого нервно-эмоционального напряжения. Дополнительным фактором углубления негативных эмоциональных проявлений является высокая личная ответственность специалиста за принимаемые им решения.

В ходе труда операторов КЦ СДМС наиболее высокие нагрузки испытывают психофизиологические функции, связанные с восприятием, вниманием, памятью, мышлением, способностью выполнять обязанности в условиях воздействия стрессорных факторов информационного, личностного, социально-психологического характера. Эффективное решение профессиональных задач требует от специалиста способностей к быстрому и точному восприятию сложной звуковой и зрительной информации, способностям к эффективному и длительному поиску необходимой информации в массиве данных, высокой помехоустойчивости, эффективному распределению резервов внимания в условиях совмещенного выполнения нескольких задач, к переключению внимания, его концентрации, хорошей артикуляции речи, точному преобразованию графической информации в вербальную и, наоборот, к длительному удержанию информации в оперативной памяти. Своевременное выявление такого рода состояний возможно лишь при осуществлении постоянного динамического контроля за профессиональной работоспособностью данной категории специалистов, который должен включать оценку основных компонентов функционального состояния: физиологического, психоэмоционального, информационного. Организационно динамический контроль за профессиональной работоспособностью может быть решен только при условии компактности диагностических процедур при их высокой информативности и надежности. Описанию способов решения данной проблемы будут посвящены несколько следующих разделов работы.

Литература

1. Беляев В.Р. Сложная операторская деятельность и ее оптимизация // Военно-медицинский журнал. – 2010. – № 12. – С. 42–45.
2. Беляев В.Р., Зарубин А.А. Формирование организационно-штатной структуры круглосуточного медицинского диспетчерского пульта страховой компании на основании интенсивности входящего информационного потока // Вестник СПбГУ. – 2010. – Сер. 11, Вып. 3. – С. 213–217.
3. Григорьева Н.Н. Психофизиология профессиональной деятельности [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.e-college.ru/xbooks/xbook116/book/index/index.html?go=index> (дата обращения 15.06.2020).
4. Иванова Е.М. Психология профессиональной деятельности. – М. : ПЕР СЭ, 2006. – 382 с.
5. Лытаев С.А., Александров М.В., Березанцева М.С. Психофизиология. – СПб. : СпецЛит, 2018. – 256 с.
6. Определение нормативов времени на отдых и личные надобности. Межотраслевые методические рекомендации. – М. : НИИ труда, 1982. – 42 с.
7. Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда (Р 2.2.2006-05) / утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 29.07.2005 [Электронный ресурс] / Доступ из системы КонсультатнПлюс (дата обновления 17.05.2020).
8. Руководство по оценке профессионального риска для здоровья работников. Организационно-методические основы, принципы и критерии оценки (Р 2.2.1766-03). – М. : Федеральный центр госсанэпиднадзора Минздрава России, 2004. – 24 с.
9. Lundberg U. On The Psychology of Stress and Health. – New York: Plenum Press, 2008. – 345 p.

Поступила 26.04.2021

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

Для цитирования. Беляев В.Р., Черный В.С., Леонтьев О.В. Факторы профессионального риска и психофизиологическое содержание деятельности операторов контакт-центров страховых компаний в системе добровольного медицинского страхования // Вестник психотерапии. 2021. № 78 (83). С. 135–149.

**OCCUPATIONAL RISK FACTORS AND PSYCHOPHYSIOLOGICAL CONTENT
OF ACTIVITY OF OPERATORS OF CONTACT CENTERS OF INSURANCE COMPANIES
IN VOLUNTARY HEALTH INSURANCE SYSTEM**

Belyaev V.R.¹, Chernyi V.S.², Leontev O.V.²

¹ Insurance Department of Gazprom Transgaz St. Petersburg LLC
(Warsaw Str., 3, corporation 2, St. Petersburg, Russia);

² Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine,
EMERCOM of Russia (Academician Lebedev Str., 4/2, St. Petersburg Russia).

✉ Valerii Robertovich Beliaev – PhD Med. Sci., Head of Insurance department Insurance Department of Gazprom Transgaz St. Petersburg LLC (Warsaw Str., 3, corporation 2, St. Petersburg, 196128, Russia);

Valerij Stanislavovich Chernyi – Dr. Med. Sci., Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Akademika Lebedeva, 4/2, Str. Petersburg, 1940044, Russia), e-mail: 9297911@list.ru;

Oleg Valentinovich Leontev – Dr. Med. Sci. Prof., head of Department of therapy and integrative medicine of the Institute DPO «Extreme Medicine» Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Akademika Lebedeva, 4/2, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: lov63@inbox.ru.

Abstract. The special features of the activity of operators of round-the-clock medical contact centers in the system of voluntary medical insurance at the present stage are characterized by a constant increase in the complexity of the performed actions, a saturation of their intellectual functions, an increase in the volume and intensity of the processed information.

The activities of specialists of round-the-clock medical contact centers in the system of voluntary medical insurance can presumably be considered as highly dangerous in terms of the risk of developing «professional burnout», a phenomenon that extremely negatively affects the ability of highly qualified specialists to effectively carry out labor activities that contribute to reducing their professional longevity.

Keywords: professional burnout, labor tension, operator, professional psychological selection.

References

1. Belyaev V.R. Slozhnaya operatorskaya deyatelnost i ee optimizaciya [Complex operator activity and its optimization]. *Voенно-медицинский журнал* [Military medical journal]. 2010. N 12. Pp. 42–45. (In Russ.)

2. Belyaev V.R., Zarubin A.A. Formirovanie organizacionno-shtatnoj struktury kruglosutochnogo medicinskogo dispetcherskogo pul'ta strahovoj kompanii na osnovanii intensivnosti vkhodyashhego informacionnogo potoka [Formation of the organizational and staff structure of the round-the-clock medical dispatch panel of the insurance company based on the intensity of the incoming information flow]. *Vestnik SPbGU* [Bulletin of St. Petersburg State University]. 2010. Ser. 11, Vol. 3. Pp. 213–217. (In Russ.)

3. Grigoreva N.N. Psihofiziologiya professionalnoj deyatelnosti [Psychophysiology of professional activity] [Electronic resource]. URL: <http://www.e-college.ru/xbooks/xbook116/book/index/index.html?go=index> (In Russ.)

4. Ivanova E.M. Psihologiya professionalnoj deyatelnosti [Psychology of professional activity]. Moskva. 2006. 382 p. (In Russ.)

5. Lytaev S.A., Aleksandrov M.V., Berezanceva M.S. Psichofiziologiya [Psychophysiology]. Sankt-Peterburg. 2018. 256 p. (In Russ.)

6. Opredelenie normativov vremeni na otdyh i lichnye nadobnosti. Mezhotraslevye metodicheskie rekomendacii [Define holiday time and personal requirements. Cross-sectoral methodological recommendations]. Moskva. 1982. 42 p. (In Russ.)

7. Rukovodstvo po gigenicheskoj ocenke faktorov rabochej sredy i trudovogo processa. Kriterii i klassifikaciya uslovij truda (R 2.2.2006-05) [Manual on hygienic assessment of factors of working environment and labor process. Criteria and classification of working conditions (P 2.2.2006-05)]. [Elektronnyj resurs]. (In Russ.)

8. Rukovodstvo po ocenke professionalnogo riska dlya zdorovya rabotnikov. Organizacionno-metodicheskie osnovy, principy i kriterii ocenki (R 2.2.1766-03) [Guidelines for assessing occupational health risks to workers. Organizational and methodological foundations, principles and evaluation criteria: (P 2.2.1766-03)]. Moskva. 2004. 24 p. (In Russ.)

9. Lundberg U. On The Psychology of Stress and Health. New York: Plenum Press, 2008. 345 p.

Received 26.04.2021

For citing. Belyaev V.R., Chernyi V.S., Leontev O.V. Faktory professionalnogo riska i psichofiziologicheskoe sodержanie deyatelnosti operatorov kontakt-centrov strahovyh kompanij v sisteme dobrovolnogo medicinskogo strahovaniya. *Vestnik psikhoterapii*. 2021. N 78. Pp. 135–149. **(In Russ.)**

Belyaev V.R., Chernyi V.S., Leontev O.V. Occupational risk factors and psychophysiological content of activity of operators of contact centers of insurance companies in voluntary health insurance system. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2021. N 78. Pp. 135–149.



ЖУРНАЛ «ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ»
Редакционная коллегия

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

Уважаемые коллеги!

Учредителем журнала «Вестник психотерапии» является Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Санкт-Петербург). Международный институт резервных возможностей человека (МИРВЧ, Санкт-Петербург), ранее являвшийся учредителем журнала, оказывает содействие в развитии, издании и обеспечении функционирования журнала.

Журнал издается с 1991 г. и является научным рецензируемым изданием, имеет **свидетельство о перерегистрации средства массовой информации** ПИ № ФС77-34066 от 07 ноября 2008 г., выданное Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций РФ. **Журнал включен в объединенный каталог «Пресса России» (индекс–15399)** и на всей территории РФ и СНГ проводится его подписка через почтовые отделения. Журнал выпускается 4 раза в год.

Журнал «Вестник психотерапии» включен в Перечень научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы результаты диссертаций на соискание ученых степеней кандидата и доктора наук (<http://vak.ed.gov.ru/87>) по научным специальностям и соответствующим им отраслям науки: 14.01.06 – Психиатрия (медицинские науки), 19.00.04 – Медицинская психология (медицинские науки), 19.00.04 – Медицинская психология (психологические науки). Основание: Распоряжение Минобрнауки России от 28.12.2018 № 90-р «О формировании Перечня рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук» (102 стр., № 391).

Желающие опубликовать свои научные материалы (статьи, обзоры, краткие информационные сообщения) **должны** представить их в редакцию журнала в текстовом редакторе WORD (не старше 2003 г.), шрифт Times New Roman, 14-й шрифт, межстрочный интервал полуторный, поля по 2,5 см с каждой стороны. Должны быть указаны фамилия, имя, отчество (полностью), ученая степень, ученое звание, должность и место работы автора (авторов), адрес (почтовый и e-mail) и телефон (телефоны). Статья должна быть подписана автором (авторами).

Материал статьи представляется по ГОСТу 7.89-2005 «Оригиналы текстовые авторские и издательские». Рекомендуемый объем статьи 10–20 стр. (28–30 строк на стр., до 70 знаков в строке). К статье должно быть приложено резюме (реферат), отражающее основное содержание работы, размером не менее ½ стр. Название статьи, реферат, ключевые слова, сведения об авторах, переводятся на английский язык. Англоязычное название места работы приводится в точном соответствии с Уставом учреждения. 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». Список литературы оформляется по ГОСТу 7.05.2008 «Библиографическая ссылка ...». Независимо от количества авторов все они выносятся в заголовки библиографической записи.

Рукописи рецензируются членами редакционного совета или редакционной коллегии и ведущими специалистами данных областей медицины и психологии. При положительной рецензии поступившие материалы будут опубликованы. Представленные материалы должны быть актуальными, соответствовать профилю журнала, отличаться новизной и научно-практической или теоретической значимостью. Фактический материал должен быть тщательно проверен и подтвержден статистическими данными или ссылками на источники, которые приводятся в конце статьи. При несоответствии статьи указанным требованиям тексты рукописей не возвращаются.

Направление статьи в журнал является согласием автора (авторов) на размещение статьи или ее материалов (реферата, цитатных баз и др.) в отечественных и зарубежных реферативно-библиографических базах данных.

Телефон 8-911-923-98-01 – заместитель главного редактора – кандидат психологических наук доцент Мильчакова Валентина Александровна (e-mail: vestnik-pst@yandex.ru).

Полнотекстовые версии журнала размещены на официальных сайтах ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России <http://www.arcerm.spb.ru> и МИРВЧ <http://www.mirvch.com>, а также на сайте научной электронной библиотеки <http://www.elibrary.ru>.

Главный редактор журнала – доктор медицинских наук, доктор психологических наук профессор Рыбников Виктор Юрьевич (e-mail: rvikigina@mail.ru)

Научный редактор журнала – доктор медицинских наук Черный Валерий Станиславович (e-mail: 9297911@list.ru)

Журнал «Вестник психотерапии» зарегистрирован Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.

Журнал «Вестник психотерапии» издается с 1991 г.

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

Учредитель:

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий (ФГБУ «ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова» МЧС России).

Главный редактор – Рыбников Виктор Юрьевич.

Научный редактор – Черный Валерий Станиславович.

Корректор – Устинов Михаил Евграфович.

Индекс в объединенном каталоге «Пресса России» – 15399.

Адрес редакции: 194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д.11.

Адрес издательства и типографии: ООО «Политехника-сервис».

190005, г. Санкт-Петербург, Измайловский пр., д. 18-д.

тираж 500 экз.

цена – свободная

Отпечатано в типографии «Политехника-сервис»
с оригинал-макета заказчика.

190005, Санкт-Петербург, Измайловский пр., 18-д.

Подписано в печать 22.06.2021. Печать – цифровая.

Бумага офсетная. Формат 60/84¹/₁₆. Тираж 500 экз.

Объем 9,5 п. л. Заказ 48721.