

- Психотерапия
- Медицинская психология
- Клиническая психология
- Психиатрия и наркология
- Психофизиология

ISSN 0132-182X (print)

ISSN 2782-652 (online)

Вестник ПСИХОТЕРАПИИ



№81

Bulletin of Psychotherapy

2022

ПРАВИЛА ДЛЯ АВТОРОВ СТАТЕЙ

При направлении статей в журнал должны соблюдаться международные этические нормы, разработанные Комитетом по этике научных публикаций (The Committee on Publication Ethics, COPE) (<http://publicationethics.org/resources/guidelines>), рецензируемых журналов издательства «Elsevier» (<http://health.elsevier.ru/about/news/?id=990>) и содержащиеся на сайтах учредителей журнала «Вестник психотерапии».

Автор(ы) представляет(ют) электронную версию статьи в формате Word 97-2003 (!) и скан титульного листа, подписанный авторами, которые следует направить по электронному адресу редколлегии (<https://000.elpub.ru/jour>) через опцию «Отправить статью». В сведениях указываются фамилии, имена и отчества авторов полностью, ученые звания и степени, занимаемые должности, место работы с почтовым адресом учреждения и участие авторов в подготовке статьи. Ведущий автор сообщает телефон для общения с редакцией.

Оформление статьи должно соответствовать ГОСТу 7.89-2005 «Оригиналы текстовые авторские и издательские» и ГОСТу 7.0.7-2009 «Статьи в журналах и сборниках». 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».

Текст статьи набирается шрифтом, интервал полуторный. Поля с каждой стороны по 2 см. Объем передовых и обзорных статей не должен превышать 15 стр., экспериментальных и общетеоретических исследований — 10 стр. В этот объем входят текст, иллюстрации (рисунки, таблицы), список литературы и англоязычный блок.

Схема построения статьи: 1) инициалы и фамилии авторов; 2) заглавие статьи (обычным строчным шрифтом), учреждение и его адрес (указываются для каждого из авторов); 3) реферат и ключевые слова, соотнесенные с Международным рубрикатом медицинских терминов (MeSH), русскоязычная версия которого представлена на сайте Центральной научной медицинской библиотеки (<http://www.scsml.rssi.ru/>); 4) краткое введение; 5) материал и методы; 6) результаты и их анализ; 7) заключение (выводы); 8) возможные конфликты интересов, которые могут повлиять на анализ и интерпретацию полученных результатов, источники финансовой поддержки (гранты, государственные программы, проекты и т.д.), благодарности; 9) участие авторов (конкретный вклад каждого автора в подготовку и написание статьи); 10) литература.

Реферат объемом не менее 250 знаков составляется на русском и английском языке. В разделах следует кратко ответить на вопросы: актуальность (Relevance) — для чего это надо? Почему провели это исследование? Цель (Relevance) — что надо сделать? Методология (Methodology) — что делали? Объект (предмет) исследования и задействованный для этого аппарат. Результаты и их анализ (Results and Discussion) — что было получено? Как эти результаты соотносятся с проведенными ранее исследованиями? Заключение (Conclusion) — что надо внедрить в научно-практическую деятельность?

Литература должна содержать в алфавитном порядке, кроме основополагающих, научные публикации за последние 5–10 лет [статьи, материалы конференций, авторефераты диссертаций (диссертация — рукопись), монографии, изобретения и пр., учебно-методическая литература не относится к научной] и соответствовать ГОСТу 7.0.5-2008 «Библиографическая ссылка...». Для статей (книг), независимо от количества авторов, библиографическое описание приводится с заголовка, который содержит, как правило, фамилии и инициалы всех авторов. Точка и тире в записи заменяются точкой. Обязательно приводятся место издания (издательство, если оно имеется), год издания, общее количество страниц и DOI статей. Для отдельных глав, статей — страницы начала и конца документа.

Требования к рисункам: допускаются только черно-белые рисунки, заливка элементов рисунка — косяя, перекрестная, штриховая; допустимые форматы файлов — TIFF, JPG, PDF; разрешение — не менее 300 dpi; ширина рисунка — не более 160 мм, высота рисунка — не более 130 мм, легенда рисунка должна быть легко читаемой, шрифт не менее 8–9 пт.

Структура англоязычного раздела: 1) авторы и заглавие статьи; 2) англоязычное название учреждения приводится так, как оно представлено в Уставе учреждения; 3) сведения об авторах — указываются транслитерированные имена, отчества (вначале) и потом фамилии, ученые звания и степени, должность, учреждение, его адрес; 4) реферат по разделам и ключевые слова; 5) транслитерированный список литературы. При транслитерации следует использовать сайт (<http://translit.net>), формат транслитерации — BSI. После транслитерированного русского заглавия в квадратных скобках указывается его англоязычный перевод. Для заглавий статей и журналов следует применять официальные переводы, представленные в журналах, на сайте Научной электронной библиотеки (<http://elibrary.ru>) и ведущих библиотек страны.

Присланные статьи рецензируются членами редколлегии, редакционного совета и ведущими специалистами отрасли. Рецензирование — «двойное слепое». При положительном отзыве статьи принимаются к печати. При принятии статьи к публикации авторы дают право редакции размещать полные тексты статей и ее реферата в информационных справочно-библиографических базах данных.

Рукописи авторам не возвращаются.

Плата за публикацию рукописей с аспирантов не взимается.



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

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

Институт психотерапии и медицинской психологии им. Б.Д. Карвасарского — это негосударственное учреждение, научно-практический, научно-организационный и образовательный центр Петербургской (Ленинградской) психотерапевтической школы, воплотивший в своей деятельности и образовательных программах все лучшие достижения науки на основе современного компетентностного подхода в последипломном образовании специалистов по психотерапии и медицинской психологии.

Ректором Института является ученик и последователь выдающегося отечественного психотерапевта и психолога, главы Петербургской (Ленинградской) школы психотерапии и медицинской психологии, профессора Б.Д. Карвасарского — д.м.н. Равиль Каисович Назыров

Институт осуществляет образовательную деятельность на основании бессрочной Лицензии № 0988 от 13 мая 2014 г. на право осуществления образовательной деятельности в сфере дополнительного профессионального образования. Обучение в Институте производится по программам 3-го уровня (интегративная дидактическая концепция) и 4-го уровня (интерактивная дидактическая среда).

Институт предлагает программы профессиональной переподготовки по специальностям:

- клиническая (медицинская) психология (для психологов)
- психотерапия (для врачей).

Также Институт реализует образовательные программы и научные конференции в рамках системы НМО (Непрерывного медицинского и фармацевтического образования).

Оформить заявку на обучение и задать любые интересующие Вас вопросы можно, позвонив нам по номеру +7 812 467-47-90 или написав по адресу client@ipmp-spб.ru

Юридический адрес Института: 191014, г. Санкт-Петербург, пер. Басков, д.32-34, стр. А литер, пом. 3Н.

Учредитель

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

Журнал зарегистрирован

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

Индекс для подписки

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

Импакт-фактор (2020) 0,554

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

Компьютерная верстка

С.И. Рожкова

Корректор Е.С. Степченко

Перевод Н.А. Мухина

Подписано в печать: 19.04.2022

Формат 60×84/8. Усл.-печ. л. 10,5

Тираж 500 экз. Заказ № 7610-1

Отпечатано в типографии

«Скифия-Принт», Санкт-Петербург,

197198, ул. Б. Пушкарская, д. 10

Дата выпуска в свет: 22.04.2022

Свободная цена

Адрес редакции:

Россия, 194352, Санкт-Петербург,

Придорожная аллея, д. 11

Тел. (812) 592-14-19,

8-911-923-98-01

e-mail: vestnik-pst@yandex.ru

ISSN 0132-182X (print)

ISSN 2782-652X (online)

СОДЕРЖАНИЕ

Рыбников В.Ю.

Письмо к авторам журнала 5

Психиатрия и наркология

Евдокимов В.И., Чернов Д.А., Мухина Н.А.

Показатели психических расстройств
у военнослужащих контрактной службы
(рядовые, сержанты, старшины) Вооруженных сил
Республики Беларусь (2003–2020 гг.) 6

Психотерапия

Александров А.А.

Совесь и диалог с воображаемым Другим
в аналитико-катаргической терапии 26

Медицинская психология. Клиническая психология

Бакушкина Н.И., Исаева Е.Р.

Лонгитюдное исследование динамики
нейрокогнитивного развития у недоношенных
и доношенных детей от 5 до 24 месяцев 40

Бек А.В., Булыгина В.Г., Кудрявцев И.А., Дубинский А.А.

Профиль личности и резильентность пациентов
с алкогольной зависимостью с различной степенью
социальной дезадаптации. 50

Ветрова Т.В., Шандура О.О.

Психологические особенности взаимоотношений
в семье в условиях самоизоляции, вызванной
пандемией новой коронавирусной инфекции
(COVID-19). 60

Жернов С.В., Ичитовкина Е.Г., Соловьев А.Г.

Прогнозирование риска формирования психической
травматизации у сотрудников органов внутренних
дел в период пандемии COVID-19 72

Морозова Е.В., Алексанин С.С., Рыбников В.Ю.

Реабилитационная приверженность личности
в условиях инвалидизации: методика оценки. 79

Пятибрат А.О., Пятибрат Е.Д.

Обоснование эффективности реабилитирующего
влияния речных круизов на лиц, перенесших
COVID-19 93

Ярыгин О.А., Козлов Д.В., Раевский А.А.,

Княжеченко А.А., Миронова А.П.

Динамика психического состояния медицинских
работников Волгоградской области, оказывающих
помощь пациентам с новой коронавирусной
инфекцией COVID-19 107

Главный редактор

В.Ю. Рыбников (Санкт-Петербург, д-р мед. наук, д-р психол. наук проф.)

Редакционная коллегия

В.И. Евдокимов (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф., научный редактор)

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.С. Черный (Санкт-Петербург, д-р мед. наук)

Редакционный совет

С.С. Алексанин (Санкт-Петербург, член-корр. РАН, 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.)

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.)

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.)

BULLETIN OF PSYCHOTHERAPY

N 81
2022

Reviewed Research Journal

Quarterly published

Founder

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

Journal Registration

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

Impact factor (2020) 0,554

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

Computer makeup
S.I. Rozhkova
Proofreading E.S. Stepchenko
Translation N.A. Muhina

Approved for press 19.04.2022.
Format 60×84/8.
Conventional sheets 10.5.
No. of printed copies 500.

For correspondence:

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

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

CONTENTS

Rybnikov V.Yu.
Letter to the authors of the journal. 5

Psychiatry and Narcology

Evdokimov V.I., Chernov D.A., Mukhina N.A.
Indicators of mental disorders in contract military
personnel (privates, sergeants, sergeant majors) of the
Armed Forces of the Republic of Belarus (2003–2020) 6

Psychotherapy

Alexandrov A.A.
Conscience and dialogue with the imaginary other
in analytical-cathartic therapy. 26

Medical psychology. Clinical psychology

Bakushkina N.I., Isaeva E.R.
Longitudinal research of the dynamics of neurocognitive
development in preterm and full-term infants
from 5 to 24 months 40

Beck A.V., Bulygina V.G., Kudryavtsev I.A., Dubinsky A.A.
Personality profile and resilience of patients with
alcohol dependence with varying degrees of social
maladaptation 50

Vetrova T.V., Shandura O.O.
Psychological features of the occurrence of family conflicts
in conditions of self-isolation caused by the pandemic
of a new coronavirus infection (COVID-19) 60

Zhernov S.V., Ichitovkina E.G., Solovyov A.G.
Forecasting the mental traumatization risk among law
enforcement officers during the COVID-19 pandemic. . . 72

Morozova E.V., Aleksanin S.S., Rybnikov V.Yu.
Personality commitment to rehabilitation in the disabled
patients: assessment methodology 79

Pyatibrat A.O., Pyatibrat E.D.
Justification of the effectiveness of the rehabiliting
effect of river cruises on people who have suffered
COVID-19 93

*Yarygin O.A., Kozlov D.V., Raevsky A.A.,
Knyazhchenko A.A., Mironova A.P.*
Dynamics of the mental condition among medical workers
from the Volgograd region providing medical care to
patients with new coronavirus infection COVID-19. . . . 107

Editor-in-Chief

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

Editorial Board

V.I. Evdokimov (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof., Science Editor)

S.G. Grigorev (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.S. Chernyi (St. Petersburg, Dr. Med. Sci.)

Members of Editorial Council

S.S. Aleksanin (St. Petersburg, Corresponding Member Russian Academy of Sciences, 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.)

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. Grigorev (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.)



**Уважаемые коллеги!
Члены редакционного совета,
редакционной коллегии!**

Картина мира и нормативная база науки и образования стремительно меняется. Так, в 2021 г. изменилась номенклатура научных специальностей, появились новые научные специальности «клиническая психология» (медицинские и психологические науки), «психиатрия и наркология» (медицинские науки). Радует, что осталась «медицинская психология», но, увы, только медицинские науки.

Необходимо не только вносить изменения в перечень журналов Высшей аттестационной комиссии Минобрнауки России, в состав редколлегии и редакционного совета, но и продвигать журнал в международные базы данных, сетевые электронные платформы, обновлять его содержание и научно-практическую направленность как научного издания области психиатрии, наркологии, психотерапии, медицинской и клинической психологии.

Поэтому между Всероссийским центром экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (директор — член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук профессор Сергей Сергеевич Алексанин), Международным институтом резервных возможностей человека (директор — доктор медицинских наук доктор теологии профессор Григорий Игоревич Григорьев) и Институтом психотерапии и медицинской психологии им. Б.Д. Карвасарского (генеральный директор — доктор медицинских наук Равиль Каисович Назыров) заключено соглашение по развитию и обеспечению продвижению научного рецензируемого журнала «Вестник психотерапии».

Будут внесены изменения в редакционный совет, изменится формат и, надеюсь, в лучшую сторону содержание журнала. Со следующего номера функции главного редактора примет доктор медицинских наук Равиль Каисович Назыров, ученик Б.Д. Карвасарского, врач-психотерапевт.

Выражаю благодарность и признательность всем членам редакционного совета и редакционной коллегии, более 20 лет проработавших со мной в рамках нашего журнала. Особенно хочу отметить кропотливый и титанический труд научного редактора профессора Владимира Ивановича Евдокимова и исполнительного директора кандидата психологических наук Валентины Александровны Мильчаковой. Они остаются на своем месте в журнале.

Главный редактор журнала,
заслуженный деятель науки Российской Федерации,
доктор медицинских наук,
доктор психологических наук профессор
Виктор Юрьевич Рыбников

В.И. Евдокимов^{1,3}, Д.А. Чернов², Н.А. Мухина³

ПОКАЗАТЕЛИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ КОНТРАКТНОЙ СЛУЖБЫ (РЯДОВЫЕ, СЕРЖАНТЫ, СТАРШИНЫ) ВООРУЖЕННЫХ СИЛ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ (2003–2020 гг.)

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

² Гомельский государственный медицинский университет
(Республика Беларусь, г. Гомель, ул. Ланге, д. 5);

³ Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2)

Актуальность. Экстремальные условия деятельности военнослужащих повышают вероятность развития дезадаптации и психических расстройств.

Цель – анализ медико-статистических показателей и динамики психических расстройств у военнослужащих, проходящих службу по контракту, и сравнить полученные показатели с данными у офицеров Вооруженных сил (ВС) Республики Беларусь за 18 лет (2003–2020 гг.).

Методология. Проанализировали отчеты о состоянии здоровья личного состава и деятельности медицинской службы по форме 3/МЕД воинских частей, в которых проходили службу около 80 % от общего числа военнослужащих по контракту ВС Республики Беларусь в 2003–2020 гг. Соотнесли психическую заболеваемость с группами (блоками) V класса по Международной классификации болезней и расстройств поведения 10-го пересмотра (МКБ-10). Медико-статистические показатели рассчитали на 10 тыс. военнослужащих. Результаты проверили на нормальность распределения признаков. В статье представлены средние арифметические показатели и ошибки средних величин ($M \pm m$). Развитие психических расстройств изучили при помощи анализа динамических рядов и расчета полиномиального тренда второго порядка.

Результаты и их анализ. Среднегодовой уровень общей заболеваемости военнослужащих по контракту с психическими расстройствами (V класс по МКБ-10) в 2003–2020 гг. составил ($102,53 \pm 15,88$) на 10 тыс. военнослужащих, доля психических расстройств в структуре общей заболеваемости по всем классам по МКБ-10 была 1,15 %, первичной заболеваемости – ($51,58 \pm 8,58$) и 0,81 % соответственно, госпитализации – ($23,06 \pm 4,14$) и 1,76 % соответственно, дней нетрудоспособности – ($426,0 \pm 65,5$) и 1,28 % соответственно, увольняемости – ($4,00 \pm 0,69$) и 22,51 % соответственно. Полиномиальные тренды уровней обобщенных видов заболеваемости при высоких коэффициентах детерминации показывали уменьшение данных. Отмечается также снижение доли психических расстройств в структуре видов заболеваемости военнослужащих по контракту по всем классам по МКБ-10. По всем обобщенным видам

✉ Евдокимов Владимир Иванович — д-р мед. наук проф., гл. науч. сотр., Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2), ст. препод. каф. психиатрии, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), ORCID: 0000-0002-0771-2102, e-mail: 9334616@mail.ru;

Чернов Денис Анатольевич — нач. воен. каф., Гомельский гос. мед. ун-т (Республика Беларусь, 246000, г. Гомель, ул. Ланге, д. 5), ORCID: 0000-0002-5797-0118, e-mail: chernov_denis78@mail.ru;

Мухина Наталия Александровна — канд. мед. наук, Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2), ORCID: 0000-0002-5805-5309, e-mail: nata26@inbox.ru

заболеваемости (за исключением дней трудопотерь) уровни психических расстройств у военнослужащих по контракту были статистически достоверно большими, чем у офицеров Вооруженных сил Республики Беларусь. В структуре военно-эпидемиологической значимости нозологий для военнослужащих по контракту 1-й ранг составили показатели невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств (5-я группа по МКБ-10), 2-й – расстройств настроения (аффективные расстройства) (4-я группа), 3-й – шизофрении, шизотипических и бредовых расстройств (3-я группа), 4-я – поведенческих синдромов, связанных с физиологическими нарушениями и физическими факторами (6-я группа), 5-я – психических расстройств и расстройств поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ (2-я группа). В сумме указанные группы составили 91,5% от структуры военно-эпидемиологической значимости.

Заключение. При призыве на военную службу кандидатов, изъявивших желание проходить службу по контракту, и на начальном этапе несения службы необходимо более активно выявлять лиц с психическими зависимостями. Акцентирование внимания на показателях психической заболеваемости позволит рассчитать силы и средства медицинской службы, а профилактика, своевременное их выявление и лечение улучшат психическое здоровье военнослужащих по контракту и надежность профессиональной деятельности.

Ключевые слова: психиатрия, психическое здоровье, военная медицина, военнослужащий, контрактная служба, первичная заболеваемость, госпитализация, трудопотери, увольняемость, Республика Беларусь.

UDC616.68:613.67 (476)

V.I. Evdokimov^{1,3}, D.A. Chernov², N.A. Mukhina³

INDICATORS OF MENTAL DISORDERS IN CONTRACT MILITARY PERSONNEL (PRIVATEES, SERGEANTS, SERGEANT MAJORS) OF THE ARMED FORCES OF THE REPUBLIC OF BELARUS (2003–2020)

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

² Gomel State Medical University (5, Lange Str., Gomel, 246000, Republic of Belarus);

³ Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (4/2, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia)

Relevance. Extreme conditions of military activities increase the likelihood of developing mental maladaptation and mental disorders.

Intention. To analyze medical statistical indicators and the dynamics of mental disorders in military personnel serving under contract, and compare the obtained indicators with data from officers of the Armed Forces (AF) of the Republic of Belarus for 18 years (2003–2020).

✉ Vladimir Ivanovich Evdokimov – Dr. Med. Sci. Prof., Principal Research Associate, Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (4/2, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia); teacher, Kirov Military Medical Academy (6, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia), ORCID: 0000-0002-0771-2102, e-mail: 9334616@mail.ru;

Denis Anatolevich Chernov – Chief of the Military Department, Gomel State Medical University (5, Lange Str., Gomel, 246000, Republic of Belarus), ORCID: 0000-0002-5797-0118, e-mail: chernov_denis78@mail.ru;

Nataliia Aleksandrovna Mukhina – PhD Med. Sci., senior research associate, Medical Register of EMERCOM of Russia, Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (4/2, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia), ORCID: 0000-0002-5805-5309, e-mail: nata26@inbox.ru

Methodology. We analyzed reports on the state of health of personnel and the activities of the medical service by Form 3 / MED of military units in which about 80 % of the total number of military personnel under contract of the Republic of Belarus AF served in 2003–2020. Mental morbidity was correlated with groups (blocks) of Chapter V of the International Classification of Diseases and Behavioral Disorders of the 10th revision (ICD-10). Medical and statistical indicators were calculated for 10 thousand military personnel. The results were checked for the normality of distribution. The article presents arithmetic means and errors of mean values ($M \pm m$). Time series were analyzed and second-order polynomial trends were calculated.

Results and Discussion. Over 2003–2020, in contract military personnel with mental disorders (ICD-10 Chapter V) overall morbidity averaged (102.53 ± 15.88) per 10 thousand military personnel / year with 1.15 % share of mental disorders; primary morbidity averaged (51.58 ± 8.58) and 0.81 %, respectively; hospital admissions, (23.06 ± 4.14) and 1.76 %, respectively; work days lost, (426.0 ± 65.5) and 1.28 %, respectively; dismissals, (4.00 ± 0.69) and 22.51 %, respectively. Polynomial trends showed a decrease in morbidity indicators with high coefficients of determination. Shares of mental disorders also decreased in the structure of morbidity indicators among contract military personnel for all ICD-10 chapters. For all morbidity indicators (excluding work days lost), the levels of mental disorders in contract servicemen were statistically significantly higher than in officers of the Republic of Belarus AF. In the structure of the military epidemiological significance of diseases for contract military personnel, indicators of neurotic, stress-related and somatoform disorders (ICD-10 Block 5) ranked 1st; mood [affective] disorders (Block 4) ranked 2nd; schizophrenia, schizotypal and delusional disorders (Block 3) ranked 3rd; behavioral syndromes associated with physiological disturbances and physical factors (Block 6) ranked 4th; mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use (Block 2) ranked 5th. In total, these blocks accounted for 91.5 % of the structure of military epidemiological significance.

Conclusion. When conscripting candidates who have expressed a desire to serve under contract, and at the initial stage of service, it is necessary to more actively identify persons with mental addictions. Indicators of mental disorders will help calculate forces and assets of the medical service, and their prevention, timely detection and treatment will improve the mental health of contract servicemen and the reliability of their professional activities.

Keywords: psychiatry, mental health, military medicine, serviceman, contract service, primary morbidity, hospitalization, work days lost, dismissal, Republic of Belarus.

Введение

Психическое здоровье – важный показатель надежности и безопасности военной службы [1]. Нередко профессиональная деятельность военнослужащих осуществляется в экстремальных условиях, что создает повышенную вероятность чрезмерного напряжения функциональных резервов организма, нарушений адаптации и развития психогенно обусловленных расстройств [5, 6, 11]. Нарушения психического здоровья военнослужащих имеют высокую актуальность для ряда армий зарубежных стран [12, 13, 16–19].

Профилактике психической дезадаптации и психических расстройств у военнослужащих посвящены десятки публикаций. В предыдущих публикациях подробно представлены медико-статистические показатели психической заболеваемости военнослужащих Вооруженных сил (ВС) России [2, 9, 10] и Республики Беларусь,

Introduction

Mental health is an important indicator of the reliability and safety of military service [1]. Often, the professional activities of military personnel are carried out in extreme conditions, thus increasing likelihood of excessive stress on the body's functional reserves, maladjustment and psychogenic disorders [5, 6, 11]. Mental disorders in military personnel are of high relevance for a number of armies of foreign countries [12, 13, 16–19].

Dozens of publications are devoted to the prevention of mental maladjustment and mental disorders in military personnel. Previous publications present in detail the medical and statistical indicators of mental disorders among military personnel of the Armed Forces (AF) of Russia [2,

в том числе офицеров [3] и военнослужащих, проходящих службу по призыву [4].

Оказалось также, что невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства (5-я группа V класса по МКБ-10) составили 40% от структуры первичной заболеваемости военнослужащих с психическими расстройствами ВС России [2, 9, 10]. Ведущими они были также в структуре психической заболеваемости в армиях Австралии [15], Великобритании [18], Канады [19] и США [14, 16, 17].

Цель – анализ медико-статистических показателей и динамики психических расстройств у военнослужащих, проходящих службу по

9, 10] and the Republic of Belarus, including officers [3] and conscripts [4].

It also turned out that stress-related neurotic and somatoform disorders (Block 5, ICD-10 Chapter V) accounted for 40% of the structure of the primary morbidity among servicemen with mental disorders in the Russian AF [2, 9, 10]. They were also leading in the structure of mental disorders in the armies of Australia [15], Great Britain [18], Canada [19] and the USA [14, 16, 17].

Intention – To analyze medical and statistical indicators and the dynamics

Таблица 1 / Table 1

**Группы (блоки) психических расстройств и расстройств поведения
V класса по МКБ-10
Blocks of mental and behavioural disorders by ICD-10 Chapter V**

Группа / Block #	Психическое расстройство / Mental disorder	Код / Code range
1	Органические, включая симптоматические, психические расстройства / Organic, including symptomatic, mental disorders	F00–F09
2	Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ / Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use, в том числе / including: психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя / Mental and behavioural disorders due to use of alcohol психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением наркотических или психоактивных веществ / Mental and behavioural disorders due to narcotic or psychoactive substance use	F10–F19 F10 F11–F16, F18–F19
3	Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства / Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders	F20–F29
4	Расстройства настроения [аффективные расстройства] / Mood [affective] disorders	F30–F39
5	Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства / Neurotic, stress-related and somatoform disorders, в том числе / including: невротические и связанные со стрессом расстройства / Neurotic and stress-related disorders соматоформные расстройства / Somatoform disorders	F40–F48 F40–F44, F48 F45
6	Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами / Behavioural syndromes associated with physiological disturbances and physical factors	F50–F59
7	Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте / Disorders of adult personality and behaviour	F60–F69
8	Умственная отсталость / Mental retardation	F70–F79
9	Расстройства психологического развития / Disorders of psychological development	F80–F89
10	Эмоциональные расстройства, расстройства поведения, обычно начинающиеся в детском и подростковом возрасте / Behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence	F90–F98
11	Неуточненные психические расстройства / Unspecified mental disorders	F99

контракту, и сравнить полученные показатели с данными у офицеров ВС Республики Беларусь за 18 лет (2003–2020 гг.).

Материал и методы

Изучили показатели медицинских отчетов о состоянии здоровья личного состава и деятельности медицинской службы по форме 3/МЕД воинских частей, в которых проходили службу около 80% от общего числа военнослужащих по контракту ВС Республики Беларусь в 2003–2020 гг. Психические расстройства у военнослужащих по контракту соотнесли с группами (блоками) V класса Международной классификации болезней и расстройств поведения 10-го пересмотра (МКБ-10) (табл. 1). Нозологии 8-, 9-й и 10-й группы не были выявлены, поэтому в таблицах их не приводили.

Проанализировали общепринятые обобщенные показатели здоровья у военнослужащих: общей заболеваемости (обращаемости), первичной заболеваемости (впервые в жизни возникших психических расстройств в анализируемом году), госпитализации, трудопотерь и увольняемости по состоянию здоровья из ВС [7].

Обычно уровень заболеваемости военнослужащих в медико-статистических данных указывают на 1000 человек или в промилле. В связи с невысокими показателями психических расстройств оценили уровень заболеваемости на 10 тыс. военнослужащих по контракту. Аналогичным образом была представлена заболеваемость психическими расстройствами у офицеров ВС Республики Беларусь, что позволило сравнить уровни заболеваемости [3].

По уточненной формуле выявили военно-эпидемиологическую значимость групп психических расстройств для военнослужащих. Исследования, проведенные в ВС Республики Беларусь, установили значимые коэффициенты, например, сведения общей заболеваемости и трудопотерь имели коэффициент 1,0, первичной заболеваемости и госпитализации – 1,5, увольняемости – 2,0 [8].

Результаты проверили на нормальность распределения признаков. В статье указаны средние арифметические показатели и ошибки средних величин ($M \pm m$). Динамику показателей изучили при помощи анализа динамических рядов

of mental disorders in contract military personnel and compare the obtained data with that from officers of the Republic of Belarus AF over 18 years (2003–2020).

Methodology

We analyzed reports on the state of health of personnel and the activities of the medical service by Form 3 / MED of military units in which about 80% of the total number of military personnel under contract of the Republic of Belarus AF served in 2003–2020. Mental morbidity was correlated with groups (blocks) of Chapter V of the International Classification of Diseases and Behavioral Disorders of the 10th revision (ICD-10) (Table 1). There were no disorders from blocks 8, 9 and 10, therefore they are absent in tables.

We analyzed the generally accepted health indicators of military personnel: overall morbidity (medical advice seeking rate), primary morbidity (newly developed mental disorders per year), hospitalizations, work days lost and health-related dismissal from the AF [7].

In medical statistics, morbidity rates are typically provided per 1000 (ppm) military personnel. Due to low occurrence of mental disorders, primary morbidity was estimated per 10,000 contract servicemen. Mental morbidity among officers of the Armed Forces of the Republic of Belarus was presented in a similar way, which allowed comparisons with contract military personnel [3].

According to the refined formula, the military-epidemiological significance of mental disorders for military personnel was revealed. Studies conducted in the Republic of Belarus AF have established statistically significant coefficients, for example, overall morbidity and work days lost had a coefficient of 1.0, primary morbidity and hospitalization – 1.5, dismissal – 2.0 [8].

The results were checked for the normality of distribution. The article presents

и расчета полиномиального тренда второго порядка. Чем больше был коэффициент детерминации (R^2) полиномиального тренда (максимальный 1,0), тем более адекватно он отражал созданную динамику данных. Знак \uparrow обозначал рост показателей, \downarrow – уменьшение, \rightarrow – стабильность, \cup и \cap – U-кривую и инвертированную U-кривую. В ряде случаев конкретизировали динамику U-кривых, например знак $\cap\uparrow$ демонстрировал рост данных в последний период наблюдения. Развитие полиномиального тренда в таблицах определяли при доле группы психических расстройств 0,5% и более от структуры.

Результаты и их анализ

Общая заболеваемость. В 2003–2020 г. среднегодовой уровень общей заболеваемости военнослужащих по контракту был ($102,53 \pm 15,88$) на 10 тыс., а доля психических расстройств в структуре общей заболеваемости по всем классам по МКБ-10–1,15%. Отмечается уменьшение доли психических расстройств в структуре всей общей заболеваемости, например, в 2003 г. она составляла 1,8%, в 2020 г. – 0,1%.

arithmetic means and errors of mean values ($M \pm m$). Time series were analyzed and second-order polynomial trends were calculated. With higher determination coefficients (R^2 , maximum value 1.0), polynomial trends better represented data evolution over time. The following symbols were used: \uparrow – data increase, \downarrow – decrease, \rightarrow – stability, \cup – U-shaped curve, \cap – inverted U-shaped curve. Sometimes, U-curve trends were described more specifically, e.g. symbol $\cap\uparrow$ showed data increase over the most recent observation period. In tables, polynomial trends are shown for blocks of mental disorders with proportions of 0.5% and more.

Results and Discussion

Overall morbidity. Over 2003–2020, contract military personnel had overall morbidity rate of (102.53 ± 15.88) per 10,000, with 1.15% share of mental disorders in the structure of overall morbidity by all ICD-10 chapters. The share of

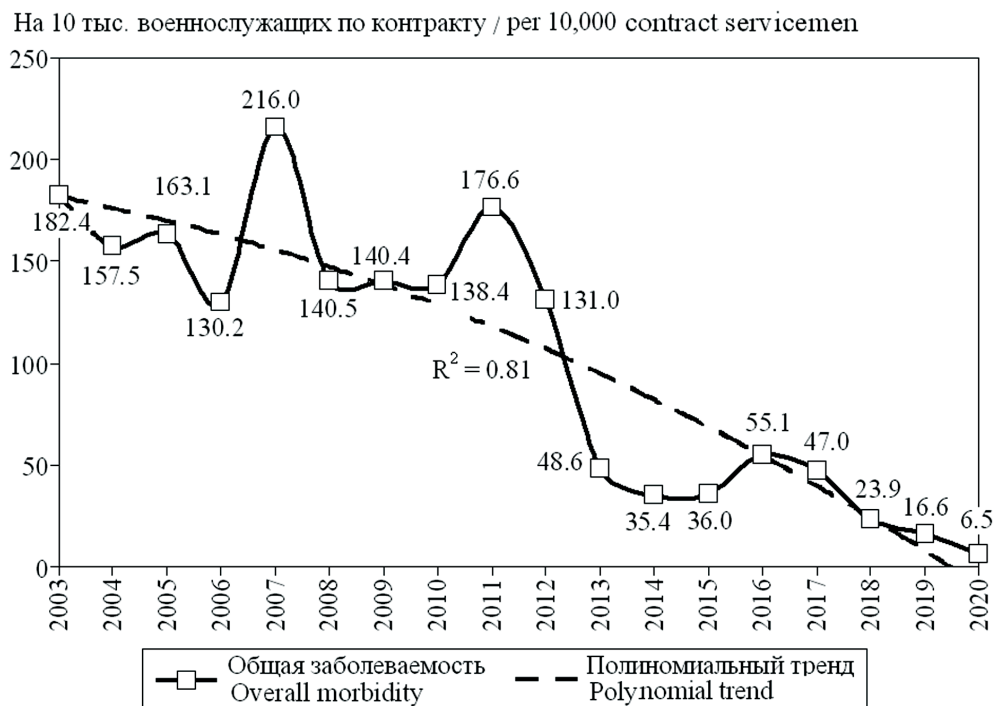


Рис. 1. Динамика уровня общей заболеваемости военнослужащих по контракту с психическими расстройствами.

Fig. 1. Overall morbidity in contract servicemen with mental disorders over time.

Уровень общей заболеваемости офицеров с психическими расстройствами в ВС Республики Беларусь в 2003–2020 гг. был статистически значимо меньше – $(58,95 \pm 5,44)$ на 10 тыс. офицеров ($p < 0,001$), доля в структуре всей общей заболеваемости офицеров – 0,43 % [3].

При высоком коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,81$) полиномиальный тренд демонстрирует снижение показателей общей заболеваемости военнослужащих по контракту с психическими расстройствами (рис. 1). Например, уровень заболеваемости в 2003 г. был 182,40 на 10 тыс. военнослужащих по контракту, в 2020 г. – стал 6,47, уменьшение – в 28 раз (!).

Обобщенные показатели общей заболеваемости военнослужащих по контракту с психическими расстройствами представлены в табл. 2. 1-й ранг значимости составили показатели невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств (5-я группа) с уровнем $(97,97 \pm 15,47)$ на 10 тыс. военнослужащих по контракту и долей 95,6 % в структуре, 2-й – органических, включая симптоматические, психических расстройств (1-я группа) – $(0,94 \pm 0,37)$ и 0,9 % соответственно, 3-й – поведенческих синдромов, связанных с физиологическими нарушениями

mental disorders decreases over time from 1.8 % in 2003 to 0.1 % in 2020.

In officers with mental disorders from the Republic of Belarus AF, overall morbidity rate over 2003–2020 was statistically significantly lower (58.95 ± 5.44) per 10,000 officers ($p < 0,001$), with 0.43 % share in the structure of their overall morbidity [3].

The polynomial trend of overall morbidity in contract servicemen with mental disorders shows a decrease with high determination coefficient ($R^2 = 0.81$) (Fig. 1): 182.40 and 6.47 in 2003 and 2020, respectively, i.e. 28 times decrease (!).

Overall morbidity measures in contract servicemen with mental disorders are summarized in Table 2. Neurotic, stress-related and somatoform disorders (Block 5) ranked 1st (97.97 ± 15.47) per 10,000 contract servicemen) among the most significant and amounted to 95.6 % in the structure; organic, including symptomatic, mental disorders (Block 1) ranked 2nd (0.94 ± 0.37) and 0.9 %, respectively); behavioural syndromes associated

Таблица 2 / Table 2

Обобщенные показатели общей заболеваемости военнослужащих по контракту с психическими расстройствами (2003–2020 гг.)

Overall morbidity in contract servicemen with mental disorders (2003–2020)

Группа / Block #	Уровень, (M ± m) на 10 тыс./ rate per 10,000	Структура / structure, %	Ранг / rank	R ²	Динамика тренда/ dynamics
1	0.94 ± 0.37	0.9	II	0.04	↷
2, в том числе / incl.:	0.50 ± 0.20	0.5	VI	0.12	↓
F10	0.18 ± 0.13	0.3			
F11,12, 14	0.04 ± 0.04	0.2			
3	0.71 ± 0.22	0.7	V	0.18	↷↓
4	0.84 ± 0.23	0.8	IV	0.01	↓
5, в том числе / incl.:	97.97 ± 15.47	95.6	I	0.80	↓
F40–F44, F48	18.55 ± 4.16	18.1		0.33	↷↓
F45	79.41 ± 12.82	77.5		0.84	↓
6	0.88 ± 0.30	0.9	III	0.23	↓
7	0.34 ± 0.18	0.3	VII		
11	0.35 ± 0.19	0.3	VIII		
Общий показатель / Total	102.53 ± 15.88	100.0		0.81	↓

и физическими факторами (6-я группа) – $(0,88 \pm 0,30)$ и 0,9% соответственно (см. табл. 2). В сумме нозологии указанных трех групп составили 97,4% от структуры общей заболеваемости военнослужащих по контракту с психическими расстройствами.

Среди обращаемости по поводу психических расстройств (общая заболеваемость) наиболее распространенными были невротические и соматоформные, которые составили 18,1 и 77,5% от всей заболеваемости по V классу по МКБ-10 (см. табл. 2).

Полиномиальные тренды уровня психических расстройств по группам демонстрируют уменьшение данных (см. табл. 2).

Первичная заболеваемость. Среднегодовой уровень первичной заболеваемости военнослужащих по контракту с психическими расстройствами составил $(51,58 \pm 8,58)$ на 10 тыс. Доля психических расстройств в структуре первичной заболеваемости по всем классам по МКБ-10 была 0,81%. В динамике с 2003 по 2020 г. отмечается уменьшение доли психических расстройств в структуре всей первичной заболеваемости, например, в 2003 г. она составляла 1,4%, в 2020 г. – 0,1%.

Уровень первичной заболеваемости офицеров с психическими заболеваниями в ВС Республики

with physiological disturbances and physical factors (Block 6) ranked 3rd (0.88 ± 0.30 and 0.9%, respectively) (see Table 2). In total, disorders of the three blocks comprised 97.4% of overall morbidity structure in contract servicemen with mental disorders.

Among referrals for mental disorders (overall morbidity), neurotic and somatoform disorders were most common, 18.1 and 77.5% of overall morbidity by ICD-10 Chapter V (see Table 2).

Polynomial trends of mental disorders by blocks show a decrease (see Table 2).

Primary morbidity. Annual primary morbidity in contract military personnel with mental disorders averaged (51.58 ± 8.58) per 10 thousand military personnel. A share of mental disorders in the structure of primary morbidity by all ICD-10 chapters was 0.81%. From 2003 to 2020 there was a decrease in the share of mental disorders in the structure of primary morbidity, from 1.4% in 2003 to 0.1% in 2020.

Primary morbidity in officers with mental disorders from the Republic of Belarus AF over 2003–2020 was



Рис. 2. Динамика уровня первичной заболеваемости военнослужащих по контракту с психическими расстройствами.

Fig. 2. Primary morbidity in contract servicemen with mental disorders over time.

Беларусь в 2003–2020 гг. был статистически значимо меньше – $(24,66 \pm 2,36)$ на 10 тыс. офицеров ($p < 0,01$), доля в структуре всей первичной заболеваемости офицеров – 0,35% [3].

Динамика уровня первичной заболеваемости с психическими расстройствами показана на рис. 2. При высоком коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,87$) полиномиальный тренд демонстрирует уменьшение данных. Например, в 2003 г. уровень первичной заболеваемости был 112,23 на 10 тыс. военнослужащих по контракту, в 2020 г. он стал 3,88 на 10 тыс., уменьшение – в 28,9 (!) раза.

Обобщенные показатели первичной заболеваемости военнослужащих по контракту с психическими расстройствами сведены в табл. 3. 1-й ранг значимости составили показатели невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств (5-я группа) с уровнем $(47,61 \pm 8,20)$ на 10 тыс. военнослужащих по контракту и долей 92,1% в структуре, 2-й – расстройств настроения (аффективные расстройства) (4-я группа) – $(0,84 \pm 0,23)$ и 1,6% соответственно, 3-й – поведенческих синдромов, связанных с физиологическими нарушениями и физическими факторами, (6-я группа) – $(0,75 \pm 0,23)$

statistically significantly lower, (24.66 ± 2.36) per 10,000 officers ($p < 0.01$), with 0.35% share in the structure of primary morbidity in officers [3].

Primary morbidity in contract military personnel with mental disorders is shown in Fig. 2. With a high determination coefficient ($R^2 = 0.87$), the polynomial trend shows a decrease, from 112.23 to 3.88 per 10,000 contract servicemen in 2003 and 2020, respectively, i.e. 28.9 times decrease (!).

Indicators of primary morbidity in contract servicemen with mental disorders are summarized in Table 3. Neurotic, stress-related and somatoform disorders (Block 5) ranked 1st (47.61 ± 8.20 per 10,000 contract servicemen) among the most significant and amounted to 92.1% in the structure; mood [affective] disorders (Block 4) ranked 2nd (0.84 ± 0.23 and 1.6%, respectively); behavioural syndromes associated with physiological disturbances and physical factors (Block 6) ranked 3rd (0.75 ± 0.23 and 1.5%, respectively) (see Table 3). In total, disorders of

Таблица 3 / Table 3

Обобщенные показатели первичной заболеваемости военнослужащих по контракту с психическими расстройствами (2003–2020 гг.)
Primary morbidity in contract servicemen with mental disorders (2003–2020)

Группа / Block #	Уровень, (M ± m) на 10 тыс./ rate per 10,000	Структура/ structure, %	Ранг / rank	R ²	Динамика тренда/ dynamics
1	0.30 ± 0.21	1.2	V	0.01	∪
2, в том числе/incl.:	0.50 ± 0.20	1.0	VI	0.12	↓
F10	0.31 ± 0.17	0.6		0.26	↓
F11,12, 14	0.18 ± 0.13	0.4			
3	0.71 ± 0.22	1.4	IV	0.18	↓
4	0.84 ± 0.23	1.6	II	0.01	↓
5, в том числе/incl.:	47.61 ± 8.20	92.1	I	0.87	↓
F40–F44, F48	9.47 ± 2.34	18.1		0.45	↓
F45	38.15 ± 6.66	74.0		0.83	↓
6	0.75 ± 0.23	1.5	III	0.34	↓
7	0.34 ± 0.18	0.7	VII	0.01	↘
11	0.23 ± 0.16	0.5	VIII	0.01	∪
Общий показатель / Total	51.58 ± 8.58	100.0		0.87	↓

и 1,5% соответственно (см. табл. 3). В сумме нозологии указанных трех групп составили 95,2% от структуры первичной заболеваемости военнослужащих по контракту с психическими расстройствами.

Среди впервые диагностированных психических расстройств (первичная заболеваемость) наиболее распространенными были невротические и соматоформные, которые составили 18,1 и 74% от всей заболеваемости по V классу по МКБ-10 (см. табл. 3).

Как правило, полиномиальные тренды уровня психических расстройств по группам демонстрируют уменьшение данных (см. табл. 3).

Госпитализация. Среднегодовой уровень госпитализации военнослужащих по контракту с психическими расстройствами составил $(23,06 \pm 4,14)$ на 10 тыс. Доля психических расстройств в структуре госпитализации по всем классам по МКБ-10 была 1,76%. В динамике с 2003 по 2020 г. отмечается уменьшение доли психических расстройств в структуре всей госпитализации, например, в 2003 г. она составляла 3,9%, в 2020 г. – 0,3%.

Уровень госпитализации офицеров с психическими расстройствами в ВС Республики Беларусь в 2003–2020 гг. был статистически достоверно меньше – $(13,89 \pm 1,50)$ на 10 тыс. ($p < 0,05$),

the three blocks comprised 95.2% of primary morbidity structure in contract servicemen with mental disorders.

Among newly diagnosed mental disorders (primary morbidity), neurotic and somatoform disorders were most common, 18.1 and 74% of primary morbidity by ICD-10 Chapter V (see Table 3).

Typically, polynomial trends of mental disorders by blocks show a decrease (see Table 3).

Hospitalization. Annual hospitalization rate among contract servicemen with mental disorders was (23.06 ± 4.14) per 10,000. A share of mental disorders among all the reasons for hospitalization was 1.76%. Over 2003–2020, there was a decrease in the share of mental disorders among hospitalization reasons, from 3.9% in 2003 to 0.3% in 2020.

Hospitalization rates in officers with mental disorders from the Republic of Belarus AF over 2003–2020 were statistically significantly lower, (13.89 ± 1.50) per 10,000 ($p < 0.05$), with 0.1% share in the structure of hospitalization reasons [3].

Hospitalization rates over time are shown in Fig. 3. With a high determination



Рис. 3. Динамика уровня госпитализации военнослужащих по контракту с психическими расстройствами.

Fig. 3. Hospitalization rates in contract servicemen with mental disorders over time.

доля в структуре всей госпитализации офицеров – 0,1% [3].

Динамика уровня госпитализации военнослужащих с психическими расстройствами показана на рис. 3. При высоком коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,88$) полиномиальный тренд демонстрирует уменьшение показателей госпитализации. Например, уровень госпитализации военнослужащих по контракту с психическими расстройствами в 2003 г. был 62,12 на 10 тыс., в 2020 г. он стал 2,58 на 10 тыс., уменьшение – в 24 раза.

Обобщенные показатели госпитализации военнослужащих по контракту с психическими расстройствами представлены в табл. 4. Ведущие ранги значимости групп первичной заболеваемости и госпитализации совпали, что вполне объяснимо – военнослужащих с впервые выявленными психическими расстройствами направляют на госпитальное обследование и лечение с последующим вынесением решения Военно-врачебной комиссии о годности к службе в ВС.

1-й ранг значимости составили показатели невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств (5-я группа) с уровнем ($19,09 \pm 4,06$) на 10 тыс. военнослужащих по

коэффициент ($R^2 = 0,88$), the polynomial trend shows a decrease, from 62.12 to 2.58 per 10,000 in 2003 and 2020, respectively, i.e. 24 times decrease.

Hospitalization measures in contract servicemen with mental disorders are summarized in Table 4. The leading significant ranks for primary morbidity and hospital admissions were similar: servicemen with newly diagnosed mental disorders are referred to hospital examination and treatment with further decision of Military Medical Commission on fitness for military service.

Neurotic, stress-related and somatoform disorders (Block 5) ranked 1st (19.09 ± 4.06) per 10,000 contract servicemen among the most significant and amounted to 82.8% in the structure; mood [affective] disorders (Block 4) ranked 2nd (0.84 ± 0.23) and 3.6%, respectively; behavioural syndromes associated with physiological disturbances and physical factors ranked 3rd (0.75 ± 0.23 and 3.3%, respectively) (see Table 4). In total, disorders of the three blocks comprised 89.7%

Таблица 4 / Table 4

Обобщенные показатели госпитализации военнослужащих по контракту с психическими расстройствами (2003–2020 гг.)

Hospitalizations in contract servicemen with mental disorders (2003–2020)

Группа / Block #	Уровень, (M ± m) на 10 тыс./ rate per 10,000	Структура/ structure, %	Ранг / rank	R ²	Динамика тренда/ dynamics
1	0.60 ± 0.21	2.6	V	0.01	∪
2, в том числе/incl.:	0.50 ± 0.20	2.1	VI	0.12	↓
F10	0.31 ± 0.17	1.3		0.26	↓
F11, 12, 14	0.18 ± 0.13	0.8		0.03	↑
3	0.71 ± 0.22	3.1	IV	0.18	↓
4	0.84 ± 0.23	3.6	II	0.01	↓
5, в том числе/incl.:	19.09 ± 4.06	82.8	I	0.87	↓
F40–F44, F48	6.04 ± 1.54	26.2		0.37	↓
F45	13.05 ± 3.14	56.6		0.87	↓
6	0.75 ± 0.23	3.3	III	0.36	↓
7	0.34 ± 0.18	1.5	VII	0.02	↘
11	0.23 ± 0.16	1.0	VIII	0.01	∪
Общий показатель / Total	23.06 ± 4.14	100.0		0.88	↓

контракту и долей 82,8% в структуре, 2-й – расстройств настроения (аффективные расстройства) (4-я группа) – $(0,84 \pm 0,23)$ и 3,6% соответственно, 3-й – поведенческих синдромов, связанных с физиологическими нарушениями и физическими факторами, (6-я группа) – $(0,75 \pm 0,23)$ и 3,3% соответственно (см. табл. 4). В сумме нозологии указанных трех групп составили 89,7% от структуры всей госпитализации военнослужащих по контракту с психическими расстройствами. В структуре госпитализаций в ряде зарубежных армий также преобладали военнослужащие с нарушением адаптации [13, 15, 17, 19].

Среди госпитализаций по поводу психических расстройств наиболее распространенными были невротические и соматоформные, которые составили 26,2 и 56,6% от всей заболеваемости по V классу по МКБ-10 (см. табл. 4).

Как правило, динамика уровня госпитализации военнослужащих по контракту с нозологиями по группам психических расстройств (за исключением психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением наркотических или психоактивных веществ, F11, 12, 14 по МКБ-10) показывает уменьшение данных (см. табл. 4).

Трудопотери. Среднегодовой уровень дней трудопотерь у военнослужащих по контракту

of all the hospitalization reasons in contract servicemen with mental disorders. Among hospitalization reasons in a number of foreign armies, cases of maladjustment also prevailed [13, 15, 17, 19].

Among reasons for hospitalization related to mental disorders, neurotic and somatoform disorders were most common, 26.2 and 56.6% of all the ICD-10 Chapter V cases (see Table 4).

Hospitalization rates in contract servicemen with mental disorders (excluding mental and behavioural disorders due to narcotic or psychoactive substance use [F11, 12, 14 by ICD-10]) typically show a decrease (see Table 4).

Work days lost. Annual work days lost in contract servicemen with mental disorders averaged (426.0 ± 65.5) per 10,000. A share of mental disorders within work days lost related to all ICD-10 chapters was 1.28%. Over 2003–2020, the share of mental disorders within work days lost decreased from 1.9% in 2003 to 0.1% in 2020.

Work days lost in officers with mental disorders from the Republic of Belarus AF over 2003–2020 tended to be lower

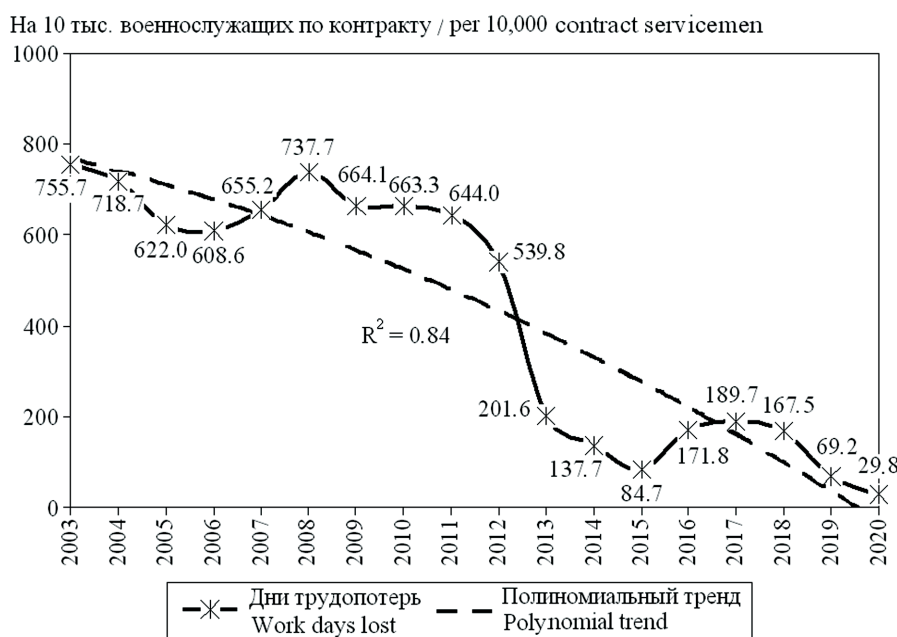


Рис. 4. Динамика уровня дней трудопотерь у военнослужащих по контракту с психическими расстройствами.

Fig. 4. Work days lost in contract servicemen with mental disorders over time.

с психическими расстройствами составил ($426,0 \pm 65,5$) на 10 тыс. Доля психических расстройств в структуре дней трудопотерь по всем классам по МКБ-10 была 1,28%. В динамике с 2003 по 2020 г. отмечается уменьшение доли психических расстройств в структуре всех трудопотерь, например, в 2003 г. она составляла 1,9%, в 2020 г. – 0,1%.

Уровень дней трудопотерь у офицеров с психическими расстройствами в ВС Республики Беларусь в 2003–2020 гг. был меньше на уровне тенденций – ($315,9 \pm 47,1$) на 10 тыс., доля в структуре всех трудопотерь у офицеров – 0,7% [3].

Динамика уровня трудопотерь военнослужащих с психическими расстройствами показана на рис. 4. При высоком коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,84$) полиномиальный тренд демонстрирует уменьшение показателей дней трудопотерь. Например, уровень дней трудопотерь у военнослужащих по контракту с психическими расстройствами в 2003 г. был 755,65 на 10 тыс., в 2020 г. он стал 29,76 на 10 тыс., уменьшение – в 25,4 раза.

Обобщенные показатели дней трудопотерь у военнослужащих по контракту с психическими расстройствами представлены в табл. 5. 1-й

($315,9 \pm 47,1$ per 10,000), with 0.7% share in the structure of all work days lost in officers [3].

Work days lost over time are shown in Fig. 4. With a high determination coefficient ($R^2 = 0.84$), the polynomial trend shows a decrease, from 755.65 to 29.76 per 10,000 contract servicemen in 2003 and 2020, respectively, i.e. 25.4 times decrease.

Work days lost in contract servicemen with mental disorders are summarized in Table 5. Neurotic, stress-related and somatoform disorders (Block 5) ranked 1st (288.5 ± 51.3 per 10,000 contract servicemen) among the most significant and amounted to 67.7% in the structure; schizophrenia, schizotypal and delusional disorders (Block 3) ranked 2nd (41.1 ± 13.4 and 9.7%, respectively); mood [affective] disorders (Block 4) ranked 3rd (25.9 ± 8.5 and 6.1%, respectively) (see Table 5). In total, disorders from the three blocks comprised 83.5% of all the reasons for work days lost in contract servicemen with mental disorders.

Таблица 5 / Table 5

Обобщенные показатели дней трудопотерь у военнослужащих по контракту с психическими расстройствами (2003–2020 гг.)

Work days lost in contract servicemen with mental disorders (2003–2020)

Группа / Block #	Уровень, (M ± m) на 10 тыс./ rate per 10,000	Структура/ structure, %	Ранг / rank	R ²	Динамика тренда/ dynamics
1	12.4 ± 6.2	2.9	VI	0.05	↷
2, в том числе/incl.:	21.8 ± 8.6	5.1	IV	0.12	↓
F10	12.9 ± 7.0	3.0		0.26	↓
F11,12, 14	9.0 ± 6.2	2.1		0.03	↑
3	41.1 ± 13.4	9.7	II	0.18	↓
4	25.9 ± 8.5	6.1	III	0.01	↓
5, в том числе/incl.:	288.5 ± 51.3	67.7	I	0.87	↓
F40–F44, F48	52.8 ± 15.1	12.4		0.18	↓
F45	235.6 ± 42.4	55.3		0.87	↓
6	21.8 ± 7.5	5.1	IV	0.36	↓
7	9.1 ± 5.1	2.1	VII	0.02	↷↓
11	5.5 ± 4.2	1.3	VIII	0.01	↷
Общий показатель / Total	426.0 ± 65.5	100.0		0.84	↓

ранг значимости дней трудопотерь составили показатели невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств (5-я группа) с уровнем ($288,5 \pm 51,3$) на 10 тыс. и долей 67,7% в структуре, 2-й – шизофрении, шизотипических и бредовых расстройств (3-я группа) – ($41,1 \pm 13,4$) и 9,7% соответственно, 3-й – расстройств настроения [аффективные расстройства] (4-я группа) – ($25,9 \pm 8,5$) и 6,1% соответственно (см. табл. 5). В сумме нозологии указанных трех групп составили 83,5% от структуры всех дней трудопотерь у военнослужащих по контракту с психическими расстройствами.

Среди дней трудопотерь по поводу психических расстройств наиболее распространены были невротические и соматоформные, которые составили 11,1 и 56,4% от всей заболеваемости по V классу по МКБ-10 (см. табл. 5).

Динамика уровня дней трудопотерь у военнослужащих по контракту с нозологиями по группам психических расстройств (за исключением психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением наркотических или психоактивных веществ) показывает уменьшение данных (см. табл. 5).

Увольняемость. Среднегодовой уровень увольняемости военнослужащих по контракту с психическими расстройствами составил

Among reasons for work days lost related to mental disorders, neurotic and somatoform disorders were most common, 11.1 and 56.4% of overall morbidity by ICD-10 Chapter V (see Table 5).

Work days lost over time in contract servicemen with mental disorders (excluding mental and behavioural disorders due to narcotic or psychoactive substance use) show a decrease (see Table 5).

Dismissal. Annual dismissal rates in contract military personnel with mental disorders averaged (4.00 ± 0.69) per 10 thousand military personnel. A share of mental disorders in the structure of dismissals related to all ICD-10 chapters was 22.51%. Over 2003–2020, there was a decrease in a share of mental disorders as reasons for dismissals, from 41.5% in 2003. there were no dismissals due to mental disorders in 2020.

Dismissal rates in officers with mental disorders from the Republic of Belarus AF over 2003–2020 was statistically significantly lower, (2.33 ± 0.38) per 10,000 ($p < 0.05$), with 4.7% share in the structure of all the health-related reasons for dismissal [3].



Рис. 5. Динамика уровня увольняемости военнослужащих по контракту с психическими расстройствами.

Fig. 5. Dismissal rates in contract servicemen with mental disorders over time.

(4,00 ± 0,69) на 10 тыс. Доля психических расстройств в структуре увольняемости по всем классам по МКБ-10 была 22,51%. В динамике с 2003 по 2020 г. отмечается уменьшение доли психических расстройств в структуре всей увольняемости, например, в 2003 г. доля увольнений с психическими расстройствами оказалось 41,5%, в 2020 г. – увольнений по причине психических расстройств не было.

Уровень увольняемости офицеров с психическими расстройствами в ВС Республики Беларусь в 2003–2020 гг. был статистически достоверно меньше – (2,33 ± 0,38) на 10 тыс. ($p < 0,05$), доля в структуре всех увольнений офицеров по состоянию здоровья – 4,7% [3].

При высоком коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,66$) полиномиальный тренд увольняемости военнослужащих по контракту демонстрирует уменьшение показателей (рис. 5). Например, уровень увольняемости военнослужащих по контракту с психическими расстройствами в 2003 г. был 10,0 на 10 тыс., в 2020 г. увольнений по причине психических расстройств не было вовсе.

Обобщенные показатели увольняемости военнослужащих по контракту с психическими расстройствами представлены в табл. 6. 1-й ранг

With a high determination coefficient ($R^2 = 0.66$), the polynomial trend shows a decrease in dismissal rates of contract military personnel with mental disorders (Fig. 5), from 10.0 per 10,000 in 2003. There were no dismissals related to mental disorders in 2020.

Dismissal measures in contract servicemen with mental disorders are summarized in Table 6. Mood [affective] disorders (Block 4) ranked 1st (0.84 ± 0.23 per 10,000 contract servicemen) among the most significant and amounted to 21% in the structure; schizophrenia, schizotypal and delusional disorders (Block 3) ranked 2nd (0.71 ± 0.22 and 17.8%, respectively); neurotic, stress-related and somatoform disorders (Block 5) ranked 3rd (0.63 ± 0.22 and 15.8%, respectively) (see Table 6). In total, disorders of the three blocks comprised 54.6% of the structure of dismissals related to mental disorders.

Among reasons for dismissals related to mental disorders, neurotic and somatoform disorders were most common,

Таблица 6 / Table 6

Обобщенные показатели увольняемости военнослужащих по контракту с психическими расстройствами (2003–2020 гг.)

Dismissals in contract servicemen with mental disorders (2003–2020)

Группа / Block #	Уровень, (M ± m) на 10 тыс./ rate per 10,000	Структура/ structure, %	Ранг / rank	R ²	Динамика тренда/ dynamics
1	0.34 ± 0.18	8.5	VI–VII	0.09	↓
2, в том числе/incl.:	0.50 ± 0.20	12.3	V	0.12	↓
F10	0.31 ± 0.17	7.8		0.26	↓
F11,12,14	0.18 ± 0.13	4.5		0.03	↑
3	0.71 ± 0.22	17.8	II	0.18	↷↓
4	0.84 ± 0.23	21.0	I	0.01	↓
5, в том числе/incl.:	0.63 ± 0.22	15.8	III	0.49	↓
F40–F44, F48	0.53 ± 0.21	13.3		0.41	↓
F45	0.10 ± 0.10	2.5		0.05	↓
6	0.53 ± 0.21	13.3	IV	0.36	↓
7	0.34 ± 0.18	8.5	VI–VII	0.02	↷
11	0.11 ± 0.11	2.8	VIII	0.37	↷↑
Общий показатель / Total	4.00 ± 0.69	100.0		0.66	↓

значимости составили показатели расстройств настроения (аффективные расстройства) (4-я группа) с уровнем $(0,84 \pm 0,23)$ на 10 тыс. и долей 21 % в структуре, 2-й – шизофрении, шизотипических и бредовых расстройств (3-я группа) – $(0,71 \pm 0,22)$ и 17,8 % соответственно, 3-й – невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств (5-я группа) – $(0,63 \pm 0,22)$ и 15,8 % соответственно (см. табл. 6). Сумма нозологий указанных трех групп была 54,6 % от структуры всей увольняемости, связанной с психическими расстройствами.

Среди увольнений по поводу психических расстройств наиболее распространенными были невротические и соматоформные, которые составили 11,1 и 56,4 % от всей заболеваемости по V классу по МКБ-10 (см. табл. 6).

В отличие от других обобщенных видов заболеваемости (см. табл. 2–5) увольняемость по причине невротических и соматоформных расстройств была не самой высокой – 13,3 и 2,5 % соответственно (см. табл. 6).

Как правило, динамика уровня увольнений военнослужащих по контракту с нозологиями по всем группам психических расстройств (за исключением психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением наркотических или психоактивных веществ) показывает уменьшение данных (см. табл. 6).

Военно-эпидемиологическая значимость.

В структуре военно-эпидемиологической значимости (рис. 6) нозологий, соотнесенных с группами психических расстройств по МКБ-10, у военнослужащих по контракту 1-й ранг составили показатели невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств (5-я группа, 65,2 %), 2-й – расстройств настроения (аффективные расстройства) (4-я группа, 8,1 %), 3-й – шизофрении, шизотипических и бредовых расстройств (3-я группа, 7,5 %), 4-я – поведенческих синдромов, связанных с физиологическими нарушениями и физическими факторами (6-я группа, 5,7 %), 5-я – психических расстройств и расстройств поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ (2-я группа, 5 %). В сумме указанные группы составили 91,5 % от структуры, а на прочие психические расстройства пришлось только 8,5 % (см. рис. 6).

11.1 and 56.4 % of overall morbidity by ICD-10 Chapter V (see Table 6).

In contrast to other morbidity indicators (see Tables 2–5), dismissals due to neurotic and somatoform disorders were not as high – 13.3 and 2.5 %, respectively (see Table 6).

Dismissals over time in contract servicemen with mental disorders (excluding mental and behavioural disorders due to narcotic or psychoactive substance use) typically show a decrease (see Table 6).

Military epidemiological significance. In the structure of the military epidemiological significance of diseases (Fig. 6) related to ICD-10 blocks of mental disorders, indicators of neurotic, stress-related and somatoform disorders (ICD-10 Block 5; 65.2 %) ranked 1st; mood [affective] disorders (Block 4; 8.1 %) ranked 2nd; schizophrenia, schizotypal and delusional disorders (Block 3; 7.5 %) ranked 3rd; behavioral syndromes associated with physiological disturbances and physical factors (Block 6; 5.7 %) ranked 4th; mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use (Block 2; 5 %) ranked 5th. In total, these blocks accounted for 91.5 % of the structure of military epidemiological significance; other disorders accounted for 8.5 % (see Fig.6).

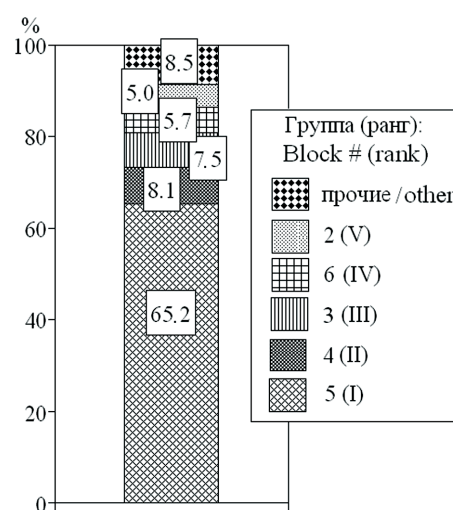


Рис. 6. Структура военно-эпидемиологической значимости групп психических расстройств у военнослужащих по контракту

Fig. 6. Military and epidemiological significance of mental disorder blocks in contract servicemen

Акцентирование внимания на профилактике, своевременном выявлении и лечении психических расстройств улучшит психическое здоровье военнослужащих по контракту и надежность профессиональной деятельности. Например, в структуре обобщенных показателей заболеваемости психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением наркотических или психоактивных веществ (F11, 12, 14 по МКБ-10) у военнослужащих по контракту составляют незначительное количество, но отмечается их увеличение. При призыве на военную службу и прохождении службы на начальном этапе необходимо более активно выявлять лиц с психическими зависимостями.

Заключение

Среднегодовой уровень общей заболеваемости военнослужащих по контракту с психическими расстройствами (V класс по МКБ-10) в Вооруженных силах Республики Беларусь в 2003–2020 гг. составил $102,53 \pm 15,88$ на 10 тыс. военнослужащих, доля психических расстройств в структуре общей заболеваемости по всем классам по МКБ-10 была 1,15%, первичной заболеваемости – ($51,58 \pm 8,58$) и 0,81% соответственно, госпитализации – ($23,06 \pm 4,14$) и 1,76% соответственно, дней трудопотерь – ($426,0 \pm 65,5$) и 1,28% соответственно, увольняемости – ($4,00 \pm 0,69$) и 22,51% соответственно. Полиномиальные тренды уровней обобщенных видов заболеваемости при высоких коэффициентах детерминации показывали уменьшение данных. Отмечается также снижение доли психических расстройств в структуре видов заболеваемости по всем классам по МКБ-10.

По всем обобщенным видам заболеваемости (за исключением дней трудопотерь) уровни психических расстройств у военнослужащих по контракту были статистически достоверно большими, чем у офицеров Вооруженных сил Республики Беларусь. Необходимо при призыве на военную службу кандидатов, изъявивших желание проходить службу по контракту, и на начальном этапе несения службы более активно выявлять лиц с психическими зависимостями.

В структуре военно-эпидемиологической значимости нозологий для военнослужащих по

Focusing on prevention, timely diagnostics and treatment of mental disorders will improve the mental health of contract servicemen and reliability of their professional activities. For example, according to summarized morbidity indicators, mental and behavioural disorders due to narcotic or psychoactive substance use (F11, 12, 14 by ICD-10) in contract servicemen are rare but increase over time. When conscripting candidates and at the initial stage of service, it is necessary to more actively identify persons with mental addictions.

Conclusion

Over 2003–2020, in contract military personnel with mental disorders (ICD-10 Chapter V) from the Republic of Belarus Armed Forces overall morbidity averaged (102.53 ± 15.88) per 10,000 servicemen, with 1.15 % share of mental disorders in the structure of morbidity related to all ICD-10 chapters; primary morbidity averaged (51.58 ± 8.58) and 0.81 %, respectively; hospital admissions, (23.06 ± 4.14) and 1.76 %, respectively; work days lost, (426.0 ± 65.5) and 1.28 %, respectively; dismissals, (4.00 ± 0.69) and 22.51 %, respectively. Polynomial trends showed a decrease in morbidity indicators with high coefficients of determination. Shares of mental disorders also decreased in the structure of morbidity indicators among contract military personnel for all ICD-10 chapters.

For all morbidity indicators (excluding work days lost), the levels of mental disorders in contract servicemen were statistically significantly higher than in officers of the Republic of Belarus Armed Forces. When conscripting candidates who have expressed a desire to serve under contract, and at the initial stage of service, it is necessary to more actively identify persons with mental addictions.

In the structure of the military epidemiological significance of diseases for contract military personnel, indicators of neurotic,

контракту 1-й ранг составили показатели невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств (5-я группа по МКБ-10, 65,2%), 2-й – расстройств настроения (аффективные расстройства) (4-я группа, 8,1%), 3-й – шизофрении, шизотипических и бредовых расстройств (3-я группа, 7,5%), 4-я – поведенческих синдромов, связанных с физиологическими нарушениями и физическими факторами (6-я группа, 5,7%), 5-я – психических расстройств и расстройств поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ (2-я группа, 5%). В сумме указанные группы составили 91,5% от структуры.

stress-related and somatoform disorders (ICD-10 Block 5; 65.2%) ranked 1st; mood [affective] disorders (Block 4; 8.1%) ranked 2nd; schizophrenia, schizotypal and delusional disorders (Block 3; 7.5%) ranked 3rd; behavioral syndromes associated with physiological disturbances and physical factors (Block 6; 5.7%) ranked 4th; mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use (Block 2; 5%) ranked 5th. In total, these blocks accounted for 91.5% of the structure of military epidemiological significance.

Литература

1. Военная психиатрия / ред. В.К. Шамрей, А.А. Марченко. СПб.: ВМедА, 2015. 440 с.
2. Гончаренко А.Ю. Система мониторинга психического здоровья военнослужащих, проходящих военную службу по контракту: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 2017. 46 с.
3. Евдокимов В.И., Чернов Д.А. Показатели психических расстройств офицеров Вооруженных сил Республики Беларусь (2003–2020 гг.) // Вестник психотерапии. 2021. № 80 (85). С. 7–24.
4. Евдокимов В.И., Чернов Д.А., Сиващенко П.П., Шамрей В.К. Показатели психической заболеваемости военнослужащих по призыву Вооруженных сил Российской Федерации и Республики Беларусь (2003–2018 гг.): монография / Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова, Гомельский гос. мед. ун-т, Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России. СПб.: Политехника-принт, 2020. 89 с. (Серия «Заболеваемость военнослужащих». Вып. 13).
5. Лобачев А.В. Расстройства адаптации у военнослужащих: клинико-организационные проблемы: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 2021. 45 с.
6. Поплёвкин Н.П. Институциональное управление социализацией военнослужащих, проходящих военную службу по контракту в Вооруженных силах Российской Федерации: автореф. канд. ... социол. наук. М., 2019. 25 с.
7. Указания по ведению медицинского учета и отчетности в Вооруженных силах Российской Федерации на мирное время: утв. нач. Гл. воен.-мед. упр. Минобороны России. М.: ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, 2001. 40 с.
8. Чернов Д.А. Интегральный показатель нарушения состояния здоровья военнослужащих // Воен. медицина. 2021. № 2. С. 14–24. DOI: 10.51922/2074–5044.2021.2.14.
9. Шамрей В.К., Евдокимов В.И., Лобачев А.В., Григорьев С.Г., Сиващенко П.П. Медико-статистические показатели психических расстройств у военнослужащих по контракту (рядовые, сержанты, старшины) в 2003–2016 гг. // Вестн. психотерапии. 2017. № 62 (67). С. 36–60.
10. Шамрей В.К., Евдокимов В.И., Сиващенко Р.Р., Лобачев А.В. Основные показатели психических расстройств офицеров Вооруженных сил Российской Федерации (2003–2015 гг.) // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. 2017. № 1. С. 66–76. DOI: 10.25016/2541-7487-2017-0-66-76.
11. Щербаков Д.В. Скрининговая оценка психического здоровья военнослужащих, проходящих службу по контракту: автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 1997. 15 с.
12. Ambulatory visits, active component, U.S. Armed Forces, 2018. Armed Forces Health Surveillance Center (AFHSC) // Medical Surveillance Monthly Report. 2019. Vol. 26, N5. P. 19–25.
13. Hospitalizations, active component, U.S. Armed Forces, 2018. Armed Forces Health Surveillance Center (AFHSC) // Medical Surveillance Monthly Report. 2019. Vol. 26, N5. P. 11–18.
14. Kieffer J.W., Stahlman S. Mental health disorders, behavioral health problems, fatigue and sleep outcomes in remotely piloted aircraft/manned aircraft pilots, and remotely piloted aircraft crew, U.S. Air Force, 1 October 2003–30 June 2019 // Medical Surveillance Monthly Report. 2021. Vol. 28, N8. P. 14–21.
15. MacDonell G.V., Bhullar N., Thorsteinsson E.B. Depression, anxiety, and stress in partners of Australian combat veterans and military personnel: a comparison with Australian population norms // PeerJ. 2016. N4. Art. 2373. DOI: 10.7717/peerj.2373.
16. Mental disorders and mental health problems, active component, U.S. Armed Forces, 2000–2011. Armed Forces Health Surveillance Center // Medical Surveillance Monthly Report. 2012. Vol. 19, N6. P. 11–17.

17. Summary of mental disorder hospitalizations, active and reserve components, U.S. Armed Forces, 2000–2012. Armed Forces Health Surveillance Center // *Medical Surveillance Monthly Report*. 2013. Vol. 20, N7. P. 4–11; discussion 10–11.
18. UK Armed Forces mental health: Annual Summary & Trends Over Time, 2007/08–2013/14. 2014. 58 p.
19. Zamorski M.A., Bennett R.E., Rusu C. [et al.]. Prevalence of Past-Year Mental Disorders in the Canadian Armed Forces, 2002–2013 // *Can. J. Psychiatry*. 2016. Vol. 61, Suppl. P. 26S–35S. DOI: 10.1177/0706743716628854.

References

1. Voennaya psikhatriya [Military psychiatry]. Eds.: V.K. Shamrei, A.A. Marchenko. Sankt-Peterburg. 2015. 440 p. (In Russ.)
2. Goncharenko A.Yu. Sistema monitoringa psikhicheskogo zdorov'ya voennosluzhashchikh, prokhodyashchikh voennuyu sluzhbu po kontraktu [The mental health monitoring system for contract military personnel]: Abstract dissertation Dr. Med. Sci. Sankt-Peterburg. 2017. 46 p. (In Russ.)
3. Evdokimov V.I., Chernov D.A. Pokazateli psikhicheskikh rasstroistvo ofitserov Vooruzhennykh sil Respubliki Belarus' (2003–2020 gg.) [Mental disorders in officers of the Armed Forces of the Republic of Belarus (2003–2020)]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2021;(80):7–24. (In Russ.)
4. Evdokimov V.I., Chernov D.A., Sivashchenko P.P., Shamrei V.K. Pokazateli psikhicheskoi zabolevaemosti voennosluzhashchikh po prizyvu Vooruzhennykh sil Rossiiskoi Federatsii i Respubliki Belarus' (2003–2018 gg.) [Mental disorders in military conscripts of the Armed Forces of the Russian Federation and the Republic of Belarus (2003–2018)]. Sankt-Peterburg. 2020. 89 p. (Seriya «Zabolevaemost' voennosluzhashchikh» [Morbidity in Military]. Iss. 13). (In Russ.)
5. Lobachev A.V. Rasstroistva adaptatsii u voennosluzhashchikh: kliniko-organizatsionnye problemy [Adjustment disorders in servicemen: clinical and organizational issues]: Abstract dissertation Dr. Med. Sci. Sankt-Peterburg. 2021. 45 p. (In Russ.)
6. Poplevkin N.P. Institutsional'noe upravlenie sotsializatsiei voennosluzhashchikh, prokhodyashchikh voennuyu sluzhbu po kontraktu v Vooruzhennykh silakh Rossiiskoi Federatsii [Institutional management of the socialization of military personnel undergoing contract service in the Armed Forces of the Russian Federation]: Abstract dissertation PhD in Sociology. Moskva. 2019. 25 p. (In Russ.)
7. Ukazaniya po vedeniyu meditsinskogo ucheta i otchetnosti v Vooruzhennykh silakh Rossiiskoi Federatsii na mirnoe vremya [Guidelines for medical record keeping and reporting in the Armed Forces of the Russian Federation during peacetime]. Moskva. 2001. 40 p. (In Russ.)
8. Chernov D.A. Integral'nyi pokazatel' narusheniya sostoyaniya zdorov'ya voennosluzhashchikh [Integral index of health impairment of servicemen]. *Voennaya meditsina* [Military medicine]. 2021;(2):14–24. DOI: 10.51922/2074-5044.2021.2.14. (In Russ.)
9. Shamrei V.K., Evdokimov V.I., Lobachev A.V. [et al.]. Mediko-statisticheskie pokazateli psikhicheskikh rasstroistv u voennosluzhashchikh po kontraktu (ryadovye, serzhanty, starshiny) v 2003–2016 gg. [Medical and statistical indicators of mental disorders for contract servicemen (privates, sergeants, petty officers) in 2003–2016]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2017;(62):36–60. (In Russ.)
10. Shamrei V.K., Evdokimov V.I., Sivashchenko R.R., Lobachev A.V. Osnovnye pokazateli psikhicheskikh rasstroistv ofitserov Vooruzhennykh sil Rossiiskoi Federatsii (2003–2015 gg.) [Key indicators for mental disorders in officers of the armed forces of Russia (2003–2015)]. *Mediko-biologicheskie i sotsial'no-psikhologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychaynykh situatsiyakh* [Medico-Biological and Socio-Psychological Problems of Safety in Emergency Situations]. 2017;(1):66–76. DOI: 10.25016/2541-7487-2017-0-66-76. (In Russ.)
11. Shcherbakov D.V. Skringovaya otsenka psikhicheskogo zdorov'ya voennosluzhashchikh, prokhodyashchikh sluzhbu po kontraktu [Screening assessment of the mental health of military personnel serving under contract]: Abstract dissertation PhD Med. Sci. Sankt-Peterburg. 1997. 15 p. (In Russ.)
12. Ambulatory visits, active component, U.S. Armed Forces, 2018. Armed Forces Health Surveillance Center (AFHSC). *Medical Surveillance Monthly Report*. 2019;26(5):19–25.
13. Hospitalizations, active component, U.S. Armed Forces, 2018. Armed Forces Health Surveillance Center (AFHSC). *Medical Surveillance Monthly Report*. 2019;26(5):11–18.
14. Kieffer J.W., Stahlman S. Mental health disorders, behavioral health problems, fatigue and sleep outcomes in remotely piloted aircraft/manned aircraft pilots, and remotely piloted aircraft crew, U.S. Air Force, 1 October 2003–30 June 2019. *Medical Surveillance Monthly Report*. 2021;28(8):14–21.
15. MacDonell G.V., Bhullar N., Thorsteinsson E.B. Depression, anxiety, and stress in partners of Australian combat veterans and military personnel: a comparison with Australian population norms. *PeerJ*. 2016;(4):2373. DOI: 10.7717/peerj.2373.
16. Mental disorders and mental health problems, active component, U.S. Armed Forces, 2000–2011. Armed Forces Health Surveillance Center. *Medical Surveillance Monthly Report*. 2012;19(6):11–17.

-
17. Summary of mental disorder hospitalizations, active and reserve components, U.S. Armed Forces, 2000–2012. Armed Forces Health Surveillance Center. *Medical Surveillance Monthly Report*. 2013;20(7):4–11; discussion 10–11.
 18. UK Armed Forces mental health: Annual Summary & Trends Over Time, 2007/08–2013/14. 2014. 58 p.
 19. Zamorski M.A., Bennett R.E., Rusu C. [et al.]. Prevalence of Past-Year Mental Disorders in the Canadian Armed Forces, 2002–2013. *Can. J. Psychiatry*. 2016;61(Suppl):26S–35S. DOI: 10.1177/0706743716628854.
-

Поступила 25.02.2022 г. / Received 25.02.2022

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

Участие авторов: В.И. Евдокимов – концепция и дизайн исследования, анализ результатов, подготовка первого варианта статьи; Д.А. Чернов – сбор первичных данных, их статистическая обработка, редакция заключительного варианта статьи; Н.А. Мухина – перевод статьи, редакция заключительного варианта статьи.

Для цитирования. Евдокимов В.И., Чернов Д.А., Мухина Н.А. Показатели психических расстройств у военнослужащих контрактной службы (рядовые, сержанты, старшины) Вооруженных сил Республики Беларусь (2003–2020 гг.) // Вестник психотерапии. 2022. № 81. С. 6–25. DOI: 10.25016/2782-652X-2022-0-81-06-25

For citing. Evdokimov V.I., Chernov D.A., Mukhina N.A. Pokazateli psikhicheskikh rasstroistv u voennosluzhachikh kontraktnoi sluzhby (ryadovye, serzhanty, starshiny) Vooruzhennykh sil Respubliki Belarus' (2003–2020 gg.). *Vestnik psikhoterapii*. 2022;(81):6–25. (In Russ.).

Evdokimov V.I., Chernov D.A., Mukhina N.A. Indicators of mental disorders in contract military personnel (privates, sergeants, sergeant majors) of the Armed Forces of the Republic of Belarus (2003–2020). *The Bulletin of Psychotherapy*. 2022;(81):6–25. DOI: 10.25016/2782-652X-2022-0-81-06-25

А.А. Александров

СОВЕСТЬ И ДИАЛОГ С ВООБРАЖАЕМЫМ ДРУГИМ В АНАЛИТИКО-КАТАРТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

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

Актуальность. Согласно концепции аналитико-катартической терапии в основе невроза и других эмоциональных нарушений лежит неосознанный внутренний конфликт в сфере нравственных отношений личности, который выражается в форме внутреннего диалога между «обобщенным Другим» (альтер-эго, совестью) и «конкретным Другим» (воображаемым значимым Другим). В статье изложена позиция автора в отношении роли феномена совести и значимости диалога с воображаемым Другим в рамках аналитико-катартической терапии, что крайне важно для психотерапевтической практики.

Цель – анализ феномена совести с позиций психологии отношений В.Н. Мясищев, а также идей экзистенциализма в их значении для теории и практики аналитико-катартической терапии.

Методология. Выполнен теоретический анализ феномена совести, который рассматривается с позиций психологии отношений как единство структуры и процесса. Изложены авторская позиция позитивной и негативной интерпретации совести; сопоставляются понятия морали и нравственности в рамках концепции аналитико-катартической терапии.

Результаты и их анализ. В статье анализируется феномен совести с позиций психологии отношений и идей экзистенциализма, сопоставляются понятия морали и нравственности, особое внимание уделяется диалогу с воображаемым Другим, рассматриваются функции Я, значимого Другого и психотерапевта. Эти данные существенным образом дополняют современные представления о сущности концепции аналитико-катартической терапии и имеют важное прикладное психотерапевтическое значение, что продемонстрировано на примере работы с участником семинара.

Заключение. В практическую деятельность и обучение врачей-психотерапевтов основам аналитико-катартической терапии необходимо внедрить теоретические знания и практические навыки анализа феномена совести в рамках диалога личности с воображаемым Другим, с учетом позиций Я, значимого Другого и психотерапевта. Это обеспечивает осознание пациентом сути внутреннего конфликта, понимание собственной роли в возникновении межличностных конфликтов и создает предпосылки для реконструкции нарушенных отношений личности.

Ключевые слова: психотерапия, аналитико-катартическая терапия, диалог с воображаемым Другим, совесть, конфликт, чувство вины.

Аналитико-катартическая терапия Александрова (АКТА) [1, 2, 3] исходит из того, что в основе невроза (а в широком понимании этого термина – эмоциональных проблем) лежит внутренний конфликт

в сфере нравственных отношений и связанные с ним неосознанные переживания чувства вины и угрызений совести. Исходя из такого понимания, главной целью психотерапии является достижение катарсиса

✉ Александров Артур Александрович – 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), e-mail: dr.artaleks@ya.ru.

(нравственного очищения) как кульминации процесса самопознания с последующим запуском трансформации личности. Основной техникой АКТА является диалог пациента с воображаемым значимым «Другим». Каковы роли пациента, значимого Другого и терапевта в достижении заявленной цели и как их функции связаны с феноменом совести – вот вопрос, поставленный в данной статье.

Приведем наиболее яркие и содержательные определения понятия «совесть». В.Н. Даль [7] дает следующее определение: «Совесть – нравственное сознание, нравственное чутье или чувство в человеке; внутреннее сознание добра и зла; тайник души, в котором отзывается одобрение или осуждение каждого поступка; способность распознавать качество поступка; чувство, побуждающее к истине и добру; отвращение от лжи и зла; невольная любовь к добру и истине; природная правда в различной степени развития». Согласно Е.П. Ильину совесть – это внутренний голос, внутренний контроль. Наши ценности побуждают нас к действиям, но внутри человека все его действия проверяются совестью. Совесть – это глубокое осознание своего долга и ответственности, это внутренний самоконтроль и самооценка человека [8].

В советской психологической литературе были лишь упоминания о совести в социоцентрическом контексте. Совесть определялась как психологически сложное образование в духовной жизни человека, выраженное в форме нравственного отношения и нравственного чувства. Особое внимание уделялось взаимосвязи совести с такими личностными образованиями, как самосознание и ответственность, а формирование совести сводилось к процессу интериоризации социально-культурных нормативов, принятых в данной общественной группе [8].

Совесть: структура и процесс. Создатель «психологии отношений» В.Н. Мясищев [11] также относил совесть к нравственным отношениям. Отношение как таковое Мясищев относил к психическим структурам, которые возникают в процессе

индивидуального опыта. Он писал, что в процессе воспитания требования, предъявляемые к ребенку, накапливаются в его опыте, обобщаются и усваиваются, становятся нравственными отношениями, внутренними нормами, директивами его поведения.

В психике человека Мясищев устанавливает две категории: процессуального и потенциального. Отношение человека – это не часть личности, а потенциал ее психической реакции в связи с каким-либо предметом, процессом или фактом действительности. Отношение как потенциальное психическое не является предметом непосредственного наблюдения, а определяется на основе умозаключения. Это скрытая переменная. Потенциальный план личности и отношений неразрывно связан с процессуальным или функциональным планом рассмотрения психики. Но можно ли установку или отношение считать процессом? – задает вопрос Мясищев и отвечает: и установка и отношение не представляют процесса, они относятся к психическим структурам, хотя и могут изменяться. Личность – не некое застывшее, однажды сформированное и неизменяющееся с определенного возраста образование, а динамичное, подверженное многочисленным внешним и, прежде всего, социальным воздействиям изменяющееся формирование. «Истинные отношения человека к действительности до определенного момента являются его потенциальными характеристиками и проявляются в полной мере тогда, когда человек начинает действовать в субъективно очень значимых для него ситуациях» [там же, с. 9].

Исходя из такого понимания связи потенциального и процессуального в психике и отношении, феномен совести также будем рассматривать в двух неразрывно связанных аспектах. А именно: в потенциальном плане совесть как структура (отношение) есть тенденция думать, чувствовать и вести себя определенным образом; в процессуальном же плане совесть – это процесс переживания, рефлексивный поток. В конфликтной «очень значимой» ситуации совесть

как фиксированная, «застывшая» структура приходит в движение – «совесть пробуждается». Погружаясь в переживания, связанные с конфликтной ситуацией, человек испытывает эмоциональное напряжение, безотчетную тревогу, вызванные укорами совести и чувством вины. Таким образом, совесть как процесс – это нравственная рефлексия.

Мораль и нравственность. В.С. Библер [5] проводит разницу между моралью и нравственностью следующим образом. У морали и нравственности, несмотря на их тесную взаимосвязь, принципиально иные механизмы регуляции человеческих мыслей и поступков: мораль функционирует в механизме общественного мнения, иных внешних факторов, в то время как нравственная позиция человека возникает также под влиянием общества, других внешних факторов, но через индивидуальный выбор целей и ценностей. Нравственность основана на механизме становления и развития общечеловеческого, гуманистического начала в человеке. Нравственность осуществляется только в единстве внешнего поступка и внутренней рефлексии, свободного выбора и решения, мучений совести. Это сфера внутренней свободы. В нравственности человек не может быть средством, он всегда – цель.

Д.В. Мастеров [10] пишет, что ряд феноменов нельзя объяснить с точки зрения морали. Это совесть, любовь к ближнему, сострадание и т. п. Нравственность изначально не приемлет насилия, презрения, унижения, ущемления чьих-либо прав. Она не направлена на гармонизацию отношений индивида с социумом, а зачастую вызывают прямо противоположные последствия. Нравственность направлена на бескорыстный интерес к другому человеку, наиболее близка к идеалу, к универсуму.

Совесть, пишет Т.С. Сердюк [13], как и многие другие экзистенциальные переживания, сложно выразить средствами языка. Совесть оказывается таким духовно-катарсическим состоянием, которое невыразимо средствами языка. В отношении

совести, как и в отношении справедливости, вины, стыда, можно сказать, что они сложноопределимы в качестве моральных понятий, но при этом переживаемы. В морали всегда наблюдается противостояние групповых и индивидуальных позиций. Нормы предписаны извне, оценка социального поведения – внешняя, а переживание совести – сугубо индивидуально, субъективно. При индивидуалистическом подходе совесть трактуется как стремление соответствовать в намерениях и поступках только собственным принципам нравственности. В индивидуалистическом смысле совесть может интерпретироваться как негативно, так и позитивно.

Позитивная интерпретация совести. Приведенные выше трактовки совести носят позитивный характер. Источником позитивных индивидуалистических трактовок совести в философии служит экзистенциализм. По мнению М. Хайдеггера и других экзистенциалистов, аргумент «поступил по совести» может быть последним в любой этической дискуссии. Подобной позиции придерживался и Э. Фромм. Подлинное существование может быть обусловлено гуманистической совестью, которая не дает человеку подчиняться чужим интересам. Быть совестливым, по его мнению, значит повиноваться только тем правилам, которые агент предполагает должными для себя. Подлинность существования значит для экзистенциалиста верность себе. Релятивная позиция, наиболее выраженная в экзистенциализме, декларирует безусловное доверие к субъективному восприятию моральной ситуации.

Негативная интерпретация совести в психоанализе. В современной психологии, замечает Т.С. Сердюк [13], совесть рассматривается преимущественно в отрицательном контексте, как источник чувства вины, стыда и подавленности. Отрицательное отношение к совести проповедовал Ф. Ницше. З.Фрейд считал совесть проявлением суперэго и сосредоточением «авторитетных мнений». Это представление Фрейда переключало во многие направления психологии.

Вот что об этом пишет В.М. Лейбин [9]. В работе «Некоторые типы характеров из психоаналитической практики» (1916) З. Фрейд установил тесную связь между эдиповым комплексом и чувством вины и выдвинул положение, согласно которому чувство вины современного человека возникает до проступка и «проступок совершается вследствие чувства вины». Словом, основатель психоанализа исходил из того, что чувство вины, как правило, не осознается, оно возникает из эдипова комплекса и является реакцией на два великих преступных намерения: убить отца и вступить в сексуальные отношения с матерью. Этот курьёз отмечает и Т.С. Сердюк. Автор пишет, что психоанализ подчеркивает карающе-агрессивную роль совести. В психоаналитической концепции меняется каузальная связь между понятиями, отражающими стадии моральной рефлексии: не вина обусловлена совестью, а совесть обнаруживает себя как феномен вины. Совесть – это голос Сверх-Я, и он звучит постоянно, напоминая об этом тотальном несовершенстве. Совесть не есть фактор нравственного самоопределения. Это всегда внутренний конфликт, поскольку человек патологически виновен. Поэтому совесть, по Фрейду, – фактор, провоцирующий невроз [13].

В отечественной психотерапии на это обстоятельство впервые обратила внимание Т.А. Флоренская [15]. В соответствии с концепцией глубинного бессознательного Фрейда широко распространилось и внедрилось в подсознание психологов и психотерапевтов мнение о том, что сущность невротического конфликта заключается в подавлении запретных чувств. Согласно же мнения Флоренской, которое разделяется нами, невротический конфликт это противоборство осознаваемых аморальных потребностей и неосознаваемых духовно-нравственных стремлений. Эта ситуация – пишет Флоренская – противоположна фрейдовской ситуации «вытеснения» влечений, несовместимых с сознательными моральными нормами. Скрытыми, «глубинными», здесь оказываются не «запретные»

сексуальные влечения, а, напротив, позитивные духовные силы личности, тогда как аморальные желания открыты сознанию. Это свидетельство о несводимости личности к сексуальным, агрессивным и другим биологическим влечениям. Глубина личности – это не бездна низости. В «духовно-ориентированной психотерапии» Т.А. Флоренской голос терапевта сливается с внутренним, ранее не осознававшимся голосом совести, становится явным во внутреннем диалоге пациента. Именно это помогает пациенту сделать сознательный нравственный выбор и начать преодоление своих дурных побуждений. В этом противоборстве мнений мы видим столкновение двух концепций – морали («буржуазной морали», подавление сексуальности) и нравственности (сознательный нравственный выбор).

Другой как свидетель и судья. В записях М.М. Бахтина 1970–1971 гг. [цит. по 6] есть фрагмент под названием «Свидетель и судья». В нем он пишет, что с появлением сознания и самосознания бытие в корне изменилось, оно расчленилось на бытие в себе и для себя и бытие для другого, потому что оно отразилось в сознании другого, который выступает его (бытия) свидетелем и судьей. Этот другой, свидетель и судья, становится главным действующим лицом в событии бытия. «Здесь появляется нечто абсолютно новое: надчеловек, над-Я, то есть свидетель и судья всего человека (всего Я), следовательно, уже не человек, не Я, а другой».

Идеи Бахтина получают в наше время развитие в исследованиях Д.Г. Трунова [14]. Автор рассматривает самопознание как интересубъективный процесс, то есть инициирующийся не самим субъектом, а другим человеком. Другой инициирует и тем самым провоцирует процесс самосознания и самопознания. Невозможно рассматривать самопознание как сугубо личный процесс, как деятельность, в которой принимает участие только познающий себя субъект. В акте самопознания всегда присутствует Другой – зримый или незримый соучастник моего самопознания, явно или безмолвно помогающий мне понять самого себя.

Другой – это участник моего самопознания, которому я доверяю свое бытие. Функции свидетеля и исповедника – это две стороны участия Другого как посредника между мной и моим бытием.

Появление Другого связано с процессом интериоризации, который, согласно Трунову, осуществляется следующим образом. Сначала внешний диалог с Другим превращается во внутренний диалог – воображаемый диалог с реальным Другим. Затем собеседник начинает терять черты конкретного реального Другого, сливаясь с чертами других людей, становясь анонимным и обобщенным, но в то же время сугубо своим и интимным. Таким образом, диалог с воображаемым другим превращается в диалог с другим «Я», особой частью себя, своеобразным двойником (*alter ego*). В качестве анонимного и обобщенного внутреннего свидетеля часто выступает то, что именуется во многих традициях словом «совесть» [там же, с. 150].

Греческое слово «совесть» восходит к словам: знать вместе с кем-либо о чем-либо, быть соучастником, очевидцем, свидетелем чего-либо. Совесть, таким образом, есть «совместное знание», со-знание, диалог с внутренним собеседником. Таким образом, совесть это обобщенный Другой во внутреннем мире человека. Это «человек в человеке» – альтер-эго. «Здесь, пишет Бахтин, со всею отчетливостью выступают функции в диалоге другого человека как такового, лишённого всякой социальной и жизненно-прагматической конкретизации. Этот другой человек выполняет свои функции в диалоге вне сюжета и вне своей сюжетной определенности, как чистый «человек в человеке», представитель «всех других» для «Я» [4, с. 403]. Этот анонимный и обобщенный внутренний собеседник – совесть. Платон говорит, что душа разговаривает сама с собой, самое себя спрашивает и отвечает, утверждает и отрицает. Человек как бы внимает некоему тайному внутреннему голосу. Это внутренний диалог самосознания. Выше отмечалось, что совесть как структура (отношение) является скрытой

переменной и как потенциальная характеристика в полной мере проявляется тогда, когда человек начинает действовать в субъективно значимых для него ситуациях. Эта структура подвергается испытанию на прочность в конкретной жизненной ситуации при встрече с конкретным значимым другим. Это не обобщенный Другой как чистая идея, а другой как живой конкретный человек, как воплощенная идея, «персонализированная совесть». Конфликт возникает тогда, когда тенденция «поступать по совести» не совпадает с наличными желаниями Я, вследствие чего возникает когнитивный диссонанс, разрешением которого может стать подавление совести.

Диалог с воображаемым другим. В качестве конкретного другого в АКТА выступает воображаемый значимый другой. Хорошей иллюстрацией значения совести в этом диалоге служит следующая выдержка из Ю. А. Шрейдера [16]. Автор пишет, что совесть помогает увидеть наши поступки с точки зрения другого человека и осознать, что они даже при самых благих намерениях могут восприниматься другим как посягательство на его интересы. В этом смысле совесть тесно связана с воображением и сочувствием, то есть со способностью поставить себя на место другого и ощутить его боль. Совесть напоминает нам, что люди, с которыми нам приходится иметь дело, не объекты, которые можно безоговорочно использовать для достижения собственных целей, но субъекты с самостоятельными интересами и целями. Об этом говорит глубинный смысл слова «со-весть», то есть совместное ведение, понимание того, что поступок – не просто личное дело поступающего, а вопрос его отношения к другим суверенным личностям.

Воображаемый собеседник в АКТА – это или значимый Другой из настоящего, имеющий непосредственное отношение к конфликтной ситуации или Другие значимые из прошлого, которые сыграли определяющую роль в становлении личности пациента, а в настоящем могут не иметь прямого отношения к данному конкретному

межличностному конфликту – встреча с ними дает пищу для самопознания, благодаря возможности посмотреть на себя со стороны, переоценить жизненные ситуации и признать вклад своей личности в нарушенные отношения с окружающими. В диалоге с этими значимыми фигурами из настоящего и прошлого актуализируются внутренние неосознанные переживания пациента, обостряются внутренние противоречия.

Воображаемый другой как проекция.

Согласно С.Л. Рубинштейну [12] осознание чувств предполагает соотнесение их с тем объектом, лицом, который их вызывает и на который они направлены. Стало быть, для осознания скрытых чувств необходим диалог с другим – конкретным объектом, с которым связано неосознанное чувство. Конфронтируя пациента (его переживания) с этим объектом, мы выходим на осознание чувства вины, связанное с этим объектом. Терапевт обостряет конфликт, помогает пациенту преодолеть сопротивление и выйти на осознание своей вины и раскаяние.

Воображаемый Другой – это экран, на который пациент проецирует чувство вины. Реальный Другой подсознательно воспринимается пациентом как укор совести, как источник сомнений в правильности своего поступка в отношении Другого, смутного ощущения вины, неотчетливой тревоги, и в этом смысле диалог с воображаемым другим способствует раскрытию сокровенного Я человека – его совести. Другой – это зеркало конкретной жизненной ситуации, в которой запутался пациент и которую не может разрешить рационально в силу особенностей своей личности. Когда человек осознает безнравственность своего поступка, он испытывает угрызения совести и потребность в раскаянии. У человека же с невротической структурой личности в значимой конфликтной ситуации возникает неосознанный внутренний конфликт, который личность пытается разрешить иррациональным способом – подавлением совести. Совесть подавляется, а ее дериваты (укоры, чувство вины) проецируются на Другого.

Пациент прибегает к самооправданию, рационализации, некритически оценивает конфликтную ситуацию и свою роль в ней, перекладывает вину на другого, одним словом, к самообману. Здесь уместно привести слова Ирвина Ялома, который в своей работе «Экзистенциальная психотерапия» отмечает, что в рамках традиционной терапии «вина» имеет следующий смысл: «...эмоциональное состояние, связанное с переживанием неправильных действий, – всепроникающее, высоко дискомфортное состояние, характеризующееся тревогой в соединении с ощущением своей плохости» [17]. Таким образом, значимый другой присутствует незримо в мире переживаний человека как укор совести, как свидетель и судья в конкретной конфликтной ситуации. Он – не совесть как «обобщенный другой», а как воплощенная персонифицированная совесть.

Терапевт в роли посредника. Диалог с воображаемым Другим в АКТА – это диалог на границе сознания и бессознательно, внешнего и внутреннего, субъективного и объективного. Чтобы диалог состоялся, необходим третий участник – терапевт. Его цель – пробудить совесть пациента. Диалог имеет два плана: внешний и внутренний. Внешний и внутренний планы диалога составляют единый континуум, развиваясь в непрерывной взаимной «проекции» (В.С. Библер). Внешний план: это уровень сознания, внешней коммуникативной речи. Это диалог между терапевтом и пациентом посредством воображаемого Другого, который служит обоим экраном для взаимных идентификаций и проекций. Внешний план (внешняя речь) – это результат вербализации, «овнешнения» внутреннего диалога, иначе, превращения внутренней смысловой речи пациента в речь внешнюю, коммуникативную. Внутренний план: это уровень внутреннего диалога, уровень подсознания, по-существу уровень внутренней речи по Л.С. Выготскому. Это диалог внутренних противоречивых позиций личности, столкновение тайных желаний и намерений пациента с голосом его совести. Терапевт встраивается в этот внутренний диалог,

помогая пациенту преодолеть возникающее сопротивление с помощью конфронтационной техники двойного дублирования [3]. Суть техники заключается в том, что реплики терапевта, адресуясь поочередно к Я пациента и к его визави – воображаемому собеседнику – должны совпадать с внутренним голосом пациента, голосом его совести. Реплики терапевта носят характер смысловых высказываний (по М.М. Бахтину). Смыслы улавливаются терапевтом как на дорефлексивном уровне, на уровне интуиции, так и на уровне логики. Терапевт догадывается о тайных мотивах и намерениях пациента и его реплики содержат намеки на скрытый смысл. Иногда голос терапевта лишь частично совпадает (и этого уже достаточно) с внутренним голосом пациента, иногда терапевт «срывает с языка» тайное слово пациента, часто его реплики приобретают форму «незаконченных предложений». Существенно, чтобы реплики терапевта были конфронтационными, чтобы они «бросали вызов» пациенту, «цепляли за живое». Это предположения терапевта, которые он выносит на суд пациента: ему решать принимать их полностью, отвергать ли, или уточнять и переформулировать. Успешное дублирование ослабляет психологическую защиту и открывает путь к осознанию – пробуждению совести. Таким образом, терапевт исполняет роль посредника между Я пациента и его совестью, воплощенной в образе значимого Другого. Место приложения его усилий – граница между внутренней и внешней речью, между бессознательным и сознанием.

Совесь. Итак, подведем итог: как распределяются роли в «триаде» АКТА между пациентом, воображаемым Другим и терапевтом, и где прячется совесть? Носителем совести является пациент, совесть – это его второе Я, альтер-эго, это Другой как обобщенный внутренний свидетель. Это своеобразный внутренний «кодекс чести», которому следует человек. Воображаемый Другой – это воплощенный внутренний свидетель, укор совести, объект, на который проецируются неосознанные чувства

субъекта, чувство вины и угрызания совести. Терапевт играет роль посредника, у него позиция эстетической вневходимости (М.М. Бахтин). Отождествляясь поочередно с противодействующими позициями пациента и сталкивая их, он помогает пациенту озвучить голос совести.

Совесь говорит только в диалоге с Другим. Вне диалога, вне конфликтной ситуации она молчит, будучи отвлеченной и представляя собой лишь тенденцию, возможность, она только ждет своего часа – пробуждения и осуществления своей функции подтверждения со-бытия человека, со-участия, ответственности за себя и за другого. Совесть – это залог ответственного нравственного поступка. Это чистый «человек в человеке», как тенденция личности поступать «по совести». При конфликте в сфере нравственных отношений имеет место столкновение противоречивых чувств, приводящий к когнитивному диссонансу: голос совести (альтер-эго, внутренний свидетель и судья) сталкивается с тайными желаниями и мотивами, в основе которых лежат эгоизм, своекорыстие, зависть, тщеславие, жадность и прочие собственнические чувства. И голос совести заглушается самооправданием, самообманом с тем, чтобы разрешить это противоречие. Вместе с тем человек испытывает чувства обиды, ожесточения и даже скрытой ненависти к Другому (как к своему укору), и в то же время смутную тревогу, как если бы он совершил что-то недоброе и пытается уничтожить улики, предстать «чистым» перед судом совести. Конкретный Другой является свидетелем и укором совести (той самой обобщенной), он «безмолвный» свидетель, который представляет угрозу разоблачения протагониста, раскрытия того, что тот припрятал в своей душе. И эти безотчетные чувства вины пациент проецирует на другого и, отождествляясь с ним, смотря на себя его глазами, сам себе становится свидетелем и судьей: «он сам себя судить будет» (об Иване Карамазове). Диалог в АКТА это диалог с самим собою, диалог со своей совестью при свидетельстве Другого.

Работа с участницей Семинара Ольгой.

В группе участников АКТА-семинара терапевт предлагает работу с воображением. Каждый участник придумывает метафорический образ, отражающий особенности своей личности, отождествляется с ним и произносит монолог от перавого лица. Вызывается участница Ольга (О.).

Монолог. Я – львица. Я лежу у входа в свою пещеру. Там мои детеныши, я охраняю эту пещеру... И много врагов вокруг ... может они даже не враги, но они точно могут туда войти и причинить вред моим детям. Я чувствую, что я достаточно молодая, сильная, во мне много энергии. Внешне я беспокойная и созерцающая...

Терапевт (Т) (*прерывая*): сейчас я лежу и созерцаю... я погружаюсь в свои раздумья...

О. Сейчас я думаю о том, что не произвожу впечатление хищницы, а внутри меня сидит хищница, которая может наброситься на того, от кого исходит угроза. Но я по-прежнему лежу и не произвожу никаких действий. Вокруг какие-то волки, барсы, гиены даже. И я за ними наблюдаю, только слегка поворачивая голову направо-налево. Но я верю в свои силы. Еще я знаю, что где-то есть лев, он сейчас на охоте и должен принести нам добычу. Но пока его нет, я знаю, что ответственность моя. Я должна справиться... (*прерывается*) Я очень сильно волнуюсь... (*собралась*) Сейчас я чувствую себя в безопасности. Мне спокойно, но внутри я чувствую напряжение. Как будто я настороже, но дети точно в безопасности. И никто не ходит рядом, но я жду. И у меня чувство, что как будто кто-то за спиной, что может быть прыжок сзади. А когда я смотрю по сторонам, то все спокойно. (*Как бы утешая себя*) Все, все хорошо... (*пауза*)

Т. Что вы чувствуете?

О. Сильную тревогу и напряжение.

Терапевт. Вы не могли бы сопоставить эти Ваши фантастические переживания с реальной жизнью?

О. У меня сложилась конфликтная ситуация с близкими людьми.

Т. Расскажите нам в двух словах, что происходит.

О. Конфликтная напряженная ситуация с матерью и братом на фоне наших с ним ... отношений деловых и родственных. У нас с братом общий бизнес. А мама в этом треугольнике очень переживает, рвется между мной и им. Она больше принимает с моей точки зрения его сторону, чем мою. Уже месяц как мы с ним почти не общаемся, хотя очень близки, а мама между нами мечется. От этого и напряжение, которое, хотелось бы, скорее разрешилось.

Т. Это от кого зависит: от мамы, брата или от Вас?

О. Я делала попытку, но он не идет на контакт, на какой-то диалог, вот он и держит это напряжение. Я уже не знаю, с какой стороны зайти. Я уже ничего не могу решить. Ну, чтобы сохранить себя, личность свою.

Т. Угу.

О. Мама, наверное, может в этой ситуации, но она немножко манипулирует, (*более тихим голосом*) мной в том числе. Она создает как бы искусственное, чтобы мы, мол, сами справились.

Т. (*после паузы*). Не хотите этот конфликт с братом разыграть здесь?

О. да, могу.

Далее следует постановка сцены с пустым стулом. Брата зовут Коля.

Т. Попробуйте разрешить этот конфликт здесь, но не так, как это было там, а как Вы хотите это проиграть, ну скажем, в Вашей фантазии, как будто между вами создается такой откровенный разговор, и Вы хотите понять, что происходит и на чьей стороне правда. Не щадите ни себя, ни брата, говорите так, как это должно было бы быть по правде, ничего не скрывая друг от друга, прямо называя вещи своими именами. Начинайте!

Диалог. О – Ольга; К – её брат Коля, воображаемый другой; Т – терапевт

О. Коля, я тебя очень люблю, мы с тобой брат и сестра. Последние три года нам было очень непросто. Мы практически жили вместе и работали вместе. При этом в ущерб, наверное, нашим личным жизням – моей жизни с супругом и твоей с супругой. Я знаю, что ты чувствуешь и, наверное, в чем-то не

права, я не права в том, что... ну, наверное, я на тебя во многом похожа, как и ты на меня, и все реакции у нас одинаковые. Когда мне надо смолчать, я также возмущаюсь, как и ты, когда тебе надо смолчать, ты возмущаешься, как я. И от этого у нас возникает непонимание, потому что никто никому не хочет уступить. Мы постоянно конкурируем, постоянно доказываем, кто из нас главный, кто лучше, кто ответственной, кто умнее, кто сильнее и кто вообще все тащит на себе. Тебе все время кажется, что это ты, а мне – что это я. На самом деле мне кажется, что ни ты, ни я, потому что мы вместе. Если мы будем по отдельности, то в этом тоже не будет ничего плохого. Мне не хочется тебе это сказать, что ... ничего не будет в этом плохого если ты будешь сама а я буду сама, потому что мы, таким образом, как раз и сможем почувствовать, что каждый из нас стоит и возможно тогда нам не придется конкурировать, потому что у меня будет своя сфера, а тебя – своя.

Т. (*прерывая*) Я хочу... Ближе к делу!

О. Я хочу от тебя уйти.

Т. Вот так вот!

О. Хочу, чтобы ты меня оставил и не удерживал и чтобы ты меня отпустил таким образом. Но ты этого не делаешь...

Т. (*прерывая*) Вы сказали «отпусти меня!» Дайте ему ответить, пересядьте на его стул!

К. Я бы тебя отпустил, Ольга, но я боюсь, что без тебя не справлюсь. Я боюсь, что ... я не смогу, мне будет тяжело, у меня не получится. Ты меня все время поддерживала и оказывала мне моральную помощь, я мог к тебе всегда придти в самый трудный момент и знал, что ты меня примешь и всегда окажешь участие. Но я тоже хочу... что-то сделать самостоятельно и создаю эту ситуацию специально, чтобы она завершилась, чтобы мы произвели все-таки этот разрыв. Мне тоже также больно и также очень тяжело. Но я мужчина и не могу сделать первый шаг... не знаю, унизиться...

Т. (*включаясь*) Послушайте, у меня такое впечатление, что Вы сейчас проговариваете нам свою версию конфликта, и вот эту версию разыгрываете, понимаете?

О. Угу.

Т. Вы считаете, что он и хочет и не хочет Вас отпустить и одновременно хочет утвердиться в мужской роли и специально все так подстроил, чтобы между вами возник конфликт. Фантастика какая-то идет.

О. (*тихим голосом*) Что мне надо сделать?

Т. Отношения должны быть простыми и жизненными, а Вы сидите и накручиваете Бог знает что, строите какие-то версии, концепции... Вы можете так вот правде в глаза посмотреть и сказать, какие у вас интересы – с Вашей стороны и с его стороны? Не прикрываясь вот этим словоблудием. Вы сказали ему «отпусти меня»...

О. Ну, да. Он мне на это скажет...

Т. Не он скажет, а здесь и сейчас

О. На его месте?

Т. Да, на его месте

О. Вот его слова будут: «Ну и вали!»

Т. Ну и вали! Дальше...

О. (*уязвленно*) Всё. Я и свалила!

Т. Всё?

О. Да!

Т. То есть вы не хотите?

О. Ну а что дальше?

Т. Вы не хотите анализировать эту ситуацию?

О. Не хочу.

Пауза

Т. (*утвердительно*) Не хочу анализировать эту ситуацию!

О. Ну я же пытаюсь, мне надо спросить опять?

Меняется стулом.

Т. Ну, надо же разобраться в этом!

О. Я теперь должна ответить ему на эту фразу? Я не понимаю.

Т. Делайте что хотите! Нам надо разобраться в этом конфликте. Вы должны прояснить отношения! Начните, например, так: «мне не нравится...»

О. Мне не нравится, в какой форме ты мне это говоришь. Я согласна с содержанием, но форма мне не нравится! У меня это вызывает обиду... (*пауза*)

Т. (*дубль Коле*) Я разговариваю таким тоном потому, что ты меня достала.

К. Ты меня достала тем, что ты не женщина, ты со мной мерешься, кто круче. Я по сравнению с тобой чувствую себя ничтожеством и этим ты меня достала, не хочу тебя больше видеть. Если бы ты хотела быть со мной, ты ходила бы за мной сзади и спрашивала, что мне делать

Т. (*дубль Коле*) Все это время пока мы были вместе...

К. Все это время пока мы были вместе, ты захватила власть, узурпировала ее, вытеснила меня. Я вообще здесь никто и никак. А между прочим это я все создал и подобрал тебя, и ты мне всем обязана. Где твоя благодарность? А ты села на мое место и меня же выгнала. Я тебе этого не прощу. Я не хочу больше с тобой ничего иметь общего.

О. (*с сожалением, виноватым тоном*). Наверное, Коля так это выглядит. Но у меня не было такой цели. Я просто хотела тебе помочь. Помогала, как могла, как считала нужным. Но, наверное, это получалось как-то не в той форме, которая была для тебя приемлемой... (*пауза*)

Т. (*дубль Ольге*) Да, я согласна с тем, что то, как я тебе помогала, тебя оскорбляло...

О. То, что это тебя оскорбляло, я это сейчас понимаю, но раньше я это не понимала. Потому что ты никогда мне об этом не говорил. Я просто видела твои периодические какие-то обиды, не понимала, с чем они связаны, хотела их прояснить, но ты все время уходил от этого разговора. А сейчас я понимаю, что, да, это так, но проиграв назад, я не смогла бы, наверное, сделать то, что ты от меня хотел. Ну, потому что я такая. И если вернуть все назад, я все равно вела бы себя точно так же...

Т. (*обращаясь к Ольге*) Не потому что я такая, а конкретно какая?

О. Потому что я сильная, конкурентно-способная, я беру на себя ответственность, я ее несу, мне важны люди, которые за нами, ну и я принимаю решения и за них отвечаю и поэтому... я считаю, что вела себя правильно

Т. (*утвердительно, с усилением*). И поэтому я считаю, что вела себя правильно

О. Я понимаю, что это для тебя оскорбительно

Т. (*дубль Ольге*) А для тебя это оскорбительно. Ты не чувствовал себя хозяином положения.

О. Ты не чувствовал себя хозяином положения. Ты на работу-то не ходил. Я туда ходила. И когда ты приходил, ты был как в гостях, я это понимала, старалась уступить тебе кресло, но ты вроде как его и не занимал, я терялась, я хотела все время об этом поговорить, но ты не шел на этот разговор о своих чувствах и переживаниях, но мне по-другому было никак в этой ситуации, потому что 40 человек, и я за них отвечала, и мне надо было платить зарплату, думать о том, как обеспечить их работой. Если бы я это не делала, то боюсь, и ты бы это не делал. Если бы другая была ситуация, я бы, наверное, была на шаг сзади, но ты не давал мне такой возможности, не было такого шанса. И поэтому я это делала, как бы тяжело это ни было. Тебе это обидно, я понимаю. Всё!

Т. (*обращаясь к Ольге*) Пусть Коля ответит

О. (*пересаживается*). Я уже ничего не могу сказать с его стороны.

Т. (*дубль Коле*) Ольга, почему ты не хочешь мне уступить? Почему ты не могла быть просто моим помощником? Да, возможно я и нуждаюсь в твоей помощи. Почему мы не могли это делать вдвоем? Соблюдая при этом естественно субординацию. Ты перешла все границы.

К. Почему ты не могла мне помогать? Просто помогать как моя сестра и мой партнер. Ты фактически возомнила себя моим начальником, а это все создал я...

Т. (*со стороны к Ольге*) И тобой руководило что?

К. Тобой руководила жажда власти

Т. (*усиление*): Тобой руководила жажда власти, вот в чем дело!

О. Да.

Т. (*к Ольге*). Пусть он говорит дальше!

К. (*упавшим голосом*). Когда я не приходил на работу и был дома, как ты выражаешься, я все равно все оттуда контролировал. Все видел и все понимал. Я долго терпел и сказать тебе не мог, но больше я не хочу, чтобы так продолжалось...

Т. (*дубль к Коле*) Мне такие помощники не нужны!

К. Да, за все, что ты сделала, я с тобой рассчитался. Ты свободна (*тяжело переводит дыхание*). Пауза...

Т. (*к Ольге*) Всё?

О. Да!

Т. (*к Ольге*). Что Вы чувствуете?

О. Мне стало легче.

Т. Что вы поняли? О. Сволочь я!

Комментарий. Протагонист пытается как бы разобраться в конфликте с братом, но на самом деле стремится всеми правдами и неправдами оправдать себя и обвинить брата в этом конфликте. Однако ее версия не принимается терапевтом, о чем он в открытую заявляет, призывая ее тем самым к откровенному диалогу – к самораскрытию. Это вызвало смятение, фрустрацию и легкую агрессию с намерением прервать сеанс. Теперь она не знает, что говорить, как говорить, она сбита с толку, растеряна. Ее намерение оправдать себя в собственных глазах и глазах терапевта и присутствующих фрустрировано, она как будто не понимает инструкцию. А как складно текла ее речь до этого!

У нее не хватает духа пойти на открытый разрыв с братом. Захватив его власть, она стремится сохранить «лицо» и осуществить разрыв руками брата: «отпусти меня» говорит она. Ее фраза «Я не произвожу впечатление хищницы, а внутри меня сидит хищница, которая может наброситься на того, от кого исходит угроза», говорит о том, что она не хочет выявлять свое подлинное лицо, свои хищнические, своекорыстные, эгоистические намерения. Угрозу своему благополучию она видит со стороны брата. Она вся в тревоге, причиной которой является ее внутренний конфликт, конфликт с собственной совестью. Она испытывает неосознанное чувство вины, угрызания совести, чувства, которые на сознательном уровне выражаются тревогой и напряжением.

Переломный момент (прорыв к осознанию) начинается с реплики терапевта «все это время пока мы были вместе...» Это «незаконченное предложение» как известная

проективная техника, предназначена для вскрытия бессознательных тенденций личности. Эта реплика терапевта содержит в себе скрытый смысл, обращенный к внутреннему неосознанному диалогу и означает, что все время, пока мы были вместе, ты вела свою игру, нацеленную на разрушение нашего союза. И эта реплика попадает в цель. Скрытый замысел открывается для протагониста.

Терапевт не стремится изменить пациента, не ставит перед собой цели реконструкции или коррекции нарушенных отношений. Именно поэтому предпочтительно употреблять термин «трансформация личности». Терапевт лишь создает условия для освобождения подавленного чувства вины и нравственного очищения (катарсиса), запуская тем самым процесс изменений. Проблема пациента состоит не в том, что он «запутался», «сбил с пути», и поэтому нуждается в нравственном перевоспитании, да еще и в эмоциональной поддержке, а в том, что он «бессознательно сознательно» пошел против своей совести и нуждается в нравственном очищении.

Поскольку воображаемый другой является укором совести, то терапевт использует реплики конфронтационного характера (конфронтирует пациента с чувством вины) со стороны другого. Он на стороне уязвленной совести и, поэтому его реплики должны носить в себе скрытый укор, апеллировать к совести, но не напрямую, что может только усилить сопротивление, а в той степени, в какой пациент готов к самораскрытию в данный момент диалога. Поэтому дублирование очень деликатная процедура, ее принцип: «коснуться до всего слегка», не настаивая, не давя, не принуждая к самораскрытию. Все должно произойти спонтанно.

Совесть рассматривается как отношение, то есть как образование, в котором структура и процесс взаимно обусловлены. Психотерапевт включается во внутренний рефлексивный процесс пациента с целью добиться осознания пациентом причин его неосознанных (неотчетливых) переживаний – чувства вины, тревоги,

своей «плохости». Рубинштейн считал, что психические образования не существуют сами по себе, вне соответствующего процесса. Всякое психическое образование, писал ученый, это психический процесс в его результативном выражении. Именно

благодаря этому процессу происходят изменения на уровне структуры, перестройка нарушенного (дезадаптивного) отношения: осознание вины приводит к нравственному очищению и запускает процесс трансформации личности.

Литература

1. Александров А.А. Аналитико-катартическая терапия эмоциональных нарушений. СПб. : СпецЛит. 2017. 231 с.
2. Александров А.А. Катартис, инсайт и интеграция личности в аналитико-катартической терапии // Вестн. психотерапии. 2020. № 75 (80). С. 7–29.
3. Александров А.А. Полифоническая концепция сознания Михаила Бахтина в ее значении для аналитико-катартической терапии // Вестн. психотерапии. 2021. № 79 (84). С. 7–23.
4. Бахтин М.М. Проблемы поэтики Достоевского. СПб. : Азбука. 2017. 416 с.
5. Библер В.С. Нравственность. Культура. Современность. М.: Знание, 1990. 62 с.
6. Гусейнов А.А. Первая философия как нравственная философия // Вопросы философии. 2017. № 6. С. 65–74.
7. Даль В.И. Толковый словарь русского языка. М. : Изд-во Эксмо, 2003. 736 с.
8. Ильин Е. П. Психология совести: вина, стыд, раскаяние. СПб. [и др.]: Питер, 2017. 288 с.
9. Лейбин В.М. Краткий психоаналитический словарь-справочник. М.: Когнито-Центр, 2015. 192 с.
10. Мастеров Д.В. Различие морали и нравственности: к постановке проблемы // Теория и практика общественного развития. 2012. № 9. С. 32–34.
11. Мясницев В.Н. Психология отношений. М. ; Воронеж. 1995. 356 с.
12. Рубинштейн С.Л. Бытие и сознание. СПб. : Питер. 2012. 288 с
13. Сердюк Т.С. Проблема определения совести в философии морали // Известия АлтГУ. 2011. № 2 (1). С. 199-201
14. Трунов Д.Г. Введение в феноменологию самопознания. Пермь : Изд-во Перм. гос. ун-та, 2008. 255 с.
15. Флоренская Т.А. Диалог в практической психологии. Наука о душе. М. : Владос. 2000. 139 с.
16. Шрейдер Ю.А. Лекции по этике: учеб. пособие. М. : Мирос, 1994. 136 с.
17. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. М. : Класс. 1999. 312 с.

Поступила 18.02.2022 г.

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

Для цитирования. Александров А.А. Совесть и диалог с воображаемым Другим в аналитико-катартической терапии // Вестник психотерапии. 2022. № 81. С. 26–39. DOI: 10.25016/2782-652X-2022-0-81-26-39

A.A. Alexandrov

CONSCIENCE AND DIALOGUE WITH THE IMAGINARY OTHER IN ANALYTICAL-CATHARTIC THERAPY

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

✉ Artur Alexandrovich Alexandrov – Dr. Med. Sci. Prof., Prof. of the Department of psychotherapy, medical psychology and sexology, Nord-West State Medical University named after I.I. Mechnikov (Kirochnaya Str., 41, St. Petersburg, 191015, Russia), e-mail: dr.artaleks@ya.ru.

Abstract

Relevance. According to the concept of analytical-cathartic therapy, neurosis and other emotional disorders are based on an unconscious internal conflict in the sphere of moral relations of the individual, which is expressed in the form of an internal dialogue between the «generalized Other» (alter ego, conscience) and the «concrete Other» (imaginary significant Other). The article presents the author's position on the role of the phenomenon of conscience and the importance of dialogue with an imaginary Other in the framework of analytical-cathartic therapy, which is extremely important for psychotherapeutic practice.

Intention. To analyze the phenomenon of conscience from the standpoint of V.N. Myasishchev's psychology of relationships, as well as the ideas of existentialism in their significance for the theory and practice of analytical-cathartic therapy.

Methodology. The phenomenon of conscience is analyzed theoretically, from the standpoint of relationship psychology it is considered as a unity of structure and process. The author's position of positive and negative interpretation of conscience is stated; the concepts of morality and ethics are compared within the framework of the concept of analytical-cathartic therapy.

Results and Discussion. The article analyzes the phenomenon of conscience from the standpoint of the psychology of relationships and the ideas of existentialism, compares the concepts of morality and ethics, pays special attention to the dialogue with the imaginary Other, examines the functions of the Self, the significant Other and the psychotherapist. These data significantly complement the modern understanding of the essence of the concept of analytical-cathartic therapy and they have an important applied psychotherapeutic value, which is demonstrated by the example of working with a seminar participant.

Conclusion. It is necessary to introduce theoretical knowledge and practical skills of analyzing the phenomenon of conscience within the framework of the dialogue of a person with an imaginary Other, taking into account the positions of the Self, the significant Other and the therapist. This ensures that the patient is aware of the essence of the internal conflict, understands his own role in emerging interpersonal conflicts and creates prerequisites for reconstruction of disturbed personal relationships.

Keywords: psychotherapy, analytical-cathartic therapy, dialogue with an imaginary Other, conscience, conflict, guilt.

References

1. Alexandrov A.A. Analitiko-katarticheskaya terapiya emocional'nyh narushenij [Analytical and cathartic therapy of emotional disorders]. Sankt-Petersburg. 2017. 231 p. (In Russ.)
2. Alexandrov A.A. Katarsis, insajt i integraciya lichnosti v analitiko-katarticheskoy terapii [Catharsis, insight and integration of personality in analytic-cathartic therapy]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of psychotherapy]. 2020;(75):7–29. (In Russ.)
3. Alexandrov A.A. Polifonicheskaya koncepciya soznaniya Mihaila Bahtina v ee znachenii dlya analitiko-katarticheskoy terapii [Mikhail Bakhtin's polyphonic concept of consciousness in its meaning for analytic-cathartic therapy]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of psychotherapy]. 2021;(79):7–23. (In Russ.)
4. Bakhtin M.M. Problemy poetiki Dostoevskogo [Problems of Dostoevsky's poetics]. Sankt-Petersburg. 2017. 416 p. (In Russ.)
5. Bibler V.S. Nravstvennost'. Kul'tura. Sovremennost' [Moral. Culture. Modernity]. M. 1990. 62 p. (In Russ.)
6. Gusejnov A.A. Pervaya filosofiya kak npravstvennaya filosofiya [The First Philosophy as Moral Philosophy]. *Voprosy filosofii*. 2017;(6):65–74. (In Russ.)
7. Dal' V.I. Tolkovyy slovar' russkogo yazyka [Explanatory dictionary of the Russian language]. Moscow. 2003. 736 p. (In Russ.)
8. Il'in E.P. Psihologiya sovesti: vina, styd, raskayanie [Psychology of conscience: guilt, shame, repentance]. Sankt-Petersburg. 2017. 288 p. (In Russ.)
9. Lejbin V.M. Kratkiy psichoanaliticheskij slovar'-spravochnik [Brief psychoanalytic dictionary-reference]. Moscow. 2015. 192 p. (In Russ.)
10. Masterov D.V. Razlichie morali i npravstvennosti: k postanovke problem [Difference between ethics and morality: problem statement]. *Zhurnal teorii i prartira obschestvennogo razvitiya* [Theory and practice of social development]. 2012;(9):32–34. (In Russ.)
11. Myasishchev V.N. Psihologiya otnoshenij [Psychology of relationships]. Moskva ; Voronezh. 1995. 356 p. (In Russ.)

-
12. Rubinshtejn S.L. Bytie i soznanie [Being and consciousness]. Sankt-Petersburg. 2012. 288 p. (In Russ.)
 13. Serdyuk T.S. Problema opredeleniya sovesti v filosofii morali [The problem of providing an accurate definition of conscience]. *Izvestiya Altaiskogo gosudarstvennogo universiteta* [Izvestiya of Altai State University], 2011;(2):199–201. (In Russ.)
 14. Trunov D.G. Vvedenie v fenomenologiyu samopoznaniya [An introduction to the phenomenology of self-knowledge]. Perm. 2008. 255p. (In Russ.)
 15. Florenskaya T.A. Dialog v prakticheskoy psihologii. Nauka o dushe [Dialogue in practical psychology. The science of the soul]. Moscow. 2000. 139 p. (In Russ.)
 16. Shrejder YU. A. Lekcii po etike [Lectures on ethics]. Moscow. 1994. 136 p. (In Russ.)
 17. Yalom I. Ekzistencialnaya psikhoterapiya [Existential psychotherapy]. Moscow. 1999. 312 p. (In Russ.)
-

Received 18.02.2022

For citing. Aleksandrov A.A. Sovest' i dialog s voobrazhaemym drugim v analitiko-katarticheskoi terapii. *Vestnik psikhoterapii*. 2022;(81):26–39. (In Russ.).

Aleksandrov A.A. Conscience and dialogue with the imaginary other in analytical-cathartic therapy. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2022;(81):26–39. DOI: 10.25016/2782-652X-2022-0-81-26-39

Н.И. Бакушкина¹, Е.Р. Исаева²

ЛОНГИТЮДНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДИНАМИКИ НЕЙРОКОГНИТИВНОГО РАЗВИТИЯ У НЕДОНОШЕННЫХ И ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ОТ 5 ДО 24 МЕСЯЦЕВ

¹ Уральский федеральный университет им. первого Президента России Б.Н. Ельцина (Россия, Екатеринбург, ул. Мира, д. 19);

² Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова (Россия, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8)

Актуальность проведенного исследования определяется недостаточностью данных о раннем развитии недоношенных детей, в анамнезе которых отсутствуют локальные поражения мозга и какая-либо соматическая или неврологическая патология.

Цель – анализ развития нейрокогнитивных функций недоношенных детей в предполагаемые периоды максимального образования (пик) синапсов в первичной сенсорной и префронтальной коре головного мозга, а также в постпиковые периоды снижения активности данного процесса.

Методология. Проведено лонгитюдное исследование нейрокогнитивного развития у недоношенных и рожденных в срок детей в возрасте от 5 до 24 мес. В исследовании приняли участие 24 недоношенных ребенка и 51 ребенок, рожденный в срок, которые проходили обследование в 5, 10, 14 и 24 мес. (недоношенные дети – по скорректированному возрасту). Для диагностики нейрокогнитивного развития использовалась шкала Бейли (Bayley-III), включающая 5 шкал для оценки когнитивного развития, рецептивной и экспрессивной коммуникации, мелкой и крупной моторики.

Результаты и их обсуждение. Недоношенные дети демонстрируют снижение уровня нейрокогнитивного функционирования, по сравнению с их доношенными сверстниками в периоды спада активного синаптогенеза, в то время как в периоды максимального образования синапсов рожденные раньше срока дети демонстрируют нормальное развитие.

Заключение. Полученные данные могут быть использованы для разработки программ раннего развития для недоношенных детей.

Ключевые слова: патопсихология, психологическая диагностика, недоношенность, нейрокогнитивные функции, когнитивное развитие, экспрессивная коммуникация, рецептивная коммуникация, мелкая моторика, крупная моторика, синаптогенез.

Введение

Ежегодно в мире случается порядка 15 млн преждевременных родов, то есть в среднем это каждый 10-й ребенок, родившийся живым. При этом данный показатель растет из года в год, что в первую очередь прослеживается в развитых странах. Согласно источникам,

преждевременные роды случаются в 6,0–14,5% случаев от всего количества рождений [11, 27]. В России данный показатель составляет около 6–7% [6]. Недоношенность определяется сроком гестации, на котором рождается ребенок. Дети, родившиеся до 37 нед. беременности, считаются недоношенными [3].

✉ Бакушкина Надежда Игоревна – мл. науч. сотр., Уральский федер. ун-т им. первого Президента России Б.Н. Ельцина (Россия, 620002, Екатеринбург, ул. Мира, д. 19), e-mail: bakushkina.nadezhda@gmail.com;

Исаева Елена Рудольфовна – д-р психол. наук, проф., зав. каф. общ. и клинич. психологии, Первый С.-Петербург. гос. мед. ун-т им. акад. И.П. Павлова (Россия, 197002, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 6–8), e-mail: isajeva@yandex.ru

Большинство авторов рассматривают раннее рождение как симптомокомплекс [2, 25], реализация которого происходит за счет нескольких факторов, к которым относятся социально-демографические и медицинские причины, возникающие до и во время беременности.

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, рожденные раньше срока дети могут иметь различные, от легких до тяжелых, нарушения развития. Недоношенность является одной из основных причин младенческой смертности [18]. Стоит отметить, что чем меньше срок гестации и массы тела при рождении, тем выше вероятность наличия патологий развития [1, 10]. Рождение раньше срока прерывает нормальное развитие физиологических процессов, что требует медицинского вмешательства и применения искусственных условий в отделениях интенсивной терапии. Несмотря на то, что современное состояние качества ухода за недоношенными детьми находится на высоком уровне, что способствует улучшению качества их жизни с самого момента рождения, ничто не может заменить полное вынашивание ребенка. Развитие в течение как минимум 37 нед. в утробе матери является важным для ребенка, чтобы набрать достаточный вес для поддержания всех функций организма, а также для полного развития всех соматических, физиологических и неврологических систем жизнеобеспечения.

При различных тяжелых случаях преждевременные роды являются причиной неврологических повреждений, а именно: внутрижелудочковых кровоизлияний, гидроцефалии, перивентрикулярной лейкомаляции и т. д., что впоследствии может приводить к серьезным нейрокognитивным нарушениям [28]. Но даже при отсутствии подтвержденных неврологических повреждений недоношенные дети могут демонстрировать атипичное развитие мозга [8, 23].

Работы, посвященные теме ранних родов, в основном направлены на анализ тех детей, которые родились экстремально недоношенными, несмотря на то, что данная

категория составляет только около 0,5% от всех рождений [5]. В последние годы отмечается сдвиг интереса исследователей в сторону анализа детей с легкой и средней степенью недоношенности с незначительными отклонениями в развитии, и снижение исследований экстремально недоношенных детей, среди которых очень высок риск инвалидизации [22]. Дети с легкой и средней степенью недоношенности обычно не демонстрируют ярко выраженных отличий от их рожденных в срок сверстников либо очень быстро догоняют их в своем нейрокognитивном развитии.

Неоспоримым является тот факт, что недоношенность любой степени оказывает влияние на развитие ребенка в связи со сложным взаимодействием между социально-экономическими и биологическими факторами, связанными с ранним рождением, которое происходит в критический период быстрого развития головного мозга и, следовательно, может приводить к аномальному развитию [22]. В работах последних лет показана взаимосвязь между изменениями структурных соединений в развитии белого вещества головного мозга и низким уровнем развития нейрокognитивных функций у недоношенных детей [12, 19, 20].

S. Blüml и соавт. [11], изучающие развитие мозга недоношенных детей без каких-либо травм головного мозга, получили данные, свидетельствующие о том, что процесс синхронизации созревания белого и серого веществ головного мозга у этих детей нарушен, по сравнению с их рожденными в срок сверстниками. Данные авторы вводят понятие «фальш-старта», он проявляется в преждевременном развитии какой-либо функции, которая еще не готова к развитию. Данный процесс запускает значительное усиление биохимических процессов, которые определяют созревание белого вещества, впоследствии сменяющееся аномальным, относительно нормальной траектории, снижением интенсивности этих процессов. Кроме того, данный феномен прослеживается даже у тех недоношенных детей, у которых на магниторезонансной

томографии не выявляются признаки аномалии [11]. То есть благодаря этим данным можно предположить, что изменения могут происходить на уровне клеточных процессов, поддерживающих развитие головного мозга недоношенного ребенка. Другие авторы показывают в своих исследованиях, что раннее рождение провоцирует запаздывание в процессах развития головного мозга [15], а также что повреждение коры головного мозга при недоношенности происходит не изолированно, а нарушается скоординированность роста всего мозга [17].

Таким образом, процессы развития головного мозга недоношенного ребенка вне зависимости от степени недоношенности и сопутствующих патологий, происходят атипичным путем, что, безусловно, проявляется в уровне нейрокогнитивного развития.

Цель – проанализировать развитие нейрокогнитивных функций недоношенных детей в периоды максимального образования синапсов (пик) в первичной сенсорной и префронтальной коре головного мозга, а также в периоды, следующие за периодом пика синаптогенеза в некоторых областях коры.

Материал и методы

Работу выполнили по результатам исследований, проведенных в лаборатории мозга и нейрокогнитивного развития при департаменте психологии в Уральском федеральном университете им. первого Президента России Б.Н. Ельцина (г. Екатеринбург) в период 2015–2020 гг. Проект был одобрен этическим комитетом при университете. Отбор участников исследования проводился согласно критериям включения и исключения.

Критериями включения для 1-й группы были: недоношенность в сроке 28–36 нед., масса тела не менее 1,0 кг, для 2-й (контрольной) – рождение на сроке 37–41 нед.

Критериями исключения стали подтвержденные любыми методами пороки развития головного мозга, сердца и других внутренних органов, кровоизлияния и ишемические очаги любой локализации

и степени в головном мозге по результатам нейросонографии; указание на перинатальную гипербилирубинемия в медицинских документах, подтвержденный факт внутриутробного инфицирования; в том числе для экспериментальной группы – недоношенность менее 28 нед., экстремально низкая масса тела – менее 1,0 кг.

Диагностику нейрокогнитивного развития участников проводили индивидуально экспертом, прошедшим соответствующее обучение по методике «Шкала Бейли» (3-я редакция, Bayley-III) при использовании сертифицированного диагностического материала. Шкала Бейли – это высокоформализованная диагностическая методика, состоящая из 5 показателей для анализа когнитивного, коммуникативного (рецептивная и экспрессивная субшкалы) и моторного (субшкалы мелкой и крупной моторики) развития. Данная методика применяется во многих странах как исследовательский и диагностический метод [9, 13, 24]. В процессе диагностики с помощью субшкал происходит фиксация типичного поведения ребенка в каждом конкретном случае.

Родители участников исследования преимущественно относились к категории городского населения г. Екатеринбурга и Свердловской области с уровнем образования не ниже среднего специального и со средним и выше среднего уровнем дохода.

Исследование предполагало лонгитюдный дизайн. Обследование нейрокогнитивного развития участников проводили в 5-й, 10-й, 14-й и 24-й месяц возраста ребенка. В 1-ю группу (недоношенные дети) включили 24 ребенка, а во 2-ю контрольную (доношенные дети) – 51 ребенка. Каждый участник исследования прошел диагностику во всех 4 точках (14 детей из экспериментальной группы и 23 – из контрольной) либо по какой-либо причине пропустил только один из этапов (10 из экспериментальной группы и 28 – из контрольной). Пропущенные данные были успешно восстановлены с помощью бэггинг-моделирования, а именно: для каждой переменной была построена регрессионная модель, в качестве предикторов

Таблица 1

Антропометрические и клинические характеристики детей в группах

Параметр	Группа	
	1-я	2-я
Гестационный возраст, (M ± SD) нед.	33,8 ± 1,7	39,4 ± 1,2
Пол, мальчики, n (%)	8 (33,3)	30 (58,8)
Пол, девочки, n (%)	16 (66,6)	21 (41,1)
Масса тела при рождении, (M ± SD) г	1869,8 ± 368,1	3349,14 ± 384,3
Рост при рождении, (M ± SD) см	43,5 (3,5)	53,0 (2,5)
Показатель теста Апгар, (M ± SD) баллов:		
в 1-ю минуту	5,4 (1,1)	6,9 (0,9)
в 5-ю минуту	6,6 (0,9)	8,6 (0,8)
Степень недоношенности по сроку гестации, нед, n (%):		
тяжелая (28–31-я)	4 (16,6)	
средняя (32–33-я)	6 (25,0)	
легкая (34–36-я)	14 (58,3)	

Таблица 2

Возраст участников исследования в каждом замере

Возраст	Период исследования, (M ± SD) мес.			
	5-й	10-й	14-й	24-й
1-я группа (недоношенные дети)				
Хронологический	6,3 ± 0,9	11,5 ± 0,7	15,7 ± 0,9	25,8 ± 0,8
Скорректированный	5,19 ± 0,5	10,4 ± 0,4	14,6 ± 0,8	25,0 ± 0,7
2-я (контрольная) группа				
Хронологический	5,7 ± 0,6	10,7 ± 0,6	14,9 ± 0,5	25,1 ± 0,6

к которой выступили другие собранные данные. Характеристики экспериментальной и контрольной групп представлены в табл. 1, 2.

В ходе предварительного статистического анализа различий по результатам диагностики у детей, рожденных с разной степенью недоношенности, не было обнаружено. Вследствие этого результаты диагностики по шкалам Бейли для детей всех степеней недоношенности были объединены для последующего анализа.

Для восстановления данных в некоторых точках лонгитюда был использовано бэггинг-моделирование. Расчет непараметрического критерия Манна – Уитни был проведен для анализа различий между группами недоношенных и доношенных детей по результатам тестирования по каждой из шкал методики Bayley-III в каждом возрасте.

Результаты и их анализ

Показатели обследования детей в группах при помощи шкалы Bayley-III представлено в табл. 3. Результаты расчета двухфакторного дисперсионного анализа для повторных измерений показали, что показатели когнитивного развития, рецептивной и экспрессивной коммуникации, мелкая и крупная моторика в группах и возраста детей при их обследовании (5-й, 10-й, 14-й и 24-й мес.) статистически значимо не связаны с показателями ни по одной из шкал методики Bayley-III. Таким образом, в рамках данного анализа полученные результаты свидетельствуют о том, что направление изменений показателей когнитивных, коммуникативных и моторных функций при различных замерах не зависит от факта наличия или отсутствия недоношенности.

Показатели обследования детей в группах при помощи шкалы Bayley-III

Показатель шкалы Bayley-III	Период обследования, мес.			
	5-й	10-й	14-й	24-й
	Достоверность сравнения в группах, p =			
Когнитивное развитие	0,01	0,01		0,01
Рецептивная коммуникация	0,01	0,01		
Экспрессивная коммуникация				
Мелкая моторика	0,01			
Крупная моторика	0,01	0,01		

Между 1-й и 2-й группами достоверно значимые различия были получены в возрасте 5 мес. по шкалам когнитивного развития, рецептивной коммуникации, мелкой и крупной моторики; в 10 мес. – по шкалам когнитивного развития, рецептивной коммуникации и крупной моторики; в 14 мес. статистически значимых различий по шкалам не выявлено; в 24 мес. – по шкале когнитивного развития (см. табл. 3).

Таким образом, можно сделать вывод, что недоношенность оказывает избирательное влияние на развитие нейрокогнитивных функций в различные периоды раннего развития ребенка. При этом в более раннем возрасте это влияние оказывается значительным. Недоношенные дети демонстрируют низкие показатели по когнитивному развитию по сравнению с доношенными детьми во все принятые периоды обследования, кроме срока 14 мес. На формирование рецептивной речи и моторных функций раннее рождение оказывает влияние на более ранних этапах постнатального развития, а позднее нивелируется.

Обсуждение. Синаптогенез – процесс, играющий важную роль в развитии головного мозга, который заключается в зарождении, происхождении и развитии синапсов. В различных областях коры синаптогенез протекает с разной скоростью и в различные периоды онтогенеза [29, 26]. Направление развития процессов синаптогенеза можно охарактеризовать преимущественно как каудально-роstralное и более тесно связанное с функциями, за которые ответственны кортикальные области, чем с их месторасположением.

В первичной слуховой коре синапсы начинают образовываться уже на 27-й неделе внутриутробного развития, достигая своего максимального количества в 2,5–3,0 мес. после рождения. Пик синаптогенеза в первичной слуховой коре происходит примерно в 2–4 мес. [17]. Активный процесс синаптогенеза в префронтальной коре происходит примерно с 8-го до 42-го месяца постнатальной жизни, при этом пик наблюдается в возрасте около 15 мес. [14] с последующей элиминацией около 40 % синапсов [4].

Согласно идее раннего ложного развития функций, еще до того, как они готовы к развитию, в связи с фальш-стартом формирования белого вещества головного мозга [11] недоношенные дети могут демонстрировать более низкие показатели в нейрокогнитивном функционировании, по сравнению с рожденными в срок детьми, в периоды постпикового этапа синаптогенеза. Полученные данные подтверждают эту идею, так как возраст 5 мес. можно считать постпиковым периодом для синаптогенеза в первичной сенсорной коре, которая ответственна за те психические свойства и психомоторные навыки ребенка, что оцениваются при диагностике по когнитивной шкале, коммуникативным и моторным шкалам. Возраст 10 мес. также можно отнести к постпиковому этапу в более отсроченной перспективе. Именно в данных точках диагностики были получены различия по шкале когнитивного развития, рецептивной коммуникации, мелкой (только в 5 мес.) и крупной моторике.

В возрасте 14 мес. не было обнаружено различий ни по одной из шкал методики Bayley-III. Это связано с тем, что 14–15 мес. – период активного образования синапсов в префронтальной коре головного мозга; основные функции, за которые она ответственна: способность ребенка к планированию, способность выполнять намеренные действия, а также перцептивно-моторное функционирование. Задания на оценку этих функций представлены в заданиях когнитивной шкалы методики Bayley-III. Поскольку активный процесс образования синапсов в префронтальной коре вызвал раннее начало формирования когнитивного функционирования, это привело к тому, что недоношенные дети показали результаты, сопоставимые с теми, которые были получены при диагностике рожденных в срок сверстников по когнитивной шкале. Кроме того, различия по рецептивной коммуникации и моторному развитию нивелировались к данному возрасту.

В нашем исследовании приняли участие дети без каких-либо локальных поражений мозга и соматической и неврологической патологии, это является причиной того, что они догнали своих сверстников с течением времени по коммуникативному и моторному развитию. Согласно данным исследований, данная категория недоношенных детей в целом развивается нормально и к возрасту около 24 мес. демонстрирует показатели развития нейрокогнитивных функций, сопоставимые с доношенными детьми их возраста [30]. В нашем исследовании у недоношенных детей в возрасте 24 мес. были получены различия по шкале когнитивного развития, что также подтверждает теорию «фальш-старта», так как данный возраст является постпиковым периодом процесса

синаптогенеза в префронтальной коре головного мозга.

Таким образом, в рамках данной работы была предпринята попытка проследить роль процесса синаптогенеза в развивающемся мозге ребенка в зависимости от его периодов (пика и постпикового). Полученные данные свидетельствуют о том, что после «ложной» активации внутренних механизмов развития головного мозга (пик синаптогенеза) в период снижения скорости образования новых синапсов (постпиковый период) в первичной сенсорной и префронтальной коре можно наблюдать снижение уровня развития нейрокогнитивных функций недоношенного ребенка.

Выводы

Недоношенные дети, не имеющие в анамнезе локальных поражений мозга и какой-либо другой соматической или неврологической патологии, в период:

- максимального образования синапсов (пик синаптогенеза) в префронтальной коре головного мозга (14 мес.) не демонстрируют различий по уровню развития нейрокогнитивных функций, по сравнению с группой рожденных в срок детей;

- спада активного процесса синаптогенеза в префронтальной коре головного мозга (24 мес.) демонстрируют различия в когнитивном функционировании с доношенными детьми;

- спада активного процесса синаптогенеза в первичной сенсорной коре (5 мес.), демонстрируют более низкие показатели когнитивного развития, рецептивной коммуникации мелкой и крупной моторики, по сравнению с их доношенными сверстниками.

Литература

1. Доказательная медицина. Вып. 4 : ежегод. крат. справ. / под общ. ред. С.Е. Бацинского. М.: Медиа Сфера, 2006. 901 с.
2. Кузьминых Т.У., Арутюнян А.В., Прокопенко В.М. Новые подходы к лечению женщин с угрозой преждевременного прерывания беременности // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. 1997. № 3. С. 49–51.
3. Назарова А.О., Малышкина А.И., Назаров С.Б., Бойко Е.Л. Факторы риска угрожающих преждевременных родов: результаты клинико-эпидемиологического исследования // Акушерство и гинекология. 2020. № 6. С. 43–48. DOI: 10.18565/aig.2020.6.43-48.

4. Сворцов И.А., Ермолено Н.А. Развитие нервной системы детей в норме и патологии. М.: МЕДпресс-информ, 2003. 367 с.
5. Скворцов И.А. Неврология развития. М.: Литтерра, 2008. 544 с.
6. Состояние здоровья беременных, рожениц, родильниц и новорожденных [Электронный ресурс] / Росстат. 2022. Режим доступа: <https://rosstat.gov.ru/folder/13721>.
7. Adams-Chapman I., Heyne R., DeMauro S. [et al.]. Neurodevelopmental Impairment Among Extremely Preterm Infants in the Neonatal Research Network // *Pediatrics*. 2018. Vol. 141, N 5. P. e20173091. DOI: 10.1542/peds.2017-3091.
8. Aylward G. Neurodevelopmental Outcomes of Infants Born Prematurely // *Journal Of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 2005. Vol. 26, N 6. P. 427–440. DOI: 10.1097/00004703-200512000-00008.
9. Azari N., Soleimani F., Vameghi R. [et al.]. A psychometric study of the Bayley Scales of Infant and Toddler Development in Persian language children // *Iranian journal of child neurology*. 2017. Vol. 11, N 1. P. 50–56.
10. Bélanger R., Mayer-Crittenden C., Minor-Corriveau M., Robillard M. Gross Motor Outcomes of Children Born Prematurely in Northern Ontario and Followed by a Neonatal Follow-Up Programme // *Physiotherapy Canada*. 2018. Vol. 70, N 3. P. 233–239. DOI: 10.3138/ptc.2017-13.
11. Blüml S., Wisnowski J., Nelson M. Metabolic Maturation of White Matter Is Altered in Preterm Infants // *Plos ONE*. 2014. Vol. 9, N 1. P. e85829. DOI: 10.1371/journal.pone.0085829.
12. Chang H.H. J. Larson, H. Blencowe, C.Y. [et al.]. Preventing preterm births: Analysis of trends and potential reductions with interventions in 39 countries with very high human development index // *The Lancet*. 2013. Vol. 381, N 9862. P. 223–234. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)61856-X.
13. Fischi-Gómez E., Vasung L., Meskaldji D-E. [et al.]. Structural brain connectivity in school-age preterm infants provides evidence for impaired networks relevant for higher order cognitive skills and social cognition // *Cereb Cortex*. 2015. Vol. 25, N 9. P. 2793–2805. DOI: 10.1093/cercor/bhu073.
14. Hanlon C., Medhin G., Worku B. [et al.]. Adapting the Bayley Scales of infant and toddler development in Ethiopia: evaluation of reliability and validity // *Child: Care, Health and Development*. 2016. Vol. 2, N 5. P. 699–708. DOI: 10.1111/cch.12371.
15. Huttenlocher P.R., Dabholkar A.S. Regional differences in synaptogenesis in human cerebral cortex // *J. Comp. Neurol*. 1997. Vol. 387, N 2. P. 167–178. DOI: 10.1002/(sici)1096-9861(19971020)387:2<167::aid-cne1>3.0.co;2-z.
16. Inder T.E., Warfield S.K., Wang H. [et al.]. Abnormal cerebral structure is present at term in premature infants // *Pediatrics*. 2005. Vol. 115. P. 286–294. DOI: 10.1542/peds.2004-0326.
17. Kapellou O., Counsell S., Kennea N. [et al.]. Abnormal Cortical Development after Premature Birth Shown by Altered Allometric Scaling of Brain Growth // *Plos. Medicine*. 2006. Vol. 3, N 8. P. e265. DOI: 10.1371/journal.pmed.0030265.
18. Kostovic I., Jovanov-Milisevic N. The development of cerebral connections during the first 20–45 weeks' gestation // *Semin. Fetal Neonatal. Med*. 2006. Vol. 11. P. 415–422. DOI: 10.1016/j.siny.2006.07.001.
19. Liu L., Johnson H.L., Cousens S. [et al.]. Global, regional, and national causes of child mortality: an updated systematic analysis for 2010 with time trends since 2000 // *The Lancet*. 2012. Vol. 379, N 9832. P. 2151–2161. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)60560-1.
20. Liu Y., Balériaux D., Kavec M. Structural asymmetries in motor and language networks in a population of healthy preterm neonates at term equivalent age: a diffusion tensor imaging and probabilistic tractography study // *Neuroimage*. 2010. Vol. 51, N 2. P. 783–788. DOI: 10.1016/j.neuroimage.2010.02.066.
21. Parikh N.A. Advanced neuroimaging and its role in predicting neurodevelopmental outcomes in very preterm infants // *Semin Perinatol*. 2016. Vol. 40, N 8. P. 530–541. DOI: 10.1053/j.semperi.2016.09.005
22. Ranjitkar S., Kvestad I., Strand T. [et al.]. Acceptability and Reliability of the Bayley Scales of Infant and Toddler Development-III among children in Bhaktapur, Nepal // *Frontiers In Psychology*. 2018. Vol. 9. P. 1–10. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.01265.
23. Sansavini A., Guarini A., Caselli M. Preterm Birth: Neuropsychological Profiles and Atypical Developmental Pathways // *Developmental Disabilities Research Reviews*. 2011. Vol. 17, № 2. P. 102–113. DOI: 10.1002/ddrr.1105.
24. Sansavini A., Savini S., Guarini A. [et al.] The effect of gestational age on developmental outcomes: a longitudinal study in the first 2 years of life // *Child: Care, Health And Development*. 2010. Vol. 37, N 1. P. 26–36. DOI: 10.1111/j.1365-2214.2010.01143.x.
25. Simpson S., D'Aprano A., Tayler C. [et al.]. Validation of a culturally adapted developmental screening tool for Australian Aboriginal children: Early findings and next steps // *Early Human Development*. 2016. Vol. 103. P. 91–95. DOI: 10.1016/j.earlhumdev.2016.08.005.
26. Stephens B.E., Vohr B.R. Neurodevelopmental outcome of the premature infant // *Pediatric Clinics of North America*. 2009. Vol. 56, N 3. P. 631–646. DOI: 10.1016/j.pcl.2009.03.005.
27. Tau G.Z., Peterson B.S. Normal Development of Brain Circuits // *Neuropsychopharmacology*. 2010. Vol. 35, N 1. P. 147–168. DOI: 10.1038/npp.2009.115.

28. Vogel J.P., Chawanpaiboon S., Moller A.B. [et al.]. The global epidemiology of preterm birth // *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2018. Vol. 52. P. 3–12. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2018.04.003.
29. Volpe J. Cerebellum of the Premature Infant: Rapidly Developing, Vulnerable, Clinically Important // *Journal of Child Neurology*. 2009. Vol. 24, N 9. P. 1085–1104. DOI: 10.1177/0883073809338067.
30. Webb S.J., Monk C.S., Nelson C.A. Mechanisms of postnatal neurobiological development: implications for human development // *Dev Neuropsychol*. 2001. Vol. 19, N 2. P. 147–171. DOI: 10.1207/S15326942DN1902_2.
31. Wetherby A., Goldstein H., Cleary J. [et al.]. Early identification of children with communication disorders: Concurrent and predictive validity of the CSBS Developmental Profile // *Infants & Young Children*. 2003. Vol. 16. P. 161–174. DOI: 10.1097/00001163-200304000-00008.

Поступила 15.03.2022 г.

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

Вклад авторов: Н.И. Бакушкина – создание концепции и дизайна исследования, сбор данных, их анализ и интерпретация; написание первой версии статьи; Е.Р. Исаева – критический пересмотр статьи на предмет важного интеллектуального содержания; утверждение окончательного варианта статьи для публикации.

Для цитирования. Бакушкина Н.И., Исаева Е.Р. Лонгитюдное исследование динамики нейрокогнитивного развития у недоношенных и доношенных детей от 5 до 24 месяцев // *Вестник психотерапии*. 2022. № 81. С. 40–49. DOI: 10.25016/2782-652X-2022-0-81-40-49

N.I. Bakushkina¹, E.R. Isaeva²

LONGITUDINAL RESEARCH OF THE DYNAMICS OF NEUROCOGNITIVE DEVELOPMENT IN PRETERM AND FULL-TERM INFANTS FROM 5 TO 24 MONTHS

¹ Ural Federal University (19, Mira Str., Ekaterinburg, 620002, Russia);

² Pavlov First Saint Petersburg State Medical University (6–8, L'va Tolstogo Str., St. Petersburg, 197022, Russia)

✉ Nadezhda Igorevna Bakushkina – Junior Research Associate, Ural Federal University (19, Mira Str., Ekaterinburg, 620002, Russia), e-mail: bakushkina.nadezhda@gmail.com;

Elena Rudol'fovna Isaeva – Dr. Psychol. Sci. Prof., head of Department of General and Clinical Psychology, Pavlov First Saint Petersburg State Medical University (6-8, L'va Tolstogo Str., St. Petersburg, 197022, Russia, e-mail: isajeva@yandex.ru

Abstract

Relevance. The relevance of the study is due to insufficient data on the early development of preterm infants without a history of local brain lesions and any somatic or neurological pathology.

Intention. To analyze development of neurocognitive functions of preterm infants during periods of maximum synapse formation in the primary sensory and prefrontal cortex of the brain, as well as during periods of decrease in this process in the above-mentioned areas of the cortex.

Methodology. A longitudinal study of neurocognitive development in preterm and full-term children aged 5 to 24 months was conducted. The study involved 24 preterm children and 51 full-term children, who were examined at 5, 10, 14 and 24 months (with age adjustment for preterm children). Bayley Scales of Infant and Toddler Development (3rd edition) were used to assess 5 domains: cognitive development, receptive and expressive communication, fine and gross motor skills.

Results and Discussion. The preterm children demonstrated decreased neurocognitive functioning compared to their full-term peers during periods of decline in active synaptogenesis, while during periods of maximum synapse formation, preterm children demonstrated normal development.

Conclusion. The data obtained can be used to create early development programs for preterm children.

Keywords: pathopsychology, psychological diagnostics, prematurity, neurocognitive functions, cognitive development, expressive communication, receptive communication, fine motor, gross motor, synaptogenesis.

References

1. Dokazatel'naya meditsina [Evidence-based medicine]. Iss. 4. Ed. S.E. Bashinskii. Moskva. 2006. 901 p. (In Russ.)
2. Kuz'minykh T.U., Arutyunyan A.V., Prokopenko V.M. Novye podkhody k lecheniyu zhenshchin s ugrozoi prezhdevremennogo preryvaniya beremennosti [New approaches to the treatment of women with the threat of premature termination of pregnancy]. *Vestnik Rossiiskoi assotsiatsii akusherov-ginekologov* [Bulletin of the Russian Association of Obstetricians and Gynecologists]. 1997;(3):49–51. (In Russ.)
3. Nazarova A.O., Malyshkina A.I., Nazarov S.B., Bojko E.L. Faktory riska ugrozhayushchih prezhdevremennykh rodov: rezul'taty kliniko-epidemiologicheskogo issledovaniya [Risk factors for threatening preterm labor: results of a clinical and epidemiological study]. *Akusherstvo i ginekologiya* [Obstetrics and gynecology]. 2020;(6):43–48. DOI: 10.18565/aig.2020.6.43-48. (In Russ.)
4. Skvortsov I.A., Ermoleno N.A. Razvitie nervnoi sistemy detei v norme i patologii [Development of the nervous system of children in norm and pathology]. Moskva. 2003. 367 p. (In Russ.)
5. Skvortsov I.A. Nevrologiya razvitiya [Neurology of development]. Moskva. 2008. 544 p. (In Russ.)
6. Sostoyaniye zdorov'ya beremennykh, rozhenits, rodil'nits i novorozhdennykh [The state of health of pregnant women, women in labor, puerperal women and newborns]. Rosstat [Electronic resource]. 2022. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/13721>. (In Russ.)
7. Adams-Chapman I., Heyne R., DeMauro S. [et al.]. Neurodevelopmental Impairment Among Extremely Preterm Infants in the Neonatal Research Network. *Pediatrics*. 2018;141(5):e20173091. DOI: 10.1542/peds.2017-3091.
8. Aylward G. Neurodevelopmental Outcomes of Infants Born Prematurely. *Journal Of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 2005;26(6):427–440. DOI: 10.1097/00004703-200512000-00008.
9. Azari N., Soleimani F., Vameghi R. [et al.]. A psychometric study of the Bayley Scales of Infant and Toddler Development in Persian language children. *Iranian journal of child neurology*. 2017;11(1):50–56.
10. Bélanger R., Mayer-Crittenden C., Minor-Corriveau M., Robillard M. Gross Motor Outcomes of Children Born Prematurely in Northern Ontario and Followed by a Neonatal Follow-Up Programme. *Physiotherapy Canada*. 2018;70(3):233–239. DOI: 10.3138/ptc.2017-13.
11. Blüml S., Wisnowski J., Nelson M. Metabolic Maturation of White Matter Is Altered in Preterm Infants. *Plos ONE*. 2014;9(1):e85829. DOI: 10.1371/journal.pone.0085829.
12. Chang H.H., Larson J., Blencowe C.Y. [et al.]. Preventing preterm births: Analysis of trends and potential reductions with interventions in 39 countries with very high human development index. *The Lancet*. 2013;381(9862):223–234. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)61856-X.
13. Fischi-Gómez E., Vasung L., Meskaldji D-E. [et al.]. Structural brain connectivity in school-age preterm infants provides evidence for impaired networks relevant for higher order cognitive skills and social cognition. *Cereb. Cortex*. 2015;25(9):2793–2805. DOI: 10.1093/cercor/bhu073.
14. Hanlon C., Medhin G., Worku B. [et al.]. Adapting the Bayley Scales of infant and toddler development in Ethiopia: evaluation of reliability and validity. *Child: Care, Health and Development*. 2016;2(5):699–708. DOI: 10.1111/cch.12371/
15. Huttenlocher P.R., Dabholkar A.S. Regional differences in synaptogenesis in human cerebral cortex. *J. Comp. Neurol.* 1997;387(2):167–78. DOI: 10.1002/(sici)1096-9861(19971020)387:2<167::aid-cne1>3.0.co;2-z.
16. Inder T.E., Warfield S.K., Wang H. [et al.]. Abnormal cerebral structure is present at term in premature infants. *Pediatrics*. 2005;115:286–294. DOI: 10.1542/peds.2004-0326.
17. Kapellou O., Counsell S., Kennea N. [et al.]. Abnormal Cortical Development after Premature Birth Shown by Altered Allometric Scaling of Brain Growth. *Plos. Medicine*. 2006;3(8):e265. DOI: 10.1371/journal.pmed.0030265.
18. Kostovic I., Jovanov-Milisevic N. The development of cerebral connections during the first 20–45 weeks' gestation. *Semin. Fetal Neonatal. Med.* 2006;11:415–422. DOI: 10.1016/j.siny.2006.07.001.
19. Liu L., Johnson H.L., Cousens S., Perin J. [et al.]. Global, regional, and national causes of child mortality: an updated systematic analysis for 2010 with time trends since 2000. *The Lancet*. 2012;379(9832):2151–2161. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)60560-1.

20. Liu Y., Balériaux D., Kavac M. Structural asymmetries in motor and language networks in a population of healthy preterm neonates at term equivalent age: a diffusion tensor imaging and probabilistic tractography study. *Neuroimage*. 2010;51(2):783–788. DOI: 10.1016/j.neuroimage.2010.02.066.
21. Parikh N.A. Advanced neuroimaging and its role in predicting neurodevelopmental outcomes in very preterm infants. *Semin Perinatol*. 2016;40(8):Pp. 530–541. DOI: 10.1053/j.semperi.2016.09.005.
22. Ranjitkar S., Kvestad I., Strand T. [et al.]. Acceptability and Reliability of the Bayley Scales of Infant and Toddler Development-III among children in Bhaktapur, Nepal. *Frontiers In Psychology*. 2018;9:1–10. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.01265.
23. Sansavini A., Guarini A., Caselli M. Preterm Birth: Neuropsychological Profiles and Atypical Developmental Pathways. *Developmental Disabilities Research Reviews*. 2011;17(2):Pp. 102–113. DOI: 10.1002/ddrr.1105.
24. Sansavini A., Savini S., Guarini A. [et al.]. The effect of gestational age on developmental outcomes: a longitudinal study in the first 2 years of life. *Child: Care, Health And Development*. 2010;37(1):Pp. 26–36. DOI: 10.1111/j.1365-2214.2010.01143.x.
25. Simpson S., D'Aprano A., Tayler C. [et al.]. Validation of a culturally adapted developmental screening tool for Australian Aboriginal children: Early findings and next steps. *Early Human Development*. 2016;103:91–95. DOI: 10.1016/j.earlhumdev.2016.08.005.
26. Stephens B.E., Vohr B.R. Neurodevelopmental outcome of the premature infant. *Pediatric Clinics of North America*. 2009;56(3):631–646. DOI: 10.1016/j.pcl.2009.03.005.
27. Tau G.Z., Peterson B.S. Normal Development of Brain Circuits. *Neuropsychopharmacology*. 2010;35(1):147–168. DOI: 10.1038/npp.2009.115.
28. Vogel J.P., Chawanpaiboon S., Moller A.B. [et al.]. The global epidemiology of preterm birth. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2018;52:3–12. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2018.04.003.
29. Volpe J. Cerebellum of the Premature Infant: Rapidly Developing, Vulnerable, Clinically Important. *Journal of Child Neurology*. 2009;24(9):1085–1104. DOI: 10.1177/0883073809338067.
30. Webb S.J., Monk C.S., Nelson C.A. Mechanisms of postnatal neurobiological development: implications for human development. *Dev Neuropsychol*. 2001;19(2):147–171. DOI: 10.1207/S15326942DN1902_2
31. Wetherby A., Goldstein H., Cleary J. [et al.]. Early identification of children with communication disorders: Concurrent and predictive validity of the CSBS Developmental Profile. *Infants & Young Children*. 2003;16:161–174. DOI:10.1097/00001163-200304000-00008.

Received 15.03.2022

For citing: Bakushkina N.I., Isaeva E.R. Longitudinal research of the dynamics of neurocognitive development in preterm and full-term infants from 5 to 24 months. *Vestnik psikhoterapii*. 2022;(81):40–49. (In Russ.).

Bakushkina N.I., Isaeva E.R. Longitudinal research of the dynamics of neurocognitive development in preterm and full-term infants from 5 to 24 months. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2022;(81):40–49. DOI: 10.25016/2782-652X-2022-0-81-40-49

А.В. Бек, В.Г. Булыгина, И.А. Кудрявцев, А.А. Дубинский

ПРОФИЛЬ ЛИЧНОСТИ И РЕЗИЛЬЕНТНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ

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

Актуальность. Исследования пациентов с высоким уровнем социальной адаптации показывают, что характерологические особенности этой группы существенно отличаются от особенностей основной массы больных, состоящих на учете в наркологических учреждениях. Вместе с этим характерологический подход в современной наркологии недостаточно разработан, что затрудняет прогноз возможного формирования алкогольной зависимости и риска дезадаптации лица на ранних этапах становления болезни при наличии тех или иных личностных особенностей. Влияние профиля личности на социальную адаптацию у лиц с алкогольной зависимостью также исследовано недостаточно.

Цель – выявление личностных профилей и особенностей резильентности пациентов с алкогольной зависимостью с различной степенью социальной дезадаптации, а также оценка выраженности у них мотивации социальной желательности.

Методология. Обследовано 68 пациентов мужского и женского пола в возрасте от 35 до 60 лет с алкогольной зависимостью (F10 по МКБ-10). На основе анализа социально-демографических и клинико-патопсихологических данных были выделены три группы пациентов: «адаптированные» (28 человек), «дезаптированные» (27 человек) и «пограничной адаптации» (13 человек). В методический комплекс входили: Стандартизированный метод исследования личности Л.Н. Собчик (СМИЛ-375), Опросник социальной желательности BIDR (Осин Е.Н., 2007), Шкала резильентности CD-RISC (Коннор М., Дэвидсон Дж., 2003).

Результаты и их анализ. В результате были выделены общие и специфические черты личностных профилей у пациентов с различной степенью социальной адаптации, а также свойственные этим профилям показатели резильентности и различия в установочном поведении. Выявлено, что у лиц с риском дезадаптации выявленное заострение отдельных личностных черт и эмоциональная нестабильность сочетались с повышенными значениями резильентности. Группам лиц с сохранной и нарушенной адаптацией соответствовали средние значения резильентности на фоне значительных различий характерологических особенностей. Так, лиц с сохранной социальной адаптацией отличали эмоциональная стабильность

Бек Анастасия Владимировна — мл. науч. сотр. отд-ния соц. психиатрии детей и подростков, Нац. мед. исслед. центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского (Россия, 119001, Москва, Кропоткинский пер., д. 23), e-mail: beck.anastasya@gmail.com;

✉ Булыгина Вера Геннадьевна — д-р психол. наук проф., руководитель лаб. психогигиены и психопрофилактики, Нац. мед. исслед. центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского (Россия, 119001, Москва, Кропоткинский пер., д. 23), e-mail: ver210@yandex.ru;

Кудрявцев Иосиф Абакарович — д-р психол. наук проф., гл. научн. сотр., Нац. мед. исслед. центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского (Россия, 119001, Москва, Кропоткинский пер., д. 23), e-mail: kudryavtsev.joseph2012@yandex.ru;

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

на фоне умеренного возрастания возбудимых черт и индивидуалистичности. Лиц с социальной дезадаптацией отличала выраженная эмоциональная нестабильность, заострение возбудимых черт и затрудненное межличностное взаимодействие, в структуре резильентности – снижение осмысленности.

Заключение. Полученные данные о связи социальной адаптации лиц с алкогольной зависимостью с особенностями профиля личности важно учитывать при построении лечебных и реабилитационных мероприятий, направленных на сохранение пациентами устойчивой ремиссии, возвращение пациента в социальную и профессиональную жизнь.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, резильентность, мотивация социальной желательности, личностный профиль, социальная дезадаптация.

Введение

Патологические изменения характера, сформировавшиеся в процессе заболевания, приводят к трансформации всей структуры психической деятельности [1, 2, 5]. От преморбидных конституциональных особенностей характерологического склада зависят клиника и динамика наркологических заболеваний, тяжесть дефицитарных расстройств и скорость их формирования, исход заболевания [5, 6]. Ряд авторов полагает, что алкогольная зависимость может сформироваться при самых различных характерологических особенностях. Другие авторы придерживаются иной точки зрения, согласно которой характерологические особенности влияют только на формирование клинической картины и прогноза заболевания, а не на сам факт возникновения аддикции [4].

Исследования пациентов с высоким уровнем социальной адаптации показывают, что характерологические особенности этой группы существенно отличаются от особенностей основной массы больных, состоящих на учете в наркологических учреждениях [9]. Вместе с этим характерологический подход в современной наркологии недостаточно разработан, что затрудняет прогноз возможного формирования алкогольной зависимости и риска дезадаптации лица на ранних этапах становления болезни при наличии тех или иных характерологических особенностей. Влияние характерологических особенностей на социальную адаптацию у лиц с алкогольной зависимостью также исследовано недостаточно [3, 7, 9].

В рамках совершенствования диагностических и лечебно-реабилитационных мероприятий интерес представляет конструкт

психологической резильентности (устойчивости, жизнеспособности), обеспечивающий процесс возникновения положительной динамики социальной адаптации индивида в ответ на неблагоприятные события [10, 18]. Резильентность также понимается как метасистемное явление, включающее в себя индивидуальную способность человека управлять собственными ресурсами: здоровьем, эмоциональной, мотивационно-волевой, когнитивной сферами, в контексте средовых условий и социальных и культурных норм [5].

Выявлено, что резильентность оказывает ключевое влияние на адаптационные возможности индивида [13], снижает риски злоупотребления психоактивных веществ (ПАВ) и алкоголя у взрослых, подвергавшихся жестокому обращению в детстве, смягчает негативные последствия психологической травмы, в том числе риски возникновения посттравматического стрессового расстройства, большой депрессии и суицидальности [10, 16, 17]. Резильентность изучалась у лиц с зависимостью от ПАВ и алкоголя, в частности, с опиоидной зависимостью [11], у наркологических пациентов с депрессией, совершивших суицидальные попытки [12]. Была выявлена связь уровня резильентности с эмоциональными нарушениями и тяжестью зависимости, а также доказана прогностическая ценность инструментов исследования резильентности. Лонгитюдные исследования показали, что резильентность развивается в течение длительного периода, и в результате ее положительного влияния лица, выросшие в неблагополучных социальных условиях или подвергшиеся травматическому

воздействию, были высоко адаптированы и не злоупотребляли алкоголем [13–15].

Значимость изучения таких специфических изменений характера у лиц с алкоголизмом, как факторов социальной дезадаптации, продиктована потребностью в повышении эффективности лечебных и реабилитационных мероприятий, сохранении пациентами устойчивой ремиссии, возвращении пациента в социальную и профессиональную жизнь. В данном контексте приобретает важность изучение связи социальной адаптации лиц с алкогольной зависимостью и их личностного профиля.

Цель – выявление личностных профилей и особенностей резильентности пациентов с алкогольной зависимостью с различной степенью социальной дезадаптации, а также оценка выраженности у них мотивации социальной желательности.

Материал и методы

Исследование проводили в негосударственном наркологическом центре, выборку составили 68 пациентов мужского и женского пола в возрасте от 35 до 60 лет, средний возраст – $(45,7 \pm 5,3)$ года с алкогольной зависимостью (F10 по МКБ-10).

При подборе клинического материала выясняли наследственную отягощённость, перенесенные болезни и травмы, особенности предшествующего развития и формирования характера и личности, жизненные события, интересы и привычки. В исследовании не включали больных с выраженным абстинентным синдромом, умеренным или выраженным когнитивным снижением, преморбидной патологией личности, сопутствующими соматическими заболеваниями в стадии обострения. Обследование проводилось спустя 2 недели после окончания детоксикационной терапии.

Пациентов разделили на 3 группы:

1-я – «адаптированные» ($n = 28$), средний возраст – $(44,9 \pm 5,8)$ года – лица с установленной алкогольной зависимостью, которые устойчиво сохраняли рабочий, семейный статус, самостоятельно инициировавшие

госпитализацию и проявлявшие приверженность лечению. Представителей данной группы отличала более выраженная мотивация к лечению;

2-я – пограничной адаптации ($n = 13$), средний возраст – $(44,4 \pm 3,7)$ года – больные, находящиеся в ситуации угрозы утраты или недавно случившейся утраты рабочего или семейного статуса, демонстрирующие мотивацию к лечению. У лиц из данной группы было отмечено развитие различной психопатологической симптоматики и возникновение проблем в социальной сфере;

3-я – дезадаптированные ($n = 27$), средний возраст – $(47,8 \pm 6,1)$ года – пациенты, утратившие трудовой и семейный статус, с формальной или отсутствующей мотивацией на лечение, госпитализацию этих пациентов инициировали родственники.

В исследовании применялись следующие методы: клинико-психопатологический, анамнестический, психометрический, статистический. В диагностический комплекс входил:

– Стандартизированный метод исследования личности по Л.Н. Собчик (СМИЛ-375);

– Опросник социальной желательности BIDR (Осин Е.Н., 2007) – оценка установочного поведения, шкалы «управление впечатлением» (произведение впечатления), «защитное отрицание», «самообман»;

– Шкала резильентности CD-RISC (Коннор М., Дэвидсон Дж., 2003). Шкала оценивает такие аспекты устойчивости, как способность преодолевать негативные события – «стойкость», навыки преодоления стресса – «копинг», приспособляемость к окружающей среде – «адаптивность», поиск и придание смысла и значения происходящему – «осмысленность», использование положительной переоценки – «оптимизм», управление собственным поведением – «саморегуляция», ориентированность на успех собственных действий – «самоэффективность», а также интегративный уровень устойчивости (резильентности).

Резильентность – это траектория восстановления, возникающая вопреки прогнозу

негативных последствий [15]. В частности, под резильентностью понимается побочный продукт развития [15], результат совладания [18] и личностный коррелят [12]. Резильентность, являясь побочным продуктом воздействия стрессовых факторов (согласно «стресс-прививочной» модели устойчивости), оказывает ключевое влияние на адаптационные возможности индивида [15]. Интегративная мультисистемная модель резильентности объединила конкурирующие подходы к пониманию устойчивости, принимая во внимание динамические системы факторов [15].

Статистическую обработку эмпирических данных осуществляли с использованием описательных статистик, критерия Манна–Уитни и дискриминантного анализа. Статистический анализ данных проводили в программе SPSS IBM 20.0.

Результаты и обсуждение

На первом этапе исследования с помощью описательных статистик были проанализированы профили пациентов по СМИЛ с зависимостью от алкоголя с различным уровнем адаптации (рис. 1).

Так, профиль личности пациентов 3-й группы характеризовали максимальные значения такие черты, как пессимистичность (2-я шкала по СМИЛ) и импульсивность (4-я шкала). В этой группе также был выявлен пик по показателю индивидуальности (8-я шкала), при этом этот показатель имел средние значения относительно остальных профилей, что отражает трудности социального взаимодействия, снижение саморегуляции, выраженную неудовлетворенность своей жизнью и пессимистическую оценку перспектив.

Профиль лиц 2-й группы характеризовался высокими значениями показателей индивидуальности (8-я шкала), пессимистичности (2-я шкала) и импульсивности (4-я шкала).

В профиле пациентов 1-й группы выявили относительно низкие значения показателей пессимистичности (2-я шкала) и тревожности (7-я шкала), индивидуальности (8-я шкала) и социальной интроверсии (0-я шкала), что отражает относительную эмоциональную стабильность и умеренную конформность данных пациентов.

У пациентов 1-й и 3-й группы приближались к значимым различия показателей

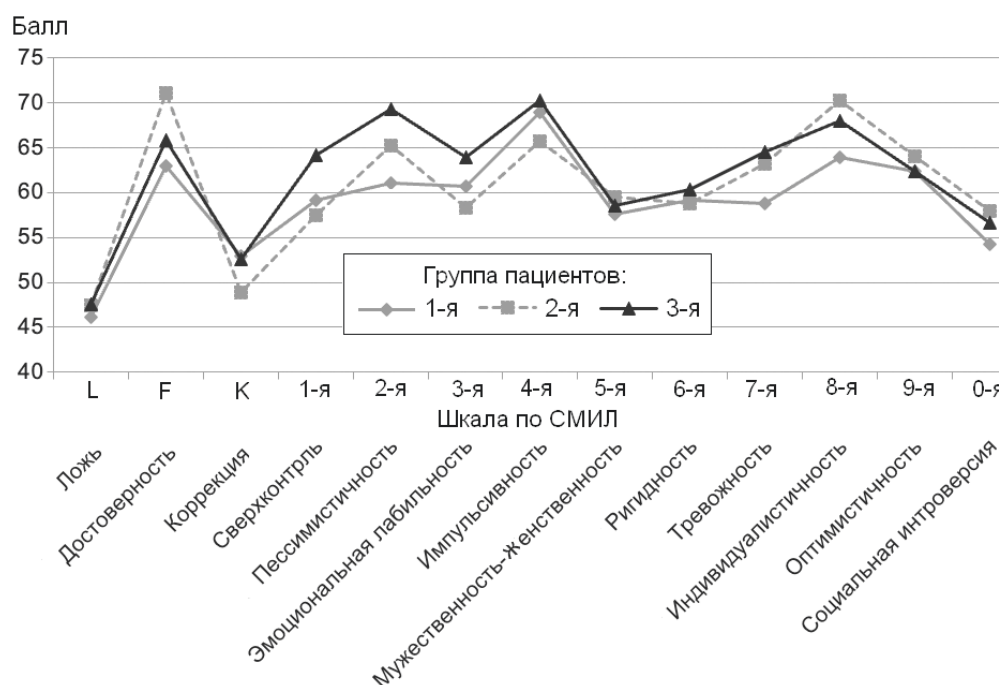


Рис. 1. Профиль личности по СМИЛ в группах пациентов.

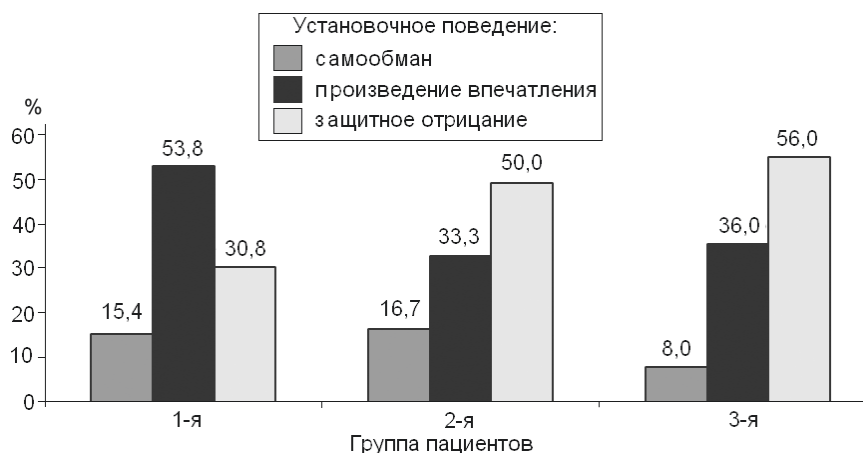


Рис. 2. Показатели социальной желательности в исследуемых группах по результатам BDR.

пессимистичности по 2-й шкале по СМИЛ ($p = 0,060$), что говорит о большей эмоциональной стабильности пациентов 1-й группы, и – между пациентами 1-й и 2-й группы по данным индивидуалистичности по 8-й шкале по СМИЛ ($p = 0,063$), что свидетельствует о выраженных проблемах в социальном взаимодействии у пациентов с пограничной адаптацией.

Несмотря на отсутствие значимых различий по распределению лиц внутри каждой группы по преобладающей мотивации социальной желательности ($\chi^2 = 3,920$; $p = 0,417$), дескриптивный анализ показал, что в 1-й группе «адаптированных» пациентов преобладает мотивация «произведение впечатления (управления впечатлениями)», а во 2-й и 3-й группах превалирует мотивация защитного отрицания (рис. 2). То есть пациенты 1-й группы отличаются более осознаваемые стратегии защитного поведения

и мотивации к демонстрации социально желательного поведения и установок. Пациентам 3-й группы свойственно менее осознаваемое установочное поведение.

На следующем этапе были проанализированы значимые различия между группами обследуемых с различным уровнем адаптации по личностным особенностям и показателям резильентности (таблица).

Так, 3-ю группу пациентов с зависимостью от алкоголя, по сравнению с 1-й группой, на уровне статистической тенденции ($p = 0,060$) отличал высокий уровень пессимистичности (2-я шкала по СМИЛ), указывая, исходя из содержания данной шкалы, на преобладание сниженного фона настроения и повышенной сензитивности. На уровне тенденции ($p = 0,063$) 2-ю группу пациентов по сравнению с 1-й – отличал высокий уровень индивидуалистичности (8-я шкала по СМИЛ), что подразумевает эмоциональную

Сравнение показателей резильентности в группах по U-критерию Манна–Уитни, ($M \pm SD$) балл

Показатель	Группа пациентов			p =
	1-я	2-я	3-я	
Пессимистичность (2-я шкала по СМИЛ)	61,1 ± 12,6	65,2 ± 16,5	69,3 ± 17,2	1/3 0,060
Индивидуалистичность (8-я шкала по СМИЛ)	63,9 ± 10,6	70,3 ± 11,7	68,0 ± 14,6	1/2 0,063
Резильентность	64,6 ± 16,5	75,7 ± 14,3	65,6 ± 20,1	1/2 0,030
Стойкость	17,0 ± 5,1	21,0 ± 2,4	17,6 ± 5,9	1/2 0,019
Копинг	13,4 ± 3,6	15,6 ± 2,4	13,5 ± 3,9	1/2 0,043
Осмысленность	11,3 ± 3,3	12,8 ± 2,4	10,6 ± 3,2	2/3 0,032
Самозффективность	5,0 ± 2,1	6,6 ± 1,2	5,3 ± 2,5	1/3 0,011

нестабильность, избирательность в контактах и независимость взглядов (см. таблицу).

При анализе значимых различий показателей резильентности между группами, было выявлено, что лиц во 2-й группе по сравнению с 3-й значимо отличали высокие значения показателя «осмысленность» ($p = 0,032$). То есть, пациентам 2-й группы был присуща тенденция к поиску и приданию смысла происходящим событиям. Также 2-ю группу пациентов по сравнению с 1-й группой отличали более высокие показатели общего уровня «резильентности» ($p = 0,030$) и таких ее аспектов, как «стойкость» ($p = 0,019$), «копинг» ($p = 0,043$) и «самоэффективность» ($p = 0,011$) (см. таблицу). Иными словами, пациентам с «пограничной адаптацией» свойственны стремление совладать с негативными событиями и собственными переживаниями, а также ориентированность на успех.

Для оценки вклада анализируемых переменных в отнесение в группы с различным уровнем социальной адаптации был проведен дискриминантный анализ, в результате которого было выявлено, что для 2-й группы пациентов относительно 1-й группы значимый вклад по мере убывания вносили такие высокие показатели конструктора резильентности, как «стойкость» ($df = 1,43$), «адаптивность» ($df = -8,78$), «оптимизм» ($df = -0,79$), «самоэффективность» ($df = 0,70$), высокие показатели «индивидуалистичности» (8-я шкала по СМЛ) ($df = 0,52$), а также такие низкие показатели опросника BИDR, как «произведение впечатления» ($df = -0,59$) и «самообман» ($df = 0,38$), низкие показатели «импульсивности» (4-я шкала СМЛ) ($df = -0,47$). Можно полагать, что пациентам со 2-й группой с «пограничной» адаптацией на фоне сниженной мотивации социальной желательности и проблем в социальном взаимодействии присущи повышение резильентности, умеренный контроль импульсивности, ориентированность на результат, стремление к положительному переосмыслению, в целом, способность справляться со стрессовыми событиями и адаптироваться к среде.

Далее были сформированы модели линейных дискриминантных функций (ЛДФ) для 1-й группы адаптированных лиц (ЛДФ₁) и 2-й группы с пограничной психической адаптацией (ЛДФ₂):

$$\text{ЛДФ}_1 = -115,88 + 0,18X_1 + 0,75X_2 - 0,60X_3 + 5,19X_4 + 1,50X_5 + 0,58X_6 + 1,06X_7 + 0,46X_8;$$

$$\text{ЛДФ}_2 = -119,30 + 0,10X_1 + 0,85X_2 - 0,03X_3 + 4,49X_4 + 0,65X_5 + 1,34X_6 + 1,12X_7 + 0,38X_8,$$

где: X_1 – импульсивность (4-я шкала по СМЛ);

X_2 – индивидуалистичность (8-я шкала по СМЛ);

X_3 – стойкость (шкала резильентности);

X_4 – адаптивность (шкала резильентности);

X_5 – оптимизм (шкала резильентности);

X_6 – самоэффективность (шкала резильентности);

X_7 – самообман (опросник BИDR);

X_8 – произведение впечатления (опросник BИDR).

При статистической значимости при $p < 0,05$, общая квалификационная способность ЛДФ достаточная и составила 80,5 %.

Для оценки вклада анализируемых переменных в отнесение в группы с пограничным уровнем социальной адаптации был проведен дискриминантный анализ, в результате которого было выявлено, что для 3-й группы пациентов с дезадаптацией значимый вклад вносили по мере убывания высокие показатели «сверхконтроль» (1-я шкала по СМЛ) ($df = -0,96$), низкие показатели «осмысленности» (шкала резильентности) ($df = 0,51$), «индивидуалистичности» (8-я шкала по СМЛ) ($df = 0,65$) и «социальной интроверсии» (0-я шкала по СМЛ) ($df = 0,42$). Можно полагать, что лицам 1-й группы присуща сосредоточенность на собственном состоянии и стремление к привлечению внимания через проблемы со здоровьем при недостаточном осмыслении происходящего, снижении конформности в сочетании со стремлением к взаимодействию с субъективно значимой группой.

Также были сформированы модели ЛДФ для 2-й группы с пограничной психической адаптацией (ЛДФ₁) и для 3-й группы дезадаптированных лиц (ЛДФ₂):

$$\text{ЛДФ}_1 = -42,84 + 0,30X_1 + 0,14X_2 + 0,62X_3 + 1,66X_4;$$

$$\text{ЛДФ}_2 = -40,11 + 0,41X_1 + 0,08X_2 + 0,56X_3 + 1,45X_4,$$

где X_1 – сверхконтроль (1-я шкала по СМИЛ);

X_2 – индивидуалистичность (8-я шкала по СМИЛ);

X_3 – социальная интроверсия (0-я шкала по СМИЛ);

X_4 – осмысленность (шкала резильентности).

При статистической значимости при $p < 0,05$, общая квалификационная способность ЛДФ удовлетворительная и составила 75 %.

При определении вклада информативных показателей в отнесение в 1-ю и 3-ю группы пациентов дискриминантная модель обладала низкой прогностической способностью (63,2 %) и не подлежала анализу.

Заключение

В результате исследования было выявлено, что профиль личности пациентов с зависимостью от алкоголя с сохраненной социальной адаптацией отличался большей эмоциональной стабильностью и умеренной конформностью на фоне умеренного заострения возбудимых черт и индивидуалистичности. Их установочное поведение характеризовалось выбором более осознанной стратегии произведения впечатления, что может являться как ситуационной защитной реакцией, так и устойчивым просоциальным поведением, приводящим к положительным результатам в обычной жизни [8]. Резильентность адаптированных пациентов была менее выражена, чем у пациентов с пограничной адаптацией.

Профиль личности пациентов с «пограничной адаптацией» характеризовался повышением индивидуализма и импульсивности в сочетании с более выраженной эмоциональной нестабильностью. При этом были выявлены более высокие общие показатели резильентности и отдельных ее

аспектов: стойкости, копинга и самоэффективности и осмысленности. Что отражает тенденцию к поиску и приданию смысла происходящим событиям и стремление совладать с негативными переживаниями, а также ориентированность на успех. В установочном поведении преобладала менее осознаваемая стратегия защитного отрицания.

Профиль личности социально дезадаптированных пациентов отличался заострением возбудимых черт в совокупности с выраженной эмоциональной нестабильностью, склонностью к острому переживанию неуспеха, а также выраженностью черт индивидуализма, затрудняющими межличностное взаимодействие. В структуре резильентности был снижен компонент осмысленности. Установочное поведение характеризовалось выбором неосознанных стратегий по типу защитного отрицания, и общей менее выраженной мотивацией социальной желательности.

Повышенные значения резильентности у лиц с «пограничной адаптацией» не являются артефактом с точки зрения содержания данного конструкта. Согласно авторам концепции, резильентность [5] является ответной реакцией индивида на наступление неблагоприятных событий. И в данном случае может быть интерпретирована, как реакция на недавнюю утрату адаптации или появление такой угрозы. При этом усиление резильентности сопровождается дестабилизацией характерологического профиля, в частности, снижением эмоциональной стабильности и повышением индивидуализма.

Профили мотивации социальной желательности, выявленные у пациентов, соотносятся с их личностными профилями, а также с уровнем адаптированности. Более адаптированным пациентам присуща мотивация произведения впечатления (управления впечатлениями), в то время как менее адаптированным – мотивация защитного отрицания.

Литература

1. Братусь Б.С., Розовский И.Я., Цапкин В.Н. Психологические проблемы изучения и коррекции аномалий личности: учеб-метод пособие. М.: МГУ, 1988. 86 с.
2. Дереча Г.И. Психопатология и патопсихология расстройств личности у больных алкоголизмом (клинико-системное исследование): автореф. дис. ... канд. психол. наук. Оренбург, 2005. 23 с.
3. Кожина Т.А. Особенности формирования и течения алкоголизма у лиц с различными характерологическими акцентуациями и личностными расстройствами // Соц. и клинич. психиатрия. 2018. № 3. С. 46–55.
4. Кожина Т.А. Формирование и течение алкоголизма у мужчин с различными акцентуациями характера по данным стационарного обследования: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2019. 40 с.
5. Махнач А.В. Жизнеспособность человека и семьи: социально-психологическая парадигма. М.: Ин-т психологии РАН, 2016. 459 с.
6. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения: учеб. пособие. СПб.: Речь, 2005. 45 с.
7. Немчин Т.А., Цыцарев С.В. Личность и алкоголизм. М., 1989. 191 с.
8. Осин Е.Н. Проблема социальной желательности в исследованиях личностного потенциала // Личностный потенциал: структура и диагностика / под ред. Д.А. Леонтьева. М.: Смысл, 2011. С. 454–468.
9. Понизовский П.А., Магалиф А.Ю. Особенности алкогольной зависимости у активно работающего контингента больных // Материалы XV съезда психиатров России. М., 2010. С. 264.
10. Ураков И.Г., Качаев А.К. Методы комплексного прогноза хронического алкоголизма: метод. рекомендации. М., 1976.
11. Яшкина И.В. Клиника алкоголизма у лиц с высоким уровнем социальной адаптации: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1995. 21 с.
12. Bonanno G.A. Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely adverse events? // *American Psychologist*. 2004. Vol. 59. P. 20–28. DOI: 10.1037/0003-066X.59.1.20
13. Martinez S., Jones J.D., Brandt L. [et al.]. Factor structure and psychometric properties of the Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC) in individuals with opioid use disorder // *Drug Alcohol Depend.* 2021. Vol. 226. Art. 108632. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2021.108632.
14. Roy A., Sarchiapone M., Carli V. Low resilience in suicide attempters // *Arch. Suic. Res.* 2007. Vol. 11, N 3. P. 265–269. DOI: 10.1080/13811110701403916.
15. Seery M.D., Quinton W.J. Understanding resilience: From negative life events to everyday stressors // *Advances in Experimental Social Psychology*. 2016. P. 181–245. DOI: 10.1016/bs.aesp.2016.02.002.
16. Werner E.E. Protective factors and individual resilience // *Handbook of Early Childhood Intervention* / Eds.: J.P. Shonkoff, S.J. Meisels. UK: Cambridge, 2000. P. 115–132. DOI: 10.1017/CBO9780511529320.008.
17. Werner E.E. High-risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years // *American Journal of Orthopsychiatry*. 1989. Vol. 59, N 1. P. 72–81. DOI: 10.1111/j.1939-0025.1989.tb01636.x.
18. Wingo A.P., Wrenn G., Pelletier T. [et al.]. Moderating effects of resilience on depression in individuals with a history of childhood abuse or trauma exposure // *The Journal of Affective Disorders*. 2010. Vol. 126, N 3. P. 411–414. DOI: 10.1016/j.jad.2010.04.009.

Поступила 05.03.2022 г.

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

Участие авторов: А.В. Бек, А.А. Дубинский – сбор эмпирического материала, статистическая обработка данных, подготовка первого варианта статьи, В.Г. Булыгина, И.А. Кудрявцев – теоретический обзор и обобщение полученных результатов, редактирование окончательного варианта статьи.

Для цитирования. Бек А.В., Булыгина В.Г., Кудрявцев И.А., Дубинский А.А. Профиль личности и резильентность пациентов с алкогольной зависимостью с различной степенью социальной дезадаптации // *Вестник психотерапии*. 2022. № 81. С. 50–59. DOI: 10.25016/2782-652X-2022-0-81-50-59

A.V. Beck, V.G. Bulygina, I.A. Kudryavtsev, A.A. Dubinsky

PERSONALITY PROFILES AND RESILIENCE OF PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE WITH VARYING DEGREES OF SOCIAL MALADAPTATION

V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology
(23, Kropotkinsky lane, Moscow, 119001, Russia)

Anastasiya Vladimirovna Beck – Junior Research Associate of Departments of Social Psychiatry of Children and Adolescents, V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology (23, Kropotkinsky lane, Moscow, 119001, Russia), e-mail: beck.anastasya@gmail.com;

✉ Vera Gennadevna Bulygina – Dr. Psychol. Sci. Prof., Head of Mental Hygiene and Psychoprophylaxis laboratory, V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology (23, Kropotkinsky lane, Moscow, 119001, Russia), e-mail: ver210@yandex.ru;

Iosif Abakarovich Kudryavtsev – Dr. Psychol. Sci. Prof., Principal Research Associate, V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology (23, Kropotkinsky lane, Moscow, 119001, Russia), e-mail: kudryavtsev.joseph2012@yandex.ru;

Alexander Alexandrovich Dubinsky – 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: aleksandr-dubinskij@yandex.ru.

Abstract

Relevance. Studies of patients with high levels of social adaptation show that the characterological features of this group differ significantly from the characteristics of most patients registered in drug treatment facilities. At the same time, the characterological approach in modern narcology is insufficiently developed, which makes it difficult to predict possible formation of alcohol dependence and risks of maladaptation at the early stages of the disease in the presence of certain characterological features. The influence of personality profiles on social adaptation in people with alcohol dependence has also been insufficiently studied.

The intention of the study was to identify personality profiles and resilience of patients with alcohol dependence and varying degrees of social maladaptation, as well as to assess their motivation for social desirability.

Methodology. 68 males and females aged 35 to 60 years with alcohol dependence were examined according to the criteria of ICD-10 (heading F10). Based on the analysis of socio-demographic and clinical-pathopsychological data, three groups of patients were identified: «adapted» (28 people), «maladapted» (27 people) and «borderline adaptation» (13 people). The methodological complex included: The Standardized method of personality research by L.N. Sobchik (SMIL-375), Balanced Inventory of Desirable Responding (BIDR) (Osin E.N., 2007), CD-RISC Resilience Scale (Connor M., Davidson J., 2003).

Results and Discussion. As a result, common and specific features of personality profiles in three groups of patients were identified, as well as their typical resilience indicators and differences in socially desirable behavior. It was found that in group of patients with risk of maladaptation, sharpening of certain personality features and emotional instability were combined with increased values of resilience. The groups of individuals with preserved and impaired adaptation demonstrated average resilience despite significant differences in personality features. Individuals with preserved social adaptation were distinguished by emotional stability and moderate increase in explosive traits and individualism. Persons with social maladaptation demonstrated exaggerated emotional instability, sharpening of explosive features and difficult interpersonal interaction; in the structure of resilience there was a decrease in meaningfulness.

Conclusion. The obtained data on the relationship of social adaptation of persons with alcohol dependence and characteristics of the personality profile should be taken into account when developing therapeutic and rehabilitation measures aimed at maintaining stable remission as well as returning patients back to social and professional life.

Keywords: alcohol dependence, resilience, motivation of social desirability, personality profile, social maladaptation.

References

1. Bratus B.S., Rozovsky I.Ya., Tsapkin V.N. Psikhologicheskie problemy izucheniya i korrektsii anomalii lichnosti [Psychological problems of studying and correcting personality anomalies]. Moscow. 1988. 86 p. (In Russ.)
2. Derecha G.I. Psychopathology and pathopsychology of personality disorders in patients with alcoholism (clinical and systemic study) [Psikhopatologiya i patopsikhologiya rasstroistv lichnosti u bol'nykh alkogolizmom (kliniko-sistemnoe issledovanie)]: Abstract dissertation PhD Psychol. Sci. Orenburg. 2005. 23 p. (In Russ.)
3. Kozhinova T.A. Osobennosti formirovaniya i techeniya alkogolizma u lits s razlichnymi kharakterologicheskimi aktsentuatsiyami i lichnostnymi rasstroistvami [Features of the formation and course of alcoholism in persons with various characterological accentuations and personality disorders]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya* [Social and clinical psychiatry]. 2018;(3):46–55. (In Russ.)
4. Kozhinova T.A. The formation and course of alcoholism in men with different character accentuations according to inpatient examination data [Formirovanie i techenie alkogolizma u muzhchin s razlichnymi aktsentuatsiyami kharaktera po dannym statsionarnogo obsledovaniya]: Abstract dissertation Dr. Med. Sci. Moscow. 2019. 40 p. (In Russ.)
5. Makhnach A.V. Zhiznesposobnost' cheloveka i sem'i: sotsial'no-psikhologicheskaya paradigm [Human and family viability: a socio-psychological paradigm]. Moscow. 2016. 459 p. (In Russ.)
6. Mendelevich V.D. Psikhologiya deviantnogo povedeniya [Psychology of deviant behavior]. St. Petersburg. 2005. 445 p. (In Russ.)
7. Nemchin T.A., Tsitsarev C.B. Lichnost' i alkogolizm [Personality and alcoholism]. Moscow. 1989. 191 p. (In Russ.)
8. Osin E.N. Problema sotsial'noi zhelatel'nosti v issledovaniyakh lichnostnogo potentsiala [The problem of social desirability in research of personal potential]. Lichnostnyi potentsial: struktura i diagnostika [Personal potential: structure and diagnostics]. Eds. by D.A. Leontiev. Moscow. 2011. Pp. 454–68. (In Russ.)
9. Ponizovsky P.A., Magalif A.Yu. Osobennosti alkogol'noi zavisimosti u aktivno rabotayushchego kontingenta bol'nykh [Features of alcohol dependence in an actively working contingent of patients]. *Materialy XV s'ezda psikhiatrov Rossii* [Materials of the XV Congress of psychiatrists of Russia]. Moscow. 2010. P. 264. (In Russ.)
10. Urakov I.G., Kachaev A.K. Metody kompleksnogo prognoza khronicheskogo alkogolizma: Metodicheskie rekomendatsii [Methods of complex prognosis of chronic alcoholism: Methodological recommendations]. Moscow. 1976. (In Russ.)
11. Yashkina I.V. Clinic of alcoholism in persons with a high level of social adaptation [Klinika alkogolizma u lits s vysokim urovnem sotsial'noi adaptatsii]: Abstract dissertation PhD Med. Sci. Moscow. 1995. 21 p. (In Russ.)
12. Bonanno G.A. Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely adverse events? *American Psychologist*. 2004;59:20–28. DOI: 10.1037/0003-066X.59.1.20
13. Martinez S., Jones J.D., Brandt L. [et al.]. Factor structure and psychometric properties of the Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC) in individuals with opioid use disorder. *Drug Alcohol Depend.* 2021;226:108632. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2021.108632.
14. Roy A., Sarchiapone M., Carli V. Low resilience in suicide attempters. *Arch. Suic. Res.* 2007;11(3):265–269. DOI: 10.1080/1381110701403916.
15. Seery M.D., Quinton W.J. Understanding resilience: From negative life events to everyday stressors. *Advances in Experimental Social Psychology*. 2016. Pp. 181–245. DOI: 10.1016/bs.aesp.2016.02.002.
16. Werner E.E. Protective factors and individual resilience. *Handbook of Early Childhood Intervention*. Eds.: J.P. Shonkoff, S.J. Meisels. UK: Cambridge, 2000. Pp. 115–132. DOI: 10.1017/CBO9780511529320.008.
17. Werner E.E. High-risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1989;59(1):72–81. DOI: 10.1111/j.1939-0025.1989.tb01636.x.
18. Wingo A.P., Wrenn G., Pelletier T. [et al.]. Moderating effects of resilience on depression in individuals with a history of childhood abuse or trauma exposure. *The Journal of Affective Disorders*. 2010;126(3):411–414. DOI: 10.1016/j.jad.2010.04.009.

Received 05.03.2022

For citing. Beck A.V., Bulygina V.G., Kudryavtsev I.A., Dubinsky A.A. Profil' lichnosti i rezil'entnost' patsientov s alkogol'noi zavisimost'yu s razlichnoi stepen'yu sotsial'noi dezadaptatsii. *Vestnik psikhoterapii*. 2022;(81):50–59. (In Russ.).

Beck A.V., Bulygina V.G., Kudryavtsev I.A., Dubinsky A.A. Personality profile and resilience of patients with alcohol dependence with varying degrees of social maladaptation. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2022;(81):50–59. DOI: 10.25016/2782-652X-2022-0-81-50-59

Т.В. Ветрова^{1,2}, О.О. Шандура

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ В СЕМЬЕ В УСЛОВИЯХ САМОИЗОЛЯЦИИ, ВЫЗВАННОЙ ПАНДЕМИЕЙ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)

¹ Университет при межпарламентской Ассамблее ЕврАзЭС
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Смольячкова, д. 14, кор. 1, лит. Б);

² Балтийская педагогическая академия (Россия, Санкт-Петербург, ул. Декабристов, д. 35)

Актуальность. Коронавирусная инфекция нового типа (COVID-19) с высокой вероятностью оказывает влияние на семейную систему, поскольку все её члены столкнулись с рядом психотравмирующих факторов: с негативной информацией о заболевании, ситуациями неопределенности, условиями самоизоляции в течение длительного времени и т. д. Исследования, представленные научной общественности в последнее время, отмечают развитие тревожно-фобических и депрессивных реакций, повышение уровня стресс-связанных расстройств, увеличение количества психических расстройств и истощения механизмов психологической защиты среди населения, наблюдаемое в период COVID-19. При этом в настоящее время практически отсутствуют работы, отражающие влияние COVID-19 на состояние семейной системы и раскрывающие специфику возможного решения проблем в семье в период COVID-19.

Цель – изучить особенности семейных взаимоотношений в период вынужденной самоизоляции, вызванной COVID-19, выявить их социально-психологические причины, а также найти пути преодоления семейных конфликтов в данный период времени.

Методология. В исследовании участвовали 43 человека в возрасте от 20 до 41 года, находящиеся вместе со своими супругами в период вынужденной самоизоляции, вызванной пандемией COVID-19. Особенности представлений и установок к выполнению основных семейных функций, а также ожиданий и притязаний супругов друг к другу в период самоизоляции исследовалось с применением методики А.Н. Волкова «Рольевые ожидания и притязания в браке». Взаимоотношения супругов в повседневной жизни, их отношение к партнеру и детям, к супружеским и родительским ролям, предпочтения в проведении досуга, особенность интеллектуального взаимодействия и черты характера изучали с использованием теста В.В. Бойко «Энергопсихологическая совместимость с брачным партнером». Субъективная оценка брачно-семейных отношений в период COVID-19 изучалась с использованием авторской анкеты «Влияние самоизоляции на взаимоотношения в семейных парах».

Результаты и их анализ. Несмотря на выявленную специфику установок, ожиданий и притязаний, выражающуюся в усилении различий в показателях методики «Рольевые ожидания и притязания в браке» у мужчин и женщин, (что можно рассматривать в качестве негативного фактора), выявленные изменения в состоянии семейных систем по сравнению с данными аналогичных исследований «доковидного» периода, а также трансформацию

✉ Ветрова Татьяна Вячеславовна – канд. психол. наук, доц. каф. психофизиологии Ин-та прикладного психоанализа и психологии, Университет при Межпарламентской Ассамблее ЕврАзЭС (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Смольячкова, д. 14, к. 1, лит. Б); Балтийская педагогическая академия (Россия, 190121, Санкт-Петербург, ул. Декабристов, д. 35), e-mail: doretat@rambler.ru;

Шандура Ольга Олеговна – частнопрактикующий психолог (194295, Санкт-Петербург, пр. Просвещения, д. 35), e-mail: olga9-34@mail.ru

структуры ожиданий и притязаний членов современной семьи, выявлено отсутствие значимых корреляционных связей между изменением взаимоотношений в паре в период самоизоляции, ощущением тревоги при нахождении с партнером в самоизоляции в течение длительного времени, усилением конфликтов в семье в данный период. Значимая корреляционная связь определяется лишь между возникновением напряжения в отношениях с партнером в период вынужденной самоизоляции и усилением конфликтов в семье в данный период.

Заключение. Несмотря на выявленное незначительное влияние социальных условий в период COVID-19 на изменение взаимоотношений в семье, в случае необходимости проведения психологической коррекции конфликтных ситуаций в семье, рекомендовано психологическое консультирование с применением методик рациональной, системной семейной психотерапии, а также методов прикладной релаксации по Э. Джекобсону, эффективность применения которых нашла свое подтверждение на практике.

Ключевые слова: социология, психологическая диагностика, семья, семейные отношения, ролевые ожидания, ролевые притязания, самоизоляция, COVID-19.

Введение

Коронавирусная инфекция нового типа (COVID-19), затронувшая практически все сферы жизни общества, не могла не оказать своего влияния на такой важный социальный институт, как институт семьи и брака. Отличительной особенностью распространения COVID-19, рассматриваемой в качестве психотравмирующего фактора, является ее многофакторность [3]. Неизбежное столкновение каждого из членов семьи с психотравмирующей информацией о распространении нового малоизученного заболевания, длительное пребывание в состоянии неопределенности, необходимость адаптации к новым социально-экономическим условиям, стремительное изменение системы ценностей, все это, безусловно, оказало свое воздействие на стабильность внутрисемейных отношений.

Проблемы взаимоотношений в семье возникают как у вновь образованных семейных союзов, так и супругов со значительным стажем семейной жизни. При этом факторами напряженности в семье в современной ситуации могут являться как разлучение супругов, связанное с COVID-19, так и, напротив, необходимость в течение длительного времени находиться вместе в ограниченном пространстве на фоне вынужденной изоляции от внешнего мира.

На сегодняшний день может быть выделено ряд противоречий: между необходимостью стабильного существования семейных отношений и ростом ненормативных

супружеских кризисов в условиях, вызванных COVID-19; между необходимостью глубокого анализа причин супружеских конфликтов в период пандемии и недостаточным числом проводимых исследований; между объективной потребностью в изучении факторов преодоления конфликтных ситуаций в семье и недостатком теоретических и практических разработок на данную тему; между необходимостью усиления адаптационных ресурсов семейной системы и отсутствием теоретических, практических и методологических условий для данной работы [4], требующих незамедлительного разрешения.

Исследования, проводимые в последнее время Е.С. Акарачковой и соавт., Ю.А. Кочетовой и М.В. Климаковой и др., отмечают развитие тревожно-фобических и депрессивных реакций, повышение уровня стресс-связанных расстройств, увеличение количества психических расстройств и истощения механизмов психологической защиты среди населения, наблюдаемое в период COVID-19 [1, 7, 12]. Данные симптомы, хотя и необязательно прогрессируют до уровня психического расстройства, могут оказывать негативное влияние на состояние семейной системы.

При этом следует отметить, что, несмотря на наличие исследований, посвященных теме семейных отношений, в настоящее время практически отсутствуют работы, в которых бы раскрывалась специфика решения данной проблемы в семье непосредственно в период COVID-19.

Цель – изучить особенности семейных взаимоотношений в период вынужденной самоизоляции, вызванной COVID-19 и выявить их социально-психологические причины, а также найти пути преодоления семейных конфликтов в данный период времени.

Материал и методы

Обследовали 43 человека в возрасте от 20 до 41 года, из них 25 женщин и 18 мужчин, состоящих в браке от 2 до 18 лет, находящихся в период вынужденной самоизоляции во время COVID-19 вместе со своим супругом. По градации ВОЗ респонденты относились к молодому возрасту. В исследовании участвовало 18 супружеских пар (представлены ответы обоих супругов) и 7 замужних женщин, супруги которых отказались участвовать в исследовании.

Обследуемые находились в режиме самоизоляции на отдельной жилплощади. 10 человек (5 супружеских пар) проживали отдельно от других членов семьи; с 6 мужчинами и 8 женщинами совместно проживал 1 несовершеннолетний ребенок; с 6 мужчинами и 11 женщинами находилось по 2 ребенка, 1 семейная пара имела 3 несовершеннолетних детей.

Несовершеннолетние дети до режима самоизоляции посещали детский сад (18 человек) и школу (8 человек), возраст еще 7 детей не превышал 3 лет.

Большинство респондентов (36 человек) имеет высшее образование; лишь семь человек указали, что имеют среднее или среднее специальное образование.

В период самоизоляции дистанционно работали 12 мужчин, 2 временно не работали, 4 отказались отвечать на вопрос о своей текущей занятости. Также удаленно работали 13 женщин, 8 респондентов женского пола находились в декретном отпуске или отпуске по уходу за ребенком, 4 определили себя в качестве домохозяек.

На момент проведения исследования у респондентов факт заражения COVID-19 подтвержден не был.

Проводили исследование особенностей представлений и установок современных семей к выполнению основных семейных функций, а также ожиданий и притязаний супругов друг к другу в период самоизоляции и после нее с использованием методики А.Н. Волкова «Ролевые ожидания и притязания в браке» [8].

Изучали отношения супругов к выполнению партнером семейных обязательств, а также личная готовность каждого партнера выполнять семейные роли. Производили оценку понятий партнеров о важности сексуальных взаимоотношений, личной индивидуальности мужа и жены, родительских обязанностях, профессиональных интересах, ценности эмоционально-психологической поддержки, а также потребности во внешней привлекательности партнеров.

Для осуществления анализа выборку респондентов разделили на 2 группы: женская и мужская. В каждой группе заполнялась анкета, состоящая из 36 вопросов, которые подразделялись на 7 шкал, соответствующих основным функциям семьи и включающим аспекты характеристики личности одного из супругов.

Взаимоотношения супругов в повседневной жизни, их отношение к партнеру и детям, к супружеским и родительским ролям, предпочтения в проведении досуга, особенность интеллектуального взаимодействия и черты характера изучили с использованием теста В.В. Бойко «Энергопсихологическая совместимость с брачным партнером» [2]. Положительные либо отрицательные ответы на предлагаемые 30 вопросов, сравнивались, анализировались и группировались по 5 категориям:

«Алгоритмизированные проявления психики в быту»;

«Отношения к супружеским и родительским обязанностям»;

«Предпочитаемое содержание досуга»;

«Черты характера»;

«Интеллектуальное взаимодействие».

Оценивался полученный показатель энергопсихологической совместимости (от 0

до 30) в целом и в каждом из 5 указанных параметров.

При помощи авторской анкеты «Влияние самоизоляции на взаимоотношения в семейных парах» изучили социальные представления в супружеской паре о брачно-семейных отношениях в период COVID-19, что явилось важным аспектом исследования влияния самоизоляции на взаимоотношения в паре и причины их изменений.

Анкета содержала сведения пола, возраста, уровня образования, сколько человек проживает вместе, тягостной ли стала дистанционная учеба/работа, вызывает ли тревогу необходимость нахождения вместе с партнером в течение продолжительного времени, изменились ли взаимоотношения в паре в период самоизоляции, пошли ли такие изменения на пользу/во вред, участились ли конфликты, возникло ли напряжение во взаимоотношениях с партнером, случались ли кризисные ситуации в период самоизоляции, как повлияло присутствие детей (если они есть), участились ли конфликты в паре.

Опросы проводили или при личном общении с респондентами при соблюдении социальной дистанции и использовании средств индивидуальной защиты, или дистанционно с использованием информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

Результаты проверили на нормальность распределения признаков. В тексте представлены средние арифметические показатели и их стандартная ошибка ($M \pm m$). Анализ результатов провели с помощью

методов математической статистики. Различия в группах оценивали по t-критерия Стьюдента, корреляционные связи определяли с применением непараметрического критерия Пирсона.

Результаты и их анализ

Результаты методики «Рольевые ожидания и притязания в браке» приведены в табл. 1. Показатель 2 балла и более определяет сферу семейной жизни в качестве значимой. Оказалось, что для современных супругов все указанные сферы семейной жизни являются значимыми, и развитию данных показателей уделяется определенная доля внимания со стороны членов семейной системы. В группе жен социальная активность оказалась статистически достоверно выраженной, чем у мужей (см. табл. 1).

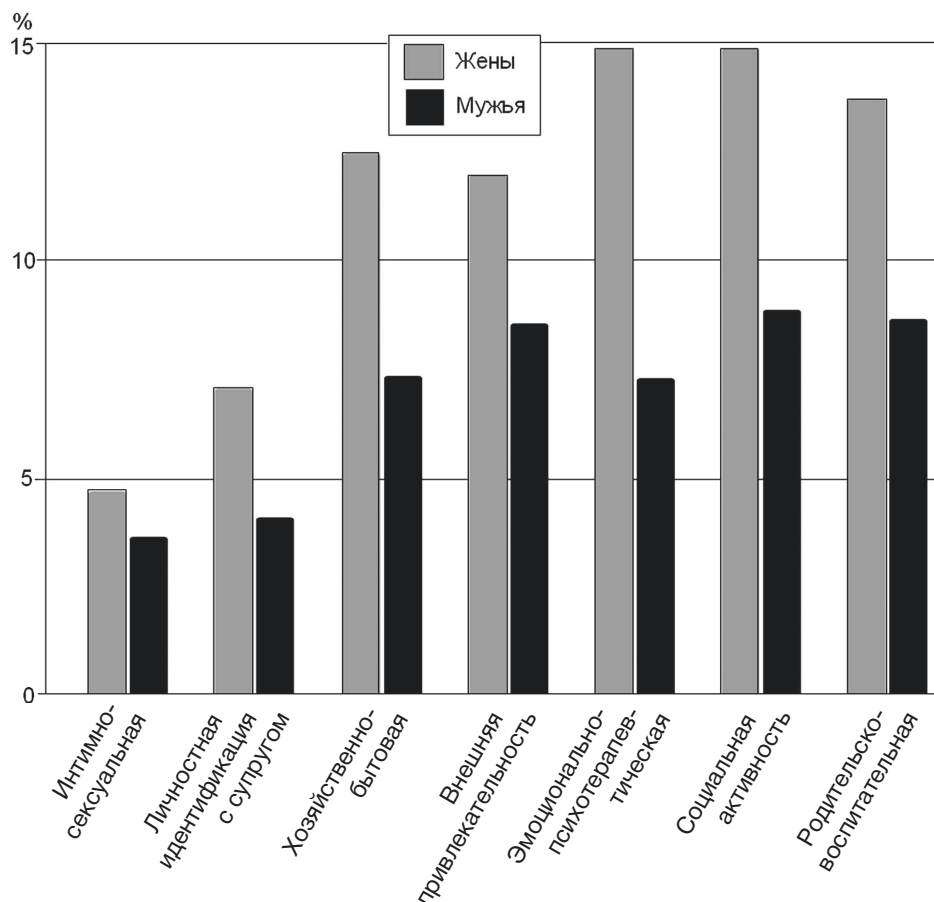
Далее, на основании полученного процентного распределения ответов респондентов по показателям ролевых ожиданий и притязаний (% респондентов, выделивших установку в качестве одной из особо значимых), выявлена специфика приоритета установок, ожиданий и притязаний в семейных союзах, пребывающих в условиях вынужденной самоизоляции в связи с распространением COVID-19 (рисунок).

В частности, наиболее высокие показатели на уровне тенденций в группе «жены» выявлены по эмоционально-психологической шкале, шкалам социальной активности и внешней привлекательности. В группе «мужья» выраженными оказались

Таблица 1

Показатели ролевых ожиданий и притязаний, ($M \pm m$) балл

Сфера семейной жизни	Жены	Мужья	p <
Интимно-сексуальная	4,7 ± 0,5	5,6 ± 0,6	
Личностная идентификация с супругом	7,1 ± 0,5	6,3 ± 0,6	
Хозяйственно-бытовая	6,2 ± 0,4	5,6 ± 0,5	
Родительско-воспитательная	5,9 ± 0,4	6,5 ± 0,4	
Социальная активность	7,4 ± 0,4	5,6 ± 0,7	0,05
Эмоционально-психотерапевтическая	7,4 ± 0,4	6,8 ± 0,6	
Внешняя привлекательность	6,8 ± 0,4	6,6 ± 0,7	



Сравнение показателей удовлетворенности браком, супружеских установок, ролевых ожиданий и притязаний в выборках разного пола (%).

показатели по эмоционально-психотерапевтической, родительско-воспитательной шкале и шкале внешней привлекательности. Заметим, что, хотя в обеих группах приоритет отдается шкалам привлекательности и эмоционально-психотерапевтической, между этими группами, тем не менее, присутствует разница в количестве упоминаний у мужчин и женщин, что можно рассматривать в качестве негативного фактора, создающего почву для возникновения внутрисемейных разногласий.

Сопоставляя полученные в исследовании данные с материалами изучения ролевых ожиданий и притязаний в семьях, не подвергавшихся вынужденной самоизоляции, можно обнаружить ряд характерных особенностей, определяющих состояние семьи в период социальных ограничений, связанных с COVID-19.

По мнению М.В. Колпаковой и Е.В. Литягиной, ролевые ожидания и притязания

супругов в своих показателях расходятся незначительно [6], как утверждает Е.М. Фещенко, ответы мужчин и женщин одной возрастной категории практически не имеют отличий [11], в то время, как настоящее исследование свидетельствует о статистически значимых различиях в ответах респондентов, принадлежащим к группам мужчин и женщин.

Е.М. Фещенко приходит к выводу о невозможности проявления социальной активности женщины, если у нее отмечаются высокие показатели по эмоционально-психотерапевтической шкале [11]. Данные настоящего исследования также демонстрируют принципиальные отличия в данном вопросе.

И, наконец, опираясь на факты, приводимые в работах М.В. Колпаковой, Е.В. Литягиной [6] и Е.С. Романовой [10], можно сделать заключение о качественной трансформации структуры ожиданий и притязаний

членов семьи, переживающей эпоху коронавирусных ограничений, по сравнению с семьями, не имевшими данного социального опыта.

Наблюдается значительное повышение показателей практически по всем шкалам у представителей «коронавирусных» семей. Исключение составляет показатель родительско-воспитательной шкалы у женщин, демонстрирующий значимое снижение. И если ранее данная шкала являлась самой значимой для женщины [10, 11], сейчас она занимает лишь 5-ю позицию, уступая лидирующую позицию важности социальной активности.

Можем предполагать в данной связи истощение ресурса у женщин – матерей, на которых в условиях вынужденной самоизоляции легла дополнительная забота об организации дистанционного образования детей. В то же время более значимой данная шкала стала для мужчин-отцов, которые в условиях самоизоляции смогли полнее реализовать свои родительские функции.

Кроме того, по данным М.В. Колпаковой, Е.В. Литягиной, большая часть ролевых установок у мужчин имеет показатели выше среднего, значительно превосходя показания женщин [6], что также не находит подтверждения в результатах настоящего исследования. В семьях, находящихся в вынужденной изоляции, показатели у группы женщин значительно превосходят аналогичные показатели у группы мужчин.

Важно отметить и другие особенности состояния семейной системы в период социальных ограничений, связанных с пандемией новой коронавирусной инфекции. В частности, показатели эмоционально-психотерапевтической шкалы являются индикатором важности взаимной моральной и эмоциональной поддержки членов семьи, ориентация на брак как среду, способствующую психологическому расслаблению и стабилизации.

Очевидно, что в ситуации повышенного социального напряжения индивид будет искать поддержки в семейной системе, и данный показатель увеличится. Данные

изменения выражены и у мужчин, и у женщин, однако показатели женской подгруппы превосходят аналогичные значения у мужчин.

Высокие показатели по шкале личностной идентификации с партнером указывают на заинтересованность супругов в том, чтобы ощущать сходство увлечений, потребностей, принципов, способов совместного досуга. Участники опроса готовы проявлять инициативу со своей стороны, а также ожидают взаимности от партнера.

Оценивая показатели по хозяйственно-бытовой шкале, можно констатировать готовность супругов к разрешению бытовых вопросов, а также ожидание, что партнер будет оказывать помощь в этой сфере семейной жизни; при этом и мужчины, и женщины формулируют требования к партнеру в умении вести домашнее хозяйство. Однако значимость хозяйственно-бытовой сферы находится в обеих подгруппах на среднем уровне и не является определяющим.

Особое значение в условиях вынужденной самоизоляции, когда индивид в течение длительного времени пребывает в закрытой социальной системе, ограниченной супругами либо близкими родственниками, приобретает значимость внешней привлекательности окружения. Это находит свое подтверждение в результатах исследования, показатели по данной шкале остаются высокими у представителей обеих подгрупп. При этом показатели интимно-сексуальной сферы не превышают среднего уровня.

Наибольшее количество баллов среди женщин набрала традиционно «мужская» шкала социальной активности. Предполагаем, что усталость от быта в условиях непосредственного постоянного пребывания всех членов семьи в доме, увеличивает для женщин ценность внесемейных интересов.

Полученные данные применения методики В.В. Бойко «Энергопсихологическая совместимость с брачным партнером» демонстрируют показатели отношения супругов к партнеру и детям, к супружеским и родительским ролям, предпочтения в проведении досуга, интеллектуального

Показатели методики В.В. Бойко «Энергопсихологическая совместимость с брачным партнером», (M ± m) балл

Показатель	Жены	Мужья
Алгоритмизированные проявления психики в быту	2,9 ± 0,4	3,1 ± 0,8
Отношения к супружеским и родительским обязанностям, к партнеру и детям	5,1 ± 1,1	2,9 ± 0,6
Предпочитаемое содержание и формы проведения досуга	4,2 ± 0,9	5,2 ± 1,0
Черты характера	4,0 ± 0,6	3,6 ± 0,8
Интеллектуальное взаимодействие	3,3 ± 0,9	3,1 ± 0,6
Общий (суммарный)	19,5 ± 3,9	17,9 ± 3,8
Средний для двух групп	18,7 ± 3,9	

взаимодействия, не выходящие за пределы среднестатистической нормы: среднее значение показателя энергопсихологической совместимости составило 18,7 (при возможном колебании значений от 0 до 30). Статистически значимых различий в группах жен и мужей не выявлено (табл. 2).

На основании результатов применения созданной авторами анкеты «Влияние самоизоляции на взаимоотношения в паре» исследовалась специфика влияния самоизоляции на взаимоотношения в паре в период пандемии коронавируса. Полученные результаты продемонстрировали низкий уровень субъективной оценки негативного влияния условий самоизоляции на взаимоотношения в семье.

Так, из 43 респондентов только 6 ответили, что у них вызывает тревогу необходимость находиться с партнером в одном помещении в течение длительного времени; 15 человек ответили, что их взаимоотношения изменились; 12 человек не знают, пошли ли такие изменения на пользу, при этом 13 человек признали положительное влияние самоизоляции на взаимоотношения в семье. Только 5 человек из 43 ответили, что самоизоляция нанесла вред отношениям в их семьях, при этом 5 затруднились ответить на данный вопрос; по 7 респондентов отметили, что участились конфликты и возникло напряжение в семье; 8 человек заявили о возникновении кризисных ситуаций, которые, впрочем, были преодолены. В то же время, ни один (!) из респондентов

не отметил постоянное совместное пребывание с детьми в качестве негативного фактора изменения взаимоотношений в семье.

Корреляционному анализу с применением критерия Пирсона подвергнуты следующие выделенные критерии:

- изменение взаимоотношений в паре в период самоизоляции,
- улучшение взаимоотношений,
- ухудшение взаимоотношений,
- ощущение тревоги при нахождении в партнером в самоизоляции в течение длительного времени,
- возникновение напряжения в отношениях с партнером в период вынужденной самоизоляции,
- усиление конфликтов в семье в данный период.

Выявлено отсутствие значимых корреляционных связей между большинством исследуемых критериев.

Значимая корреляционная связь выраженной силы ($r = 0,698$; $p \leq 0,01$) выявлена лишь между возникновением напряжения с партнером в период самоизоляции и увеличением числа конфликтов в семье. Выявлено, что показатели частотности возникновения конфликтов имеют зависимую связь с показателями возникновения напряжения в парах в период самоизоляции.

Таким образом, несмотря на некоторую трансформацию ролевых ожиданий в семейной системе в период коронавирусных ограничений, взаимоотношения в супружеских парах не подвержены серьезным

изменениям, а усиление конфликтов в семейных системах возникают лишь при условии возникновения напряжения в отношениях между отдельными её членами.

Тем не менее, следует отметить единично предъявляемые жалобы на усиление напряжения в семье и, как следствие появление семейных конфликтов, которые респонденты связывают с необходимостью пребывания в ограниченном пространстве совместно с членами семьи в течение длительного времени во время коронавирусных ограничений. Результаты респондентов, испытывающих трудности в семейной жизни в период вынужденной самоизоляции, демонстрируют снижение показателей теста В.В.Бойко и негативную оценку взаимоотношений в семье в ответах опросника.

Проводимая работа по психологической коррекции данных состояний, возникших вследствие пребывания пар в состоянии вынужденной самоизоляции, подтверждает эффективность комплексного использования методов рациональной психотерапии, семейной системной психотерапии, а также релаксационных техник по Э. Джекобсону [4].

Как указывалось ранее, рациональная психотерапия является «необходимой в контексте разъяснения объективных законов развивающейся в мире ситуации, которая ошибочно может восприниматься индивидом в качестве пугающего психотравмирующего события» [4]. Техники прикладной релаксации Э.Джекобсона «находят свое использование на практике для быстрого и эффективного снижения тревожности и напряжения в стрессовых ситуациях» [4]. Учитывая выявленную корреляционную связь между напряжением и увеличением семейных конфликтов в период пандемии представляется целесообразным включение данных методов в план психологического консультирования.

Эффективность консультирования с применением данных методик подтверждена проведением повторных тестов В.В. Бойко «Энергопсихологическая совместимость с брачным партнером» (величина среднего значения показателя энергопсихологической

совместимости в данной группе изменилась с 8,5 баллов до проведения психокоррекции до 21,5 баллов на ее финальном этапе); наличие статистически значимого сдвига подтверждается проведением анализа с использованием G-критерия знаков.

Выводы

1. Выявлена специфика установок, ожиданий и притязаний в семейных союзах, находящихся в условиях вынужденной самоизоляции в связи с распространением COVID-19. Определено, что в период пандемии коронавирусной инфекции состояние семьи и внутрисемейных отношений претерпевает ряд изменений: усиливаются различия в показателях по всем шкалам методики «Рольевые ожидания и притязания в браке» между группами мужчин и женщин, что можно рассматривать в качестве негативного фактора, создающего почву для возникновения внутрисемейных разногласий и возникновению семейных конфликтов. Следует отметить ряд характерных изменений в состоянии современных семейных систем по сравнению с данными аналогичных исследований семей «доковидного» периода, демонстрировавших отсутствие или минимальное расхождение в показателях рольевых ожиданий у супругов.

2. Кроме того, необходимо отметить качественную трансформацию структуры ожиданий и притязаний членов современной семьи, находящихся в условиях вынужденной самоизоляции, выражающуюся в значительном повышении показателей социальной активности у жен и показателей эмоционально-психотерапевтической, родительско-воспитательной шкалы и шкалы внешней привлекательности у мужей.

2. Выявлено отсутствие значимых корреляционных связей между изменением взаимоотношений в паре в период самоизоляции, ощущением тревоги при нахождении в партнере в самоизоляции в течение длительного времени, усиление конфликтов в семье в данный период. Значимая корреляционная связь определяется лишь между

возникновением напряжения в отношениях с партнером в период вынужденной самоизоляции и усилением конфликтов в семье в данный период.

3. Эффективность психологического консультирования с применением методик рациональной, системной семейной

психотерапии, а также методов прикладной релаксации по Э. Джекобсону для психологической коррекции конфликтных ситуаций в семье, возникающих в период вынужденной самоизоляции, обусловленной распространением COVID-19, нашла свое подтверждение на практике.

Литература

1. Акарачкова Е.С., Котова, О.В., Кадырова, Л.Р. Пандемия COVID-19. Стресс-связанные последствия : учеб. пособие. М. : Медицина-Информ, 2020. 32 с.
2. Бойко В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и других. М.: Филинь, 1996. 472 с.
3. Быховец Ю.В., Коган-Лернер Л.Б. Пандемия COVID-19 как многофакторная психотравмирующая ситуация // Ин-т психологии Рос. акад. наук. Соц. и экономич. психология. 2020. Т. 5, № 2 (18). С. 291–308. DOI: 10.38098/ipran.sep.2020.18.2.010.
4. Ветрова Т.В., Шандура О.О. Специфика семейных кризисов и их психологической коррекции в период пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19 // Наука. Исследования. Практика: сб. ст. междунар. науч. конф. СПб. : Нацразвитие, 2021. С. 24–29.
5. Гнусина А.В. Особенности ролевых ожиданий и притязаний будущих супругов (по результатам исследования) // *International Scientific Review*. 2016. № 1(11). С. 132–136.
6. Колпакова А.В., Литягина Е.В. Психологическое благополучие в ролевых программах современных молодоженов // *Вестн. науки и образования*. 2018. № 3 (39). С. 92–97.
7. Кочетова Ю.А., Климакова М.В. Исследования психического состояния людей в условиях пандемии COVID-19 // *Современ. зарубеж. психология*. 2021. Т. 10, № 1. С. 48–56. DOI: 10.17759/jmfp.2021100105.
8. Олифиревич Н.И., Зинкевич-Куземкин Т.А., Велента Т.Ф. Психология семейных кризисов. СПб. : Речь, 2007. 360 с.
9. Осколкова С.Н. Амбулаторные случаи психических нарушений в период коронавирусной пандемии COVID-19 // *Психиатрия*. 2020. № 18 (3). С. 49–57. DOI: 10.30629/2618-6667-2020-18-3-49-57.
10. Романова Е.С. Супружеские ожидания и притязания в молодой семье [Электронный ресурс] // *Психология, социология и педагогика*. 2014. № 6. URL: <http://psychology.snauka.ru/2014/06/3297>.
11. Фещенко Е.М. Ролевые ожидания и притязания супругов на разных этапах развития семьи // *Вестн. БГУ*. 2012. № 1 (2). С. 172–175.
12. Холодова Ю.Б. Особенности переживания тревоги в период пандемии COVID-19 представителями разных возрастных групп // *Международ. журн. медицины и психологии*. 2020. Т. 3, № 2. С. 114–117.
13. Шабельников В.К., Литвинова А.В., Осипова О.С. [и др.]. Психология семейных отношений : монография / под. ред. А.В. Литвиновой. М. : Флинта, 2015. 259 с.
14. Шерман Р., Фредма Н. Структурированные техники семейной терапии: руководство. М.: Юрайт, 2001. 336 с.
15. Berger J. COVID-19 and the nervous system // *J. of Neurovirol.* 2020. Vol. 26, N 2. P. 143–148. DOI: 10.1007/s13365-020-00840-5.
16. Prime H., Wade M., Browne D.T. Risk and resilience in family well-being during the COVID-19 pandemic // *Am. Psychol.* 2020. Vol. 75, N 5. P. 631–643. DOI: 10.1037/amp0000660.
17. Taylor S., Landry C.A., Paluszek M.M. [et al.]. Development and initial validation of the COVID Stress Scales // *J. Anxiety Disord.* 2020. Vol. 72. Art. 102232. DOI: 10.1016/j.janxdis.2020.102232.
18. Yao H. The more exposure to media information about COVID-19, the more distressed you will feel // *Brain Behav. Immun.* 2020. Vol. 87. P. 167–169. DOI: 10.1016/j.bbi.2020.05.031.

Поступила 10.06.2021 г.

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

Участие авторов: Т.В. Ветрова – научно-методическое руководство исследованием, анализ полученных данных, научная интерпретация результатов; О.О. Шандура – проведение полевого исследования, статистическая обработка полученных данных, анализ первичной информации.

Для цитирования. Ветрова Т.В., Шандура О.О. Психологические особенности взаимоотношений в семье в условиях самоизоляции, вызванной пандемией новой коронавирусной инфекции (COVID-19) // *Вестник психотерапии*. 2022. № 81. С. 60–71. DOI: 10.25016/2782-652X-2022-0-81-60-71

T.V. Vetrova^{1,2}, O.O. Shandura

PSYCHOLOGICAL FEATURES OF THE OCCURRENCE OF FAMILY CONFLICTS IN CONDITIONS OF SELF-ISOLATION CAUSED BY THE PANDEMIC OF A NEW CORONAVIRUS INFECTION (COVID-19)

¹ University of the EurAsEC Inter-Parliamentary Assembly

(14, to 1, lit. B, Smolyachkova Sts., St. Petersburg, 194044, Russia);

² Baltic Educational Academy (35, Dekabristov Str., St. Petersburg, 190121, Russia)

✉ Tatiana Vyacheslavovna Vetrova – PhD Psychol. Sci., Associate Prof. of the Department of Psychophysiology, Institute of Applied Psychoanalysis and Psychology, University associated with IA EAEC (14, to 1, lit. B, Smolyachkova Sts., St. Petersburg, 194044, Russia), Baltic Educational Academy (35, Dekabristov Str., St. Petersburg, 190121, Russia), e-mail: doretat@rambler.ru;

Olga Olegovna Shandura – private psychologist (35, Prosveschenia av., St. Petersburg, 194295, Russia), e-mail: olga9-34@mail.ru

Abstract

Relevance. A new type of coronavirus infection (COVID-19) highly likely affected the family system, since all its members faced a number of psycho-traumatic factors: negative information about the disease, situations of uncertainty, conditions of self-isolation for a long time, etc. Recent studies presented to the scientific community have noted the development of anxiety-phobic and depressive reactions, increased levels of stress-related disorders, an increase in psychiatric disorders and depletion of psychological defense mechanisms among the population observed during COVID-19. At the same time, there are virtually no works reflecting the impact of COVID-19 on the state of the family system and revealing the specifics of possible solutions to problems in the family during COVID-19.

Intention. To study the peculiarities of family relationships during the period of forced self-isolation caused by COVID-19, to reveal their socio-psychological causes, and to find ways for overcoming family conflicts in this period of time.

Methodology. The study involved 43 people aged 20 to 41 who were living together with their spouses during the period of forced self-isolation caused by the COVID-19 pandemic. Features of ideas and attitudes towards the performance of basic family functions, as well as the expectations and claims of the spouses to each other during the period of self-isolation were studied using A.N. Volkov's method «Role Expectations and Claims in Marriage». Relationships of spouses in everyday life, their attitudes toward their partner and children, toward marital and parental roles, leisure time preferences, features of intellectual interaction, and character traits were studied using V.V. Boyko's test «Energopsychological Compatibility with Marital Partner». The subjective assessment of marital and family relations during the COVID-19 period was performed using the author's questionnaire «Influence of self-isolation on Relationships in Married Couples».

Results and Discussion. Despite the identified specifics of attitudes, expectations and claims, which is expressed in increased differences in the indicators of the «Role expectations and claims in marriage» methodology for men and women (which can be considered as a negative factor), the revealed changes in the state of family systems compared to similar studies of the «pre-COVID» period, as well as transformation of the structure of expectations and claims of members of the modern family, revealed the absence of significant correlations between changes in relationships in a couple during the period of self-isolation, a sense of anxiety when being with a partner in self-isolation for a long time, increased conflicts in the family in the given period. Significant correlations are determined only between the emerging tensions in relationship with a partner during the period of forced self-isolation and the intensification of conflicts in the family during this period.

Conclusion. Despite of revealed insignificant influence of social conditions during the period of COVID-19 on changes in family relationships, in case of necessity of psychological correction of conflict situations in the family, psychological counseling using methods of rational, systematic family psychotherapy as well as applied relaxation by E. Jacobson is recommended. The effectiveness of these methods has been confirmed in practice.

Keywords: sociology, psychological diagnostics, family, family relations, role expectations, role claims, self-isolation, COVID-19.

References

1. Akarachkova E.S., Kotova, O.V., Kadyrova, L.R. Pandemiya COVID-19: stress-svyazannye posledstviya [COVID-19 pandemic. Stress-related consequences]. Moskva. 2020. 32 p. (In Russ.)
2. Boiko V.V. Energiya emotsii v obshchenii: vzglyad na sebya i drugikh [The energy of emotions in communication: a look at yourself and others]. Moskva. 1996. 472 p. (In Russ.)
3. Bykhovets Yu.V., Kohen-Lerner L.B. Pandemiya COVID-19 kak mnogofaktornaya psikhotravmiruyushchaya situatsiya [Pandemic COVID-19 as a multifactorialtraumatic situation]. *Institut psikhologii Rossiiskoi akademii nauk. Sotsial'naya i ekonomicheskaya psikhologiya* [Institute of psychology Russian Academy of Sciences. Social and economic psychology]. 2020;5(2):291–308. DOI: 10.38098/ipran.sep.2020.18.2.010. (In Russ.)
4. Vetrova T.V., Shandura O.O. Spetsifika semeinykh krizisov i ikh psikhologi-cheskoi korrektsii v period pandemii novoi koronavirusnoi infektsii COVID-19 [The specifics of family crises and their psychological correction during the pandemic of a new coronavirus infection COVID-19]. *Nauka. Issledovaniya. Praktika* [Nauka. Research. Practice]: Scientific. Conf. Proceedings. Sankt-Peterburg. 2021. Pp. 24–29. (In Russ.)
5. Gnusina A. Osobennosti rolevykh ozhidaniy i prityazaniy budushchikh suprugov (po rezul'tatam issledovaniya) [Features of role expectations and claims of future spouses (by results of research)]. *International Scientific Review*. 2016;(1):132–136. (In Russ.)
6. Kolpakova A.V., Lityagina E.V. Psikhologicheskoe blagopoluchie v rolevykh programmakh sovremennykh molodozhenov [Psychological well-being in role-playing programs modern newlyweds]. *Vestnik nauki i obrazovaniya* [Bulletin of science and education]. 2018;(3):92–97. (In Russ.)
7. Kochetova Yu.A., Klimakova M.V. Issledovaniya psikhicheskogo sostoyaniya lyudei v usloviyakh pandemii COVID-19 [Psychological state researches in the context of the COVID-19 pandemic]. *Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya* [Journal of Modern Foreign Psychology]. 2021;10(1):48–56. DOI: 10.17759/jmfp.2021100105. (In Russ.)
8. Olifirovich N.I., Zinkevich-Kuzemkin T.A., Velenta T.F. Psikhologiya semeinykh krizisov [Psychology of family crises]. Sankt-Peterburg 2007. 360 p. (In Russ.)
9. Oskolkova S.N. Ambulatornye sluchai psikhicheskikh narusheniy v period koronavirusnoi pandemii COVID-19 [Out-patient cases of mental disorders in COVID-19]. *Psikhiatriya* [Psychiatry]. 2020;(18):49–57. DOI: 10.30629/2618-6667-2020-18-3-49-57. (In Russ.)
10. Romanova E.S. Supruzheskie ozhidaniya i prityazaniya v molodoi seme [Marital expectations and aspirations in a young family]. *Psikhologiya, sotsiologiya i pedagogika* [Psychology, sociology and pedagogics]. 2014;(6). URL: <http://psychology.snauka.ru/2014/06/3297>. (In Russ.)
11. Feshchenko E.M. Rolevye ozhidaniya i prityazaniya suprugov na raznykh etapakh razvitiya sem'i [Role expectations and claims of spouses at different stages family developments]. *Vestnik Bryanskogo gosudarstvennogo universiteta* [The Bryansk state university herald]. 2012;(1):172–175. (In Russ.)
12. Kholodova Yu.B. Osobennosti perezhivaniya trevogi v period pandemii COVID-19 predstavivatelyami raznykh vozrastnykh grupp [Features of anxiety associated with the COVID-19 pandemic in different age groups]. *Mezhdunarodnyy zhurnal meditsiny i psikhologii* [International Journal of Medicine and Psychology]. 2020;3(2):114–117. (In Russ.)
13. Shabel'nikov V.K., Litvinova A.V., Osipova O.S. [et al.]. Psikhologiya semeinykh otnosheniy [Psychology of family relations]. Ed. A.V. Litvinova. Moskva. 2015. 259 p. (In Russ.)
14. Sherman R., Fredma N. Strukturirovannye tekhniki semeinoi terapii [Structured family therapy techniques]. Moskva. 2001. 336 p. (In Russ.)
15. Berger J. COVID-19 and the nervous system. *J. of Neurovirol.* 2020;26(2):143–148. DOI: 10.1007/s13365-020-00840-5.
16. Prime H., Wade M., Browne D.T. Risk and resilience in family well-being during the COVID-19 pandemic. *Am. Psychol.* 2020;75(5):631–643. DOI: 10.1037/amp0000660.

-
17. Taylor S., Landry C.A., Paluszek M.M. [et al.]. Development and initial validation of the COVID Stress Scales. *J. Anxiety Disord.* 2020;72:102232. DOI: 10.1016/j.janxdis.2020.102232.
 18. Yao H. The more exposure to media information about COVID-19, the more distressed you will feel. *Brain Behav. Immun.* 2020;87:167–169. DOI: 10.1016/j.bbi.2020.05.031.
-

Received 10.06.2021

For citing: Vetrova T.V., Shandura O.O. Psikhologicheskie osobennosti vzaimootnoshenii v sem'ë v usloviyakh samoizolyatsii, vyzvannoi pandemiei novoi koronavirusnoi infektsii (COVID-19). *Vestnik psikhoterapii*. 2022;(81):60–71. **(In Russ.)**

Vetrova T.V., Shandura O.O. Psychological features of the occurrence of family conflicts in conditions of self-isolation caused by the pandemic of a new coronavirus infection (COVID-19). *Bulletin of Psychotherapy*. 2022;(81):60–71. DOI: 10.25016/2782-652X-2022-0-81-60-71

С.В. Жернов^{1,2}, Е.Г. Ичитовкина³, А.Г. Соловьев¹

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМАТИЗАЦИИ У СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

¹ Северный государственный медицинский университет (Россия, г. Архангельск, Троицкий пр., д. 51);

² Центральная медико-санитарная часть МВД России (Россия, Москва, ул. Расплетина, д. 26);

³ Управление медицинского обеспечения Департамента тыла и медицинского обеспечения МВД России (Россия, Москва, ул. Расплетина, д. 26)

Актуальность. Пандемия COVID-19 – глобальный травматический стрессор с риском формирования психопатологической симптоматики у значительной части населения, а для сотрудников полиции, продолжающих выполнять профессиональные обязанности, – причина формирования негативных эмоциональных состояний и ситуация экстремального характера. Для своевременного проведения психопрофилактической и реабилитационной работы актуальным является вопрос прогнозирования риска формирования психической травматизации.

Цель – разработать алгоритм прогнозирования вероятности развития психической травматизации сотрудников органов внутренних дел (ОВД) в период действия режима повышенной готовности, связанного с угрозой возникновения чрезвычайной ситуации в период пандемии COVID-19.

Методология. Использовалось многомерное математическое моделирование на основе оценки факторов психической травматизации путем экспериментально-психологического обследования и дистанционного анкетирования. В 2020 г. обследован 371 сотрудник Главного управления МВД России по Москве. Все обследованные сотрудники ОВД были разделены на три группы по критерию степени вовлечения в заболевание.

Результаты и их анализ. Показано, что на формирование психической травматизации в условиях пандемии COVID-19 влияет комплекс профессиональных, социальных, психологических факторов с учетом степени вовлечения в заболевание. С помощью логистической регрессии построено уравнение, которое позволяет прогнозировать риск формирования психической травматизации сотрудников ОВД при несении службы в условиях пандемии. Точность вероятности прогноза формирования психической травматизации у сотрудников ОВД составила 91,6%.

Заключение. На основании полученных данных возможна разработка дифференцированных профилактических и реабилитационных мероприятий сотрудникам ОВД в условиях режима повышенной готовности. Рассмотренный метод может быть использован при проведении плановых психопрофилактических осмотров сотрудников ОВД в Центрах психического здоровья Медико-санитарных частей МВД России для прогноза формирования психической травматизации.

Ключевые слова: психическая адаптация, тревожность, психологическая диагностика, полицейский, логистическая регрессия, пандемия COVID-19.

✉ Жернов Сергей Вячеславович – нач. отд. кадров, Центр. медико-санитарная часть МВД России (Россия, 123060, Москва, ул. Расплетина, д. 26), ORCID: 0000-0002-6250-9123, e-mail: sergern@rambler.ru;

Елена Геннадьевна Ичитовкина, д-р мед. наук доц., гл. психиатр МВД России, Упр. мед. обеспечения Департамента тыла и мед. обеспечения МВД России (Россия, 123060, Москва, ул. Расплетина, д. 26), ORCID: 0000-0001-8876-6690, e-mail: elena.ichitovckina@yandex.ru;

Соловьев Андрей Горгоньевич – д-р мед. наук проф., зав. каф. психиатрии и клинич. психологии, Северный гос. мед. ун-т (Россия, 163000, г. Архангельск, Троицкий пр., д. 51), ORCID: 0000-0002-0350-1359, e-mail: ASoloviev1@yandex.ru

Введение

Служебная деятельность сотрудников органов внутренних дел (ОВД) России относится к числу профессий особого риска и связана с воздействием стрессовых факторов и высоким уровнем психического напряжения как при выполнении оперативно-служебных задач в особых условиях, так и в местах постоянной дислокации [3].

В 2020 г. Всемирная организация здравоохранения объявила вспышку новой коронавирусной инфекции COVID-19 пандемией. На основании Указа Президента России от 2 апреля 2020 г. № 239 «О мерах по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения на территории Российской Федерации в связи с распространением новой коронавирусной инфекции COVID-2019», в соответствии с подпунктом «б» статьи 4.1 Федерального закона РФ от 21.12.1994 № 68-ФЗ «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера», органы управления Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций (ЧС) в России начали функционировать в режиме повышенной готовности (РПГ) из-за угрозы ее возникновения.

Пандемия COVID-19 явилась глобальным травматическим стрессором с риском формирования психопатологической симптоматики у значительной части населения, а для сотрудников ОВД, широко привлекавшихся к проведению противоэпидемических мероприятий для охраны общественного порядка и безопасности граждан, – ситуацией экстремального характера [5]. В связи с особенностями служебной деятельности для сотрудников ОВД, продолжавших выполнять профессиональные обязанности, пандемия COVID-19 явилась причиной формирования негативных психоэмоциональных состояний [4]. Так, среди 77 211 сотрудников ОВД, перенесших COVID-19 в 2021 г., в психолого-психиатрической помощи нуждались 26 887 человек (34,8%), а 4256 (5,7%) – в психиатрическом лечении [6].

В нормативной правовой базе МВД России не предусмотрено проведение пси-

хологической поддержки и медико-психологической реабилитации сотрудникам ОВД, имеющим признаки психической травматизации, причиной которых являлась служба в местах постоянной дислокации. Комплексная характеристика различных видов психической травматизации и оценка факторов, детерминирующих ее возникновение у сотрудников ОВД в условиях РПГ, связанного с угрозой возникновения ЧС биологического характера, разработана не достаточно. Важным является вопрос прогнозирования риска формирования психической травматизации у сотрудников ОВД в период эпидемий и пандемий для своевременного проведения с данным контингентом психопрофилактической и реабилитационной работы [2].

Цель – разработка алгоритма прогнозирования вероятности развития психической травматизации сотрудников ОВД в период действия РПГ, связанного с угрозой возникновения ЧС в период пандемии COVID-19, с использованием многомерного математического моделирования на основе оценки факторов риска.

Материал и методы

Путем экспериментально-психологического обследования и дистанционного анкетирования в 2020 г. обследовали 371 сотрудника Главного управления МВД России по г. Москве, средний возраст – $(32,3 \pm 1,3)$ года. Респондентам провели диагностику наличия признаков психической травматизации согласно критериям, утвержденным распоряжением Центральной медико-санитарной части (МСЧ) МВД России № 1/11 ЦЧ от 11.12.2016 г.:

– показателей шкалы «нервно-психическая адаптация» И.Н. Гурвича – 11 баллов и более [1];

– тревожности по опроснику личностной и ситуативной тревожности Спилбергера–Ханина – 30 баллов и более [1];

– начальных алкогольных проявлений по тесту Мичиганского университета (Michigan Alcohol Screening Test, MAST) – 4 балла [7];

– субъективной оценки психического состояния сотрудников ОВД, социальных характеристик, профиля профессиональной деятельности и степени вовлечения в заболевание, в период несения службы в условиях РПП, обусловленного пандемией COVID-19 – 5 баллов и более.

Обследованные сотрудники ОВД были подразделены на три группы по критерию вовлечения в заболевание:

– 1-я – 127 полицейских в возрасте ($33,3 \pm 1,1$) года и стаже службы – ($6,1 \pm 1,3$) года, имевшие положительный результат тестирования и клинические проявления заболевания COVID-19, протекавшего в формах легкой и средней степени тяжести, и проходившие стационарное и амбулаторное лечение за период с 10.04.2020 г. по 9.06.2020 г. (период ограничительных мер и самоизоляции, объявленный Постановлением Главного государственного санитарного врача России от 30.03.2020 № 9 «О дополнительных мерах по недопущению распространения COVID-2019» в связи с пандемией COVID-19);

– 2-я – 118 полицейских в возрасте ($30,9 \pm 1,5$) лет и стаже службы ($5,6 \pm 1,9$) года – здоровые лица, не имевшие клинических проявлений COVID-19, но освобожденные от служебных обязанностей, как контактные с заболевшими;

– 3-я – 126 здоровых полицейских в возрасте ($32,4 \pm 1,5$) лет и стаже службы ($7,1 \pm 1,9$) года, выполнявшие служебные обязанности в условиях регулярных контактов с большим потоком граждан, не имевшие проявлений заболевания, не отстраненные от службы в связи с противоэпидемическими мероприятиями и по качественному составу максимально приближенные к 1-й и 2-й группам.

Статистическую обработку результатов осуществляли с помощью программы EpiInfo (2007), при статистической мощности исследования 80%. Полученные эмпирические данные обрабатывали с помощью пакета прикладных программ SPSS Statistics 22.0. Применяли методы вариационной статистики с вычислением среднего значения, доверительных интервалов, определения вероятности ошибки. Поиск взаимосвязей

между двумя качественными данными осуществляли с помощью критерия Стьюдента для несвязанных выборок. В тексте данные представлены в виде средней арифметической величины и ее ошибки ($M \pm m$). Для определения влияния социальных факторов на формирование психической травматизации использовали метод ранговых корреляций Спирмена. Для построения уравнения прогноза применяли логистический регрессионный анализ.

Проведение исследования одобрено этическим комитетом Северного государственного медицинского университета (г. Архангельск). От всех респондентов получено информированное добровольное согласие на проведение исследования.

Результаты и их анализ

По результатам анкетирования и психологического обследования у 125 (33,7%) сотрудников не обнаруживалось признаков отклонений в состоянии психического здоровья, 246 (66,3%) сотрудников имели признаки психической травматизации, связанной с несением службы в условиях пандемии COVID-19.

Согласно проведенному корреляционному анализу Спирмена, наиболее значимыми группами факторов, оказывающими влияние на формирование психической травматизации у всех сотрудников ОВД в условиях РПП, являлись: профессиональные, социальные, психологические факторы и степень вовлечения в заболевание (табл. 1). Как правило, выявлены слабые статистически значимые корреляционные связи.

Анализ экспериментально-психологического обследования показал, что средние параметры по шкалам опросника Спилбергера–Ханина указывали на отсутствие признаков клинического невротического состояния у всех обследованных полицейских. У сотрудников ОВД 1-й группы ситуативная тревожность оказалась существенно ($p \leq 0,05$) выше, чем у респондентов 2-й группы, что нередко было связано с сомнениями, касающимися возможностью тяжелых

Таблица 1

Ранговые корреляции Спирмена факторов, оказывающих влияние на формирование психической травматизации обследованных сотрудников ОВД

Ранговая корреляция	Фактор
Профессиональный	
$r = 0,195; p \leq 0,05$	Служба в тыловых подразделениях и образовательных организациях системы МВД России
$r = 0,223; p \leq 0,005$	Стаж службы от 3 до 10 лет
$r = 0,321; p \leq 0,001$	Специальные звания – старший начальствующий состав
$r = 0,211; p \leq 0,001$	Специальные звания – средний начальствующий состав
$r = 0,212; p \leq 0,001$	Деструктивные отношения с руководителем
$r = -0,248; p \leq 0,001$	Недостаточная финансовая мотивация
Социальный	
$r = 0,436; p \leq 0,001$	Возраст старше 40 лет
$r = 0,433; p \leq 0,001$	Наличие детей
$r = 0,262; p \leq 0,002$	Высшее образование
Психологический	
$r = 0,217; p \leq 0,005$	Личностная тревожность
$r = 0,2671; p \leq 0,001$	Ситуативная тревожность
$r = 0,211; p \leq 0,001$	Низкий уровень психической адаптации
$r = 0,222; p \leq 0,001$	Повышенная частота употребления алкоголя
Степень вовлечения в заболевание	
$r = 0,211; p \leq 0,001$	Контактные с заболевшими, находящиеся на самоизоляции по эпидемиологическим показаниям

осложнений болезни. Личностная тревожность у респондентов всех трех групп не имела статистически значимых различий, что отражало отсутствие пессимистического прогнозирования последствий, связанных с пандемией COVID-19. Результаты теста «Нервно-психическая адаптация» свидетельствовали об оптимальных адаптационных процессах у всех обследованных респондентов, при этом показатели шкал теста были достоверно ($p \leq 0,05$) выше в 1-й группе, отражая наличие астении на фоне течения инфекционного заболевания (табл. 2).

У респондентов 1-й группы, по данным теста MAST, отсутствовала потребность снимать эмоциональное напряжение с помощью алкогольных напитков, и у них не возникало социальных, профессиональных и семейных проблем, связанных с употреблением алкоголя в отличие от полицейских 2-й группы (см. табл. 2). У некоторой части полицейских этой группы отмечалась потребность улучшить свое психическое состояние с помощью употребления алкоголя. В условиях домашней самоизоляции у них снизилась привычная социальная

Таблица 2

Результаты экспериментально-психологического исследования сотрудников ОВД в период пандемии COVID-19, (M ± m) балл

Показатель	Группа			$p < 0,05$
	1-я	2-я	3-я	
Ситуативная тревожность по тесту Спилбергера-Ханина	$32,8 \pm 1,2$	$27,5 \pm 1,8$	$29,8 \pm 1,8$	1-2; 1-3
Личностная тревожность по тесту Спилбергера-Ханина	$30,7 \pm 2,4$	$27,4 \pm 1,7$	$30,1 \pm 1,7$	1-2; 2-3
Нервно-психическая адаптация по тесту А.Н. Гурвича	$3,7 \pm 0,1$	$2,0 \pm 0,1$	$2,5 \pm 1,4$	1-2; 1-3
Начальные алкогольные проявления по тесту MAST	$2,1 \pm 0,8$	$2,8 \pm 1,3$	$1,3 \pm 0,9$	1-3; 2-3

и общественная активность и имели место алкоголь-ассоциированные семейные конфликты, что подтверждается межгрупповыми различиями MAST теста (см. табл. 2). Респонденты 3-й группы отмечали усиление напряженности и сложности профессиональных обязанностей во время проведения противоэпидемических мероприятий, хотя по данным MAST теста у них не определялось наличия признаков психосоциальных проблем и наличия чрезмерного употребления алкоголя. Тем не менее, во всех исследованных группах выявлялись сотрудники, признававшие, что в период пандемии значительно чаще стали употреблять алкогольные напитки (18 % – в 1-й группе, 59 % – во 2-й, 37 % – в 3-й).

Поиск взаимосвязей риска формирования психической травматизации в условиях службы в условиях пандемии COVID-19 проводился с помощью логистического регрессионного анализа (РПТ = $1/(1+e^{-z})$). Было построено уравнение, позволяющее прогнозировать риск формирования психической травматизации сотрудников при несении службы в условиях пандемии по оценке факторов, определявшихся с помощью экспериментально-психологического тестирования. При построении уравнения использовалась дихотомическая переменная, показывающая два возможных значения. Вероятность риска возникновения психической травматизации у сотрудников ОВД могла принимать значения от 0 (событие не возможно) до 1 (достоверное возникновение).

Уравнение прогнозирования риска формирования психической травматизации в условиях несения службы в ситуации пандемии имело следующий вид:

$$\text{РПТ} = -21,352 - 1,986 \cdot Z + 0,399 \cdot \text{НПА} + 0,205 \cdot \text{ЛТ} + 0,439 \cdot \text{СТ} + 2,202 \cdot \text{Д} + 1,109 \cdot \text{А},$$

где: Z – заболевание сотрудника COVID-19 (1 – наличие признака, 0 – отсутствие признака);

Д – наличие детей (1 – наличие признака, 0 – отсутствие признака);

СТ – ситуационная тревожность, балл;

ЛТ – личностная тревожность, балл;

НПА – нервно-психическая адаптация, балл;

А – наличие социальных, профессиональных и семейных проблем, связанных со злоупотреблением алкоголем, балл.

Если РПТ составлял менее 0,5, то риск формирования психической травматизации оценивается низким, если более 0,5 – высоким. Все коэффициенты уравнения значимы на уровне 95 % ($p\text{-level} < 0,05$). Точность вероятности прогноза формирования психической травматизации у сотрудников ОВД составила 91,6%, что является достаточным для сконструированной модели. Использование предложенной модели позволяет определять величину вероятности формирования психической травматизации по наличию социально-психологических факторов риска ее формирования.

Заключение

Сформированная логистическая модель с точкой разделения 0,5 позволила распределить сотрудников ОВД в зависимости от степени вовлечения в заболевание COVID-19. Уровень достоверности модели составил 95 %, точность правильного прогноза формирования психической травматизации – 91,6 %.

На основании полученных данных возможна разработка дифференцированных профилактических и реабилитационных мероприятий сотрудникам ОВД в условиях риска формирования психической травматизации. Рассмотренный метод может быть рекомендован при проведении плановых психопрофилактических осмотров сотрудников ОВД в Центрах психического здоровья МВД России для прогноза формирования психической травматизации.

Литература

1. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по психодиагностике. СПб., 2002. 528 с.
2. Жернов С.В., Ичитовкина Е.Г., Соловьев А.Г., Богдасаров Ю.В. Особенности формирования психологической травматизации у сотрудников органов внутренних дел в период пандемии COVID-19 // Психопедагогика в правоохранительных органах. 2020. Т. 25, № 4 (83). С. 410–414. DOI: 10.24411/1999-6241-2020-14006.
3. Ичитовкина Е.Г., Злоказова М.В., Соловьев А.Г. Влияние личностных и психосоциальных характеристик на развитие пограничных психических расстройств у комбатантов министерства внутренних дел // Вестн. психотерапии. 2011. № 37 (42). С. 56–68.
4. Корехова М. В., Соловьев А. Г., Новикова И. А. Психическая дезадаптация специалистов в экстремальных условиях деятельности: монография. Архангельск: Сев. гос. мед. ун-т, 2014. 139 с.
5. Падун М.А. Риски психической травматизации медицинских работников во время пандемии COVID-19 // Ин-т психологии Рос. акад. наук. Соц. и экономич. психология. 2020. Т. 5, № 2 (18). С. 309–329. DOI: 10.38098/irpan.sep.2020.18.2.011.
6. Сидоренко В. А., Сухоруков А. Л., Ичитовкина Е. Г., Богдасаров Ю. В. Эпидемиология COVID-19 среди сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации // Мед. вестн. МБД. 2020. Т. 108, № 5 (108). С. 2–5. DOI: 10.25016/2541-7487-2020-0-4-27-113.
7. Michigan Alcohol Screening Test [Электронный ресурс]. URL: <https://sodalitas.lt/ru/testirovanie-alkogolizm-mast/>.

Поступила 15.03.2022 г.

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

Участие авторов: С.В. Жернов – анализ и интерпретация данных, подготовка первого варианта статьи, поиск и анализ литературных данных; Е.Г. Ичитовкина – участие в разработке концепции и дизайна исследования, статистический анализ результатов; А.Г. Соловьев – участие в разработке концепции исследования, утверждение рукописи статьи, структурирование материала, транслитерация списка литературы и аннотации.

Для цитирования. Жернов С.В., Ичитовкина Е.Г., Соловьев А.Г. Прогнозирование риска формирования психической травматизации у сотрудников органов внутренних дел в период пандемии COVID-19 // Вестник психотерапии. 2022. № 81. С. 72–78. DOI: 10.25016/2782-652X-2022-0-81-72-78

S.V. Zhernov^{1, 2}, E.G. Ichitovkina³, A.G. Soloviev¹

FORECASTING THE MENTAL TRAUMATIZATION RISK AMONG LAW ENFORCEMENT OFFICERS DURING THE COVID-19 PANDEMIC

¹ Northern State Medical University (51, Troitskiy Ave., Arkhangelsk, 163000, Russia);

² Central Medical and Sanitary Unit, Ministry of Internal Affairs of Russia
(26, Raspletin Str., 26, Moscow, 123060, Russia);

³ Department of Medical Support, Department of Rear and Medical Support, Ministry of Internal Affairs of Russia (26, Raspletin Str., Moscow, 123060, Russia)

✉ Sergey Vyacheslavovich Zhernov – Head of the Personnel Department of the Federal Medical Institution “Central Medical and Sanitary Unit of the Ministry of Internal Affairs of Russia, (26, Raspletina Str., Moscow, 123060, Russia), ORCID: 0000-0002-6250-9123, e-mail: sergern@rambler.ru;

Elena Gennadievna Ichitovkina – Dr. Med. Sci. Associate Prof., Chief psychiatrist, Ministry of Internal Affairs of Russia (26, Raspletina Str., Moscow, 123060, Russia), ORCID: 0000-0001-8876-6690, e-mail: elena.ichitovckina@yandex.ru;

Andrey Gorgonievich Soloviev – Dr. Med. Sci., Prof., Head Department of Psychiatry and Clinical Psychology, Northern State Medical University (51, Troitskiy Ave., Arkhangelsk, 163000, Russia), ORCID: 0000-0002-0350-1359, e-mail: ASoloviev1@yandex.ru

Abstract

Relevance. The COVID-19 pandemic is a global stress factor associated with psycho-pathological symptoms in many people, including police officers performing their professional duties in this

extreme situation. For timely prevention of mental disorders and rehabilitation activities, it is important to predict risks of mental traumatization.

Intention – To develop an algorithm for predicting mental traumatization risks in employees of Internal Affairs Bodies (IAB) during the high alert period (HAP) due to potential emergency associated with the COVID-19 pandemic.

Methodology. Multidimensional mathematical modeling was used based on the mental traumatization factors assessed via experimental psychological examination and remote questioning. In 2020, 371 employees of the Main Directorate, Ministry of Internal Affairs of Russia in Moscow were examined. All the examined employees were divided into three groups according to their involvement in disease.

Results and Discussion. It is shown that the mental traumatization during the COVID-19 pandemic is influenced by professional, social and psychological factors, taking into account the involvement-in-disease criterion. Using the logistic regression, an equation was constructed for predicting mental traumatization risks associated with professional activities during the pandemic in police officers. The accuracy of predictions was 91.6 %.

Conclusion. Based on the data obtained, it is possible to develop differentiated preventive and rehabilitation measures for IAB employees in HAP conditions. The method can be used during routine psycho-prevention examinations of police officers in the Mental Health Centers of the Medical and Sanitary units, Ministry of Internal Affairs of Russia to predict the mental traumatization.

Keywords: mental adaptation, anxiety, psychological diagnostics, police officer, logistic regression, COVID-19 pandemic.

References

1. Burlachuk L.F., Morozov S.M. Slovar'-spravochnik po psikhodiagnostike [Dictionary of psychodiagnostics]. Sankt-Peterburg. 2002. 528 p. (In Russ.)
2. Zhernov S.V., Ichtovkina E.G., Solov'ev A.G., Bogdasarov YU.V. Osobennosti formirovaniya psihologicheskoy travmatizatsii u sotrudnikov organov vnutrennih del v period pandemii COVID-19 [Peculiarities of Forming Psychological Traumatization in Law Enforcement Officers during COVID-19 Pandemia]. *Psihopedagogika v pravoohranitel'nykh organakh* [Psychopedagogy in Law Enforcement.]. 2020;25(4):410–414. DOI: 10. 24411/1999-6241-2020-14006 (In Russ.)
3. Ichtovkina E.G., Zlokazova M.V., Solov'ev A.G. Vliyanie lichnostnykh i psihosotsial'nykh harakteristik na razvitie pogranychnykh psikhicheskikh rasstrojstv u kombatanov ministerstva vnutrennih del [Effects of personal and psychosocial characteristics on a progress of borderline mental disorders in combatants of the Ministry of Internal Affairs]. *Vestnik psihoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2011;(37):56–68. (In Russ.)
4. Korekhova, M.V., Soloviev A.G., Novikova I.A. Psikhicheskaya dezadaptatsiya spetsialistov v ekstremalnykh usloviyakh deyatelnosti: monografiya [Mental maladaptation of specialists in extreme activity conditions: monograph]. Arkhangelsk. 2014. 139 p. (In Russ.)
5. Padun M.A. Riski psikhicheskoi travmatizatsii imeditsinskikh rabotnikov vo vremya pandemii COVID-19 [Risks of mental traumatization of medical workers during the COVID-19 pandemic]. *Institut psikhologii Rossiiskoi akademii nauk. Sotsial'naya i ekonomicheskaya psikhologiya* [Institute of psychology Russian Academy of Sciences. Social and economic psychology]. 2020;5(2):309–329. DOI: 10.38098/ipran.sep.2020.18.2.011 (In Russ.)
6. Sidorenko V., Sukhorukov A., Ichtovkina Ye., Bogdasarov Yu. Epidemiologiya COVID-19 sredi sotrudnikov organov vnutrennikh del Rossiiskoi Federatsii [The epidemiology of COVID-19 among the of officers of internal affairs agencies of the Russian Federation]. *Meditinskiy ivestnik MVD* [MIA Medical Bulletin]. 2020;(5):2–5. (In Russ.)
7. Michigan Alcohol Screening Test. [Electronic resource]. URL: <https://sodalitas.lt/ru/testirovanie-alkogolizmmast>.

Received 15.03.2022

For citing. Zhernov S.V., Ichtovkina E.G., Soloviev A.G. Prognozirovanie riska formirovaniya psikhicheskoi travmatizatsii u sotrudnikov organov vnutrennikh del v period pandemii COVID-19. *Vestnik psihoterapii*. 2022;(81):72–78. (In Russ.)

Zhernov S.V., Ichtovkina E.G., Solovyov A.G. Forecasting the mental traumatization risk among law enforcement officers during the COVID-19 pandemic. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2022;(81):72–78. DOI: 10.25016/2782-652X-2022-0-81-72-78

Е.В. Морозова¹, С.С. Алексанин², В.Ю. Рыбников²

РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛИЧНОСТИ В УСЛОВИЯХ ИНВАЛИДИЗАЦИИ: МЕТОДИКА ОЦЕНКИ

¹ Федеральное бюро медико-социальной экспертизы (Россия, Москва, ул. Ивана Сусанина, д. 3);

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

Актуальность. При наличии инвалидизирующего заболевания активность пациента должна быть направлена не только на функциональное восстановление организма, но и социальное восстановление целью которого является адаптация и социальная интеграция человека в общество. Достижение социальной адаптации и интеграции возможно лишь при направленности личности на социальное функционирование, вместе с тем не каждый больной нацелен на активность и участие в жизнедеятельности, что выявляется в ходе медико-социальной экспертизы пациентов. Данная проблема обусловила актуальность ее концептуального обобщения в рамках разработанной нами теоретико-прикладной концепции реабилитационной приверженности личности в условиях инвалидизации.

Цель – разработка опросника оценки реабилитационной приверженности личности (ОРПЛ) в условиях инвалидизации, отвечающего требованиям валидности, надежности, дифференцированности и практичности.

Методология. В исследовании участвовало 624 пациента с различными инвалидизирующими заболеваниями и 32 эксперта (врачи по медико-социальной экспертизе, врачи-специалисты, психологи). На первом этапе исследования был разработан опросник, включающий 10 вопросов, для оценки сформированности реабилитационной приверженности личности. На втором этапе исследования проведена проверка опросника на валидность, надежность, дифференцированность и практичность. На третьем этапе проведена апробация опросника на пациентах с основными инвалидизирующими патологиями.

Результаты и их обсуждение. Надежный и валидный опросник для оценки приверженности личности к реабилитации был апробирован на больных с тяжелой инвалидизирующей патологией включал интегральный показатель и две шкалы: психологическую приверженность личности к реабилитации (пять вопросов); активность и участие в социальном функционировании (пять вопросов). При обследовании в группе больных с тяжелой инвалидизирующей патологией выявлены особенности реабилитационной приверженности и сниженный уровень активности и участия в социальном функционировании. Полученные результаты помогут организовать более эффективную реабилитацию.

✉ Морозова Елена Валерьевна – канд. психол. наук, руководитель науч.-метод. центра по комплексной реабилитации, зам. руководителя, Федер. центра науч.-метод. и методол. обеспечения развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов, Федер. бюро мед.-соц. экспертизы (Россия, 127486, Москва, ул. Ивана Сусанина, д. 3), e-mail: elvamorozova@yandex.ru;

Алексанин Сергей Сергеевич – д-р мед. наук проф., чл.-кор. РАН, директор, Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2), e-mail: medicine@nrcerm.ru;

Рыбников Виктор Юрьевич – д-р мед. наук, д-р психол. наук проф., зам. директора по науч., учеб. работе, медицине катастроф, Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2), ORCID 0000-0001-5527-9342, e-mail: rvikirina@mail.ru

Заключение. Опросник может использоваться в ходе медико-социальной экспертизы для диагностики вовлеченности личности в социальное функционирование, а также применяться для планирования реабилитационных мероприятий в сфере здравоохранения и социальной защиты инвалидов с целью оценки реабилитационной приверженности личности в условиях инвалидизации.

Ключевые слова: клиническая психология, психологическая диагностика, стандартизация теста, опросник, валидность, дифференцированность, надежность, оценка, реабилитационная приверженность личности.

Введение

Проблема оценки приверженности больных к лечению в науке и практике решена посредством апробированных на различных категориях пациентов методик и опросников, которые успешно применяются в медицинских и психологических исследованиях [5–7, 11, 15, 16].

Однако все известные диагностические средства выявляют направленность пациента на соблюдение врачебных рекомендаций по лечению, а также за редким исключением на изменение образа жизни (вредных привычек, диеты и др.), не охватывая и не учитывая широкий контекст проблемы личности в условиях инвалидизации, перед которой стоит задача активности и участия в социальном восстановлении [14].

В соответствии с Федеральным законом от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» целью реабилитации является адаптация и интеграция в социум, в связи с чем законом определены основные направления реабилитации, включая социальную реабилитацию в структуру которой входит (социально-средовая, социально-бытовая, социально-психологическая, социально-педагогическая реабилитация).

С учетом актуальности развития и совершенствования комплексной системы реабилитации инвалидов, представленной в Распоряжении Правительства России от 18 декабря 2021 г. № 3711-р «Об утверждении Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года», непосредственно обращенной к личности пациента, разработана и опубликована теоретико-прикладная концепция

реабилитационной приверженности личности (далее РПЛ) в условиях инвалидизации [13]. Концептуализация проблемы реабилитационной приверженности личности произведена с учетом методологии оценки инвалидности, изложенной в Приказе Минтруда России от 27.08.2019 г. № 585н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» и учитывающей помимо функциональных нарушений организма способность к самостоятельной жизнедеятельности в основных ее сферах (и ограничения, обусловленные инвалидизирующей патологией).

За базовое понятие РПЛ нами было принято следующее определение: реабилитационная приверженность личности в условиях инвалидизации является интегративным ресурсно-преодолевающим свойством, которое отражает направленность личности на реабилитацию, активность и участие в социальном функционировании в различных сферах жизнедеятельности (в быту, в социальной среде, межличностных отношениях, профессиональной и социокультурной самореализации, а также здоровьесберегающей деятельности). Также концепция раскрывает принципы ее построения, структурно-функциональную модель РПЛ, которая имеет уровни, этапы, функции и отражает основные психологические механизмы ее формирования [13].

Для изучения РПЛ в условиях инвалидизации возникла практическая потребность в разработке методики (опросника) для ее оценки в контексте выявления психологической направленности на реабилитацию, а также вовлеченности личности в социальное функционирование.

Личностный фактор играет важную роль в достижении положительных исходов реабилитации [10, 16].

В медицинской психологии накоплен достаточно обширный комплекс тестов, опросников, методик, шкал, выявляющих различные личностные характеристики, влияющие на адаптацию больного (например, механизмы психологической защиты личности, отношение больного к болезни, восприятие больным социально-психологических последствий заболевания, оценку мотивационной направленности, структуры идентичности и самооценки, копингов, локуса контроля, приверженности и комплаентности больного к лечению и др.) [4, 9, 14, 17].

При этом среди широкого диапазона диагностических средств для изучения личности в условиях болезни отсутствует инструментарий, позволяющий оценить РПЛ с позиций вовлеченности больного в процесс социального восстановления и психологической направленности личности на данное восстановление, для прогнозирования таким образом его социального поведения (активности и участия в реализации различных сфер жизнедеятельности). Потребность в таком диагностическом средстве определяется необходимостью эффективного планирования и реализации реабилитационных воздействий на всех этапах инвалидизации больного, что соотносится с отечественными подходами к оценке инвалидности с учетом личностных особенностей и с международными подходами к оценке ограничений социального функционирования человека, с учетом фактора личности [12].

Также критичным является то, что, как правило, имеющийся психологический инструментарий, трудозатратен для больных, как в плане времени, так и в плане когнитивной нагрузки. С учетом этого, для практики целесообразно было бы иметь лаконичный, при этом информативный диагностический инструмент для оперативной оценки психологического настроения пациента к реализации реабилитационного процесса

(например, как скрининговый опросник для применения в условиях медико-экспертного освидетельствования для разработки индивидуальной программы реабилитации инвалида, либо в звене здравоохранения или социальной защиты населения при поступлении больного для прохождения реабилитационного курса).

Учитывая многозадачность реабилитационного процесса, полностью охватывающего в целом жизнеустройство больного, подобный диагностический инструмент позволил бы специалистам получать конкретную фактологию (не только в качественном, но и в количественном выражении) имеющихся психологических и социальных «эффектов» дезадаптации и «дефицитов» активности в основных сферах жизнедеятельности, требующих восполнения.

Данные обстоятельства обосновывают необходимость разработки опросника для оценки РПЛ в условиях инвалидизации. При этом под инвалидизацией личности понимается наличие инвалидизирующего заболевания, при котором больной может обращаться в государственное учреждение медико-социальной экспертизы по вопросу установления инвалидности и по результатам медико-социальной экспертизы может быть установлен статус «инвалид» (в рамках I–III группы инвалидности, и также объективизированы ограничения жизнедеятельности I–III степени тяжести, затрудняющие социальное функционирование человека, что обуславливает потребность в реабилитации для восстановления значимых социальных статусов) [24].

Цель – разработка опросника оценки реабилитационной приверженности личности (ОРПЛ) в условиях инвалидизации, отвечающего требованиям валидности, надежности, дифференцированности и практичности.

Материал и методы

Обследование проводили в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Федеральное бюро медико-социальной

экспертизы» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации (ФБМСЭ Минтруда России).

В обследовании приняли участие 656 человек, из них 32 эксперта (специалисты учреждений медико-социальной экспертизы) и 624 пациента клиники ФБМСЭ Минтруда России, из них 63 пациента обследовали в динамике.

Для апробации методики в плане оценки ее дифференцированности и конвергентной валидности использовались статистические методы и психологические диагностические средства, которые позволяли выявлять социально-психологические характеристики личности, способствующие активности и участию пациента в социальном функционировании, что позиционируется в рамках концепции РПЛ как реабилитационная приверженность личности [13].

В группу экспертов включили специалистов с большим (10 лет и более) опытом работы в области медико-социальной экспертизы, лечения и реабилитации больных и инвалидов. Это были врачи специалисты по медико-социальной экспертизе; врачи-специалисты: неврологи, терапевты, хирурги, онкологи, имеющие первую или высшую категорию; психологи и медицинские психологи службы медико-социальной экспертизы, включая кандидатов и докторов наук.

При подборе пациентов для исследования реабилитационной приверженности личности учитывали критерий сохранности психических функций, который означал, что все включенные в апробацию методики больные на этапе обследования были с сохранной критикой без выраженных и значительно выраженных интеллектуальных нарушений. Условно исследование выполнили в три этапа:

- разработка опросника ОРПЛ;
- проверка опросника на валидность, надежность, дифференцированность и практическую [1–3];
- апробация опросника.

В качестве методик исследования использовали метод независимых экспертных оценок, клиническую беседу,

статистический анализ с использованием программ Exell, Stastistika 6.0 с расчетом показателей информативности признаков, их ранговой значимости и корреляционной связи.

Результаты и их анализ

Первоначально, конструирование опросника предполагало определиться с его теоретической структурой и конкретными психологическими формулировками вопросов, соотносящихся с теоретическими основаниями разработки конструкта реабилитационной приверженности личности, находящейся в условиях инвалидизации. Исходя из методологических подходов, описанных ранее [13, 14], для операционализации категории «реабилитационная приверженность личности» нами выделены определенные психологические компоненты, которые на наш взгляд отражают психологическое отношение и направленность личности на реализацию реабилитационного процесса, включая реабилитационную компетентность для здоровьесбережения и социальную вовлеченность больного в различные сферы жизнедеятельности (табл. 1).

Опросник разрабатывался для целей выявления реабилитационной приверженности личности к социальному восстановлению. Принимая во внимание, что опросник нацелен на диагностику реабилитационной приверженности у больных, вследствие инвалидизирующих заболеваний, необходимо было учесть психологическую направленность больного не только на социальное восстановление, но и на повышение реабилитационной компетентности с целью организации здоровьесбережения (насколько это возможно в рамках имеющегося функционального снижения).

Исходя из методологических положений [1, 3, 18] и цели исследования, опросник сконструирован из двух шкал: 1-я шкала должна была выявить когнитивно-эмоциональные и мотивационные особенности личности, обосновывающие психологическую направленность больного

Таблица 1

Психологические характеристики личности, обеспечивающие ее психологическую направленность на реабилитацию и вовлеченность в социальное функционирование (активность и участие в жизнедеятельности)

Эмоционально-личностная характеристика	Психологическая интерпретация показателя
Психологическая направленность личности на реабилитацию (эмоционально-когнитивные и мотивационные компоненты реабилитационной приверженности)	
Когнитивный самонастрой	Направленность личности на эмоционально-когнитивное самовоздействие, позитивный настрой
Мотивационная направленность в будущее	Мотивация личности к постановке и реализации планов, целей, формирование образа будущего на ближайшую и дальнюю перспективу
Воля и ответственность за здоровье	Направленность личности на проявление волевых усилий по отношению к восстановлению и сохранению здоровья, вера в свои силы
Дисциплина в лечении	Направленность личности на «терапевтическое сотрудничество» веру во врачей и выполнение их рекомендаций (комплаенс)
Активность в повышении реабилитационной компетентности для обеспечения здоровьесбережения	Направленность личности на повышение реабилитационной компетентности, включая познавательную активность к ознакомлению с различными медицинскими и техническими новинками для восстановления здоровья и организации здоровьесбережения
Социально-поведенческие компоненты реабилитационной приверженности (социальная вовлеченность, приверженность личности к активности и участию в основных сферах жизнедеятельности)	
Профессиональная и образовательная самореализация	Направленность личности на активность и участие в сфере профессиональной и образовательной самореализации (учеба, работа)
Досуг и творческая самореализация	Направленность личности на активность и участие в сфере творческой самореализации в различных областях досуговой деятельности, искусства, спорта и др.
Культурная активность в социуме	Направленность личности на активность и участие, в социокультурной сфере (посещение различных культурно-досуговых мероприятий)
Самореализация в межличностных отношениях	Направленность личности на активность и участие и самореализацию в межличностных отношениях (общение с ближайшим окружением и с широким кругом социальных контактов)
Бытовое жизнеустройство	Направленность личности на активность и участие в сфере реализации бытового жизнеустройства и самообслуживания

на реабилитацию (включает 5 вопросов); 2-я шкала – активность и участие личности в социальном восстановлении, с учетом основных сфер жизнедеятельности, ограничения по которым формируют инвалидизацию (включает 5 вопросов). Суммарный показатель двух шкал оценивал общий уровень сформированности реабилитационной приверженности личности в условиях инвалидизации.

Предположили, что первый блок опросника должен характеризовать психологическую направленность личности на восстановление посредством эмоционально-когнитивной переработки и самовоздействия, мотивации к построению

планов на ближайшую и дальнюю перспективу; способности к проявлению волевых усилий по отношению к восстановлению и сохранению здоровья, веры в свои силы; комплаентному поведению (следованию рекомендациям врачей); а также познавательной активности в повышении реабилитационной компетентности для организации здоровьесбережения.

Второй (поведенческий) блок опросника может отражать социальную вовлеченность за счет приверженности личности к активному социальному восстановлению в различных сферах жизнедеятельности и характеризуется следующими проявлениями: активность и участие

в сфере профессиональной и образовательной самореализации (учеба, работа); творческой самореализации в различных областях досуговой деятельности, искусства, спорта и др.; активности в социокультурной сфере (участие в различных культурно-досуговых мероприятиях); в реализации межличностных отношений с семьей и ближайшим социальным окружением; а также активности в сфере реализации бытового жизнеустройства.

Эмпирическая часть разработки опросника ОРПЛ включала отбор и оценку информативности различных утверждений (признаков) экспертами. В качестве экспертов выступили врачи специалисты по медико-социальной экспертизе, специалисты по реабилитации, специалисты по социальной работе, психологи, медицинские психологи, работающие в системе учреждений медико-социальной экспертизы Минтруда России.

На основе анализа научных данных, теоретического конструкта (см. табл. 1) и пилотажного обследования для экспертной

оценки были разработаны утверждения, характеризующие РПЛ в условиях инвалидизации. В соответствии с мнением экспертов и клинической беседы с пациентами клиники ФБМСЭ Минтруда России данный перечень был доработан, уточнен и на его основе сформирован итоговый перечень из 20 утверждений, важных с точки зрения экспертов и пациентов для оценки РПЛ в условиях инвалидизации. Оценку значимости утверждений относительно понятия РПЛ проводили по 5-балльной шкале (0 баллов – «точно нет», 1 – «скорее нет», 2 – «затрудняюсь ответить», 3 – «пожалуй, да», 4 балла – «безусловно»). Эта шкала была понятна пациентам и одобрена экспертами [17].

Оценку информативности утверждений относительно РПЛ в условиях инвалидизации проводили на основе определения их ранговой значимости по частоте встречаемости экспертных оценок. Из 20 исходных утверждений, характеризующих РПЛ в условиях инвалидизации, было отобрано 10 наиболее значимых. Необходимо отметить,

Таблица 2

Степень значимости утверждений для оценки РПЛ в условиях инвалидизации по данным экспертных оценок специалистов ФБМСЭ Минтруда России

Утверждение, характеризующее РПЛ в условиях инвалидизации		Балл	Ранг
1	Несмотря на болезнь, я «не падаю духом», активно преодолеваю жизненные сложности	3,83	1-й
2	Несмотря на болезнь, я стараюсь планировать будущее (путешествия, изучение и освоение чего-то нового и др.)	3,75	2-й
3	При определенных усилиях с моей стороны, мое состояние здоровья улучшится	3,72	3-й
4	Я стараюсь придерживаться рекомендаций врачей в лечении для профилактики осложнений моего заболевания	3,68	4-й
5	Мне всегда интересна информация о новых технологиях лечения, технических средствах реабилитации и других возможностях восстановления, для того чтобы улучшить свою жизнедеятельность и здоровье	3,65	5-й
6	Несмотря на мое состояние здоровья, я стараюсь реализоваться в профессии (работаю и/или учусь)	3,61	6-й
7	Несмотря на мое состояние здоровья, стараюсь отвлечь себя интересными делами (творчество, хобби, музыка, ТВ, спорт, литература и др.)	3,58	7-й
8	Несмотря на мое состояние здоровья, стараюсь планировать культурный досуг посещая, кино, театр, музеи, выставки, лекции, кружки и др.)	3,56	8-й
9	Несмотря на мое состояние здоровья, стараюсь общаться с близкими и быть полезным семье	3,51	9-й
10	Несмотря на мое состояние здоровья, стараюсь обслуживать себя в быту самостоятельно	3,50	10-й

что значение весовых коэффициентов утверждений определялось расчетным путем как отношение средней значимости (балл) суммы экспертных оценок каждого из весовых коэффициентов к общей сумме интегральных оценок всех 20 исходных утверждений. Это позволило рассчитать ранговую значимость каждого из утверждений для использования в методике оценки РПЛ в условиях инвалидизации и отобрать 10 наиболее значимых или информативных, которые приведены в табл. 2.

Как видно из приведенных в табл. 2 данных, в перечень наиболее важных признаков вошло 10 утверждений, средний балл каждого из них был выше 3,50 баллов (при шкале оценок от 0 до 4, при максимально возможном значении сумм всех 20 исходных утверждений равно 80). Эти утверждения с учетом их ранговой значимости были включены в состав опросника ОРПЛ. Следовательно, в соответствии с изучаемым опросником явлением – реабилитационной приверженностью личности, конечный вариант опросника составил 10 вопросов (пунктов), отражающих психологическую направленность личности в условиях инвалидизации на реализацию реабилитационной деятельности (т. е. приверженность к реабилитации) и вовлеченность (активность и участие личности) в различные сферы социального функционирования.

Обработка опросника подразумевает традиционный психологический подход и качественно-количественный анализ получаемых в ходе обследования данных. Для обследования пациенту предлагается бланк опросника и инструкция: «Пожалуйста, прочтите предложенные утверждения и выберите к ним наиболее подходящий ответ».

Психологическая интерпретация показателей опросника ОРПЛ может рассматриваться в двух плоскостях, свидетельствующих о психологической направленности на реализацию реабилитационного процесса, личностно обеспечиваемой позитивным самонастроением, внутренним локусом контроля, верой в себя и собственную

самоэффективность, способностью к построению планов и перспектив будущего, направленностью на здоровьесберегающую деятельность. Также опросник выявляет актуальную на момент обследования направленность личности на активное участие в различных сферах социальных отношений, по сути характеризующих поведенческий компонент реализации реабилитационных стратегий и степень вовлеченности пациента в социальный контекст жизнедеятельности.

Анализ показателей опросника ОРПЛ можно рассматривать детально (качественно) по каждой характеристике и по количеству набранных баллов, соотносящихся с уровнем сформированности реабилитационной приверженности личности. Принцип количественной обработки данных заключается в оценке утверждений по возрастающей балльной шкале от «0» до «4» баллов, которые присваиваются последовательно от первого варианта ответа «точно нет» – 0 баллов; до последнего варианта «безусловно, да» – 4 балла. Два последних варианта ответов характеризуют реабилитационную приверженность, свидетельствующую о психологической активности и направленности больного на реализацию реабилитационного процесса и социальную вовлеченность. Сумма всех полученных баллов позволяет вычислить общий показатель уровня сформированности реабилитационной приверженности различной степени выраженности:

- 1) до 20 – отсутствие реабилитационной приверженности;
- 2) от 21 до 29 – низкая, неустойчивая реабилитационная приверженность;
- 3) от 30 до 35 – сформированная реабилитационная приверженность;
- 4) от 36 до 40 – высокая, устойчиво сформированная реабилитационная приверженность;

Также может быть посчитано суммарное значение баллов отдельно по двум шкалам методики, позволяющее отследить результат по различным блокам опросника (отдельно по психологической приверженности и по социальной вовлеченности).

Построение диаграммы полученных значений позволяет наглядно увидеть проблемные сферы и «дефициты» психологической направленности больного, которые являются «мишенями» психокоррекционного воздействия в процессе социально-психологической реабилитации, основной целью которой является повышение реабилитационной приверженности за счет активности и участия личности в жизнедеятельности для максимально возможной интеграции в социум, также при условии поддержания личностью деятельности по здоровьесбережению.

Для сравнения полученных показателей сформированности реабилитационной приверженности в исследовательских целях, сырые баллы можно перевести в проценты по следующей формуле [8]. Максимально возможное количество баллов, которое можно получить по данной методике – 40. Данный показатель – 40 баллов, принимается за 100 %. Далее берется среднее суммарное значение реабилитационной приверженности по группе (либо по отдельному больному), которое принимается за X%: $X (\%) = \frac{\text{среднее групповое значение РП (баллы)}}{100/40}$.

В соответствии с концепцией о реабилитационной приверженности личности и значимых ее характеристиках, а также, принимая во внимание результаты исследования и высокий уровень взаимосвязей показателей реабилитационной приверженности с функциональными и дисфункциональными личностными параметрами, можно констатировать что данный психологический конструкт является личностным реабилитационным ресурсом пациента, что может быть соотнесено с понятием реабилитационный потенциал, который по мнению многих авторов рассматривается как ресурс личностной адаптации [8]. Соответственно суммарный балл полученный по данному опроснику, переведенный в проценты, отражает процент реабилитационного потенциала и в соотношении со 100 % может отражать какой процент личностного реабилитационного потенциала у больного не задействован. По результатам апробации данного опросника и исследования

больных, ведущих инвалидизирующих патологий средние значения реабилитационной приверженности в группах с ее отсутствием и низким (неустойчивым) уровнем соответствуют 40–66 % реабилитационной приверженности.

В группе с высокой (устойчиво сформированной) реабилитационной приверженностью среднее значение показателя составило 92 %. Значение реабилитационной приверженности ниже 70 % является риском дезадаптации и означает, что по крайней мере 30 % личностного реабилитационного потенциала у больного не задействовано.

Второй этап исследования был посвящен проверке опросника на валидность, надежность, дифференцированность и практичность и его апробацию на выборках пациентов с ведущими инвалидизирующими заболеваниями.

Необходимо отметить, что при разработке тестов определяют различные типы валидности, наиболее важными из них, принято считать концептуальную (теоретическую) валидность и критериальную валидность (оценка измеряемого параметра свойства, сопоставленная с так называемым «внешним критерием», в качестве которого могут выступать экспертные оценки) [2, 18].

Концептуальная валидность ОРПЛ изложена ранее (см. табл. 1).

Для оценки критериальной валидности использовались результаты обследования опросником ОРПЛ 41 пациентов клиники ФБМСЭ Минтруда России и оценка у этих же пациентов экспертами итогового (уровень сформированности реабилитационной приверженности личности) и двух внутренних показателей (шкал) теста ОРПЛ.

Корреляция рангов по Спирмену показала достоверную корреляцию ранговых оценок результатов тестирования пациентов и оценок РПЛ экспертами, при значении коэффициента корреляции рангов Спирмена в равном 0,82 для интегрального показателя и 0,78–0,84 для двух шкал, что соответствовало уровню достоверности 0,01. Это подтверждает информативность, а точнее критериальную валидность ОРПЛ.

Корреляция рангов по Спирмену между двумя различными группами пациентов с различной инвалидизирующей патологией (болезни костно-мышечной системы ($n = 108$) и болезни системы кровообращения ($n = 103$)) также показала достоверную корреляцию ранговых оценок по критерию Спирмена, который был равен 0,76 для итогового показателя, что отражало достаточно тесную однонаправленную связь переменных теста ($p < 0,01$) и критериальную валидность методики.

Проверка опросника ОРПЛ на надежность определялась методом ретестовой проверки, на выборке пациентов клиники ФБМСЭ Минтруда России ($n = 63$). В ходе данного этапа апробации методики одним и тем же пациентам, двукратно проводилась диагностика с использованием опросника (ОРПЛ). Далее был проведен корреляционный анализ показателей теста, полученных в двух тестовых замерах с интервалом в 10–11 месяцев, проведенных в относительно одинаковых условиях, однако разными специалистами. Понимаем, что для ретестирования был принят довольно большой период времени. Следует указать, что с обследованными пациентами формирующих воздействий не проводилось, социальное положение, связанное

с инвалидностью оставалось стабильным, группа инвалидности у них не изменилась. Показатель коэффициента корреляции Пирсона для интегрального показателя и двух шкал составил в среднем $r = 0,81$ ($p < 0,01$), варьировал от 0,75 до 0,90. Это подтверждает высокую ретестовую надежность, устойчивость итогового показателя и показателей двух шкал опросника ОРПЛ.

Далее была выполнена оценка надежности как внутренней согласованности утверждений (пунктов) опросника с помощью коэффициента альфа-Кронбаха, определяющего синхронную надежность (внутреннюю согласованность) между пунктами методики [18]. Допустимый коэффициент в процессе проверки внутренней согласованности методики получен по каждому из 10 утверждений опросника, согласованность между которыми также подтверждена по критерию альфа-Кронбаха в целом [1, 18]. Значения коэффициента альфа-Кронбаха приведены в табл. 3 (обобщенный показатель альфа-Кронбаха – 0,922 при стандартизированным коэффициенте альфа-Кронбаха – 0,925).

Практичность и объективность опросника. Далее была оценена практичность и объективность теста ОРПЛ, под которой в психодиагностике понимается

Таблица 3

Результаты оценки надежности-согласованности пунктов методики ОРПЛ (по альфа-Кронбаху)

Оцениваемый параметр		Корреляция пункт-шкала в целом	Альфа, если удален пункт
1	Когнитивный самонастрой	0,759	0,911
2	Мотивационная направленность в будущее	0,766	0,910
3	Воля и ответственность за свое здоровье	0,796	0,909
4	Дисциплина в лечении	0,611	0,920
5	Активность в повышении реабилитационной компетентности для здоровьесбережения	0,741	0,912
6	Профессиональная/образовательная самореализация	0,728	0,915
7	Досуг и творческая самореализация	0,713	0,914
8	Культурная активность в социуме	0,788	0,909
9	Самореализация в межличностных отношениях	0,618	0,918
10	Реализация бытового жизнеустройства	0,616	0,918

простота использования на практике, в том числе при массовых обследованиях [4, 18]. Данная характеристика определяет соответствие затрат на внедрение методики и полученный от нее эффект. Практичность теста снижается при необходимости специальной подготовки обследуемых, использовании дорогостоящего оборудования, значительном времени для проведения обследования или обработки результатов.

Объективность теста – это строгая стандартизация условий его проведения и обработки результатов обследования (обстановки, организации обследования, инструкции, регистрации, анализа и интерпретации данных обследования). При этом многими авторами показано, что бланковые личностные опросники, являются практичными, не требуют специальной аппаратуры, кратковременны при сборе данных, просты в обработке и интерпретации результатов [4, 18].

Опрос экспертов и пациентов подтвердил удобство и практичность применения методики ОРПЛ, а также его объективность, что достигалось стандартизацией утверждений и ответов, четкостью инструкций по выполнению и обработке данных. Более 95 % экспертов и 86 % пациентов отметили это в ходе проведенного нами опроса.

Следовательно, в ходе исследования была разработана методика оценки реабилитационной приверженности личности в условиях инвалидизации, отвечающая требованиям надежности, валидности, дифференцированности и практичности.

Серия исследований была посвящена апробации методики ОРПЛ на больных в условиях инвалидизации вследствие основных инвалидирующих заболеваний. При этом необходимо отметить, что оценка взаимосвязи показателей опросника ОРПЛ с общепринятыми социально-демографическими данными (пол, возраст, уровень образования, семейный и социальный статус) показала наличие достоверных интеркорреляционных связей, однако, их теснота была не выраженной и находилась в интервале (0,32–0,45). Это указывает на то, что социально-демографические показатели детерминируют

уровень РПЛ, однако, выраженность этой детерминации достаточно слабая.

Далее предположили, что при различных нозологических формах инвалидизирующих заболеваний реабилитационная приверженность может различаться по уровню сформированности, что послужило основанием сравнения приверженности у пациентов с различными заболеваниями или их группами.

Предположение о том, что при каждой нозологической форме выявится специфичный уровень реабилитационной приверженности оправдалось не полностью. Полученные в исследовании показали, что реабилитационная приверженность в группах больных с различными заболеваниями преимущественно распределилась в диапазоне значений от 24 до 29 баллов из 40 возможных, что в процентном соотношении соответствовало диапазону (от 60,0 до 72,5 %) реабилитационного потенциала. Однако, реабилитационная приверженность у больных с сахарным диабетом 2-го типа, значительно отличалась в худшую сторону от остальной совокупности больных. Это свидетельствует о наибольших трудностях в формировании реабилитационной приверженности у больных диабетом 2-го типа, при уровне реабилитационной приверженности в 24 балла из 40 возможных (60 %), что статистически достоверно ($p < 0,01$) отличало эту группу по реабилитационной приверженности от остальных четырех групп больных (табл. 4).

Относительно данных больных сахарным диабетом 2-го типа в литературе неоднократно отмечен высокий риск их социальной дезадаптации, связанный с тяжестью инвалидирующих последствий при данном заболевании, которые также обуславливают психосоциальные эффекты дезадаптации, что также подтвердило наше исследование. В результате сравнительного анализа уровня реабилитационной приверженности в группах с различными заболеваниями можно констатировать, что в целом как личностная характеристика реабилитационная приверженность не обладает

Таблица 4

Уровень реабилитационной приверженности в группах пациентов с различными инвалидизирующими заболеваниями ($M \pm m$)

Группа заболеваний	Количество больных	Возраст, лет	Уровень сформированности реабилитационной приверженности	
			балл	%
Сахарный диабет 1-го типа	102	24,4 ± 1,1	29,0 ± 1,4	72,5 ± 2,9
Сахарный диабет 2-го типа	105	49,2 ± 1,3	24,0 ± 2,4	60,0 ± 3,1
Болезни костно-мышечной системы	108	47,4 ± 1,4	28,5 ± 1,5	71,25 ± 2,6
Болезни системы кровообращения	103	49,2 ± 1,6	28,0 ± 2,2	70,0 ± 2,3
Злокачественные новообразования	102	46,1 ± 1,8	29,0 ± 2,1	72,5 ± 2,5

выраженным нозоспецифическим отличием (т. е. не является резко различной по нозологическому признаку в исследованных группах, за исключением более низких значений приверженности в группе больных диабетом 2-го типа).

Следовательно, детерминирует степень формирования реабилитационной приверженности не само по себе заболевание, а возможно другие факторы (например, жизненная ситуация, личностные особенности, тяжесть инвалидизации, смена социального статуса на этапе медико-социальной экспертизы и др.), что определяет актуальность дальнейших исследований в этом направлении.

Заключение

Проведенная стандартизация опросника оценки реабилитационной приверженности личности в аспектах валидности, на-

дежности, дифференцированности и практичности его показателей выявило, что реабилитационная приверженность является интегративным психологическим конструктом, повышающим социально-психологический ресурс личности в условиях инвалидизации и противостоящим формированию дисфункционального личностного реагирования, что значимо с позиций возможности превентивной диагностики личностных рисков дезадаптации, а также реабилитации больных.

Полученные данные позволяют рекомендовать практическое применение опросника для оценки реабилитационной приверженности личности в целях повышения эффективности реабилитационных и медико-экспертных подходов к больным в условиях инвалидизации, что важно и при планировании реабилитационных мероприятий на основе полученных диагностических данных и при их реализации.

Литература

1. Анастаси А. Психологическое тестирование : [пер. с англ.] : в 2 кн. М. : Педагогика, 1982. Кн. 1. 318 с. ; Кн. 2. 295 с.
2. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии : [монография]. 3-е изд., перераб. и доп. М. : Практ. медицина, 2018. 693 с.
3. Гильбух Ю.З. Метод психологических тестов и пути его усовершенствования: автореф. дис. ... д-ра психол. наук. Тбилиси, 1982. 52 с.
4. Бурлачук Л.Ф. Психодиагностика: учеб. для вузов. Изд. 2-е, перераб. и доп. СПб. [и др.] : Питер, 2011. 384 с.
5. Кадыров, Р.В., Асриян О.Б., Ковальчук С.А. Опросник «Уровень комплаентности» : монография. Владивосток : Мор. гос.ун-т, 2014. 74 с.
6. Калашникова М.Ф., Бондарева И.Б., Лиходей Н.В. Приверженность лечению при сахарном диабете 2-го типа: определение понятия, современные методы оценки пациентами проводимого лечения // Леч. врач. 2015. № 3. С. 27–33.
7. Котельникова А.В., Кукшина А.А. Психодиагностические аспекты приверженности к лечению в процессе медицинской реабилитации // Вопр. курортологии, физиотерапии и лечеб. физ. культуры. 2016. Т. 93, № 3. С. 4–9. DOI: 10.17116/kurort201634-9.

8. Кулагина И.Ю., Сенкевич Л.В. Реабилитационный потенциал личности при различных хронических заболеваниях // Культурно-историческая психология. 2015. Т. 11, № 1, С. 50–60.
9. Лукина Ю.В., Кутищенко Н.П., Марцевич С.Ю., Драпкина О.М. Опросники и шкалы для оценки приверженности к лечению – преимущества и недостатки диагностического метода в научных исследованиях и реальной клинической практике // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2020. Т. 19, № 3. С. 232–239. DOI: 10.15829/1728-8800-2020-2562.
10. Лукьянова И.Е. Проблема активности личности и ее потенциала в процессе реабилитации // Сервис в России и за рубежом. 2009. № 3 (13). С. 72–77.
11. Марцевич С.Ю., Лукина Ю.В., Кутищенко Н.П. [и др.]. Оценка приверженности к лечению и факторов, влияющих на нее, у пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца при назначении никорандила // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2017. Т. 13, № 6. С. 776–786. DOI: 10.20996/1819-6446-2017-13-6-776-786.
12. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (полная версия) / под ред. Г.Д. Шостка, М.В. Коробова, А.В. Шаброва. СПб. : С.-Петербур. ин-т усоверш. врачей-экспертов, 2003. 342 с.
13. Морозова Е.В., Алексанин С.С. Концептуальный подход к разработке проблемы реабилитационной приверженности личности в условиях инвалидизирующего заболевания // Вестн. психотерапии. 2021. № 80 (85). С. 128–147.
14. Морозова Е.В. Новые диагностические подходы к оценке реабилитационной приверженности личности // Мед.-соц. пробл. инвалидности. 2020. № 1. С. 61–72.
15. Николаев Н.А., Скирденко Ю.П. Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25) // Клинич. фармакология и терапия. 2018. Т. 27, № 1. С. 74–78.
16. Рогачева Т.В. Личностные факторы, влияющие на результативность реабилитационного процесса // Инновационные технологии реабилитации: наука и практика : сб. ст. II междунар. конф. / под общ. ред. Г.Н. Пономаренко. Санкт-Петербург, 2019. С. 66–70.
17. Фофанова Т.В., Агеев Ф.Т., Смирнова М.Д. Отечественный опросник приверженности терапии: апробация и применение в амбулаторной практике // Системные гипертензии. 2014. № 2. С. 13–16.
18. Шмелев А.Г. Основы психодиагностики. Ростов/Д: Феникс, 1996. 544 с.

Поступила 11.02.2022 г.

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

Участие авторов: Е.В. Морозова – концепция и дизайн исследования, анализ и интерпретация литературных источников, создание первого варианта статьи; С.С. Алексанин, В.Ю. Рыбников – анализ и интерпретация данных, редакция окончательного варианта статьи.

Для цитирования. Морозова Е.В., Алексанин С.С., Рыбников В.Ю. Реабилитационная приверженность личности в условиях инвалидизации: методика оценки // Вестник психотерапии. 2022. № 81. С. 79–92. DOI: 10.25016/2782-652X-2022-0-81-79-92

E. V. Morozova¹, S. S. Aleksanin², V. Yu. Rybnikov²

PERSONALITY COMMITMENT TO REHABILITATION IN THE DISABLED PATIENTS: ASSESSMENT METHODOLOGY

¹ Federal Bureau of Medical and Social Expertise (3, Ivan Susanin Str., Moscow, 127486, Russia);

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

✉ Elena Valerievna Morozova – PhD Psychol. Sci., Head of the scientific and methodological center for comprehensive rehabilitation – Deputy Head of the Federal center for scientific, methodic and methodological support for the development of the system of comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled persons and children with disabilities, Federal Bureau of Medical and Social Expertise (3, Ivan Susanin Str., Moscow, 127486, Russia);

Sergey Sergeevich Aleksanin – Dr. Med. Sci. Prof., Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Director, Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (4/2, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: medicine@nrccrm.ru;

Viktor Jur'evich Rybnikov – Dr. Med. Sci., Dr. Psychol. Sci. Prof., Deputy Director (Science and Education, Emergency Medicine) of The Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (4/2, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia), ORCID 0000-0001-5527-9342, e-mail: medicine@nrccrm.ru

Abstract

Relevance. In the presence of a disabling disease, the patient's activity should be aimed not only at functional recovery of the organism, but also at social recovery for better adaptation and social integration. To achieve social adaptation and integration, social functioning should be restored. However, not every patient expects active participation in everyday life, which is revealed in the process of medical and social assessment. This problem necessitates conceptual generalization within the framework of the developed theoretical and applied concept of the rehabilitation commitment of the personality in the conditions of disability.

Intention. To develop valid, reliable, specific and efficient questionnaire for assessing personality commitment to rehabilitation (QPCR) in case of disabling conditions.

Methodology. The study involved 624 patients with various disabling conditions and 32 experts (medical and social expertise physicians, specialist physicians, and psychologists). At the first stage of the study, a questionnaire including 10 questions was developed to assess the formation of personality commitment to rehabilitation. At the second stage of the study, the questionnaire was tested for its validity, reliability, specificity and efficiency. At the third stage, the questionnaire was tested on patients with major disabling pathologies.

Results and Discussion. Reliable and valid questionnaire for assessment of personality commitment to rehabilitation was tested on patients with major disabling pathologies and included an integral index and the following two scales: psychological commitment of personality to rehabilitation (five questions); and activity and participation in social functioning (five questions). Tests in the group of patients with major disabling pathologies revealed specific features of rehabilitation commitment and reduced levels of activity and participation in social functioning. The results will help organize more effective rehabilitation.

Conclusion. The questionnaire can be used for medical and social expert evaluation of personality involvement in social functioning, as well as for planning rehabilitation measures in health care and social protection to assess personality commitment to rehabilitation in the disabled.

Keywords: clinical psychology, psychological diagnostics, standardization of the test, questionnaire, validity, differentiation, reliability, evaluation, personality commitment to rehabilitation.

References

1. Anastasi A. Psikhologicheskoe testirovanie [Psychological testing]. Moskva. 1982. Book 1. 318 p. Book 2. 295 p. (In Russ.)
2. Belova A.N. Shkaly, testy i oprosniki v nevrologii i neirokhirurgii [Scales, tests and questionnaires in neurology and neurosurgery]. Moskva. 2018. 693 p. (In Russ.)
3. Gil'bukh Yu.Z. Metod psikhologicheskikh testov i puti ego usovershenstvovaniya [Methodology of psychological tests and ways to improve it]: abstract dissertation Dr. Psychol. Sci. Tbilisi. 1982. 52 p. (In Russ.)
4. Burlachuk L.F. Psikhodiagnostika [Psychodiagnosics]. Sankt-Peterburg. 2011. 384 p. (In Russ.)
5. Kadyrov, R.V., Asriyan O.B., Koval'chuk S.A. Oprosnik «Uroven' komplaentnosti» [Level of Compliance Questionnaire]. Vladivostok. 2014. 74 p. (In Russ.)
6. Kalashnikova M.F., Bondareva I.B., Likhodei N.V. Priverzhennost' lecheniyu pri sakharnom diabete 2-go tipa: opredelenie ponyatiya, sovremennye metody otsenki patsientami provodimogo lecheniya [Adherence to treatment in type 2 diabetes mellitus: definition of the concept, modern methods for assessing treatment by patients]. *Lechashchii vrach* [Treating Physician]. 2015;(3):27–33. (In Russ.)
7. Kotel'nikova A.V., Kukshina A.A. Psikhodiagnosticheskie aspekty priverzhennosti k lecheniyu v protsesse meditsinskoi reabilitatsii [The psychodiagnostic aspects of the compliance with treatment in the course of medical rehabilitation]. *Voprosy kurortologii, fizioterapii i lechebnoi fizicheskoi kul'tury* [Problems of balneology, physiotherapy, and exercise therapy]. 2016;93(3):4–9. DOI: 10.17116/kurort201634-9. (In Russ.)

8. Kulagina I.Yu., Senkevich L.V. Reabilitatsionnyi potentsial lichnosti pri razlichnykh khronicheskikh zabolevaniyakh [Rehabilitation potential of personality in various chronic conditions]. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya* [Cultural-historical psychology]. 2015;11(1):50–60. (In Russ.)
9. Lukina Yu.V., Kutishenko N.P., Martsevich S. Yu., Drapkina O.M. Oprosniki i shkaly dlya otsenki priverzhenosti k lecheniyu – preimushchestva i nedostatki diagnosticheskogo metoda v nauchnykh issledovaniyakh i real'noi klinicheskoi praktike [Questionnaires and scores for assessing medication adherence – advantages and disadvantages of the diagnostic method in research and actual clinical practice]. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika* [Cardiovascular therapy and prevention]. 2020;19(3):232–239. DOI: 10.15829/1728-8800-2020-2562. (In Russ.)
10. Luk'yanova I.E. Problema aktivnosti lichnosti i ee potentsiala v protsesse reabilitatsii [The problem of personality activity and its potential in the process of rehabilitation]. *Servis v Rossii i za rubezhom* [Services in Russia and abroad]. 2009;(3):72–77. (In Russ.)
11. Martsevich S.Yu., Lukina Yu.V., Kutishenko N.P. [et al.]. Otsenka priverzhenosti k lecheniyu i faktorov, vliyayushchikh na nee, u patsientov so stabil'noi ishemicheskoi boleznyu serdtsa pri naznachenii nikorandila [Assessment of adherence to treatment and factors affecting it in patients with stable ischemic heart disease during therapy with nicorandil]. *Ratsional'naya farmakoterapiya v kardiologii* [Rational pharmacotherapy in cardiology]. 2017;13(6):776–786. DOI: 10.20996/1819-6446-2017-13-6-776-786. (In Russ.)
12. Mezhdunarodnaya klassifikatsiya funktsionirovaniya, ogranichenii zhiznedeyatel'nosti i zdorov'ya (polnaya versiya) [International Classification of Functioning, Disabilities and Health (full version)]. Eds.: G.D. Shostka, M.V. Korobov, A.V. Shabrov. Sankt-Peterburg. 2003. 342 p. (In Russ.)
13. Morozova E.V., Aleksanin S.S. Kontseptual'nyi podkhod k razrabotke problemy reabilitatsionnoi priverzhenosti lichnosti v usloviyakh invalidiziruyushchego zabolevaniya [Conceptual approach to the development of the problem of rehabilitation commitment of the individual in the conditions of a disabling disease]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2021;(80):128–147. (In Russ.)
14. Morozova E.V. Novye diagnosticheskie podkhody k otsenke reabilitatsionnoi priverzhenosti lichnosti [New diagnostic approaches to assessing a person's rehabilitation commitment]. *Mediko-sotsial'nye problemy invalidnosti* [Medico-sotsialnye problemy invalidnosti]. 2020;(1):61–73. (In Russ.)
15. Nikolaev N.A., Skirdenko Yu.P. Rossiiskii universal'nyi oprosnik kolichestvennoi otsenki priverzhenosti k lecheniyu (KOP-25) [Russian generic questionnaire for evaluation of compliance to drug therapy]. *Klinicheskaya farmakologiya i terapiya* [Clinical pharmacology and therapy]. 2018;27(1):74–78. (In Russ.)
16. Rogacheva T.V. Lichnostnye faktory, vliyayushchie na rezul'tativnost' reabilitatsionnogo protsesssa [Personality factors influencing the effectiveness of the rehabilitation process]. *Innovatsionnye tekhnologii reabilitatsii: nauka i praktika* [Innovative Rehabilitation Technologies: Science and Practice] : Scientific. Conf. Proceedings. Ed. G.N. Ponomarenko. Sankt-Peterburg. 2019. Pp. 66–70. (In Russ.)
17. Fofanova T.V., Ageev F.T., Smirnova M.D. Otechestvennyi oprosnik priverzhenosti terapii: aprobatsiya i primeneniye v ambulatornoi praktike [National questionnaire of treatment compliance: testing and application in outpatient practice]. *Sistemnye gipertenzii* [Systemic hypertension]. 2014;11(2):13–16. (In Russ.)
18. Shmelev A.G. Osnovy psikhodiagnostiki [Fundamentals of psychodiagnostics]. Rostov na Donu. 1996. 544 p. (In Russ.)

Received 11.02.2022

For citing. Morozova E.V., Aleksanin S.S., Rybnikov V.Yu. Reabilitatsionnaya priverzhenost' lichnosti v usloviyakh invalidizatsii: metodika otsenki. *Vestnik psikhoterapii*. 2022;(81):79–92. (In Russ.).

Morozova E.V., Aleksanin S.S., Rybnikov V.Yu. Personality commitment to rehabilitation in the disabled patients: assessment methodology. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2022;(81):79–92. DOI: 10.25016/2782-652X-2022-0-81-79-92

А.О. Пятибрат¹, Е.Д. Пятибрат²

ОБОСНОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТИРУЮЩЕГО ВЛИЯНИЯ РЕЧНЫХ КРУИЗОВ НА ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

¹ Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет
(Россия, Санкт-Петербург, Литовская ул., д. 2);

² Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова (Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6)

Актуальность. Частое осложнение перенесенного COVID-19 проявляется в виде респираторных расстройств, представленных в основном рестриктивными и гипервентиляционными нарушениями, различающимися по патогенезу и требующими различных подходов к реабилитации, что вызывает необходимость поиска и обоснования эффективности методов восстановления, позволяющих купировать различные нарушения регуляции функции внешнего дыхания.

Цель – обосновать эффективность реабилитирующего воздействия речных круизов на восстановление функций внешнего дыхания у лиц, перенесших вирусную пневмонию.

Методология. Обследованы 301 человек, постоянно проживающих в средних широтах и на Северо-Западе России. Все обследуемые лица перенесли вирусную пневмонию COVID-19 в сроки от 1 до 6 мес., перед проводимым исследованием. Среди обследованных 143 человека отдыхали в летнее время в речном круизе по рекам средней полосы России, а 158 человек – в домашнем регионе без нахождения в специализированных учреждениях. Проводили оценку антропометрических данных. Функции внешнего дыхания исследовали с помощью портативного спирометра, гемодинамические показатели определяли по методу Короткова и с помощью расчетных методик. Для оценки актуального психического состояния использовали опросники бланковым методом.

Результаты и их анализ. Анализ полученных результатов свидетельствует об статистически значимом улучшении функций внешнего дыхания у переболевших с рестриктивными проявлениями после отдыха в круизе, проявляющимся повышением жизненной емкости легких (ЖЕЛ) на 17,2%, а форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ) – на 21,4%, у лиц с преимущественно гипервентиляционным синдромом – на 15,3 и 14,7% соответственно. За время круиза у больных с гипервентиляционными нарушениями парциальное давление CO₂, характеризующее гипокапнию, увеличилось на 22,5%. Интегральный индекс респираторной адаптации в группах с разными изменениями функций органов дыхания, отдохнувших в круизе, возрос на 40,4 и 45,2% соответственно. Показатели шкалы самочувствие методики «Самочувствие активность настроение» увеличились на 47,2%. В то же время у отдохнувших дома изменение показателей функции внешнего дыхания и актуального психического состояния не имели статистической значимости.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют, что речные круизы по средней полосе и Северо-Западному региону России эффективно воздействуют на восстановление физиологических систем дыхания и кровообращения у ранее переболевших вирусной пневмонией и могут использоваться в период реконвалесценции для купирования постковидного респираторного синдрома

Ключевые слова: новая коронавирусная инфекция, COVID-19, постковидный синдром, функции внешнего дыхания, система кровообращения, психическое состояние, нейрогенный синдром гипервентиляции, психогенно-обусловленные расстройства.

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

Введение

Начало текущего века ознаменовалось появлением новой вирусной инфекцией, поражающей человека. Респираторная инфекция, сопровождающаяся тяжелой двухсторонней атипичной пневмонией, вызванной вирусом SARS-CoV (Severe Acute Respiratory Syndrome CoronaVirus), получила официальное название Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Наиболее частые симптомы COVID-19 проявляются сосудистой патологией и интерстициальным повреждением легких. Высокая контагиозность и молниеносное распространение COVID-19 по всему миру, поставило перед мировым врачебным сообществом не простую задачу по быстрой диагностике и разработке тактики лечения при различных проявлениях заболевания. В настоящее время после двух лет упорной борьбы с коронавирусной инфекцией начинает формироваться база знаний об ее эпидемиологии, клинических особенностях и терапевтической тактике. Однако в отношении показателей функции внешнего дыхания после перенесенного COVID-19, имеются противоречивые данные, а отдаленные последствия остаются далеко не изученными, в первую очередь, из-за недостаточного периода времени прошедшего с начала пандемии. Стоит отметить, что даже через несколько месяцев у людей, перенесших COVID-19, сохраняется астения, высокая утомляемость, одышка, сердцебиения, при этом у части переболевших заболевание переходит в тяжелую хроническую форму с органическим поражением различных внутренних органов. Мировое научное сообщество назвало этот феномен «постковидный синдром» (Post-acute sequelae of COVID-19. PASC или «долгий ковид», Long COVID)» [24, 26]. Чаще всего клиническая картина коронавирусной инфекции проявляется двухсторонней пневмонией иногда сопровождающейся острыми респираторным дистресс-синдромом. Вероятно поэтому, после перенесенного заболевания пациенты жалуются на долго сохраняющуюся одышку, затруднение дыхания и слабость. При этом похожие жалобы также

предъявляют люди избежавшие попадания в стационар, перенесшие коронавирусную инфекцию в легкой форме [5]. Почти все переболевшие нуждаются в реабилитационных мероприятиях [11]. Пациентам необходима реабилитация, направленная на восстановление функции внешнего дыхания и регуляции ЦНС [7, 25]. Ряд отечественных и зарубежных авторов в своих работах, посвященных нарушениям функций внешнего дыхания, отмечают значительный процент формирования респираторных нарушений после перенесенного COVID-19 [18, 19]. При этом, большинство специалистов сходятся в мнении, что более ранняя реабилитация будет способствовать быстрому и полному выздоровлению. В то же время для научного обоснования эффективности разрабатываемых реабилитационных мероприятий необходимо изучать состояние функций внешнего дыхания в пост ковидный период [12].

Реабилитация после перенесенного COVID-19 проводится в соответствии с «Временными методическими рекомендациями по медицинской реабилитации пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19», в три этапа включающих оказание медицинской помощи в отделениях интенсивной терапии, потом в отделениях с соматическими заболеваниями и в санаторно-курортных медицинских учреждениях [5, 8, 16]. Постковидный синдром у людей с хроническими заболеваниями, а также лиц пожилого возраста протекает в более тяжелой форме [20]. Исходя из основополагающего принципа медицины «Прежде всего не навредить» (*Primum non nocere*), для этих групп реабилитационные мероприятия должны быть более мягкими, то есть более физиологичными. Данные, представленные в работах ряда авторов, свидетельствуют об эффективности реабилитирующего действия речных круизов в средней полосе России [9, 10]. Важная особенность круиза по рекам восточно-европейской равнины, заключается в постепенной незначительной смене климатических зон, не наносящей экстремального влияния на функциональные

системы организма [13, 15]. В то же время нахождение на борту, а вовремя экскурсий в окружении ограниченного числа пассажиров исключает влияние различных патогенных микроорганизмов на ослабленный иммунитет, переболевших COVID-19. Эффективность речного круиза в восстановлении психической сферы после психотравматического воздействия COVID-19 на переболевших не вызывает сомнений [14, 15].

Учитывая недостаточную изученность отдаленных последствий COVID-19, исследование, направленное на изучение функциональных показателей легких у больных, перенесших COVID-19, и научное обоснование эффективности речных круизов в восстановлении нормальной регуляции функциональных систем организма, является актуальным.

Цель – обосновать эффективность реабилитирующего воздействия речных круизов на восстановление функций внешнего дыхания у лиц, перенесших вирусную пневмонию

Материал и методы

Для оценки влияния рекреации на реабилитацию системы дыхания и кровообращения после перенесенного COVID-19, сопровождающего вирусной пневмонией легкой и средней тяжести, обследовали 301 человека среднего и пожилого возраста (по возрастным градациям ВОЗ), постоянно проживающих в средних широтах и на северо-западе России. Все пациенты перенесли COVID-19 в сроки от 1 до 6 мес. перед проводимым обследованием.

1-я группа обследованных пациентов (n = 143) отдыхали в летнее время в речном круизе средней полосы России, в бассейнах Балтийского моря, Онежского озера рек и рек Свирь, Нева, Волга. Круизные программы включали щадящие пешие прогулки для осмотра достопримечательностей, подвижные игры на палубе и утреннюю зарядку. Женщин было 70, мужчин – 73. Средний возраст пациентов в этой группе составил – (60,1 ± 3,8) года.

2-я группа пациентов (n = 158) отдыхали в летнее время самостоятельно в домашнем регионе без нахождения в специализированных учреждениях, им были рекомендованы щадящие пешие прогулки и утренняя зарядка. Женщин было 80, мужчин – 78. Средний возраст пациентов в этой группе составил – (61,7 ± 3,6) года.

По данным анализа спирограммы и экспертной оценки, которую проводили врач-терапевт и штатный врач теплохода, обследуемые были разделены на подгруппы: с преимущественно рестриктивными нарушениями (РН) и синдромом нейрогенной гипервентиляции (СВГ). До недавнего времени рестриктивные нарушения классифицировались как «Респираторная недостаточность неуточненная» (J96.9 по МКБ-10), но в настоящее время, мировое медицинское сообщество все состояния после перенесенного COVID-19, классифицирует как «Состояние после COVID-19, неуточненное» (U09.9 по МКБ-10), так как в конце 2020 г. этот код был введен в XXII класс «Коды для особых целей» МКБ-10. Синдром нейрогенной гипервентиляции недавно был исключен из XVIII класса «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках» по МКБ-10, нозология «Аномальное дыхание» или «Психогенная гипервентиляция» (R06 по МКБ-10), в настоящее время соотносится с группой «Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы» V класса «Психические расстройства и расстройства поведения» (F45.3 по МКБ 10).

Пациенты с СВГ предъявляли частые жалобы на появление одышки при скоплении людей (например в очередях ожидания), душных помещениях, при конфликтных ситуациях, на транспорте. Также у них регистрировали повышенное количество вдохов, которых в нормальном состоянии не должно проявляться. У некоторых обследуемых этой подгруппы наблюдали удлинение вдоха и укорочение выдоха.

В 1-й группе пациентов с РН было 50, в том числе женщин – 24, мужчин 26,

с СГВ – 51, в том числе женщин – 26, мужчин – 25. Во 2-й группе пациентов с РН было 51, в том числе женщин – 24, мужчин – 27, с СГВ – 55, в том числе женщин – 30, мужчин – 25. Возраст пациентов в подгруппах значимо не различался.

В обследование не включали лиц, с органической патологией, хронической сердечной недостаточностью, гипертонической болезнью выше II степени, а также перенесшие тяжелую форму COVID-19, ранее болевшие туберкулезом легких, болеющие хроническими заболеваниями легких: хронической обструктивной болезнью легких, бронхиальной астмой, силикозом, диффузными болезнями соединительной ткани, онкологическими и другими заболеваниями, оказывающими влияние на функцию внешнего дыхания.

Обследованные лица дали информированное согласие и разрешение на обработку персональных данных в соответствии со ст. 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ и Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Определяли антропометрические данные: рост, массу тела (МТ), рассчитывали индекс массы тела (ИМТ).

Оценку функций внешнего дыхания проводили с помощью портативного спирометра «Spirobank II Smart» (фирма «MIR», Италия) с использованием прикладной программы «Winspiro PRO NET». Парциальное давление углекислого газа (CO₂) в конце выдоха оценивали с помощью портативного капнометра «EMMA», (фирма «Masimo Corporation», Канада). Определяли показатели: BF (breathing frequency) – частота дыхания; VC (vital capacity) – жизненная емкость легких, л; FEV₁ (forced expiratory volume in 1st second) – объем форсированного вдоха за 1 с, л; FVC (forced vital capacity) – форсированная жизненная емкость легкого, л; MTV (minute tidal volume) – минутный объем дыхания, л; FEV/FVC – объем форсированного выдоха к форсированной жизненной

емкости легких в процентах, так называемый индекс Генслара, % [23].

Должные величины (PV, proper values) рассчитывали по формуле Людвига: для женщин: ДЖЕЛ = [рост (см) × 0,041] – [возраст (лет) × 0,018] – 2,68; для мужчин: ДЖЕЛ = [рост (см) × 0,052] – [возраст (лет) × 0,022] – 3,60 [8, 23].

С помощью капнографа определяли парциальное давление углекислого газа (PetCO₂) мм. рт. ст.

Оценивали гемодинамические показатели: ЧП (частота пульса) – пальпаторно в проекции лучевой артерии; САД (систолическое артериальное давление) и ДАД (диастолическое артериальное давление) – по методу Короткова. Проводили нагрузочные пробы: Штанге с задержкой дыхания на вдохе (с) и Генчи с задержкой дыхания после спокойного выдоха (с). Рассчитывали индекс Богомазова (ИБ) по формуле: ИБ = проба Штанге (с) + проба Генча (с) × 90/100 (балл), а также индекс респираторной адаптации (ИРА) по формуле: ИРА = ЖЕЛ × проба Штанге / МТ × ЧСС (единицы измерения, в т. ч. внести в табл. 3).

Актуальное психическое состояние пациентов в подгруппах оценили с помощью достаточно простых и, в то же время, информативных методик [16]:

- уровень тревожности – с использованием теста Ч. Спилбергера в модификации Ю. Ханина, содержащего 20 высказываний, относящихся к тревожности как состоянию (реактивная, ситуативная тревожность или тревога) и 20 высказываний, определяющих тревожность как статус, личностную особенность.

- актуальное психическое состояние – с помощью методики «Актуальное состояние», включающей 5 шкал: активация (интенсивность актуализированных мотивов, готовность действовать преодолевать трудности) – дезактивация; тонус высокий (ощущение бодрости, работоспособности) – низкий; самочувствие физическое комфортное (ощущение телесного комфорта) – дискомфортное; спокойствие (уверенность в своих силах, в благоприятном развитии

ситуации) – тревога, возбуждение эмоциональное низкое – высокое (напряжение, нервозность, неуравновешенное поведение).

- самочувствие, активность, настроение – с помощью методики САН, состоящей из 30 пар полярных характеристик.

Материалы, полученные в ходе исследования, статистически обработали по стандартным программам «Excel», «Statistica-10». Отдельные группы предварительно сравнивали с помощью непараметрического теста Крускала–Уоллиса, а затем значимость различий уточняли с помощью теста Манна–Уитни.

Результаты и их анализ

Анализ антропометрических показателей не выявил значимых различий в подгруппах наблюдения (табл. 2). Полученные данные использовали в дальнейшем для вычисления расчетных показателей функций органов дыхания и кровообращения.

При первичном обследовании все пациенты, перенесшие COVID-пневмонию, собиравшиеся в речной круиз и отдыхать в домашнем регионе, характеризовались нарушением функций внешнего дыхания, которые в большей степени были выраженными в подгруппах с РН с разным летним

отдыхом, так как в норме уменьшение ЖЕЛ от должствующей не должно превышать 20%. У них также отмечались пропорционально более низкие значения объема форсированного выдоха за 1 с (ОФВ₁) и форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ), чем в подгруппах пациентов с СГВ, при этом индекс Генслара (ОФВ₁/ФЖЕЛ), был незначительно выше. В то же время в подгруппах с СГВ наблюдались более высокие показатели частоты дыхания (ЧД) и МОД, чем в подгруппах с РН, а также более низкие – парциального давления СО₂ в конце выдоха, свидетельствующие о проявлениях гипоксемии (табл. 2).

До летнего отдыха интегральный показатель, характеризующий ИРА, был достоверно выше в подгруппах с СГВ. В то же время показатели индекса Богомазова значимо не отличались между подгруппами, но были снижены у всех обследуемых пациентов относительно нормативных значений (см. табл. 2) [1].

Обследуемые пациенты с РН после отдыха в речном круизе демонстрировали значимое увеличение показателей МОД, ЖЕЛ, ОФВ₁ и ФЖЕЛ, до нормальных значений, при этом ЧД, парциальное давление СО₂ в конце выдоха и индекс Генслара, достоверно не изменились. У пациентов

Таблица 1

Антропометрические показатели обследуемых пациентов (M ± SD)

Показатель	Круиз		Домашний регион	
	РН	СГВ	РН	СГВ
Мужчины				
Возраст, год	60,7 ± 2,1	63,2 ± 1,6	62,7 ± 1,6	59,2 ± 1,8
Масса тела, кг	89,5 ± 2,1	87,2 ± 1,9	88,2 ± 2,3	91,4 ± 2,1
ИМТ, кг/м ²	28,9 ± 0,5	28,5 ± 0,3	28,8 ± 0,6	28,5 ± 0,4
Рост, см	177,2 ± 1,6	176,5 ± 1,4	176,7 ± 1,3	178,2 ± 1,4
ДЖЕЛ, л	4,2 ± 0,1	4,1 ± 0,1	4,1 ± 0,1	4,3 ± 0,1
Женщины				
Возраст, годы	59,4 ± 1,6	61,5 ± 1,8	61,5 ± 1,5	62,4 ± 1,9
Масса тела, кг	72,1 ± 1,7	71,3 ± 1,9	71,8 ± 1,6	73,3 ± 1,9
ИМТ, кг/м ²	27,4 ± 0,3	27,3 ± 0,5	27,5 ± 0,2	27,8 ± 0,4
Рост, см	162,4 ± 1,1	161,3 ± 1,2	161,7 ± 1,3	162,2 ± 1,1
ДЖЕЛ, л	3,1 ± 0,1	3,0 ± 0,1	2,9 ± 0,1	2,9 ± 0,1

Таблица 2

Показатели функции внешнего дыхания и кардио-респираторной адаптации у пациентов в группах, М ± SD

Показатель	До рекреации		После рекреации		p < 0,05
	РН (1)	СГВ (2)	РН (3)	СГВ (4)	
Отдыхавшие в речном круизе					
Функции внешнего дыхания					
ВФ, мин	16,7 ± 2,1	20,6 ± 1,5	16,3 ± 1,1	16,5 ± 1,2	1/2; 2/3; 2/4
VC, % от должного	70,2 ± 4,8	85,8 ± 6,1	86,3 ± 4,1	95,9 ± 5,2	1/2; 1/3; 1/4; 2/4; 3/4
FEV ₁ , % от должного	74,7 ± 5,6	86,9 ± 4,1	93,1 ± 5,6	97,2 ± 4,8	1/2; 1/3; 1/4; 2/3; 2/4
FVC, % от должного	65,8 ± 4,2	89,2 ± 5,9	95,7 ± 4,2	95,7 ± 5,7	1/2; 1/3; 1/4; 2/3; 2/4
FEV/FVC, %	106,4 ± 3,3	97,5 ± 12,3	101,5 ± 3,5	100,8 ± 8,2	1/2; 1/3; 1/4; 2/3; 2/4
MTV, л/мин	4,4 ± 1,3	7,2 ± 1,7	6,3 ± 2,1	5,7 ± 1,5	1/2; 1/3; 1/4; 2/3; 2/4; 3/4
PetCO ₂ , мм рт. ст.	35,8 ± 1,8	28,1 ± 1,5	36,9 ± 2,3	34,9 ± 1,1	1/2; 1/4; 2/4
Кардио-респираторная адаптация					
Индекс Богомазова, балл	48,9 ± 7,1	50,5 ± 7,2	76,1 ± 21,1	67,1 ± 1,3	1/3; 1/4; 2/3; 2/4; 3/4
Индекс респираторной адаптации, балл	11,7 ± 2,5	14,9 ± 3,9	21,2 ± 3,9	23,9 ± 2,7	1/2; 1/3; 1/4; 2/4; 3/4
Отдыхавшие в домашнем регионе					
Функции внешнего дыхания					
ВФ, мин	16,5 ± 2,7	20,2 ± 1,2	16,4 ± 1,3	21,4 ± 1,8	1/2; 1/4; 2/3; 3/4
VC, % от должного	74,3 ± 5,8	85,1 ± 9,7	78,3 ± 5,1	87,4 ± 8,3	1/2; 1/4; 2/3; 3/4
FEV ₁ , % от должного	75,05 ± 6,3	87,2 ± 5,9	78,9 ± 7,4	89,3 ± 4,3	1/2; 1/4; 2/3; 3/4
FVC, % от должного	64,9 ± 4,2	88,2 ± 4,8	68,2 ± 5,6	86,1 ± 4,7	1/2; 1/4; 2/3; 3/4
FEV/FVC, %	106,9 ± 6,8	105,4 ± 16,2	107,1 ± 5,7	99,3 ± 16,8	1/4; 2/4; 3/4
MTV, л/мин	4,3 ± 1,5	7,1 ± 1,8	4,6 ± 0,2	7,3 ± 2,1	1/2; 1/4; 2/3; 3/4
PetCO ₂ , мм рт. ст.	35,2 ± 1,7	27,9 ± 1,7	35,7 ± 1,9	27,5 ± 1,1	1/2; 1/4; 2/3; 3/4
Кардио-респираторная адаптация					
Индекс Богомазова, балл	49,7 ± 8,5	49,1 ± 7,9	50,4 ± 7,2	49,5 ± 7,2	
Индекс респираторной адаптации, балл	12,2 ± 3,2	15,3 ± 6,1	12,3 ± 2,6	14,3 ± 3,9	1/2; 1/4; 2/3; 3/4

в подгруппе с СГВ после отдыха в круизе наблюдалось увеличение показателей ЖЕЛ, ОФВ₁ и ФЖЕЛ, и парциального давления СО₂ в конце выдоха, при этом показатели ЧД и МОД достоверно снизились. После круиза показатели кардио-респираторной адаптации, ИРА и индекс Богомазова достоверно увеличились в подгруппах с РН и СГВ (см. табл. 2).

Лица, отдохнувшие самостоятельно в домашнем регионе без нахождения в специализированных учреждениях, не демонстрировали значимых улучшений показателей

функции внешнего дыхания и кардио-респираторной адаптации (см. табл. 2).

До летнего отдыха результаты психодиагностических методик свидетельствуют о более высоких показателях реактивной тревожности у лиц, перенесших COVID-19, в то же время личностная тревожность, как постоянная психологическая характеристика была повышена только у пациентов в подгруппах с СГВ (табл. 3).

У пациентов в подгруппах с РН и СГВ перед речным круизом и отдыхом в домашних условиях, по данным методики «Актуальное

Таблица 3

Показатели актуального психического состояния у пациентов в группах, (M ± SD) балл

Методика, показатель		До рекреации		После рекреации		p < 0,05
		РН (1)	СГВ (2)	РН (3)	СГВ (4)	
Отдыхавшие в речном круизе						
Спилбергера-Ханина	личностная тревожность	50,2 ± 2,3	55,5 ± 1,7	45,7 ± 1,6	48,1 ± 1,4	1/2; 1/3; 2/3; 2/4
	ситуативная тревожность	52,9 ± 2,5	56,7 ± 1,3	36,1 ± 5,7	38,8 ± 4,1	1/2; 1/3; 1/4; 2/3; 2/4
САН	самочувствие	3,1 ± 0,3	3,2 ± 0,6	5,4 ± 0,5	5,3 ± 0,4	1/3; 1/4; 2/3; 2/4
	активность	3,3 ± 0,3	3,3 ± 0,5	5,2 ± 0,3	5,5 ± 0,5	1/3; 1/4; 2/3; 2/4
	настроение	3,8 ± 0,5	3,5 ± 0,3	5,5 ± 0,4	5,4 ± 0,6	1/3; 1/4; 2/3; 2/4
Актуальное состояние	активация	27,4 ± 2,9	26,6 ± 2,6	36,4 ± 0,9	32,3 ± 3,1	1/3; 1/4; 2/3; 2/4
	тонус	22,9 ± 3,4	22,9 ± 1,8	32,5 ± 4,6	36,5 ± 8,1	1/3; 1/4; 2/3; 2/4
	самочувствие физическое	16,5 ± 5,2	14,1 ± 2,6	32,3 ± 8,9	35,1 ± 19,2	1/3; 1/4; 2/3; 2/4
	спокойствие	20,6 ± 1,9	18,1 ± 4,5	33,5 ± 9,4	33,5 ± 13,2	1/3; 1/4; 2/3; 2/4
	возбуждение эмоциональное	47,9 ± 22,4	65,4 ± 5,1	37,5 ± 21,9	38,1 ± 16,3	1/2; 1/3; 1/4; 2/3; 2/4
Отдыхавшие в домашнем регионе						
Спилбергера-Ханина	личностная тревожность	49,6 ± 2,7	55,6 ± 1,8	48,2 ± 2,8	54,8 ± 2,3	1/2; 1/4; 2/3; 3/4
	ситуативная тревожность	53,6 ± 2,8	57,1 ± 1,9	55,5 ± 5,5	47,8 ± 9,8	1/2; 1/4; 2/4; 3/4
САН	самочувствие	4,1 ± 1,3	4,2 ± 1,5	3,3 ± 0,1	4,2 ± 1,3	1/3; 3/4
	активность	3,2 ± 0,3	3,2 ± 0,2	3,2 ± 0,1	3,7 ± 1,1	1/4; 2/4; 3/4
	настроение	3,1 ± 0,2	3,1 ± 0,2	3,2 ± 0,1	3,5 ± 1,7	1/4; 2/4; 3/4
Актуальное состояние	активация	31,5 ± 1,3	25,6 ± 3,3	32,7 ± 2,8	25,1 ± 5,4	1/2; 1/4; 2/3; 3/4
	тонус	24,2 ± 5,8	22,9 ± 2,3	24,3 ± 3,4	22,7 ± 1,1	2/3; 3/4
	самочувствие физическое	15,3 ± 4,2	13,8 ± 2,1	16,1 ± 6,7	14,1 ± 1,8	
	спокойствие	20,1 ± 3,8	18,8 ± 2,6	20,7 ± 2,5	18,6 ± 3,5	
	возбуждение эмоциональное	46,9 ± 23,4	61,7 ± 6,4	43,2 ± 11,8	62,3 ± 9,6	1/2; 1/4; 2/3; 3/4

состояние», по шкале «тонус» выражены низкая работоспособность, астеничность, инертность и заторможенность. На фоне неудовлетворительного самочувствия, у них отмечались низкая мотивация, отсутствие стремления к изменению ситуации, безынициативность, тревожность и необоснованное чувство беспокойства (уменьшение показателей по шкалам «активация», «спокойствие» и «самочувствие физическое»). Эти изменения сопровождались эмоциональным возбуждением и нервозностью,

многие обследуемые жаловались на раздражительную слабость (см. табл. 3).

Анализ показателей методики «САН», свидетельствует о снижении показателей самочувствия, активности и настроения во всех подгруппах, перенесших COVID-19, до летнего отдыха относительно нормальных значений (см. табл. 3).

Анализ полученных результатов и литературных данных позволил сделать умозаключение – значительная часть переболевших COVID-19 демонстрирует выраженные

психогенно обусловленные расстройства дыхания и кровообращения, проявляющиеся СГВ и стойким повышением АД, психогенную этиологию данных расстройств подтверждают результаты психодиагностических методик, свидетельствующих о повышении уровня тревоги, снижения настроения и формирования чувства необоснованного беспокойства что характерно для посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) [3].

COVID-19 – экстремальное событие, связанное с угрозой жизни и здоровья, поэтому не удивительно что у лиц, перенесших COVID-19, формируются психогенно обусловленные расстройства, характерные для ПТСР [20]. Психологическое состояние переболевших пациентов, даже в отдаленном периоде, характеризуется затяжными тревожными расстройствами, депрессивными эпизодами, невротическими нарушениями, эмоциональной нестабильностью, паническими атаками и другими личностными деформациями [2].

По мнению некоторых авторов, психические проблемы у пациентов, переболевших COVID-19, – это осложнения, характерные для любой тяжелой инфекционной болезни [4, 21]. Но стоит отметить массовость заболевших. Даже не заболевшие, испытывают стресс, связанный с угрозой жизни по причине того, что люди из ближайшего окружения тяжело болеют или становятся жертвой COVID-19. Стоит учитывать поток противоречивой негативной информации из средств массовых коммуникаций оказывающий влияние на людей и поддерживающий постоянное эмоциональное напряжение [22].

В предыдущих работах, посвященных речным круизам, было обосновано их благоприятное воздействие на восстановление адекватной регуляции функциональных систем организма [13–15]. В подгруппах, отдохавших в речном круизе, статистически значимо снизились показатели реактивной тревожности (см. табл. 3). Анализ изменений показателей методики «Актуальное состояние», свидетельствует о появлении

уверенности в своих силах, повышении жизненного тонуса и работоспособности. После круиза обследуемые пациенты в подгруппах с РН и СГВ отмечали улучшение самочувствия, снижение нервозности и ощущений дискомфорта. Положительные изменения определялись и по методике «САН», в обеих подгруппах после отдыха в круизе отмечались статистически значимые повышения показателей шкал «самочувствие», «актуальность» и «настроение» (см. табл. 3). В то же время показатели актуального психического состояния в подгруппах с РН и СГВ, отдохавших в домашнем регионе, статистически значимо, не изменились (см. табл. 3).

Таким образом, результаты исследования демонстрируют улучшение функций внешнего дыхания у отдохавших в речном круизе. В то время как у лиц, отдохавших дома эти показатели не имели достоверных изменений. Для наглядности в табл. 4 представлен уровень показателей функций организма (в процентах) в подгруппах с РН и СГВ до и после различных видов летнего отдыха.

Высокая эффективность речных круизов в реабилитации нарушений функции внешнего дыхания подтверждается повышением показателей жизненной емкости легких на 17,2%, форсированной жизненной емкости легких – на 21,4%, а МОК – на 35,8% в подгруппе обследованных пациентов с РН после отдыха в речном круизе (см. табл. 4).

В подгруппе пациентов с СГВ после круиза, также наблюдались положительные изменения функций внешнего дыхания, значимо повысились показатели ЖЕЛ на 15,3%, а ФЖЕЛ – на 14,7. Наиболее важное положительное изменение функции внешнего дыхания в этой подгруппе заключалось в снижении частоты дыхания на 20,5% и повышении парциального давления углекислого газа на выдохе на 22,5%, что свидетельствует о снижении гипоксии и уменьшении гипервентиляции (см. табл. 4).

Хорошо демонстрирует уровень изменения функций внешнего дыхания показатели кардио-респираторной адаптации. О значительном улучшении внешнего дыхания

Таблица 4

Изменения уровня функций после различных видов летнего отдыха, (M ± SD) %

Показатель, изменения	Круиз		Домашний регион		p < 0,05
	РН (1)	СГВ (2)	РН (3)	СГВ (4)	
Функции внешнего дыхания					
ВФ, мин	2,4 ± 0,7	20,5 ± 0,6	0,7 ± 0,4	5,7 ± 0,7	1/2; 1/3; 2/3; 2/4; 3/4
VC	17,2 ± 0,6	15,3 ± 0,5	5,1 ± 0,2	3,5 ± 0,1	1/2; 1/3; 2/3; 2/4; 3/4
FEV ₁	20,4 ± 0,4	14,5 ± 0,4	4,2 ± 0,1	4,5 ± 0,2	1/2; 1/3; 2/3; 2/4
FVC	21,2 ± 0,5	14,7 ± 0,6	5,1 ± 0,2	2,7 ± 0,1	1/2; 1/3; 2/3; 2/4; 3/4
MTV	35,8 ± 0,7	20,6 ± 0,7	8,2 ± 0,3	5,1 ± 0,2	1/2; 1/3; 2/3; 2/4; 3/4
PetCO ₂	3,2 ± 0,1	22,5 ± 0,3	3,1 ± 0,1	4,6 ± 0,2	1/2; 1/3; 2/3; 2/4; 3/4
Кардио-респираторная адаптация					
ИРА, балл	45,2 ± 0,5	40,4 ± 1,1	6,3 ± 0,7	8,2 ± 1,0	1/2; 1/3; 2/3; 2/4; 3/4
ИБ, балл	36,4 ± 19,5	24,8 ± 18,6	1,4 ± 16,2	0,9 ± 17,4	1/2; 1/3; 2/3; 2/4; 3/4
Актуальное психическое состояние					
Личностная тревожность	-9,1 ± 2,3	-15,3 ± 2,1	-2,9 ± 1,9	-1,4 ± 1,7	1/2; 1/3; 2/3; 2/4; 3/4
Ситуативная тревожность	-46,0 ± 4,3	-46,1 ± 3,8	5,1 ± 4,6	-19,4 ± 8,2	1/3; 2/3; 2/4; 3/4
Самочувствие	47,2 ± 0,6	41,3 ± 1,2	5,9 ± 0,4	3,8 ± 0,2	1/2; 1/3; 2/3; 2/4; 3/4
Активность	36,5 ± 0,4	40,1 ± 0,5	1,2 ± 0,8	13,5 ± 0,7	1/2; 1/3; 2/3; 2/4; 3/4
Настроение	30,9 ± 0,5	35,1 ± 0,4	3,1 ± 0,2	11,4 ± 0,9	1/2; 1/3; 2/3; 2/4; 3/4
Активация	24,7 ± 2,3	17,6 ± 2,8	3,6 ± 2,2	-1,9 ± 4,1	1/2; 1/3; 2/3; 2/4; 3/4
Тонус	29,5 ± 4,1	37,2 ± 6,3	0,4 ± 2,7	-1,7 ± 1,8	1/2; 1/3; 2/3; 2/4; 3/4
Самочувствие физическое	48,9 ± 7,6	59,8 ± 16,5	7,6 ± 5,8	2,1 ± 1,9	1/2; 1/3; 2/3; 2/4; 3/4
Спокойствие	38,5 ± 7,3	45,9 ± 11,2	2,8 ± 3,2	-1,0 ± 2,9	1/2; 1/3; 2/3; 2/4; 3/4
Возбуждение эмоциональное	-27,0 ± 21,5	-71,6 ± 12,3	-8,5 ± 19,6	0,9 ± 7,9	1/2; 1/3; 2/3; 2/4; 3/4

свидетельствует подъем показателей индекса респираторной адаптации на 45,2% в подгруппе пациентов с РН и на 40,4% – в подгруппе с СГВ за время речного круиза. В то же время во всех подгруппах пациентов, отдохавших дома, показатели легочной вентилиации и кардио-респираторной адаптации не превышали 5%, и только в подгруппе с РН улучшение ЖЕЛ за время летнего отдыха в домашнем регионе составило 8,2% против 35,8% в подгруппе пациентов с РН после речного круиза.

Важную роль в оценке уровня качества жизни играет актуальное психическое состояние, часто отражающее соматические нарушения. После отдыха в круизе в обеих подгруппах показатели уровня ситуативной тревожности уменьшились на 46%. Также в подгруппах, отдохавших в круизе, увеличились показатели методики «САН»,

например, значения шкалы «самочувствие» у пациентов в подгруппе с РН возросли на 47,2%, а в подгруппе с СГВ – на 41,3%. Показатели методики «Актуальное состояние» то же положительно изменились. По шкале «активация», характеризующей мотивацию и целеустремленность показатели возросли на 24,7% в подгруппе пациентов с РН и на 17,6% – в подгруппе с СГВ. На 48,9% в подгруппе с РН и на 59,8% – с в подгруппе СГВ выросли показатели физического самочувствия за время круиза. Обращает на себя внимание, снижение показателей шкалы «возбуждение эмоциональное», характеризующих эмоциональное напряжение и нервозность на 71,6% в подгруппе с СГВ, отдохавших в речном круизе.

В то же время у отдохавших дома пациентов, составивших подгруппу с РН, изменения показателей актуального психического

состояния не превышали 7,6%, а большинство показателей возросли только на 3,5–6,0%. У лиц подгруппы с СГВ, отдохавших дома, показатели ситуационной тревожности уменьшились на 19,4%, шкалы «самочувствие» методики САН увеличились на 3,8%, шкалы «активность» – на 13,5 шкалы «настроение» – на 11,4%.

Заключение

Результаты исследования свидетельствуют, что речные круизы по средней полосе и Северо-Западному региону России обладают более выраженным реабилитирующим воздействием, чем отдых в регионе проживания, в отношении лиц, перенесших COVID-19.

Литература

1. Агафонова М.Е. Оценка функциональных резервов организма спортсменов в условиях учебно-тренировочных сборов: функциональные пробы // Методы контроля функциональных резервов организма у спортсменов в избранных видах спорта: материалы науч. практ. семинара. Минск. 2021. С. 4–10.
2. Белопасов В.В., Журавлева Е.Н., Нугманова Н.П., Абдрашитова А.Т. Постковидные неврологические синдромы // Клинич. практика. 2021. Т. 12, № 2. С. 69–82. DOI: 10.17816/clinpract71137.
3. Воробьев П.А., Воробьев А.П., Краснова Л.С. Постковидный синдром: образ болезни, концепция патогенеза и классификация // Пробл. стандартизации в здравоохранении. 2021. № 5-6. С. 3–10. DOI: 10.26347/1607-2502202105-06003-010.
4. Гундаров И.А., Полесский В.А. Психогенные механизмы инфекционной заболеваемости и смертности населения // Главврач. 2011. № 5. С. 53–57.
5. Зайцев А.А., Савушкина О.И., Черняк А.В. [и др.]. Клинико-функциональная характеристика пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19 // Практик. пульмонология. 2020. № 1. С. 78–81.
6. Иванова Г.Е., Баландина И.Н., Бахтина И.С. [и др.]. Медицинская реабилитация при новой коронавирусной инфекции (COVID-19) // Физич. и реабилитация медицина, мед. реабилитация. 2020. Т. 2, № 2. С. 140–189. DOI: 10.36425/rehab34231.
7. Камхен В.Б., Калиева Д.А., Нурализода М. [и др.]. Ассоциация расстройств тревожно-депрессивного спектра и качества жизни трудоспособного населения в контексте COVID-19 // Вестн. Казахского нац. мед. ун-та. 2021. № 1. С. 107–111.
8. Коренбаум В.И., Почекутова И.А., Костив А.Е. [и др.]. Способ диагностики состояния вентиляционной функции легких человека (варианты): патент на изобретение 2743244 RU, МПК А61В 5/00. Заявка № 2020120711, 16.06.2020; опубл. 16.02.2021, Бюл. 5.
9. Крюкова Е.М., Шадская И.Г., Соколова А.Г. Пандемия COVID-19: вызовы и точки роста индустрии туризма // Инновации и инвестиции. 2021. № 4. С. 340–342.
10. Кусков А.С., Лысыкова О.В. Курортология и оздоровительный туризм. Ростов н/Д : Феникс, 2004. 317 с.
11. Лапина Е.Ю., Якушев А.А. Медико-социальная реабилитация при новой коронавирусной инфекции (COVID-19): временные методические рекомендации Российской Федерации и европейских стран (обзор литературы) // Мед.-соц. экспертиза и реабилитация. 2020. Т. 23, № 4. С. 47–52. DOI: 10.17816/MSER51054.
12. Максанова Л.Б.Ж., Дугарова Т.Б., Кауров И.А. Туризм и пандемия COVID-19: опыт и уроки Республики Бурятия // Вестн. Бурятского гос. ун-та. Экономика и менеджмент. 2021. № 1. С. 62–71. DOI: 10.18101/2304-4446-2021-1-62-71.
13. Пятибрат Е.Д. Обоснование эффективности организованного летнего отдыха в разных климатогеографических условиях в нормализации функционального состояния организма ветеранов экстремальных видов деятельности // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. 2018. № 4. С. 34–39. DOI: 10.25016/2541-7487-2018-0-4-34-39.
14. Пятибрат Е.Д. Психофизиологическое обоснование эффективности курортов северо-запада и средних широт России в нормализации функционального состояния организма человека // Вестн. психотерапии. 2018. № 65 (70). С. 123–132.
15. Пятибрат Е.Д., Пятибрат А.О. Влияние отдыха в речном круизе на умственную работоспособность школьников // Вестн. психотерапии. 2020. № 75 (80). С. 115–129.
16. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика: методики и тесты. Самара : Бахрах-М. 2011. 667 с.
17. Севрюкова В.С., Белус Е.А., Добряков Е.В. Сочетание воздействия природных факторов курорта Анапа и возможностей реабилитации в условиях санатория «Дилуч» больным после перенесенной инфекции COVID-19 // Вопр. курортологии, физиотерапии и лечеб. физич. культуры. 2021. Т. 98, № 3-2. С. 169. DOI: 10.17116/kurort20219803221.
18. Смычек В.Б., Казакевич Д.С., Козлова С.В. Медицинская реабилитация пациентов с пневмонией, вызванной инфекцией COVID-19, в Республике Беларусь // Физич. и реабилитац. медицина. 2020. Т. 2, № 3. С. 17–26. DOI: 10.26211/2658-4522-2020-2-3-17-26.

19. Трисветова Е.Л. Постковидный синдром: клинические признаки, реабилитация // Кардиология в Беларуси. 2021. Т. 13. № 2. С. 268–279. DOI: 10.34883/PI.2021.13.2.011.
20. Хасанова Д.Р., Житкова Ю.В., Васкаева Г.Р. Постковидный синдром: обзор знаний о патогенезе, нейропсихиатрических проявлениях и перспективах лечения // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2021. Т. 13, № 3. С. 93–98. DOI: 10.14412/2074-2711-2021-3-93-98.
21. Цой Л.В. COVID-19-ассоциированный делирий: механизмы развития и особенности течения // Мед. вестн. Юга России. 2021. Т. 12, № 1. С. 33–37. DOI: 10.21886/2219-8075-2021-12-1-33-37.
22. Шейбак В.В. Цифровизация в эпоху пандемии и роль СМИ // Науч. горизонты. 2021. № 2 (42). С. 54–63.
23. Чучалин А.Г., Айсанов З.Р., Черняк А.В. [и др.]. Методические рекомендации по использованию метода спирометрии. М. : Минздрав РФ, 2018. 35 с.
24. Ayoubkhani D., Nafilyan V., Maddox T. [et al.]. Post-COVID syndrome in individuals admitted to hospital with COVID-19: retrospective cohort study // *BMJ: British Medical Journal: International Edition*. 2021. Vol. 372. Art. 693. DOI: 10.1136/bmj.n693.
25. Koyirov A.K., Shirinov D.K., Rakhimov M.M. [et al.]. Non-invasive lung ventilation in acute respiratory failure caused by new coronavirus infection COVID-19 // *New day in Medicine*. 2021. N 1. P. 107–114.
26. Yong S.J. Long COVID or post-COVID-19 syndrome: putative pathophysiology, risk factors, and treatments // *Infectious diseases (London, England)*. 2021. Vol. 53, N 10. P. 737–754. DOI: 10.1080/23744235.2021.1924397.

Поступила 15.10.2021 г.

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

Участие авторов: А.О. Пятибрат – концепция и дизайн исследования, сбор первичных данных, анализ и интерпретация, редакция окончательного варианта статьи; Е.Д. Пятибрат – анализ и интерпретация данных, создание первого варианта статьи.

Для цитирования. Пятибрат А.О., Пятибрат Е.Д. Обоснование эффективности реабилитирующего влияния речных круизов на лиц, перенесших COVID-19 // *Вестник психотерапии*. 2022. № 81. С. 93–106. DOI: 10.25016/2782-652X-2022-0-81-93-106

A.O. Pyatibrat¹, E.D. Pyatibrat²

**JUSTIFICATION OF THE EFFECTIVENESS
OF THE REHABILITATING EFFECT OF RIVER CRUISES
ON PEOPLE WHO HAVE SUFFERED COVID-19**

¹ State Pediatric Medical University (2, Litovskaya Str., St. Petersburg, 194100, Russia);

² Kirov Military Medical Academy (6, Akademica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia)

✉ 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;

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

Abstract

Relevance. COVID-19 complications often manifest as respiratory disorders, mainly of restrictive and hyperventilation nature. Their pathogenesis varies, thus implying different approaches to rehabilitation, with search and justification of methods to stop external respiration dysfunction.

Intention – To justify the effectiveness of rehabilitation effects of river cruises for restoration of respiratory functions after viral pneumonia.

Methodology. 301 people permanently residing in the middle latitudes and in the North-West of Russia were examined. All the subjects suffered viral pneumonia (COVID-19) 1 month to 6 months before the study. In summertime, 143 people went on cruises along the rivers of central Russia, and 158 people stayed in their region out of special institutions. Anthropometric data were evaluated. The functions of external respiration were studied using a portable spirometer; hemodynamic parameters were determined by the Korotkov method and using computational techniques. To assess the current mental state, questionnaire surveys were used.

Results and Discussion. The obtained results indicate a statistically significant improvement in the functions of external respiration after a cruise, manifested as increase in the vital capacity by 17.2 % and in the forced vital capacity by 21.4 % in patients with restrictive manifestations and by 15.3 % and 14.7 %, respectively, in persons with predominantly hyperventilation syndrome. During the cruise, in patients with hyperventilation disorders, CO₂ partial pressure consistent with hypocapnia increased by 22.5 %; the integral index of respiratory adaptation increased by 40.4 % and by 45.2 %, respectively, in the groups with restrictive and hyperventilation symptoms after the cruise. Results of the well-being scale of “Well-being, activity, mood” test increased by 47.2 %. At the same time, in those who stayed at home, changes in the indicators of the external respiration and the actual mental state were not statistically significant.

Conclusion. According to the results obtained, river cruises in the Central and the North-Western regions of Russia effectively help restore physiological respiration and circulation after viral pneumonia and can be used during convalescence to relieve post-Covid respiratory syndrome.

Keywords: new coronavirus infection, COVID-19, post-COVID syndrome, respiratory functions, circulatory system, mental state, neurogenic hyperventilation syndrome, psychogenic disorders.

References

1. Agafonova M.E. Ocenka funkcional'nykh rezervov organizma sportsmenov v usloviyakh uchebno-trenirovochnykh sborov: funkcional'nye proby [Assessment of the functional reserves of the athletes' body in the conditions of training camps: functional tests]. *Metody kontrolya funkcional'nykh rezervov organizma u sportsmenov v izbrannykh vidakh sporta* [Methods of control of functional reserves of the body in athletes in selected sports]. Minsk. 2021. Pp. 4–10. (In Russ.)
2. Belopasov V.V., Zhuravleva E.N., Nugmanova N.P., Abdrashitova A.T. Postkovidnye nevrologicheskie sindromy [Post-COVID-19 neurological syndromes]. *Klinicheskaya praktika* [Journal of clinical practice]. 2021;12(2):69–82. DOI: 10.17816/clinpract71137. (In Russ.)
3. Vorobyev P.A., Vorobiev A.P., Krasnova L.S. Postkovidnyi sindrom: obraz bolezni, kontseptsiya patogeneza i klasifikatsiya [Post-COVID syndrome: disease character, pathogenesis concept and classification]. *Problemy standartizatsii v zdravookhraneni* [Health care standardization problems]. 2021;(5–6):3–10. DOI: 10.26347/1607-2502202105-06003-010. (In Russ.)
4. Gundarov I.A., Polesky V.A. Psikhogennyye mekhanizmy infektsionnoi zaboлеваemosti i smertnosti naseleniya [Psychogenic causes of population infectious morbidity and mortality]. *Glavvrach* [Chief physician]. 2011;(5):53–57. (In Russ.)
5. Zaitsev A.A., Savushkina O.I., Chernyak A.V. [et al.]. Kliniko-funktsional'naya kharakteristika patsientov, pernesshikh novuyu koronavirusnyuyu infektsiyu COVID-19 [Clinical and functional characteristics of patients who recovered from the novel coronavirus infection (COVID-19)]. *Prakticheskaya pul'monologiya* [Practical pulmonology]. 2020;(1):78–81. (In Russ.)
6. Ivanova G.E., Balandina I.N., Bakhtina I.S. [et al.]. Meditsinskaya reabilitatsiya pri novoi koronavirusnoi infektsii (COVID-19) [Medical rehabilitation at a new coronavirus infection (COVID-19)]. *Fizicheskaya i reabilitatsionnaya meditsina, meditsinskaya reabilitatsiya* [Physical and rehabilitation medicine, medical rehabilitation]. 2020;2(2):140–189. DOI: 10.36425/rehab34231. (In Russ.)
7. Kamkhen V.B., Kalieva D.A., Nuralizoda M. [et al.]. Assotsiatsiya rasstroistv trevozhno-depressivnogo spektra i kachestva zhizni trudospobnogo naseleniya v kontekste COVID-19 [Association of anxiety-depressive spectrum disorders and quality of life of employed population in the context of COVID-19]. *Vestnik Kazakhskogo natsional'nogo meditsinskogo universiteta* [Bulletin of the Kazakh National Medical University]. 2021;(1):107–111. (In Russ.)
8. Korenbaum V.I., Pochekutova I.A., Kostiv A.E. [et al.]. Sposob diagnostiki sostoyaniya ventilyatsionnoi funktsii legkikh cheloveka (varianty) [Method for diagnosing the state of the ventilation function of human lungs (options)]:

- invention patent 2743244 PU, MPI A61B 5/00; application N 2020120711, 16.06.2020; published 16.02.2021, Bull. 5. (In Russ.)
9. Kryukova E.M., Shadskaya I.G., Sokolova A.G. Pandemiya COVID-19: vyzovy i tochki rosta industrii turizma [COVID-19 pandemic: challenges and growth points of the tourism industry]. *Innovatsii i investitsii* [Innovation & Investment]. 2021;(4):340–342. (In Russ.)
 10. Kuskov A.S., Lysikova O.V. Kurortologiya i ozdorovitel'nyi turizm [Balneology and health tourism]. Rostov na Donu. 2004. 317 p. (In Russ.)
 11. Lapina E.Yu., Yakushev A.A. Mediko-sotsial'naya reabilitatsiya pri novej koronavirusnoj infektsii (COVID-19): vremennye metodicheskie rekomendatsii Rossijskoi Federatsii i evropejskikh stran (obzor literatury) [medical and social rehabilitation for new coronavirus infection (COVID-19). Temporal methodological recommendations of the russian federation and european countries (literature review)]. *Mediko-sotsial'naya ekspertiza i reabilitatsiya* [Medico-social expert evaluation and rehabilitation]. 2020;23(4):47–52. DOI: 10.17816/MSER51054. (In Russ.)
 12. Maksanova L.B.Zh., Dugarova T.B., Kaurov I.A. Turizm i pandemiya COVID-19: opyt i uroki Respubliki Buryatiya [tourism and COVID-19 pandemic: experience of the republic of Buryatia]. *Vestnik Buryatskogo gosudarstvennogo universiteta. Ekonomika i menedzhment* [BSU bulletin. Economics and management]. 2021;(1):62–71. DOI: 10.18101/2304-4446-2021-1-62-71. (In Russ.)
 13. Pyatibrat E.D. Obosnovanie effektivnosti organizovannogo letnego otdykha v raznykh klimatogeograficheskikh usloviyakh v normalizatsii funktsional'nogo sostoyaniya organizma veteranov ekstremal'nykh vidov deyatel'nosti [Justification of the effectiveness of organized summer recreation under different climatic and geographical conditions for normalizing the organism functional state in veterans of extreme activities]. *Mediko-biologicheskie i sotsial'no-psikhologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychainykh situatsiyakh* [Medico-Biological and Socio-Psychological Problems of Safety in Emergency Situations]. 2018;(4):34–39. DOI: 10.25016/2541-7487-2018-0-4-34-39. (In Russ.)
 14. Pyatibrat E.D. Psikhofiziologicheskoe obosnovanie effektivnosti kurortov severo-zapada i srednikh shirot Rossii v normalizatsii funktsional'nogo sostoyaniya organizma cheloveka [Psychophysiological substantiation of efficiency of resorts of the north-west and middle latitudes of Russia in the normalization of the functional state of the organism]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2018;(3):123–132. (In Russ.)
 15. Pyatibrat E.D., Pyatibrat A.O. Vliyanie otdykha v rechnom kruize na umstvennyuyu rabotosposobnost' shkol'nikov [Impact of recreation in river cruise on mental performance of schoolchildren]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2020;(75):Pp. 115–129.
 16. Raigorodskii D.Ya. Prakticheskaya psikhodiagnostika: metodiki i testy [Practical psychodiagnostics: methods and tests]. Samara. 2011. 667 p. (In Russ.)
 17. Sevryukova V.S., Belus E.A., Dobryakov E.V. Sochetanie vozdeistviya prirodnykh faktorov kurorta Anapa i vozmozhnostei reabilitatsii v usloviyakh sanatoriya «Diluch» bol'nym posle perenesennoj infektsii COVID-19 [Combination of the impact of natural factors of Anapa resort and rehabilitation opportunities in the conditions of the sanatorium “Diluch” for patients after COVID-19 infection]. *Voprosy kurortologii, fizioterapii i lechebnoi fizicheskoi kul'tury* [Problems of balneology, physiotherapy, and exercise therapy]. 2021;98(3–2):169. DOI: 10.17116/kurort20219803221. (In Russ.)
 18. Smychek V.B., Kazakevich D.S., Kozlova S.V. Meditsinskaya reabilitatsiya patsientov s pnevmoniei, vyzvannoj infektsiej COVID-19, v Respublike Belarus' [Medical rehabilitation of patients with pneumonia caused by COVID-19 infection in the Republic of Belarus] *Fizicheskaya i reabilitatsionnaya meditsina* [Physical and rehabilitation medicine]. 2020;2(3):17–26. DOI: 10.26211/2658-4522-2020-2-3-17-26. (In Russ.)
 19. Trisvetova E.L. Postkovidnyi sindrom: klinicheskie priznaki, reabilitatsiya [Post-COVID-19 syndrome: clinical signs, rehabilitation]. *Kardiologiya v Belarusi* [Cardiology in Belarus]. 2021;13(2):268–279. DOI: 10.34883/PI.2021.13.2.011. (In Russ.)
 20. Khasanova D.R., Zhitkova Yu.V., Vaskaeva G.R. Postkovidnyi sindrom: obzor znaniy o patogeneze, neiropsikhiatricheskikh proyavleniyakh i perspektivakh lecheniya [Post-COVID syndrome: a review of pathophysiology, neuropsychiatric manifestations and treatment perspectives]. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika* [Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics]. 2021;13(3):93–98. DOI: 10.14412/2074-2711-2021-3-93-98. (In Russ.)
 21. Tsoy L.V. COVID-19-assotsirovannyi delirij: mekhanizmy razvitiya i osobennosti techeniya [COVID-19 associated delirium: pathogenetic mechanisms of induction and clinical features]. *Meditsinskii vestnik Yuga Rossii* [Medical herald of the south of Russia]. 2021;12(1):33–37. DOI: 10.21886/2219-8075-2021-12-1-33-37. (In Russ.)
 22. Sheibak V.V. Tsifrovizatsiya v epokhu pandemii i rol' SMI [Digitalization in the age of the pandemic and the role of the media]. *Nauchnye gorizonty* [Scientific Horizons]. 2021;(2):54–63. (In Russ.)
 23. CHuchalin A.G., Ajsanov Z.R., CHernyak A.V. [et al.]. Metodicheskie rekomendatsii po ispol'zovaniyu metoda spirometrii [Methodological recommendations on the use of the spirometry method]. Moskva. 2018. 35 p.

24. Ayoubkhani D., Nafilyan V., Maddox T [et al.]. Post-covid syndrome in individuals admitted to hospital with COVID-19: retrospective cohort study. *BMJ: British Medical Journal: International Edition*. 2021;372:693. DOI: 10.1136/bmj.n693.
 25. Koyirov A.K., Shirinov D.K., Rakhimov M.M., Boltayev E.B., Galilov A.A. Non-invasive lung ventilation in acute respiratory failure caused by new coronavirus infection COVID-19. *New day in Medicine*. 2021;(1):107–114.
 26. Yong S.J. Long COVID or post-COVID-19 syndrome: putative pathophysiology, risk factors, and treatments. *Infectious diseases* (London, England). 2021;53(10):737–754. DOI: 10.1080/23744235.2021.1924397.
-

Received 15.10.2021

For citing. Pyatibrat A.O., Pyatibrat E.D., Obosnovanie effektivnosti reabilitiruyushchego vliyaniya rechnyh kruizov na lic, perenessih COVID-19. *Vestnik psikhoterapii*. 2022;(81):93–106. **(In Russ.)**.

Pyatibrat A.O., Pyatibrat E.D. Justification of the effectiveness of the rehabilitating effect of river cruises on people who have suffered COVID-19. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2022;(81):93–106. DOI: 10.25016/2782-652X-2022-0-81-93-106

О.А. Ярыгин^{1,2}, Д.В. Козлов¹, А.А. Раевский^{1,2},
А.А. Княжеченко¹, А.П. Миронова¹

ДИНАМИКА ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ, ОКАЗЫВАЮЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19

¹ Клиническая станция скорой медицинской помощи (Россия, Волгоград, ул. им. Землячки, д. 74);

² Волгоградский государственный медицинский университет
(Россия, Волгоград, пл. Павших борцов, д. 1)

Актуальность. Пандемия COVID-19 является серьезным вызовом для системы здравоохранения всего мира. В работах отечественных и зарубежных авторов акцентируется внимание на необходимости оказания психологической поддержки медикам с целью снижения рисков профессионального выгорания и эмоциональной дезадаптации.

Цель – оценить психическое состояние медицинского персонала инфекционных госпиталей Волгоградской области в динамике, выявить мишени для психокоррекционной работы и провести оценку эффективности организационных мероприятий психопрофилактической направленности в медицинских организациях, перепрофилированных в инфекционные госпитали.

Методология. Представлены материалы двух этапов эмпирического исследования, полученного на выборке медицинских работников инфекционных госпиталей Волгоградской области по динамике психического состояния 510 врачей и медицинских сестер, работающих в течение 1 года в условиях пандемии COVID-19: на 1-м этапе – 279 человек, на 2-м – 231 медицинский работник. Методический комплекс включал «Опросник для выявления и оценки невротических состояний» (К.К. Яхин, Д.М. Менделевич) и «Методику измерения уровня «психического выгорания» (В.В. Бойко).

Результаты и их анализ. Установлено, что у большинства медицинских работников отсутствуют невротические проявления. Динамика психического состояния врачей показала значимое снижение выраженности обсессивно-фобических проявлений ($p < 0,001$) и астении ($p < 0,05$), медицинских сестер – обсессивно-фобических ($p < 0,01$), вегетативных нарушений

Ярыгин Олег Анатольевич – канд. мед. наук, гл. врач, Клиническая станция скор. мед. помощи (Россия, 400138, Волгоград, ул. им. Землячки, д. 74); доц. каф. акушерства и гинекологии, Волгоградский гос. мед. ун-т (Россия, 400131, Волгоград, пл. Павших борцов, д. 1), ORCID: 0000-0001-8825-1629, e-mail: ssmpr@volganet.ru;

Козлов Денис Вадимович – зам. гл. врача по оперативной работе, Клиническая станция скор. мед. помощи (Россия, 400138, Волгоград, ул. им. Землячки, д. 74), ORCID-ID 0000-0001-7416-9309, e-mail: ssmpr@volganet.ru;
✉ Раевский Алексей Анатольевич – канд. психол. наук, зав. лаб. психофизиол. обеспечения центра медицины катастроф, Клиническая станция скор. мед. помощи (Россия, 400138, Волгоград, ул. им. Землячки, д. 74); доц. каф. общ. и клинич. психологии, Волгоградский гос. мед. ун-т (Россия, 400131, Волгоград, пл. Павших борцов, д. 1), ORCID: 0000-0001-5215-5184, e-mail: alexraevskiy@gmail.com;

Княжеченко Андрей Алексеевич – нач. центра медицины катастроф, Клиническая станция скор. мед. помощи (Россия, 400138, Волгоград, ул. им. Землячки, д. 74), ORCID: 0000-0002-8505-6913, e-mail: cmk134@yandex.ru;

Миронова Ангелина Петровна – мед. психолог лаб. психофизиол. обеспечения центра медицины катастроф, Клиническая станция скор. мед. помощи (Россия, 400138, Волгоград, ул. им. Землячки, д. 74), ORCID: 0000-0002-3501-2795, e-mail: gelkam390@gmail.com.

($p < 0,01$), а также истерического типа реагирования ($p < 0,05$). Установлено уменьшения показателей синдрома психического выгорания у врачей по фазам «резистенция» ($p < 0,01$) и «напряжение» ($p < 0,05$), у медицинских сестер – по фазам «резистенция» ($p < 0,05$) и «истощение» ($p < 0,05$) по тесту Бойко.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о положительной динамике в уровне выраженности психической дезадаптации и синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников инфекционных госпиталей Волгоградской области. Позитивное влияние на улучшение психического состояния медиков оказали как психопрофилактические, так и организационные мероприятия, что предполагает необходимость комплексной работы по профилактике психической дезадаптации медицинских работников.

Ключевые слова: медицинские работники, клиническая психология, психологическая диагностика, нарушение адаптации, психическое выгорание, невротизация, инфекционный госпиталь, коронавирусная инфекция, COVID-19.

Введение

В условиях распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19 система здравоохранения по всему миру подверглась значительному испытанию, что особенно отразилось на медицинских работниках, принимающих непосредственное участие в лечении пациентов с данным заболеванием [6, 7, 13]. Новые условия работы, большой поток госпитализируемых пациентов, неоднозначные перспективы окончания пандемии и возвращения к прошлому укладу жизни могут оказывать негативное влияние на физическое и психическое здоровье медицинских работников в период пандемии COVID-19.

На данный момент уже имеются публикации российских и зарубежных ученых, посвященные специфике психического здоровья медиков, оказывающих медицинскую помощь пациентам с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 [1, 3, 6, 12]. В данных работах отражена специфика работы медиков, которые трудятся в экстремальных условиях (с одномоментным большим потоком пациентов, дефицитом медицинских кадров, повышенным риском заражения и т. д.)

В большинстве зарубежных и российских публикаций специалисты в области охраны психического здоровья акцентируют внимание на необходимости оказания психологической поддержки медикам с целью снижения рисков профессионального выгорания и эмоциональной дезадаптации [4, 8, 11, 14].

В публикациях акцентируется проблема низкой доступности очной психолого-психиатрической помощи, а также малого количества исследований динамики профессионального стресса у медицинских работников во время эпидемии COVID-19 [8].

Цель – оценить психическое состояние медицинского персонала инфекционных госпиталей Волгоградской области в динамике, выявить мишени для психокоррекционной работы и провести оценку эффективности организационных мероприятий психопрофилактической направленности в медицинских организациях, перепрофилированных в инфекционные госпитали.

Материал и методы

Выездную работу медицинских психологов лаборатории психофизиологического обеспечения (ЛПФО) центра медицины катастроф Клинической станции скорой медицинской помощи (г. Волгоград) осуществляли в 2 этапа. Медицинские психологи ЛПФО посетили 10 медицинских организаций, перепрофилированных в инфекционные госпитали. Диагностику психологического состояния медицинских работников проводили в «зеленой зоне» медицинской организации.

На 1-м этапе (с мая по октябрь 2020 г.) обследовали 279 медицинских работников, из них 116 врачей и 163 медицинские сестры [9], на 2-м этапе (с февраля по июнь 2021 г.) – 231 медицинского работника,

в том числе 108 врачей и 123 медицинские сестры.

Диагностику психического состояния медицинских работников проводили при помощи методик:

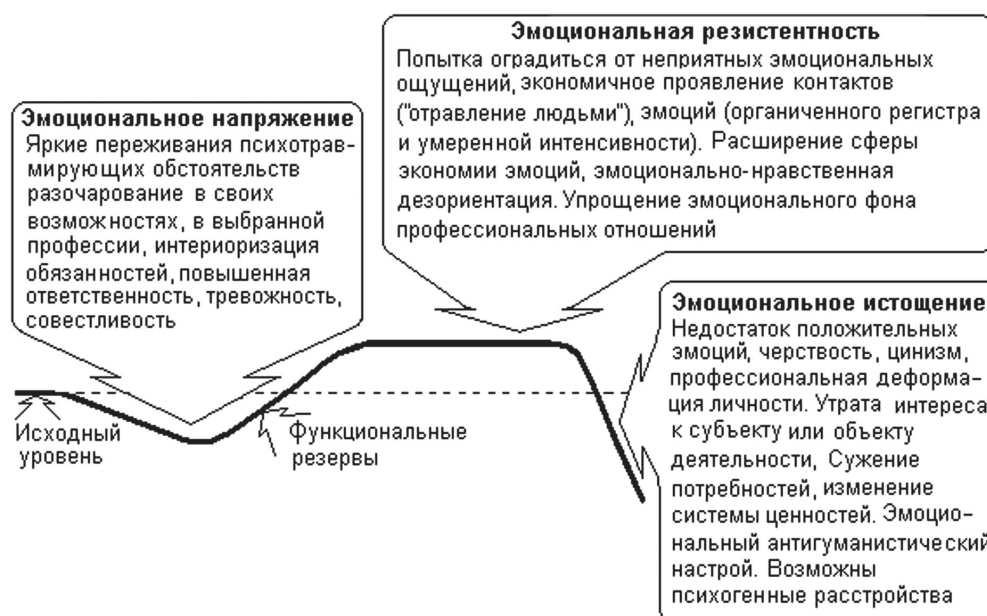
1) опросника для оценки проявлений невротических состояний, разработанного К.К. Яхиным и Д.М. Менделевичем, состоящего из 68 вопросов, ответы на которых интерпретируются по специально созданным таблицам [10]. Показатели невротизации по каждой шкале в методике больше 1,3 балла указывают на уровень здоровья, меньше минус 1,3 балла – на болезненный характер выявляемых расстройств (отмечается обратный отчет: чем больше показатели по тексту, тем меньше проявлений невротизации);

2) опросника оценки уровня эмоционального выгорания, созданного В.В. Бойко [2] и содержащего 84 вопроса. Оценка проводится по фазам «напряжение», «резистенция» и «истощение» по специально созданному бланку ответов. При анализе данных учитывается не только выраженность общей оценки, но и сформированность отдельных синдромов и фаз. Показатели эмоционального (психического) выгорания по В.В. Бойко распределяются следующим образом: 0–36 балла – фаза не сформирована;

37–60 балла – фаза в стадии формирования; 61–90 фаза – фаза сформирована. При рассмотрении эмоциональной компоненты профессионального выгорания как единого процесса общего адаптационного синдрома В.И. Евдокимовым и соавт. была сформирована схема ее развития (см. рисунок) [5];

3) формализованной авторской анкеты. Анкета была разработана исходя из результатов беседы с медицинскими работниками в период первого этапа выездной работы. В анкете были представлены группы факторов (организационные, профессиональные, психологические), которые могли оказывать негативное влияние на психическое состояние медицинских работников в период пандемии COVID-19.

На 1-м этапе по результатам психологической диагностики проводили индивидуальную психологическую коррекцию преимущественно в форме когнитивно-поведенческой психотерапии. С каждым медицинским работником прорабатывали актуальные для него когнитивные искажения и дисфункциональные паттерны поведения, отработывали релаксационные, дыхательные техники и упражнения, направленные на снижение эмоционального напряжения. Была разработана памятка, в которой отражены симптомы и способы профилактики



Динамика эмоциональной компоненты психического выгорания [5].

эмоционального выгорания, а также телефоны «горячих линий» экстренной психологической помощи медицинским работникам, оказывающим помощь пациентам с COVID-19 (федеральные и региональные). В рамках 1-го этапа выездной работы административно-управленческому персоналу каждого инфекционного госпиталя рекомендовали провести организационные мероприятия по оптимизации психического состояния медицинских работников [9]. Стоит заметить, что в рамках 2-го этапа отмечено, что значительная часть рекомендаций, как со стороны руководства госпиталей, так и со стороны медицинских работников были учтены и выполнены.

Результаты проверили на нормальность распределения признаков. Методы статистического анализа полученных данных включали описательную статистику и сравнительный анализ с помощью t-критерия Стьюдента. В тексте представлено процентное соотношение выборки медицинских работников по уровню выраженности исследуемых показателей, а также средние арифметические величины и среднеквадратическое отклонение ($M \pm SD$).

Результаты и их анализ

В обследованной выборке не выявлено влияние пола, возраста и стажа работы на выраженность негативных психических состояний и признаков эмоционального выгорания опрошенных респондентов, поэтому в дальнейшем эти факторы не учитывались. Кроме того, хотя на первом этапе исследования было установлено несколько значимых различий в показателях врачей и медсестер [9], на втором этапе статистически достоверных различий между ними выявлено не было.

1. Невротические состояния. Показатели опросника для выявления и оценки невротических состояний у врачей и медицинских сестер по этапам наблюдения представлены в табл. 1. Установлено, что у большинства медицинских работников отсутствует невротические расстройства. При сравнении данных по периодам обследования оказалось, что на 2-м этапе у врачей статистически достоверно уменьшились показатели астении и обсессивно-фобических проявлений, у медицинских сестер – истерических и обсессивно-фобических проявлений и вегетативных нарушений (см. табл. 1).

Таблица 1

Показатели опросника оценки невротических состояний, ($M \pm SD$) балл

Шкала опросника	Этап обследования		p <
	1-й	2-й	
Врачи			
Тревога	4,9 ± 3,2	5,0 ± 3,62	
Невротическая депрессия	3,2 ± 3,20	3,6 ± 4,15	
Астения	4,7 ± 4,05	6,1 ± 3,52	0,05
Истерический тип реагирования	4,6 ± 2,32	4,9 ± 2,24	
Обсессивно-фобические нарушения	5,0 ± 4,63	6,6 ± 5,77	0,001
Вегетативные нарушения	7,8 ± 4,23	7,6 ± 4,05	
Медицинские сестры			
Тревога	4,7 ± 4,61	5,1 ± 5,02	
Невротическая депрессия	3,0 ± 3,82	3,4 ± 3,84	
Астения	4,6 ± 4,93	5,0 ± 4,57	
Истерический тип реагирования	3,2 ± 4,24	4,2 ± 4,12	0,05
Обсессивно-фобические нарушения	4,9 ± 4,73	6,0 ± 6,30	0,01
Вегетативные нарушения	6,2 ± 7,15	7,1 ± 6,72	0,01

Можно предположить, что снижение выраженности невротических реакций у медицинских работников связано с тем, что большая часть из них уже переболели COVID-19 или были привиты, что положительно повлияло на снижение уровня беспокойства и страхов в отношении COVID-19, навязчивого поиска у себя коронавирусной инфекции при любых признаках телесного недомогания. За 1 год работы был восполнен недостаток информации о терапии и профилактике данного заболевания. Снижение выраженности астении у врачей, предположительно, связано со снижением утомляемости в связи с расширением штата сотрудников, равномерным распределением нагрузки на медицинский персонал, пополнением средств защиты, введением гибкого графика отпусков, в том числе краткосрочных. В рамках статистического анализа достоверного роста патологических реакций по остальным шкалам опросника не отмечено, что позволяет предполагать сохраняющийся уровень их выраженности (см. табл. 1).

Качественный анализ показателей опросника выявил, что на 1-м этапе признаки невротической депрессии были у 26 % врачей, астении – у 15 %, обсессивно-фобиче-

ских реакций – у 13 %, тревоги у 12 %. Таким образом, работа врачей в условиях близких к «чрезвычайным» могла оказывать влияние на аффективную сферу психической деятельности. На 2-м этапе признаки невротической депрессии отмечались уже у 18 % врачей, а остальные невротические проявления оказались менее выраженными (см. табл. 2).

На 1-м этапе обследования признаки невротической депрессии отмечали 28 % медицинских сестер, обсессивно-фобические – 23 %, астении и истерических реакций – 22 %, тревоги и вегетативных нарушений – 21 %. На 2-м этапе, после проведения организационных и психопрофилактических мероприятий, уровень невротической депрессии выявлен лишь у 21 % медицинских сестер, тогда как остальные невротические состояния встречались существенно реже.

В ходе беседы медицинские работники сообщали, что работа в режиме «сутки – дежурство, затем сутки – отдых, затем сутки – снова дежурство» оказывает существенное негативное влияние на психические функции организма. До пандемии медицинские сотрудники работали в режиме «сутки – дежурство, затем 3 суток – отдых». Вместе с тем, в случае если заболел док-

Таблица 2

Уровень выраженности негативных психических состояний, n (%)

Шкала	Уровень	Врачи, этап		Медсестры, этап	
		1-й	2-й	1-й	2-й
Тревога	Нормальный*	102 (88)	98 (91)	128 (79)	103 (84)
	Высокий**	14 (12)	10 (9)	35 (21)	20 (16)
Невротическая депрессия	Нормальный	86 (74)	88 (82)	118 (72)	97 (79)
	Высокий	30 (26)	20 (18)	45 (28)	26 (21)
Астения	Нормальный	99 (85)	98 (91)	127 (78)	103 (84)
	Высокий	17 (15)	10 (9)	36 (22)	20 (16)
Истерический тип реагирования	Нормальный	112 (97)	106 (98)	127 (78)	104 (85)
	Высокий	4 (3)	2 (2)	36 (22)	19 (15)
Обсессивно-фобические нарушения	Нормальный	101 (87)	104 (96)	126 (77)	111 (90)
	Высокий	15 (13)	4 (4)	37 (23)	12 (10)
Вегетативные нарушения	Нормальный	110 (95)	106 (98)	129 (79)	112 (91)
	Высокий	6 (5)	2 (2)	34 (21)	11 (9)

* Показатели по опроснику 1,3 балла и больше; ** – минус 1,3 балла и меньше.

тор, его должностные обязанности должен был выполнять оставшийся в строю врач, и в дополнение – работа в средствах индивидуальной защиты и страх заразиться / заразить своих близких также развивали эмоциональный стресс.

Анализ результатов показал, что преобладающими невротическими состояниями у медицинских работников на обоих этапах психодиагностического обследования являются тревожные состояния (невротическая депрессия и тревога по опроснику Яхина – Менделевича). Эти данные указывают на преимущественно аффективную направленность психической дезадаптации медицинских работников, что соотносится с результатами многих отечественных [3, 8] и зарубежных ученых [11–14]. Так, в исследовании S. Liu и соавт. симптомы депрессии были выявлены у 50,7% респондентов, а симптомы тревоги – у 44,7%; J. Lai и соавт. – у 50,4 и 44,6% соответственно, R. Rossi – у 24,7 и 19,8% соответственно (цит. по: [6]).

2. Проявления психического выгорания. Показатели эмоционального (психического) выгорания по опроснику В.В. Бойко у медицинских работников представлены в табл. 3. Статистически достоверно установлено уменьшение показателей синдрома психического выгорания в выборке врачей

на 2-м этапе исследования по фазам «резистенция», «напряжение» и по общему показателю, у медицинских сестер – по фазам «резистенция» и «истощение» (см. табл. 3).

Установлено, что на 1-м этапе исследования у 18 врачей и 13 медицинских сестер результаты психического выгорания по тесту Бойко были 181 балл и более (с признаками уже сформировавшегося синдрома), на 2-м этапе такие показатели выявлены только у 7 врачей и 5 медицинских сестер. Можно полагать, что данные медицинские работники нуждались в дополнительном психологическом обследовании, пролонгированных психокоррекционных мероприятиях и, возможно, им необходима консультация психотерапевта.

Уместно указать, что фазы психического выгорания по тесту Бойко у медицинских работников не были сформированы, и, в то же время, в 1-й период обследования на фоне интенсивной работы в условиях инфекционных госпиталей отмечается напряжение эмоциональных резервов (фаза «резистенции»), которое проявляется в экономичном проявлении контактов, попытке оградиться от неприятных эмоциональных ощущений, расширении сферы экономии эмоций, упрощении эмоционального фона профессиональных отношений и пр. [5]. При обследовании во 2-м периоде у меди-

Таблица 3

Показатели психического выгорания медицинских работников по опроснику В.В. Бойко, (M ± SD) балл

Фаза	Этап обследования		p <
	1-й	2-й	
Врачи			
«Напряжение»	38,2 ± 29,2	35,3 ± 26,5	0,05
«Резистенция»	42,9 ± 24,1	34,8 ± 21,2	0,01
«Истощение»	31,5 ± 22,3	29,9 ± 22,1	
Общий балл	112,6 ± 75,6	100,0 ± 69,8	0,05
Медицинские сестры			
«Напряжение»	31,6 ± 21,7	30,9 ± 24,5	
«Резистенция»	38,5 ± 22,0	32,4 ± 25,4	0,05
«Истощение»	28,8 ± 20,7	26,6 ± 23,6	0,05
Общий балл	98,9 ± 64,4	89,9 ± 73,5	

Таблица 4

Уровень выраженности психического выгорания у медицинских работников по опроснику В.В. Бойко (%)

Фаза	Уровень фазы	Врачи, этап		Медсестры, этап	
		1-й	2-й	1-й	2-й
«Напряжение»	не сформировалась	59 (51)	57 (53)	98 (60)	86 (70)
	формируется	21 (18)	31 (29)	25 (15)	22 (18)
	сформировалась	36 (31)	20 (18)	40 (25)	15 (12)
«Резистенция»	не сформировалась	38 (33)	70 (65)	68 (42)	92 (75)
	формируется	35 (30)	23 (21)	50 (31)	21 (17)
	сформировалась	43 (37)	15 (14)	45 (27)	10 (8)
«Истощение»	не сформировалась	70 (60)	84 (78)	107 (66)	90 (73)
	формируется	20 (17)	9 (8)	23 (14)	24 (20)
	сформировалась	26 (23)	15 (14)	33 (20)	9 (7)
Общий балл	не сформировалась	63 (54)	78 (74)	102 (63)	89 (72)
	формируется	35 (30)	23 (20)	48 (29)	29 (24)
	сформировалась	18 (16)	7 (6)	13 (8)	5 (4)

цинских работников происходит оптимизация эмоционального фона и «возвращение» профессионально значимых эмоций (эмпатия, совестливость, ответственность) при значительной выраженности тревожности (табл. 3).

Анализ уровня результатов теста у врачей на 1-м этапе исследования выявил, что синдром эмоционального выгорания в фазе «напряжения» сформировался у 31 %, «резистенции» – у 37 %, «истощения» – у 23 % респондентов, на 2-м этапе показатели уменьшились и были сформированы у 18 %, 14 % и 14 % врачей соответственно. В выборке медицинских сестер на 1-м этапе исследования синдром эмоционального выгорания в фазе «напряжения» сформировался у 25 % респондентов, «резистенции» – у 27 %, «истощения» – у 20 %, на 2-м этапе – у 12 %, 8 % и 7 % соответственно (табл. 4).

Качественный анализ результатов опросника Бойко выявил конкретные мишени для проведения психопрофилактической работы у медицинских работников со сформированными фазами психического выгорания. Настораживающим фактом явился тот факт, что на 1-м этапе обследования у 26 врачей, или 23 %, и у 33 медицинских сестер, или 20 %, наблюдалось истощение эмоцио-

нального фона, которое могло сказываться на эффективности профессиональной деятельности и формировании психогенно обусловленных расстройств здоровья. Такие медицинские работники нуждались в профилактическом отдыхе и проведении коррекционных мероприятий. Вероятно, эти и другие организационные мероприятия способствовали тому, что количество врачей и медицинских сестер со сформированной фазой «истощение» и другим фазам по опроснику Бойко во 2-м периоде значительно уменьшилось (см. табл. 4).

3. Факторы профессиональной деятельности, негативно влияющие на психическое состояние медицинских работников. По результатам заполнения специально разработанной авторской анкеты было выявлено, что 38,5 % медицинских работников, из них 38 % врачей и 62 % медицинских сестер, отмечают негативное влияние на психическое состояние следующих факторов:

1) психологические факторы (доля 89,8 % от общего числа заполненных анкет), включающие страх заразиться своих близких (40 %), а также высокую чувствительность к критике (19 %), чувство неуверенности в себе (12,5 %), страх заразиться самому (12,5 %), перфекционизм (9 %) и отсутствие

навыков преодоления эмоционального напряжения (7 %);

2) профессиональные факторы (доля 66,2 % от общего числа заполненных анкет), включающие стремительное и непредсказуемое течение болезни (35,5 %), вынужденную профессиональную перестройку и ощущение некомпетентности (35,5 %), а также возможный контакт с пациентами в остром психотическом состоянии на фоне снижения сатурации (немотивированная агрессия, психозы у пациентов с COVID-19) (28,8 %);

3) организационные факторы (общая доля в 40,4 % от общего числа заполненных анкет), включающие длительный период работы в средствах защиты органы дыхания (42 %), невозможность работы с историей болезни в «красной зоне» (28 %), а также ненормированный график работы (16 %) и необходимость в быстрой смене места работы (14 %).

Стоит отметить, что около 31 % медицинских работников инфекционных госпиталей не отметили влияние перечисленных факторов. Исходя из индивидуальных бесед с данной частью медицинского персонала, можно констатировать, что их психическое состояние было обусловлено личными и семейными проблемами, а не профессиональными сложностями. Возможно, семейные ситуации являлись триггером эмоционального напряжения при психической дезадаптации, которую определяла профессиональная деятельность. В любом случае, имелась необходимость дополнительной психологической работы с медицинскими работниками инфекционных госпиталей по формированию навыков разрешения конфликтных ситуаций, разделения личной жизни и работы и т. д., в том числе рекомендовать семейные и индивидуальные консультации по разрешению проблем.

Психологические факторы, которые были выделены медицинскими работниками в авторской анкете как значимые:

перфекционизм, высокая чувствительность к критике, чувство неуверенности в себе, – отражают в том числе свойственные для большинства медицинских работников индивидуально-личностные и характерологические особенности. Эти данные подтверждаются результатами других исследований медицинского персонала. Так, например, Е.И. Первичко и Е.Ю. Конюховская [6] установили, что социально предписанный перфекционизм в совокупности с социальной тревогой являются значимыми факторами формирования синдрома психического выгорания у медицинских работников.

Заключение

Сравнительный анализ результатов обследования медицинских работников инфекционных госпиталей Волгоградской области, оказывающих медицинскую помощь пациентам с COVID-19, в 2020 г. и 2021 г. выявил снижение у них по психологическим опросникам показателей невротических проявлений эмоционального выгорания в динамике.

Психопрофилактическая работа, проводимая медицинскими психологами, позволила повысить компетентность медицинских работников инфекционных госпиталей. Вероятно, значимое положительное влияние оказали организационные мероприятия (например, конструктивный график работы, создания мест отдыха в «красной зоне», эргономичность средств индивидуальной защиты, дополнительные социальные гарантии и т. д.), что также отражено в ряде других исследований [3, 4]. Таким образом, организационные мероприятия по оптимизации трудовой деятельности необходимо включать в комплекс мер профилактики психической дезадаптации медицинских работников инфекционных госпиталей наряду с мероприятиями психологической поддержки.

Литература

1. Бачило Е.В. Психическое здоровье медицинских работников и вмешательства для его сохранения в период пандемии COVID-19 // Психич. здоровье. 2020. № 8. С. 73–80. DOI: 10.25557/2074-014X.2020.08.73-80.
2. Бойко В.В. Психоэнергетика. СПб.: Питер, 2008. 416 с.
3. Верна В.В., Иззетдинова А.А. Профилактика профессионального выгорания медицинских работников в период распространения пандемии коронавирусной инфекции COVID-19 // Азимут науч. исслед.: экономика и управление. 2020. № 4. С. 91–94. DOI: 10.26140/anie-2020-0904-0019.
4. Долгова Е.М., Полиданов М.А., Ерошина О.Д. [и др.]. Результаты анкетирования медицинских работников, работающих с коронавирусной инфекцией в различных регионах Российской Федерации // Психосомат. и интегратив. исслед. 2020. Т. 6, № 3. С. 301.
5. Евдокимов В.И., Есауленко И.Э., Губин А.И., Попов В.И. Оценка профессионального выгорания у медицинских работников: метод. рекомендации / Воронеж. гос. мед. акад. им. Н.Н. Бурденко, Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России. Воронеж; СПб.: Политехника-сервис, 2009. 82 с.
6. Первичко Е.И., Конюховская Ю.Е. Психологическое благополучие врачей и медицинского персонала в условиях пандемии COVID-19: обзор зарубежных исследований // Психиатрия, психотерапия и клинич. психология. 2020. № 3. С. 595–608. DOI: 10.34883/PI.2020.11.3.016.
7. Холмогорова А.Б., Петриков С.С., Суроегина А.Ю. [и др.]. Профессиональное выгорание и его факторы у медицинских работников, участвующих в оказании помощи больным COVID-19 на разных этапах пандемии // Неотложная мед. помощь. Журн. им. Н.В. Склифосовского. 2020. № 3. С. 321–337. DOI: 10.23934/2223-9022-2020-9-3-321-337.
8. Худова И.Ю., Улумбекова И.Ю. «Выгорание» у медицинских работников: диагностика, лечение, особенности в эпоху COVID-19 // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучения. Вестник ВШОУЗ. 2021. № 1. С. 42–62. DOI: 10.33029/2411-8621-2021-7-1-42-62.
9. Ярыгин О.А., Козлов Д.В., Раевский А.А. Оценка и коррекция психологического состояния медицинских работников инфекционных госпиталей г. Волгограда, перепрофилированных для лечения больных COVID-19 // Медицина катастроф. № 1. 2021. С. 41–44. DOI: 10.33266/2070-1004-2021-1-41-44.
10. Яхин К.К., Менделевич Д.М. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний // Клиническая и медицинская психология: 5-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2005. С. 399–404.
11. Blake H., Bermingham F., Johnson G., Tabner A. Mitigating the Psychological Impact of COVID-19 on Healthcare Workers: A Digital Learning Package // International Journal Environmental Research Public Health. 2020. Vol. 17, N 9. Art. 2997. DOI: 10.3390/ijerph17092997.
12. Sacchione P.Z. Moral Distress in the Midst of the COVID-19 Pandemic // Clinical Nursing Research. 2020. Vol. 29, N 4. P. 215–216. DOI: 10.1177/1054773820920385.
13. Chaban O., Khaustova O., Mishyiev V. [et al.]. Resilience Influence to Healthcare Professionals' Emotional State During COVID-19 Quarantine // Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology. 2021. Vol. 12, N 1. P. 150–157. DOI: 10.34883/PI.2021.12.1.013.
14. Kisely S., Warren N., McMahon L. [et al.]. Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis // BMJ. 2020. Vol. 369. Art. m1642. DOI: 10.1136/bmj.m1642.

Поступила 17.11.2021 г.

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

Участие авторов: О.А. Ярыгин, Д.В. Козлов, А.А. Княжеченко – разработка концепции и схемы исследования, редактирование окончательного варианта статьи; А.А. Раевский, А.П. Миронова – сбор первичных данных и их статистическая обработка, визуализация/представление результатов, анализ отечественных и зарубежных исследований, подготовка первого варианта статьи.

Для цитирования: Ярыгин О.А., Козлов Д.В., Раевский А.А., Княжеченко А.А., Миронова А.П. Динамика психического состояния медицинских работников Волгоградской области, оказывающих помощь пациентам с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 // Вестник психотерапии. 2022. № 81. С. 107–117. DOI: 10.25016/2782-652X-2022-0-81-107-117

O.A. Yarygin^{1, 2}, D.V. Kozlov¹, A.A. Raevsky^{1, 2},
A.A. Knyazhechenko¹, A.P. Mironova¹

DYNAMICS OF THE MENTAL CONDITION AMONG MEDICAL WORKERS FROM THE VOLGOGRAD REGION PROVIDING MEDICAL CARE TO PATIENTS WITH NEW CORONAVIRUS INFECTION COVID-19

¹ Clinical ambulance station (74, Zemlyachki Str., Volgograd, 400138, Russia);

² Volgograd State Medical University (1, Pavshikh Boitsov Square, Volgograd, 400131, Russia)

Oleg Anatolyevich Yarygin – PhD Med. Sci., Chief Physician, Clinical Ambulance Station (74, Zemlyachki Str., Volgograd, 400138, Russia), Associate Prof. of the Department of Obstetrics and Gynecology, Volgograd State Medical University (1, Pavshikh Boitsov Square, Volgograd, 400131, Russia), ORCID: 0000-0001-8825-1629, e-mail: ssm@volganet.ru;

Denis Vadimovich Kozlov – Deputy Chief Physician for Operational Work, Clinical Ambulance Station (74, Zemlyachki Str., Volgograd, 400138, Russia), ORCID: 0000-0001-7416-9309, e-mail: ssm@volganet.ru;

✉ Aleksey Anatolyevich Raevsky – PhD Psychol. Sci., Head of the Laboratory of Psychophysiological Support of the Disaster Medicine Center, Clinical Ambulance Station (74, Zemlyachki Str., Volgograd, 400138, Russia), Associate Prof. of the Department of General and Clinical Psychology, Volgograd State Medical University (1, Pavshikh Boitsov Square, Volgograd, 400131, Russia), ORCID: 0000-0001-5215-5184, e-mail: alexraevskiy@gmail.com;

Andrey Alekseevich Knyazhechenko – Head of the Disaster Medicine Center, Clinical Ambulance Station (74, Zemlyachki Str., Volgograd, 400138, Russia), ORCID: 0000-0002-8505-6913, e-mail: cmk134@yandex.ru;

Angelina Petrovna Mironova – Medical Psychologist of the Laboratory of Psychophysiological Support of the Disaster Medicine Center, Clinical Ambulance Station (74, Zemlyachki Str., Volgograd, 400138, Russia), ORCID: 0000-0002-3501-2795, e-mail: gelkam390@gmail.com

Abstract

Relevance. The COVID-19 pandemic is a major challenge to the global healthcare system. In the works of domestic and foreign authors, attention is focused on the need to provide psychological support to physicians in order to reduce the risks of professional burnout and emotional maladaptation.

Intention – to assess the mental state of the medical staff of infectious disease hospitals in the Volgograd region in dynamics, to identify targets for psycho-correction and to evaluate the effectiveness of organizational measures for psycho-prophylactics in medical organizations converted into infectious disease hospitals.

Methodology. Presented are materials from a two-stage empirical study of the mental state among 510 doctors and nurses working for 1 year during the COVID-19 pandemic in infectious disease hospitals of the Volgograd region: 279 and 231 persons at the 1st and 2nd stage, respectively. The methodological complex included “Questionnaire for identifying and assessing neurotic states” (K.K. Yakhin, D.M. Mendelevich) and “Methodology for measuring the level of mental burnout” (V.V. Boyko).

Results and Discussion. It has been established that most medical workers have no neurotic manifestations. The following manifestations significantly decreased in severity over time: obsessive-phobic manifestations ($p < 0.001$) and asthenia ($p < 0.05$) in the doctors, and obsessive-phobic disorders ($p < 0.01$), autonomic disorders ($p < 0.01$), hysterical responses ($p < 0.05$) in the nurses. Indicators of the mental burnout decreased among doctors in the phases of “resistance” ($p < 0.01$) and “stress” ($p < 0.05$), and among nurses - in the phases of “resistance” ($p < 0.05$) and “exhaustion” ($p < 0.05$) according to the Boyko test.

Conclusion. The results obtained indicate a positive trend in the level of mental maladaptation and burnout syndrome in medical workers of infectious disease hospitals in the Volgograd region. Both psychoprophylactic and organizational measures helped improve the mental state of physicians, thus indicating the need for comprehensive prevention of mental maladjustment among healthcare professionals.

Keywords: healthcare professionals, clinical psychology, psychodiagnostics, maladaptation, burnout, neurotization, infectious disease hospital, COVID-19 coronavirus infection.

References

1. Bachilo E.V. Psikhicheskoe zdorov'e meditsinskikh rabotnikov i vmeshatel'stva dlya ego sokhraneniya v period pandemii COVID-19 [Mental health of medical workers and intervention for its conservation during the COVID-19 pandemic period]. *Psikhicheskoe zdorov'e* [Mental Health]. 2020;(8):73–80. DOI: 10.25557/2074-014X.2020.08.73-80. (In Russ.)
2. Boiko V.V. Psichoenergetika [Psychoenergetics]. Sankt Peterburg. 2008. 416 p. (In Russ.)
3. Verna V.V., Izzetdinova A.A. Profilaktika professional'nogo vygoraniya meditsinskikh rabotnikov v period rasprostraneniya pandemii koronavirusnoi infektsii COVID-19 [Prevention of professional burnout of medical workers during the Covid-19 coronavirus infection pandemic]. *Azimut nauchnykh issledovaniy: ekonomika i upravlenie* [Azimuth of scientific research: economics and management]. 2020;(4):91–94. DOI: 10.26140/anie-2020-0904-0019. (In Russ.)
4. Dolgova E.M., Polidanov M.A., Eroshina O.D. [et al.]. Rezul'taty anketirovaniya meditsinskikh rabotnikov, rabotayushchikh s koronavirusnoi infektsiei v razlichnykh regionakh rossiiskoi federatsii [Results of a survey of medical workers working with coronavirus infection in various regions of the Russian Federation]. *Psikhosomaticheskie i integrativnye issledovaniya* [Psychosomatic and integrative studies]. 2020;(3):301. (In Russ.)
5. Evdokimov V.I., Esaulenko I.E., Gubin A.I., Popov V.I. Otsenka professional'nogo vygoraniya u meditsinskikh rabotnikov [Evaluation of professional burnout in medical workers]. Sankt Peterburg. 2009. 82 p. (In Russ.)
6. Pervichko E.I., Konyukhovskaya Yu.E. Psikhologicheskoe blagopoluchie vrachei i meditsinskogo personala v usloviyakh pandemii COVID-19: obzor zarubezhnykh issledovaniy [Psychological well-being of doctors and healthcare providers during the Covid-19 pandemic: overview of foreign studies]. *Psikhiatriya, psikhoterapiya i klinicheskaya psikhologiya* [Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology]. 2020;(3):595–608. DOI: 10.34883/PI.2020.11.3.016. (In Russ.)
7. Kholmogorova A.B., Petrikov S.S., Suroyegina A.Yu [et al.]. Professional'noe vygoranie i ego faktory u meditsinskikh rabotnikov, uchastvuyushchikh v okazanii pomoshchi bol'nykh COVID-19 na raznykh etapakh pandemii [Burnout and its factors in healthcare workers involved in providing health care for patients with COVID-19 at different stages of the pandemic]. *Neotlozhnaya meditsinskaya pomoshch'. Zhurnal imeni N.V. Sklifosovskogo* [Russian Sklifosovsky journal of emergency medical care]. 2020;(3):321–337. DOI: 10.23934/2223-9022-2020-9-3-321-337. (In Russ.)
8. Khudova I.Yu., Ulumbekova I.Yu. «Vygoranie» u meditsinskikh rabotnikov: diagnostika, lechenie, osobennosti v epokhu COVID-19 [Healthcare workers “burn-out”: diagnostic, treatment, particularities during epidemic of COVID-19]. *ORGZDRAV: novosti, mneniya, obucheniya. Vestnik VShOUZ* [Healthcare management: news. Views. Education. Bulletin of VSHOUZ]. 2021;(1):42–62. DOI: 10.33029/2411-8621-2021-7-1-42-62. (In Russ.)
9. Yarygin O.A., Kozlov D.V., Raevskii A.A. Otsenka i korrektsiya psikhologicheskogo sostoyaniya meditsinskikh rabotnikov infektsionnykh gosptalei g. Volgograda, pereprofilirovannykh dlya lecheniya bol'nykh COVID-19 [Assessment and correction of the psychological state of medical workers of infectious hospitals in Volgograd, repurposed for the treatment of COVID-19 patients]. *Meditsina katastrof* [Disaster Medicine]. 2021;(1):41–44. DOI: 10.33266/2070-1004-2021-1-41-44. (In Russ.)
10. Yakhin K.K., Mendelevich D.M. Klinicheskii oprosnik dlya vyyavleniya i otsenki nevroticheskikh sostoyanii [Clinical Questionnaire for Identification and Evaluation of Neurotic Conditions]. *Klinicheskaya i meditsinskaya psikhologiya* [Clinical and Medical Psychology]. Moskva. 2005. Pp. 545–552. (In Russ.)
11. Blake H., Bermingham F., Johnson G., Tabner A. Mitigating the Psychological Impact of COVID-19 on Healthcare Workers: A Digital Learning Package. *International Journal Environmental Research Public Health*. 2020;17(9):2997. DOI: 10.3390/ijerph17092997.
12. Cacchione P.Z. Moral Distress in the Midst of the COVID-19 Pandemic. *Clinical Nursing Research*. 2020;29(4):215–216. DOI: 10.1177/1054773820920385.
13. Chaban O., Khaustova O., Mishyiev V. [et al.]. Resilience Influence to Healthcare Professionals' Emotional State During COVID-19 Quarantine. *Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology*. 2021;12(1):150–157. DOI: 10.34883/PI.2021.12.1.013.
14. Kisely S., Warren N., McMahon L. [et al.]. Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. *BMJ*. 2020;369:m1642. DOI: 10.1136/bmj.m1642.

Received 17.11.2021

For citing: Yarygin O.A., Kozlov D.V., Raevsky A.A., Knyazhechenko A.A., Mironova A.P. Dinamika psikhicheskogo sostoyaniya meditsinskikh rabotnikov Volgogradskoi oblasti, okazyvayushchikh pomoshch' patsientam s novoi koronavirusnoi infektsiei COVID-19. *Vestnik psikhoterapii*. 2022;(81):107–117. (In Russ.)

Yarygin O.A., Kozlov D.V., Raevsky A.A., Knyazhenko A.A., Mironova A.P. Dynamics of the mental condition among medical workers from the Volgograd region providing medical care to patients with new coronavirus infection COVID-19. *The Bulletin of psychotherapy*. 2022;(81):107–117. DOI: 10.25016/2782-652X-2022-0-81-107-117

Ушла из жизни наш друг Рада Михайловна Грановская (13.09.1929–17.04.2022)

17 апреля ушла из жизни наш друг, член редколлегии журнала Рада Михайловна Грановская – доктор психологических наук профессор, сотрудник Всероссийского центра экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (ВЦЭРМ МЧС России) и Санкт-Петербургского государственного университета, академик Международной Балтийской педагогической академии. Раде Михайловне было 92 года.

Рада Михайловна родилась в 1929 г. в Ленинграде в семье инженера. Во время Великой Отечественной войны находилась в блокадном Ленинграде. До преклонного возраста вспоминала о доброте, заботе и самозабвенном труде блокадных воспитателей и учителей. Осмысление пережитых чувств, позволили ей обосновать феномен коллективного поведения советских людей в блокадном городе и психологическое понимание той героической эпохи, которые так необходимы нам сегодня.

В 1953 г. Рада Михайловна закончила Ленинградский электротехнический институт, а затем в 1959 г. – Ленинградский государственный университет по кафедре физиологии. Во время учебы выдающийся советский психолог А.Н. Леонтьев пригласил ее в аспирантуру на факультете психологии университета. В 1965 г. она защитила диссертацию на соискание ученой степени кандидата наук, а 1972 г. – доктора наук. Исследуя фундаментальные научные направления в психологии, среди которых были искусственный интеллект, психология творчества, психологические защиты и психология веры, Рада Михайловна приносила в каждое из них анализ явлений со свойственной ей огромной душевной глубиной и тонкостью понимания мира и человека. Вклад ее в психологическую науку огромен. Р.М. Грановская – автор книг, которые стали классикой психологии, в том числе «Психология веры» (2004 г.),



«Творчество и конфликт в зеркале психологии» (2006 г.), «Психологическая защита» (2007 г.) и др. Более 20 лет входила в состав диссертационных советов, созданных при ВЦЭРМ МЧС России, являлась членом научно-технического совета.

Рада Михайловна — образец высокой этики и гуманизма, мужества и деятельной любви к людям. Она определила механизмы и способы преодоления осознанных и подсознательных психологических барьеров, с которыми взаимодействует мышление человека, разработала концептуальную модель этого взаимодействия, показывала пути для решения самых трудных проблем разного уровня (личного, общественного и общественно-политического).

Рада Михайловна запомнится нам мудрым, стойким и светлым человеком. Она вдохновляла нас своим жизнелюбием, неиссякаемой энергией, оптимизмом, бесконечной душевной молодостью, любовью к людям.

*Редколлегия и редсовет журнала
«Вестник психотерапии»*