

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

**ВЕСТНИК
ПСИХОТЕРАПИИ**

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Главный редактор В.Ю. Рыбников

№ 76 (81)

Санкт-Петербург
2020

Редакционная коллегия

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

Редакционный совет

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

Адрес редакции:

194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11
Телефон: (812) 592-35-79, 923-98-01

ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ

Научно-практический журнал

- © Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, 2020
- © Международный институт резервных возможностей человека, 2020

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

**BULLETIN OF
PSYCHOTHERAPY**

RESEARCH & CLINICAL PRACTICE JOURNAL

Editor-in-Chief V.Yu. Rybnikov

N 76 (81)

St. Petersburg
2020

Editorial Board

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

Editorial Council

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

For correspondence:

11, Pridorozhnaya alley
194352, St. Petersburg, Russia
Phone: (812) 592-35-79, 923-98-01

BULLETIN OF PSYCHOTHERAPY

Research & clinical practice journal

© Nikiforov Russian Centre of Emergency and Radiation
Medicine, EMERCOM of Russia, 2020

© International Institute of Human Potential Abilities, 2020

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХИАТРИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

Тукаев Р.Д. Эволюция гипнотерапии: методические аспекты	7
Евдокимов В.И., Зотова А.В., Чехлатый Е.И. Анализ отечественных изобретений по психотерапии (2012–2020 гг.) .	30

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Булыгина В.Г., Шеховцова Е.С. Нарушение осознанной саморегуляции в условиях неопределенности как фактор криминализации	47
Зятыкова Е.О., Стоянова И.Я., Брель Е.Ю. Гелотофобия как проявление экзистенциальной тревоги студентов в контексте психического здоровья	61
Попов В.И., Чермянин С.В., Капитанаки В.Е. Психологические особенности формирования расстройств адаптации у военнослужащих на начальном этапе военно-профессиональной деятельности	72
Черный В.С., Леонтьев О.В., Александров М.В. Качество жизни в отдаленном периоде у лиц, перенесших острые бытовые отравления смесью лекарственных препаратов	87
Беляев В.Р., Лымаренко В.М., Леонтьева М.О., Черная Ю.В. Профессиональное выгорание как проблема для сотрудников операторского профиля с напряженным графиком трудовой деятельности ..	97
Лысенко Ю.С., Микита О.Ю., Пинчук А.В., Хубутя М.Ш. Проблема комплаентности пациентов с хронической почечной недостаточностью	109
Ветрова Т.В. Постковидная паросмия в практике клинического психолога	123
Попов В.И., Марченко Л.О., Левич С.Н., Юсупов В.В., Исаева Е.Р., Чернявский Е.А. Психологическая готовность медицинского персонала к работе по специальности в период эпидемиологического неблагополучия	134
Юбилейные даты	148
Информация о журнале	150

CONTENTS

PSYCHIATRY AND PSYCHOTHERAPY

Tukaev R.D. Evolution of hypnotherapy: methodical aspects	7
Evdokimov V.I., Zotova A.V., Chekhlatyi E.I. Analysis of Russian inventions in psychotherapy (2012–2020)	30

MEDICAL PSYCHOLOGY

Bulygina V.G., Shekhovtsova E.S. Violation of conscious self-regulation in conditions of uncertainty as a factor in criminalization	47
Zyatkova E.O., Stoyanova I.Ya., Brel E.Yu. Gelotophobia as a manifestation of students existential anxiety in the context of mental health	61
Popov V.I., Chermianin S.V., Kapitanaki V.E. Psychological features by formation disorders adaptation of military during the initial stage of career	72
Chernyy V.S., Leontiev O.V., Aleksandrov M.V. The quality of life in the distant period in persons victims of acute domestic poisoning drug mixture	87
Beliaev V.R., Lymarenko V.M., Leontyeva M.O., Chernaya Yu.V. Professional burnout as a problem for operators with busy working hours .	97
Lysenko Yu.S., Mikita O.Yu., Pinchuk A.V., Khubutia M.Sh. The problem of compliance in patients with chronic renal failure	109
Vetrova T.V. Post-covid parosmia in the clinical psychologist practice	123
Popov V.I., Marchenko L.O., Levich S.N., Yusupov V.V., Isaeva E.R., Chernyavsky E.A. Psychological readiness of medical personnel to occupational work during the period of epidemiological disease	134
Jubilees	148
Information about the Journal.....	150

ПСИХИАТРИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

УДК 616.89–085 : 616.851.2

Р.Д. Тукаев

ЭВОЛЮЦИЯ ГИПНОТЕРАПИИ: МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования (Россия, Москва, Баррикадная ул., д. 2/1, стр. 1)

Проведен сравнительный анализ «классического», эриксоновского гипнозов и универсальной гипнотерапии. Проанализированы отечественные шаблоны трактовки гипнотерапии. Сопоставляемые методы рассмотрены в рамках коммуникативного процесса, выделены: 1) согласование сторонами исходных представлений о гипнозе; 2) вербальный и невербальный уровни гипнотической коммуникации; 3) соотношение активностей сторон гипнотической коммуникации; 4) использование терапевтом обратных связей; 5) гипнотерапевтическое целеполагание; 6) коммуникативные стили гипнотерапии; 7) порождаемые коммуникативным стилем ограничения гипнотерапии. Коммуникативный стиль «классического» гипноза использует идею директивного ведения гипнабельного пациента к терапевтическому результату. Стил эриксоновского гипноза основан на вербальном, недирективно-манипулятивном управлении пациентом с подстройкой и ведением, подключением ресурсов «мудрого бессознательного», использованием метафор для доступа к ресурсам. Коммуникативный стиль универсальной гипнотерапии перестраивает культуральные представления пациента о гипнозе, использует позитивные когнитивно-поведенческие модели, учитывает биологические механизмы гипнотерапии, задействует невербальную коммуникацию при гипнотизации, гипнотерапии, дегипнотизации, потенцирует активность пациента в выздоровлении. Коммуникативный стиль «классического» гипноза порождает феномены «негипнабельности» и гипномании. Коммуникативный стиль эриксоновского гипноза потенцирует «сопротивление» гипнозу. Коммуникативный стиль универсальной гипнотерапии изредка характеризуется прекращением терапии пациентом.

Ключевые слова: «классический» гипноз, эриксоновский гипноз, универсальная гипнотерапия, коммуникативный процесс, вербальный и невербальный уровни коммуникации, активность в коммуникации, обратные связи, гипнотерапевтическое целеполагание, коммуникативные стили гипнотерапии, ограничения коммуникативных стилей гипнотерапии.

Тукаев Рашит Джаудатович – д-р мед. наук проф., проф. каф. психотерапии и сексологии, Рос. мед. академия непрерывного проф. образования (Россия, 125993, Москва, Баррикадная ул., д. 2/1, стр. 1), e-mail: tukaevrd@gmail.com.

Введение

Многолетняя практика применения гипноза в психотерапии, исследований гипноза, гипнотерапии, преподавания гипнотерапии психотерапевтам и психологам, участия в конференциях, съездах, конгрессах в СССР, России, за рубежом привела автора к пониманию актуальности системного анализа методического состояния и развития современной гипнотерапии в России и мире в интересах клинической психотерапии.

Имевшая в советском прошлом место длительная изоляция отечественных психотерапии, гипнологии, гипнотерапии оказала и до сих пор оказывает влияние на состояние и развитие последних. Сама по себе история внедрения в постсоветской России западных методов и направлений психотерапии крайне интересна и до настоящего времени почти не описана [7]. Автор в своем методическом анализе ограничится исключительно областью гипноза и гипнотерапии.

Практика гипнотерапии (как и иной психотерапии) значительно редуцируется в ее текстовых описаниях [2, 4, 5, 6, 8, 9, 14, 18] (что делает затруднительным текстово-опосредованное обучение). Поэтому в своем описании методической эволюции гипнотерапии автор выйдет за пределы анализа литературы, дополнив его анализом соответствующих практик.

Профессиональное психиатрическое, психотерапевтическое мышление прагматично, опирается на устоявшиеся, понимаемые как аксиоматичные понятия и шаблоны, нередко надолго переживающие породившие их локальные, временные, в т. ч. культурально обусловленные, феномены. Псевдоочевидность ряда сопряженных с областью гипноза и гипнотерапии шаблонов нуждается в коррекции, поскольку может исказить восприятие излагаемых материалов. Поэтому автор затронет некоторые российские шаблоны трактовки гипнотерапии в соотношении с реальной практикой.

Шаблон № 1. Гипнотерапия как метод психотерапии. В настоящее время термин «гипнотерапия» широко используется в России, что безусловно связано с отечественной историей развития психотерапии (от гипнотерапии – к психотерапии). В западной традиции преимущественно используется термин «гипноз», описывающий его применение в качестве комплементарного метода в широкой медицинской практике (анестезиологии, хирургии, стоматологии, дерматологии, онкологии и т. д.) [32, 34] и лишь отчасти – в психотерапии [30]. Так, Европейское и Международные общества гипноза не имеют существенных организационных связей с соответствующими обществами психотерапевтов.

Шаблон № 2. Гипнотерапия «вообще». В ряде отечественных публикаций гипнотерапия подается как единый метод [4, 5, 6, 14, 18, 3, 13, 20, 19], дается обобщенная оценка ее эффективности, осложнений и ограничений [1, 16, 17], что противоречит реальному методическому разнообразию гипнотерапии и даже одному из важных шаблонов о дихотомии в гипнотерапии.

Шаблон № 3. Дихотомия «классической» и «эриксоновской» гипнотерапии. Для российских психиатрии, психотерапии и гипнотерапии тезис о дихотомии «классической» и «эриксоновской» гипнотерапии с решающим превосходством в технической и клинической эффективности последней воспринимается как устоявшаяся аксиома [9, 15]. Устойчивость данного шаблона мирно уживается с комплексом опровергающих обстоятельств: (1) в США и международных организациях «директивный» и «недирективный» гипноз мирно уживаются; (2) доказательные данные о превосходстве эриксоновского гипноза не только отсутствуют [32], но не могут быть получены в принципе, поскольку необходимый для подобных исследований терапевтический протокол адептами методически исключен. Последнее обстоятельство стало серьезной проблемой в развитии европейского гипноза, преимущественно – эриксоновского.

Шаблон № 4. Гипнотерапия как уходящая практика. Бурный процесс отсроченного освоения российской психотерапией обширного поля западных психотерапевтических систем и практик реактивно сформировал отношение к собственно российской гипнотерапии как к чему-то архаично-застывшему, уходящему – «классическому» гипнозу. Представление о сущностной значимости активно осваиваемой в России западной психотерапии в соотнесении с «застарелым» «классическим» гипнозом, «гипно-суггестивной психотерапией» механистически проецируется отечественными психиатрами и психотерапевтами на остальной мир, что ошибочно. Позиции гипноза в мире как медицинской практики и метода психологической коррекции устойчивы, перспективы – позитивны. Так, в 20-м Международном конгрессе гипноза (Париж, Франция, 2015) приняли участие более 3500 специалистов, тогда как в Международном конгрессе психотерапевтов (Париж, Франция, 2016) несколько более 1500 участников.

С учетом того, что автор начинал свою практику в 1970-е годы в формате традиционной гипнотерапии, а в 1980–1990-е годы с интересом знакомился с эриксоновским гипнозом и НЛП и в тот же период приступил к системным исследованиям гипноза и разработке собственных методик гипнотерапии, анализ эволюции гипнотерапии будет проведен в сопостав-

лении практик «классической», директивной гипнотерапии, эриксоновского гипноза и авторской методики универсальной гипнотерапии [21, 22, 24, 25]. Одним из «разрешающих» такое сопоставление обстоятельств является участие автора совместно с известными специалистами в области эриксоновского гипноза Р. Эриксон-Клейн (Roxanna Erickson-Klein) и Д. Шортом (Dan Short) в пленарной сессии-семинаре «Американский гипноз – русский гипноз: культуральная общность и современные особенности» во время французской конференции по гипнозу (О. Реюнион, 2017) [33]. По просьбе организаторов в качестве репрезентативного образца современного русского гипноза была продемонстрирована методика универсальной гипнотерапии.

В данной статье автор намеренно сконцентрировался на методической составляющей гипнотерапии, исключив из анализа вопросы о природе гипноза и механизмах гипнотерапии, поскольку неоднократно и в различных формах высказывался на данные темы в рамках разработанной им интегративной теории гипноза и гипнотерапии [21, 22, 24, 25, 35, 36, 37, 38]. Поэтому «классический» [4, 5, 6, 14], эриксоновский гипнозы [8, 9, 30, 31, 39] и методика универсальной гипнотерапии [21, 22, 24, 25, 35, 36] будут рассматриваться в формате коммуникативного процесса, диалога, с выделением: 1) согласования исходных представлений о гипнозе сторонами гипнотической коммуникации; 2) двусторонней гипнотической коммуникации вербального и невербального уровней между терапевтом (гипнотизирующим) и пациентом(ами) (гипнотизируемым(и)); 3) соотношения активностей двух сторон гипнотической коммуникации; 4) использования терапевтом коммуникативных обратных связей; 5) терапевтического целеполагания; 6) коммуникативных стилей в гипнотерапии; 7) порождаемых коммуникативным стилем ограничений терапии.

Анализ «классического» гипноза, эриксоновского гипноза и методики универсальной гипнотерапии. Исходные представления о гипнозе у сторон гипнотической коммуникации и их согласование

Любая коммуникация реализуется лишь при наличии у ее сторон общей нормативной базы коммуникативных средств и практик, во многом культурально обусловленной. Директивный гипноз присутствовал в европейском культурном поле весь 19 век [32], в российском – с конца 19-го и по настоящее время. Эриксоновский гипноз за более чем 40-летнюю историю применения [2, 8, 29, 30, 31, 39] стал для Европы и США феноменом массового сознания, для России последний находится в периоде усвоения

[9, 10, 11]. Научного исследования представлений российской масс-культуры о гипнозе не проводилось, что, впрочем, характерно и для западной масс-культуры. Поэтому, описывая российские культуральные представления о гипнозе, автор исходит из собственного анализа массового сознания [23] и многолетнего эмпирического опыта.

Базовые российские масс-культуральные представления о гипнозе включают ряд мифологем: гипноз как средство воздействия находится на границе либо за границей обыденности, является сильным, но, возможно, опасным (в том числе – необратимым); гипноз – сила, которой владеет гипнотизируемый, действующая на более слабого гипнотизируемого, управляя его поведением, состоянием (гипноз – овладение, предполагающее и криминальные варианты); гипноз – сон, вхождение в гипноз эквивалентно засыпанию с выключением сознания (сохранение рефлексии понимается гипнотизируемым как отсутствие гипноза); гипноз – амнезия.

Исходя из собственного эмпирического опыта отметим, что для западноевропейца гипнотический транс – это, скорее, позитивное изменение сознания, но не его выключение. Западная масс-культура, стремительно теряющая религиозность, успешно замещает последнюю догматами либеральных ценностей (первичность и свободу «Я», равенство-партнерство и др.). Социально-культуральная жизнь при этом остается принципиально жестко регламентированной сводом общепринятых, универсальных, обязательных правил, когда стиль управления взаимодействиями в сообществе переходит от директивного к манипулятивному, в котором важна известная всем «постправда», но не связь последней с реальностью. В отношении терапевтической коммуникации традиционно реализуются масс-культуральные запросы на партнерство, равенство сторон терапии, ее манипулятивность.

Постсоциалистическая демократизация в экономически развитых регионах России актуализировала аналогичный масс-культуральный тренд, транслирующийся в терапевтической коммуникации в запросы на партнерство, равенство сторон терапии, ее манипулятивность, формируя, в т. ч. готовность к принятию модели эриксоновского гипноза.

Представления профессионалов преимущественно методологичны, определяются принадлежностью к направлению гипнотерапии и масс-культуре, что обуславливает разные варианты их индивидуального взаимодействия.

Для «классического» гипноза с позиции применяющего его профессионала основополагающим условием, наряду с согласованием исходных

представлений о гипнозе сторон гипнотической коммуникации, является селекция внушаемых, принимаемых за гипнабельных, с помощью ограниченно-ритуального набора проб на внушаемость [4, 5, 6, 14, 13, 18, 19, 20], с которыми в дальнейшем и проводится гипнотерапия. Невнушаемые объявляются негипнабельными и исключаются из терапии. Гипноз как состояние методически ассоциирован с «гипнотическим сном», поэтому при гипнотизации используется директивное внушение: «Спать!!!» [18]. Отметим, что для российских пациентов верификация внушаемости соответствует прямой верификации «силы» гипнотизирующего, предопределяющей в позитивном варианте «полное» «подчинение» данной «силе» в ходе дальнейшей гипнотерапии. Таким образом, исходное условие наличия «гипнотической силы» для начала гипнотической коммуникации в «классическом» гипнозе обуславливает как ограничивающую применимость метода («проблема негипнабельных»), так и форму проведения гипнотерапии как безусловного, прямого «ведения» пациента терапевтом (вербального и невербального). Поэтому первоочередным средством коррекции недостаточности эффекта или его отсутствия для обеих сторон коммуникации становится усиление директивности, экспрессивности, импрессивности, демонстративности поведения терапевта.

В России применению эриксоновского гипноза (в отличие от Европы, где последний уже инкорпорирован масс-культурой, массовым сознанием), вероятно, должно предшествовать его разъяснение пациентам. Эриксоновский гипноз описывается адептами как эффективный, экологичный, безопасный, утилизирующий трансы повседневной жизни (погружения в себя, сосредоточение) [9, 10, 11]. Эффективные терапевтические изменения обосновываются уникальными эриксоновскими доступами к ресурсам мудрого, творческого бессознательного пациента, хранящего жизненный опыт и знания, достаточные для решения всех проблем самим пациентом при разностороннем технологическом участии терапевта [2, 8, 28, 29, 30, 31, 39]. Эриксоновские терапевты, как правило, указывают на превосходящую эффективность своей терапии при условии ее технически корректного проведения. Правильность терапии подразумевает безусловное владение обширным набором суггестивных техник, интуитивностью, импровизационностью, точным выстраиванием обратных связей и т. д.; неотчетливо присутствует требование к любому эриксоновскому терапевту быть выдающимся в своей практике [8, 28, 39]. В качестве базового ограничения эриксоновской терапии рассматривается «сопротивление гипнозу» при вхождении в транс, а также в ходе терапии; способность терапевта

преодолевать «сопротивление» рассматривается как существенное квалификационное требование.

В универсальной гипнотерапии согласование масс-культуральных представлений о гипнозе, предстоящей гипнотерапии, психотерапии с методиками универсальной гипнотерапии и проводимой на ее основе психотерапии выделено как самостоятельная задача, которая реализуется в форматах детально проработанных стыковочных сценариев гипнотизации, гипнотерапии [21, 22, 24, 25, 35] и психотерапии активным, намеренным использованием специального вербального текста (для стыковочного сценария гипнотизации), дублируемого невербальными средствами. Стыковочный сценарий гипнотизации основан на радикальном трансформировании базового масс-культурального представления о гипнозе в конкретный, вызывающий обоснованное доверие, поведенчески проиллюстрированный сценарий гипнотизации. После проработки пациентом сценария гипнотизации он принимает и реализует форму гипнотизации, противоречащую масс-культуральным представлениям о гипнозе. Поэтому при гипнотизации пациент, с опорой на собственную мотивационную активность и при поддержке терапевта в формате опосредованной вербально-невербальной обратной связи, входит в гипнотическое состояние, понимаемое им как особое рефлексивное состояние. Обязательная верифицированная обучением реализация стыковочного сценария гипнотизации вкупе с самой гипнотизацией, построенной на внутренней мотивационной активности гипнотизируемого, поддерживаемой обратной связью, позволяет достигать развития гипнотического состояния в 98–99 % случаев.

Гипнотическая коммуникация

Автор исходит из представления о том, что мышление человека имеет диалогическую природу (поскольку исходно развивается на основе диалога) [26]. Поэтому любая гипнотическая коммуникация образована трехкомпонентной диалогической системой, включающей: 1) внешний интерперсональный диалог коммуникативных сторон гипнотерапии, направляемый преимущественно терапевтом (гипнотизирующим) в целях реализации терапевтических целей и задач; 2) внутренние диалоги каждой из сторон гипнотической коммуникации, частично и различным образом транслирующиеся во внешний коммуникативный диалог.

Рассмотрим наиболее типичную реализацию гипнотической коммуникации, в которой терапевт (гипнотизирующий) вербально и невербально

активен, а пациент (гипнотизируемый), находясь в состоянии гипноза с закрытыми глазами, вербально пассивен (молчит).

Коммуникация терапевта (гипнотизирующего). Внешняя коммуникация терапевта потенциально содержит широкий перечень средств вербальной и невербальной активностей. Вербальная активность предполагает использование всего спектра соответствующих коммуникативных средств, включая текстовое содержание, смысл и символизм, интонирование речи, ее темп. Возможная невербальная активность терапевта включает: перемещение в пространстве, изменения позы, жестикуляцию, прикосновения («околоприкосновения» – «пассы», когда при жестикуляции вблизи, но без телесного контакта, у реципиента возникают различные телесные ощущения), мимическое сопровождение взаимодействия (модулирующее вербализацию). Невербальная активность терапевта может быть естественно-спонтанной либо осознанно-целенаправленной. Направленность внутреннего коммуникативного диалога терапевта включает методический и спонтанно-естественно-личностный компоненты. Методический компонент для разных форм гипнотерапии будет закономерно отличаться.

Коммуникация пациента (гипнотизируемого). Внешняя коммуникация пациента (гипнотизируемого) в рассматриваемом формате существенно редуцируется за счет полного либо почти полного выключения в гипнозе вербальной коммуникации. Невербальная коммуникация ослабляется за счет полной либо значительной редукции спонтанной жестикуляции, аффективно окрашенные мимические реакции минимизируются, но принципиально сохранены, дыхательное и кардиоваскулярное сопровождение аффективных реакций несколько сглажено, но сохранено.

Коммуникация в «классическом» гипнозе строится, исходя из концепта однонаправленного директивного суггестивного воздействия терапевта на восприимчивого пациента, включает использование императивно-директивного, предписывающего вербального компонента в ходе всей сессии в сочетании с эквивалентным по смыслу дополнительным невербальным компонентом. Акцентируется вербальная коммуникация, трактуемая как суггестивный текст («гипнотическая песнь»), построенный по определенным правилам: краткое, однозначное предписание позитивных изменений и прекращение негативно-болезненных проявлений, использование оптимальных обобщений, запрет на использование отрицаний. Считается, что внушения реализуются гипнабельными реципиентами прямо, в некотором роде – арефлективно [3, 4, 5, 6, 13, 14, 20, 27], критерием реализации внушений принимается общий позитивный эффект сессии.

Эриксоновская коммуникация дуалистична. С одной стороны, в ней декларируется недирективность, партнерство, обобщенный стиль, поддерживаемая терапевтом активность гипнотизируемого, обратная связь посредством считывания и отреагирования идеомоторных сигналов, с применением различных метафор [2, 8, 9, 11, 29, 30, 31]. С другой стороны, прокламируется принцип перехода от «подстройки к ведению» (недирективному), который в ходе сессии реализуется циклично, в обратной связи с проявляющимися реакциями [2, 8, 9, 11, 29, 30, 31]. Утилизация генерируемых терапевтом (многоуровневых) метафор проводится вне учета индивидуальных особенностей их восприятия и отреагирования гипнотизируемым, осуществляется в формате редуцированной (да – нет) идеомоторной связи, представляя вариант опосредованного ведения. Таким образом, гипнотическая коммуникация в эриксоновском гипнозе основана на обобщенно-недирективном (допускающим широкую вариативность и активность отреагирования пациента, с учетом редуцированной обратной связи) ведении гипнотизируемого. Невербальный коммуникативный компонент используется для «зеркальной» подстройки к клиенту, преимущественно в начале терапии.

Коммуникация в универсальной гипнотерапии выстраивается и осознается терапевтом в парадигме трёхуровневого диалога терапевта и пациента. Универсальная гипнотерапия обладает протоколом проведения, включающим гипнотизацию, терапевтическую сессию, дегипнотизацию.

Роль целенаправленно используемого невербального коммуникативного компонента в универсальной гипнотерапии чрезвычайно высока, превышает таковую для сравниваемых методов на всех этапах сессии. При реализации стыковочного сценария гипнотизации жестикация дублирует вербальный текст, дополняя его локализацией описываемых понятий как неких виртуальных объектов и их взаимодействия – манипуляцией такими объектами. После обосновывающего описания процедуры гипнотизации, построенной на сконцентрированной активности гипнотизируемого, терапевт 2-3 раза вариативно имитирует ее реализацию на себе. В ходе гипнотизации задействованы: вербальный канал для (1) суггестивной поддержки мотивационной активности пациента на вхождение в гипноз (его мысленной сосредоточенности на желании войти в гипноз), (2) оперативной обратной связи с описанием внешних проявлений активности пациента при вхождении в гипноз; невербальный канал с тактильными прикосновениями (с согласия пациента), выполняющими роль дублирующих не-

вербальных суггестий. Гипнотизируемый сам определяет момент начала гипнотизации, ход ее реализации и момент завершения.

Вербальная коммуникация терапевтической части реализует состоящий из связанных компонентов текст, имеющий позитивно-психологическую направленность, стимулируя: телесно локализуемое, в обратной связи, освобождение от накопленных негативных аффектов; репродукцию синего цвета; обретение уверенности, свободы; формирование навыка дистантного восприятия, дистанцирования прошлых негативных переживаний, нормализацию сна. Каждый компонент предлагается пациенту как возможный в активной реализации, представляет из себя обобщенное описание основанной на базовых гомеостатических механизмах здоровой психики позитивной поведенческой модели, которую гипнотизируемый может при желании усвоить и сделать постоянно действующей. Текст имеет повторяющую структуру для лучшего усвоения принимаемых пациентом механизмов. Невербальный компонент терапевтической части сопровождает телесно-ориентированные компоненты текста в тактильно-пассовой форме, в обратной связи.

Выход из гипноза в универсальной гипнотерапии пациент осуществляет активно, задавая его темп, в обратной связи с собой и терапевтом.

Таким образом, коммуникация в универсальной гипнотерапии характеризуется: отчетливой стимуляцией направленной активности пациента, использованием обобщенных, прямо-моделирующих, но принципиально недирективных внушений (пример: «Теперь у вас есть возможность увидеть, представить, почувствовать синий цвет...»). Возможно и нечто иное.). В универсальной гипнотерапии широко и действенно используется обратная связь с пациентом как в вербальной, так и в невербальной коммуникациях. Гипнотическая коммуникация понимается и реализуется в форме развернутого многоуровневого диалога.

Соотношение активностей двух сторон гипнотической коммуникации

Индивиду присущи характерные уровень и стиль психической активности, проявляющийся как во внешней коммуникации, так и внутреннем диалоге, которые, в большей или меньшей степени трансово преобразуясь, вероятно, принципиально константны. Поэтому при сопоставлении трех методов гипнотерапии стоит разграничить собственно проявления активности пациента и способность терапевтов разных направлений ее различать и использовать в интересах терапии.

В модели «классического» гипноза пациенту предоставляется возможность либо активно-пассивно следовать за суггестирующим терапевтом, либо, проявив «негипнабельность», избежать потенциально возможную терапию [3, 4, 5, 6, 13, 14, 20, 27]. Однако обе стороны гипнотерапии приписывают активность преимущественно терапевту, суггестивно «управляющему» «управляемым» пациентом.

В случае эриксоновского гипноза декларируемая активность отнесена к пациенту, но в особой форме, поскольку мета-цель терапевта – побудить пациента активировать мудрое и ресурсонасыщенное бессознательное, активно преобразующее его носителя, независимо от осознанности происходящих терапевтических изменений [9, 10, 28, 29, 30, 31, 39]. Активность пациента сторонами терапии понимается как высокая. Однако активность терапевта должна быть превосходящей, поскольку он не только помогает пациенту найти и реализовать путь потенцирования бессознательного при посредстве во многом интуитивного выбора из множества техник действенных, но, в интересах действенности процесса, параллельно самому войти в ориентированный транс и управлять обоими трансами. При наличии постгипнотической амнезии такая активность для пациента приобретает «неведомый» характер.

Терапевтическая работа в универсальной гипнотерапии исходно опирается на намеренно актуализируемую сознательную мотивационную активность пациента на улучшение, выздоровление [21, 22, 24, 25, 35, 36]. Гипнотизация и дегипнотизация построены на стимуляции доминирующей мотивированной активности пациента при поддержке терапевта, активно входящего и выходящего из гипнотического состояния. Активность пациента поддерживается как основа для научения базовым гомеостатическим механизмам психического саморегулирования на основе обратной диалогической связи. Терапевт же лишь сопровождает пациента, помогая пациенту при использовании обратной коммуникативной связи технически реализовать формализованную методику по исходному протоколу.

Следует заключить, что опора на активность пациента в ходе терапии последовательно возрастает от классического к эриксоновскому гипнозу и далее к универсальной гипнотерапии.

Использование терапевтом коммуникативных обратных связей

Гипнотерапевтическая коммуникация всегда содержит в себе компонент обыденной, в которой присутствуют усвоенные обратные связи, неизбежно проступающие через любую методику. Тем не менее адептами

выделяются «правильные» для метода подходы работы с обратными коммуникативными связями.

Использование обратных связей в «классическом» гипнозе включает вербальный и невербальный уровни, оно ограничено и направлено на регуляцию на принципах прямой корреляции экспрессивности, директивности, суггестивности внушений на всех этапах гипнотерапии [2, 8, 28, 29, 30, 31, 33].

В эриксоновской терапии обратная связь применяется заметно шире, первоочередно в начале терапии и для преодоления сопротивления, включает в начале терапии вербальный и невербальный уровни (в форматах «подстройки и ведения», совместного вхождения в транс), в ходе терапии отслеживаются мимические реакции, дыхание, мышечный тонус, позы тела, что дополняется редуцированной идеомоторной обратной связью [8, 9, 10, 30, 39]. Терапевтом в ходе терапии преимущественно используется ее вербальный компонент [2, 8, 9, 10, 29, 30, 31, 39].

В универсальной гипнотерапии гипнотизация, дегипнотизация, вся телесно ориентированная работа в гипнотерапии полностью построена на обратных связях вербального и невербального уровней, остальная часть работы в гипнотерапии строится на опосредовании реакций пациента соответствующими обратными связями [21, 22, 24, 25, 35, 36].

Целеполагание в гипнотерапии

История открытия и принятия Европой феномена гипноза и начала его практического использования в 19 веке в диапазоне от эстрадных представлений и до ранней терапевтической практики оказала решающее и длительное влияние на формирование представлений о его безусловных, локально-суггестивных механизмах. «Очарование» буквальной, адресной реализацией гипнотических и постгипнотических суггестий, с конкретным влиянием на поведение, эмоции, когниции, вкупе с потенциалом гипноанальгезии обусловило понимание гипнотической коммуникации как исключительно тактической, локально-безусловно-суггестивной, построенной на прямом выключении, искоренении конкретного перечня поведенческих актов, ощущений, переживаний. Поэтому более чем вековое клиническое применение гипноза трактовалось (в равной степени адептами и критиками гипнотерапии) как суггестивное «удаление», искоренение симптомов невротической природы, вкупе с временным суггестивным выключением ощущения боли, а в рамках отечественной психотерапии гипнотерапия была определена как «симптоматический метод» [12, 20]. При этом

удивительным образом упускалось из рассмотрения эмпирически установленное правило преимущественной действенности позитивных суггестий, педалирующих позитивную же альтернативу, вытесняющую в случае успешной реализации мешающий болезненный признак, что воспринималось как его «удаление».

Собственно, «классический гипноз» преимущественно построен на тактически-частном преодолении конкретных ограничений клинического и психологического толка локальными суггестиями, актуализирующими для гипнотизируемого альтернативные позитивные состояния и признаки, включая позитивное обусловливание (успешную реализацию последующего внушения вследствие результативности предшествующего) [4, 5, 6, 14, 13, 18, 19, 20].

Эриксоновский гипноз, несомненно, расширил суггестивную палитру гипнотерапии, перейдя к применению универсальных стратегических, в том числе образных, суггестий, в каноне доступа к мудрому бессознательному клиента, пациента, обладающему неограниченными ресурсами и решающего в закрытой (в основном) форме имеющиеся клинические и психологические проблемы [2, 8, 9, 10, 28, 29, 30, 31, 33, 39]. Разумеется, ограниченное использование локально-тактических позитивных (и иных) суггестий сохраняется [2, 28, 29, 30, 31, 39]. В целом суггестивная работа в эриксоновском подходе носит преимущественно позитивный характер.

Универсальная гипнотерапия опирается на понимание гипноза как функционально-регрессивного состояния, существенно повышающего обучаемость гипнотизируемого по механизмам, близким к таковым для раннего детского прямого позитивного научения [21, 22, 23, 27]. Поэтому она основана на стимулировании активного усвоения базовых позитивных моделей (механизмов) здорового психического гомеостаза. В универсальной гипнотерапии применяются универсальные, позитивные, обуславливающие наличием состояния гипноза суггестии: 1) активирующие проективное, с обратной связью, преобразование (выделение) гипнотизируемым любого негативного опыта с замещением его ощущением-состоянием внутренней психологической стабильности (прием соматического катарсиса); 2) дублирующие вербально-суггестивно психологическую стабильность (потенцирующие уверенность, спокойствие, личностную целостность, самоидентичность); 3) универсальные моделирующие суггестии, актуализирующие текущее психическое отреагирование в алгоритме механизмов нормального переживания с выраженным эффектом «полноты осознания» [24, 25]. Универсальная гипнотерапия отказывается от пони-

мания суггестий как выполнения безусловных команд и основывается на стимулировании гипнотизируемого к мотивированной его потребностью в улучшении активной, вариативной реализации в обратной связи, с последующим усвоением комплекса позитивных когнитивно-поведенческих моделей, выправляющих и стабилизирующих его состояние.

Коммуникативные стили в гипнотерапии

Подходы к использованию исходных представлений о гипнозе у сторон гипнотической коммуникации, особенности реализации последней на вербальном и невербальном уровнях, соотношение активностей сторон гипнотерапии, использование терапевтом обратных связей, терапевтическое целеполагание формируют коммуникативные стили гипнотерапии, существенно различающиеся для «классического», эриксоновского гипноза и универсальной гипнотерапии.

Коммуникативный стиль «классического» гипноза авторитарен и построен на идее соразмерного с личностью и клинической типологией проблем (с учетом их терапевтической динамики) прямого «ведения» «гипнабельного» пациента гипнотерапевтом к позитивному терапевтическому результату [4, 5, 6, 14, 13, 18, 19, 20].

Коммуникативный стиль эриксоновского гипноза основан на преимущественно вербальном, опосредованном, недирективно-манипулятивном управлении пациентом на основе учета преимущественно невербальных реакций последнего; построен на фабуле недирективных подстройки и ведения; основан на идеологии раскрытия и адекватного проблематике применения всеобъемлющих ресурсов мудрого бессознательного; использует проговаривание терапевтом тематически апеллирующих к пациенту метафор, описаний, рассматриваемых как инструмент доступа к ресурсам [2, 8, 28, 29, 30, 31, 39].

Коммуникативный стиль универсальной гипнотерапии системен, построен на био-психо-социальной парадигме применительно к гипнозу и гипнотерапии; учитывает и перестраивает в интересах терапии культуральные представления о гипнозе; использует базовые позитивные когнитивно-поведенческие модели и биологические механизмы гипнотерапии; осознанно задействует невербальный компонент коммуникативного взаимодействия при гипнотизации, проведении гипнотерапии, дегипнотизации; привлекает и потенцирует активность пациента при проведении сессии и всего курса гипнотерапии; способствует формированию в коммуникации терапевт – пациент построению семантического векторного психотерапев-

тического пространства, нацеленного на выздоровление, улучшение [21, 22, 23, 24, 25, 35].

Отметим, что реальная коммуникация, в том числе гипнотическая, неизбежно реализуется шире и глубже методических рамок и предписаний, включает значимое межличностное взаимодействие. Тем не менее коммуникативный стиль играет роль специфического «прокрустова ложа», во многом определяющего исходную селективность, ход, результаты гипнотерапии.

Изолированное сопоставление трех вышеописанных коммуникативных стилей недостаточно. Они характеризуются закономерной исторической последовательностью появления и развития – от «классического» к эриксоновскому гипнозу и далее к универсальной гипнотерапии. Как было показано, их практика реализуется с опорой на культуральные представления о гипнозе массового сознания. Ранее, при описании трехкомпонентной теории психотерапии, автором был сделан вывод об обусловленной исторической динамикой массового сознания комплементарной, вторичной динамикой развития методов психотерапии [23]. Очевидно, что данный вывод распространяется и на комплементарное к исторической динамике массового сознания развитие методов гипнотерапии. Гипнотерапия воспринимает, акцентирует, дорабатывает, транслирует (но не порождает!) соответствующие данному периоду истории актуальные коммуникативные стили активного воздействия массового сознания.

Ограничения коммуникативных стилей гипнотерапии

Каждый из рассматриваемых коммуникативных стилей обладает характерным профилем возможностей и ограничений, работающих преимущественно на социально-психологическом, культуральном и межличностно-психологическом уровнях.

Коммуникативные стили «классического» гипноза и эриксоновской терапии для российского обыденного, массового сознания позиционируются как «директивный» и «недирективный».

Исходный культуральный дихотомический тропизм потенциальных пациентов в поле обыденных культуральных дериватов авторитаризма и либерализма порождает (при наличии выбора) их селективную фильтрацию, готовность обратиться за помощью к специалистам-гипнотерапевтам соответствующих профилей. Межличностное коммуникативное гипнотическое взаимодействие может дополнить, способствовать как усилению, так ослаблению и даже (редко) нивелированию культурального коммуни-

кативного компонента механизма селективной тропности пациента к стилям «классического» и эриксоновского гипноза.

Реализация стыковочного сценария универсальной гипнотерапии выводит гипнотическую коммуникацию за рамки авторитарно-либеральной дихотомии [21, 22, 24, 25, 35]. Примат опоры на проработку обратных коммуникативных связей с пациентом в ходе гипнотизации и гипнотерапии, реализуя единый методический протокол, основанный на стимуляции активности пациента, позволяет последнему воспринимать реализуемую гипнотизацию и гипнотерапию соответствующей его коммуникативному запросу.

Перейдем к рассмотрению ограничений трех коммуникативных стилей гипнотерапии.

Ограничения коммуникативного стиля «классического» гипноза преимущественно порождают: (1) директивным ведением «сильным» гипнотизирующим более «слабого» гипнотизируемого, (2) сведением гипноза к гипнотическому сну.

С позиции обыденного сознания, «сила» гипнотизирующего, преодолевающая «волю» более «слабого» гипнотизируемого, выявляется при положительной реализации проб на внушаемость, после которых пациент определяется как «гипнабельный» и направляется на гипнотерапию. При отрицательных пробах на внушаемость потенциальные пациенты определяются как «негипнабельные», гипнотерапия с ними не проводится. Считается, что доля «негипнабельных» в гипнотерапии (подразумевается «классическая») составляет более половины популяции [20]. Одним из характерных осложнений «классической» гипнотерапии считается «гипномания» – возникшая на фоне директивной гипнотерапии потребность постоянно гипнотизироваться, вероятно, возникающая у пациента с зависимым типом личности, с потребностью в подчинении «силе» гипнотизирующего, при условиях директивного ведения гипнотерапии [1, 16, 17]. (Отметим, что за сорок лет обширной гипнотерапевтической практики автор ни разу не встретился со случаем гипномании.)

Согласно культуральной модели, переход в гипноз эквивалентен засыпанию и есть переход в арефлексивность, что подтверждается для гипнотизируемого суггестией: «Спать!» [6, 18, 20]. Сохранение «Я», рефлексивности в состоянии гипноза противоречит ожиданию гипнотизируемого «заснуть», «потерять» себя, что в ряде случаев приведет к прерыванию им сеанса либо к отрицанию наличия у него гипнотического состояния после

завершения гипнотерапии; в обоих случаях пациент определит себя негипнабельным и прекратит гипнотерапию.

Ограничения коммуникативного стиля эриксоновского гипноза определяются: (1) возможным расхождением культуральной модели гипноза у пациента как директивного ведения и реализуемого недирективно-манипулятивного стиля эриксоновской коммуникации; (2) неприятия частью пациентов манипулятивного стиля эриксоновской коммуникации, возможно, за счет личностных особенностей либо при пресыщенности манипулятивным давлением общества потребления. Оба вида ограничений порождают «сопротивление» гипнозу, преодолению которого в эриксоновском подходе уделяется серьезнейшее внимание [8, 9, 10, 11, 31, 39].

Ограничения коммуникативного стиля универсальной гипнотерапии не сводятся в проблеме «негипнабельности» вкуче с гипноманией, а также к «сопротивлению» гипнозу. Применение стыковочного сценария гипнотизации и гипнотерапии позволяет эффективно вводить пациентов в гипнотическое состояние, успешно трансформировать исходные представления пациентов об арелфлексичности гипнотического состояния. Однако от 3 до 5 % пациентов прекращают терапию, при отсутствии формальных проблем с «гипнабельностью», «сопротивлением» гипнозу [21, 22, 34]. Вероятно, основная причина заключается в расхождении готовности пациентов к активному их ведению терапевтом с реализуемой стратегией на развитие активности пациента в преодолении существующего расстройств и сопутствующей проблематики.

Заключение

Системный анализ гипнотических коммуникаций позволил: 1) сформулировать понятие коммуникативного стиля гипнотерапии; 2) выделить и описать характерные коммуникативные стили «классического», директивного гипноза, эриксоновского гипноза, универсальной гипнотерапии; 3) указать на связь коммуникативных стилей с массовым сознанием, историческая динамика которого обуславливает закономерные перемены в гипнотической коммуникации; 4) определить характерные для трех видов гипнотерапии терапевтические ограничения, порождаемые типологией соответствующего коммуникативного стиля.

В свете вышеизложенного, практикуемый в отечественных публикациях о гипнотерапии распространенный посыл к анализу «гипнотерапии вообще» является архаичным и не может применяться в научных публикациях. Рассуждая об эффективности, ограничениях, осложнениях гипноте-

рапии, следует исходить из конкретики метода, поскольку «гипнотерапия вообще» на сегодня представляет удобную, но принципиально ошибочную абстракцию, химеру.

Литература

1. Аведисова Ф.С., Бородин В.И. К проблеме нежелательных явлений при психотерапии // Обозрение психиатрии и медицинский психологии им. В.М. Бехтерева. – 2004. – Т. 1, № 3. – С. 16–19.
2. Беккио Ж., Жюслен Ш.Б. Новый гипноз: практическое руководство / пер. с франц. М.Р. Гинзбурга. – М.: Класс, 1997. – 160 с.
3. Бехтерев В.М. Гипноз, внушение, психотерапия и их лечебное воздействие / Вестник знания. – СПб., 1911. – Вып. 4. – 60 с.
4. Буль П.И. Гипноз и внушение в клинике внутренних болезней. – Л.: Медицина, 1968. – 240 с.
5. Буль П.И. Основы психотерапии. – Л.: Медицина, 1974. – 309 с.
6. Варшавский К.М. Гипносуггестивная терапия (лечение внушением в гипнозе). – Л.: Медицина, 1973. – 192 с.
7. Гайдакина Е.В. Развитие психотерапии в России: по материалам медицинских, психиатрических и психотерапевтических съездов: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2011. – 26 с.
8. Гиллиген С. Терапевтические транссы: руководство по эриксоновской гипнотерапии. – М.: Класс, 1997. – 416 с.
9. Гинзбург М., Яковлева Е. Эриксоновский гипноз: систематический курс. – М.: Московский психолого-социальный ин-т, 2008. – 312 с.
10. Гордеев М.Н. Гипноз: практическое руководство. – 3-е изд. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2005. – 240 с.
11. Гордеев М.Н. Фундаментальное руководство по эриксоновскому гипнозу. – М., 2015. – 368 с.
12. Карвасарский Б.Д. Неврозы. – М.: Медицина, 1990. – 475 с.
13. Лебединский М.С. Очерки психотерапии. – М.: Медицина, 1972. – 412 с.
14. Платонов К.И. Слово как физиологический и лечебный фактор. – М.: Медгиз, 1962. – 484 с.
15. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб., 1998. – 752 с.
16. Рахманов В.М. Побочные отрицательные последствия психотерапии (гипнотерапии): методические рекомендации. – М., 1991. – 36 с.
17. Рахманов В.М. Осложнения психотерапии (гипнотерапии) и пути их устранения: методические рекомендации. – М., 1991. – 44 с.
18. Рожнов В.Е. Гипнотерапия: руководство по психотерапии. – 3-е изд. – Ташкент, 1985. – С. 176–177.
19. Свядощ А.М. Неврозы. – М.: Медицина, 1982. – 236 с.
20. Слободяник А.П. Психотерапия, внушение, гипноз. – Киев, 1982. – 376 с.
21. Тукаев Р.Д. Феноменология и биология гипноза (теоретический анализ и практическое применение). – Уфа, 1996. – 270 с.
22. Тукаев Р.Д. Гипноз; феномен и клиническое применение. – М., 2006. – 448 с.

23. Тукаев Р.Д. Психотерапия; теории, структуры и механизмы. – М., 2007. – 392 с.
24. Тукаев Р.Д., Кузнецов В.Е. Универсальная гипнотерапия и психотерапия на основе полноты осознания (mindfulness): сходства, различия, терапевтические перспективы. – Ч. 1 // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – Т. 23, № 1. – С. 59–64.
25. Тукаев Р.Д., Кузнецов В.Е. Универсальная гипнотерапия и психотерапия на основе полноты осознания: сходства, различия, терапевтические перспективы. – Ч. 2 // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – Т. 23, № 2. – С. 67–72.
26. Тукаев Р.Д. Синтетическая модель личности в психотерапии // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2018. – Т. 9, № 2. – С. 215–228.
27. Шерток Л. Гипноз / пер. с франц. – М. : Медицина, 1992. – 224 с.
28. Vecchio J., Jousselin Ch. De la Nouvelle Hypnose a l'Hypnose Psychodynamique. La Meridienne. Desclée de Brouwer. – Paris, 1994. – 315 p.
29. Erickson M. H. The Collected Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis. – N.Y.: Irvington, 1980. – Vol. I. – P. 1–4.
30. Erickson M.H., Rossi E.L. Hypnotherapy. An Exploratory Casebook. Irvington Publishers, Inc. – N.Y., 1979. – 495 p.
31. Erickson M.H., Rossi E.L. Experiencing Hypnosis: Therapeutic Approaches to Altered States. Irvington Publishers, Inc. – N.Y., 1981. – P. 374.
32. Lynn S., Kirsch I. Essentials of clinical hypnosis: an evidence-based approach. Washington, DC: APA, 2006. – 271 p.
33. Ler Congress International D'Hypnose Therapeutique De La Reunion. Hypnose americaine – hypnose russe. R. Erickson-Klein. D. Short. R. Tukaev. 2017. – P. 4.
34. Schulz-Stübner S. Hypnosis in Critical Care. Book of abstract of the 1st international conference on hypnosis in medicine. – Budapest, 2013. – P. 12–13.
35. Tukaev R.D. Research on the effectiveness of the universal hypnotherapy model // Continuity versus creative response to challenge: the primacy of resilience and resourcefulness in life and therapy (eds. M.J. Selinski, K.M. Gow). – N.Y. : Nova Science Publishers, 2011. – P. 499–520.
36. Tukaev R.D. Universal hypnotherapy and resilience – resourcefulness model // Continuity versus creative response to challenge: the primacy of resilience and resourcefulness in life and therapy (eds. M.J. Selinski, K.M. Gow). – N.Y. : Nova Science Publishers, 2011. – P. 451–466.
37. Tukaev R. Russian Researches on Hypnosis; on the reverse way from therapy to phenomenon // XX World Congress of Hypnosis. Abstracts Book, 2015. – P. 274.
38. Tukaev R. Modern hypnosis and hypnotherapy in Russia // XX World Congress of Hypnosis. Abstracts Book, 2015. – P. 275.
39. Yapko M.D. Trancework. An Introduction to the Practice of Clinical Hypnosis. 2-nd ed. Bruner / Mazel. N.Y., 1990. – 446 p.

Поступила 28.09.2020

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

Для цитирования. Тукаев Р.Д. Эволюция гипнотерапии: методические аспекты // Вестник психотерапии. 2020. № 76 (81). С. 7–29.

EVOLUTION OF HYPNOTHERAPY: METHODOICAL ASPECTS

Tukaev R.D.

Russian Medical Academy of Continuous Professional Education
(building 1, Barrikadnaya Str., 2/1 Moscow, Russia).

Rashit Dzhaudatovich Tukaev – Dr. Med. Sci. Prof., Department of Psychotherapy and Sexology, Russian Medical Academy of Continuous Professional Education (building 1, Barrikadnaya Str., 2/1 Moscow, 125993, Russia); e-mail: tukaevrd@gmail.com.

Abstract. We carried out the methodical analysis of the “classic”, Ericksonian hypnosis and universal hypnotherapy. The basic domestic stamps of hypnotherapy interpretation were described: 1) hypnotherapy – the method of psychotherapy; 2) hypnotherapy in general; 3) the superiority of Ericksonian hypnosis over the “classic”; 4) hypnotherapy as a leaving practice. Reviewed methods are analyzed in the framework of the communicative process, highlighted: 1) matching by the participants of their initial ideas about hypnosis; 2) verbal and non-verbal levels of hypnotic communication; 3) the ratio of the activities of the participants in hypnotic communication; 4) therapist's style of using feedback; 5) hypnotherapeutic targeting; 6) communicative styles of hypnotherapy; 7) the hypnotherapy limitations generated by its communicative style. The communicative style of the “classic” hypnosis is authoritarian, it uses the idea of direct guidance of the hypnotizable patient to the therapeutic outcome. The style of Ericksonian hypnosis is based on the verbal, non-directive-manipulative patient management with adjustment and maintenance, connection of the resources of the wise unconscious, using metaphors as a tool for access to resources. The communicative style of universal hypnotherapy rebuilds the patient's cultural representations about hypnosis, uses positive cognitive-behavioral models, takes into account the biological mechanisms of hypnotherapy, uses non-verbal communication during hypnotization, hypnotherapy, dehypnotization, and potentiates the patient's activity in recovery. The communicative style of the “classic” hypnosis generates the phenomena of “non-hypnability” and “hypnomania”. The communicative style of Ericksonian hypnosis potentiates the “resistance” to hypnosis. The communicative style of universal hypnotherapy in rare cases led to cessation of therapy by the patient.

Keywords: “classical” hypnosis, Ericksonian hypnosis, universal hypnotherapy, communicative process, verbal and non-verbal levels of communication, activity

in communication, feedbacks, hypnotherapeutic goal-setting, communicative styles of hypnotherapy, limitations of communicative styles of hypnotherapy.

References

1. Avedisova A.S., Borodin V.I. K probleme nezhelatelnykh yavleniy pri psikhoterapii [To the problem of adverse events in psychotherapy] *Obozreniye psikhiiatrii i meditsinskoy psikhologii imeni V.M. Bekhtereva* [Review of psychiatry and medical psychology named after V.M. Bekhtereva]. 2004. Vol. 1, N 3. Pp. 16–19. (In Russ.)
2. Bekkio Z.H., Zhyuslen S.H. *Novyy gipnoz: Prakticheskoye rukovodstvo* [New Hypnosis: A Practical Guide]. Moskva. 1997. 160 p. (In Russ.)
3. Bekhterev V.M. Gipnoz, vnusheniye, psikhoterapiya i ikh lechebnoye vozdeystviye [Hypnosis, inspiration, psychotherapy and their therapeutic effect]. *Vestnik Znaniya* [Bulletin of Knowledge]. Sankt-Peterburg. 1911. Vol. 4. 60 p. (In Russ.)
4. Bul P.I. Gipnoz i vnusheniye v klinike vnutrennikh bolezney. [Hypnosis and inspiration in the clinic of internal diseases]. Leningrad, 1968. 240 p. (In Russ.)
5. Bul P.I. *Osnovy psikhoterapii* [Fundamentals of psychotherapy]. Leningrad. 1974. 309 p. (In Russ.)
6. Varshavskiy K.M. Gipnosuggestivnaya terapiya (lecheniye vnusheniyem v gipnoze) [Hypnosuggestive therapy (treatment with inspiration in hypnosis)]. Leningrad. 1973. 192 p. (In Russ.)
7. Gaydamakina Ye.V. Razvitiye psikhoterapii v Rossii: po materialam meditsinskikh, psikhiatricheskikh i psikhoterapevticheskikh syezdov [The development of psychotherapy in Russia: based on the materials of medical, psychiatric and psychotherapeutic congresses] : abstract Dis. ... PhD Med. Sci. Sankt-Peterburg. 2011. 26 p. (In Russ.)
8. Gilligen S. *Terapevticheskiye transy: Rukovodstvo po eriksonovskoy gipnoterapii* [Therapeutic trances: a guide to Eriksonian hypnotherapy]. Moskva. 1997. 416 p. (In Russ.)
9. Ginzburg M.R., Yakovleva Ye.L. *Eriksonovskiy gipnoz: sistemacheskii kurs* [Eriksonian hypnosis: a systematic course]. Moskva. 2008. 312 p. (In Russ.)
10. Gordeyev M.N. (2005) *Gipnoz: Prakticheskoye rukovodstvo* [Hypnosis: a practical guide]. Moskva. 2005. 240 p. (In Russ.)
11. Gordeyev M.N. *Fundamentalnoye rukovodstvo po eriksonovskomu gipnozu* [Fundamental guide to Eriksonian hypnosis]. Moskva. 2015. 368 p. (In Russ.)
12. Karvasarskiy B.D. *Nevrozy* [Neuroses]. Moskva. 1990. 475 p. (In Russ.)
13. Lebedinskiy M.S. *Ocherki psikhoterapii* [Essays on psychotherapy]. Moskva. 1972. 412 p. (In Russ.)
14. Platonov K.I. *Slovo kak fiziologicheskii i lechebnyy faktor* [Word as a physiological and therapeutic factor]. Moskva. 1962. 484 p. (In Russ.)
15. *Psikhoterapevticheskaya entsiklopediya* [Psychotherapeutic encyclopedia]. Sankt-Peterburg. 1998. 752 p. (In Russ.)
16. Rakhmanov V.M. *Pobochnyye otritsatelnyye posledstviya psikhoterapii (gipnoterapii)* [Side negative consequences of psychotherapy (hypnotherapy)]. Moskva. 1991. 36 p. (In Russ.)

17. Rakhmanov V.M. Oslozheniya psikhoterapii (gipnoterapii) i puti ikh straneniya [Complications of psychotherapy (hypnotherapy) and ways to eliminate them]. Moskva. 1991. 44 p. (In Russ.)
18. Rozhnov V.Ye. Gipnoterapiya. Rukovodstvo po psikhoterapii [Hypnotherapy. A guide to psychotherapy]. Tashkent, 1985. Pp. 176–177. (In Russ.)
19. Svyadoshch A.M. Nevrozy [Neuroza]. Moskva. 1982. 236 p. (In Russ.)
20. Slobodyanik A.P. Psikhoterapiya, vnusheniye, gipnoz [Psychotherapy, inspiration, hypnosis]. Kiyev, 1982. 376 p. (In Russ.)
21. Tukayev R.D. Fenomenologiya i biologiya gipnoza (teoreticheskiy analiz i prakticheskoye primeneniye) [Phenomenology and biology of hypnosis (theoretical analysis and practical application)]. Ufa. 1996. 270 p. (In Russ.)
22. Tukaev R.D. Gipnoz; fenomen i klinicheskoe primeneniye [Hypnosis; phenomenon and clinical application]. Moskva. 2006. 448 p. (In Russ.)
23. Tukaev R.D. Psihoterapiya; teorii, struktury i mekhanizmy [Psychotherapy; theories, structures and mechanisms]. Moskva. 2007. 392 p. (In Russ.)
24. Tukayev R.D., Kuznetsov V.E. Universal'naya gipnoterapiya i psikhoterapiya na osnove polnoty osoznaniya: skhodstva, razlichiya, terapevticheskiye perspektivy [Universal hypnotherapy and psychotherapy based on completeness of awareness (mindfulness): similarities, differences, therapeutic perspectives]. Chast 1. *Sotsialnaya i klinicheskaya psikiatriya* [Social and clinical psychiatry]. 2013. Vol. 23, N 1. Pp. 59–64 (In Russ.)
25. Tukayev R.D., Kuznetsov V.E. Universalnaya gipnoterapiya i psikhoterapiya na osnove polnoty osoznaniya: skhodstva, razlichiya, terapevticheskiye perspektivy [Universal hypnotherapy and psychotherapy based on fullness of awareness: similarities, differences, therapeutic perspectives]. Chast 2. *Sotsialnaya i klinicheskaya psikiatriya* [Social and clinical psychiatry]. 2013. Vol. 23, N 2. Pp. 67–72. (In Russ.)
26. Tukayev R.D. Sinteticheskaya model lichnosti v psikhoterapii [Synthetic personality model in psychotherapy]. *Psihiatriya, psikhoterapiya i klinicheskaya psihologiya* [Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology]. 2018. Vol. 9, № 2. Pp. 215–228. (In Russ.)
27. Shertok D.L. Gipnoz. Moskva. 1992. 224 p. (In Russ.)
28. Becchio J., Jousselin Ch. De la Nouvelle Hypnose a l'Hypnose Psychodynamique. La Meridienne. Desclée de Brouwer. Paris. 1994. 315 p.
29. Erickson M. H. The Collected Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis. N.Y.: Irvington, 1980. Vol. I. Pp. 1–4.
30. Erickson M.H., Rossi E.L. Hypnotherapy. An Exploratory Casebook. Irvington Publishers. Inc. N.Y., 1979. 495 p.
31. Erickson M.H., Rossi E.L. Experiencing Hypnosis: Therapeutic Approaches to Altered States. Irvington Publishers. Inc. N.Y. 1981. 374 p.
32. Lynn S., Kirsch I. Essentials of clinical hypnosis: an evidence-based approach. Washington, DC: APA, 2006. 271 p.
33. 1er Congress International D'Hypnose Therapeutique De La Reunion. Hypnose americaine - hypnose russe. R. Erickson-Klein. D. Short. R. Tukaev. 2017. P. 4.
34. Schulz-Stübner S. Hypnosis in Critical Care. Book of abstract of the 1st international conference on hypnosis in medicine. Budapest. 2013. Pp. 12–13.

35. Tukaev R.D. Research on the effectiveness of the universal hypnotherapy model. *Continuity versus creative response to challenge: the primacy of resilience and resourcefulness in life and therapy* (eds. M.J. Selinski, K.M. Gow), N.Y.: Nova Science Publishers, 2011. Pp. 499–520.

36. Tukaev R.D. Universal hypnotherapy and resilience – resourcefulness model. *Continuity versus creative response to challenge: the primacy of resilience and resourcefulness in life and therapy* (eds. M.J. Selinski, K.M. Gow), New York: Nova Science Publishers, 2011. Pp. 451–466.

37. Tukaev R. Russian Researches on Hypnosis; on the reverse way from therapy to phenomenon. *XX World Congress of Hypnosis*. Abstracts Book, 2015. P. 274.

38. Tukaev R. Modern hypnosis and hypnotherapy in Russia. *XX World Congress of Hypnosis*. Abstracts Book, 2015. P. 275.

39. Yapko M.D. (1990) Trancework. An Introduction to the Practice of Clinical Hypnosis. 2-nd ed. Bruner. Mazel. N.Y., 1990. P. 342.

Received 28.09.2020

For citing. Tukaev R.D. Evolyutsiya gipnoterapii: metodicheskiye aspekty. *Vestnik psikhoterapii*. 2020. N 76. Pp. 7–29. **(In Russ.)**

Tukaev R.D. Evolution of hypnotherapy: methodical aspects. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2020. N 76. Pp. 7–29.

АНАЛИЗ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ИЗОБРЕТЕНИЙ ПО ПСИХОТЕРАПИИ (2012–2020 гг.)

¹ Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины
им. А.М. Никифорова МЧС России

(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2);

² Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова (Россия, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41);

³ Научно-клинический и образовательный центр «Психотерапия
и клиническая психология», Санкт-Петербургский государственный
университет (Россия, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7/9).

Цель – анализ отечественных патентов на изобретения по психотерапии, зарегистрированных в Роспатенте в 2012–2020 гг. Поисковый запрос позволил создать массив из 169 патентов на изобретения. При высоком коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,89$) полиномиальный тренд показывает уменьшение данных. Ежегодно в сфере психотерапии патентовались по (19 ± 2) изобретения. Лечению психозов посвящено 3 % изобретений, невротических состояний – 13 %, психосоматических расстройств – 30,2 %, аддикций – 26,6 %, оптимизации психического состояния, оздоровлению организма – 33,7 %. Изобретения соотнесены с 17 психотерапевтическими техниками. В 51 патенте (30,2 %) применены несколько психотерапевтических методик. Наиболее часто в изобретениях для оптимизации психического состояния и лечения заболеваний использовались рационально-эмотивная психотерапия (18 %), аутогенная тренировка и йога (13,1 %), арттерапия (12,7 %) и гипноз (8,5 %). Чтобы повысить вероятность выдачи патента на изобретение по психотерапии, которая тесным образом связана с интеллектуальной деятельностью, что на основании п. 5 ст. 1350 Гражданского кодекса России является основанием отказа в выдаче патента, необходимо шире использовать объективные (психофизиологические, клинические, лабораторные и пр.) показатели эффективности предлагаемого способа.

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

Зотова Анна Владимировна – канд. мед. наук доц., доц. каф. психотерапии, мед. психологии и сексологии, Сев.-Зап. гос. мед. ун-т им. И.И. Мечникова (Россия, 191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41), e-mail: avzot@mail.ru;

Чехлатый Евгений Иванович – д-р мед. наук проф., руководитель науч.-клинич. и образоват. центра «Психотерапия и клиническая психология» Ин-та высоких мед. технологий мед. фак-та, С-Петерб. гос. ун-т (Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7/9), e-mail: podsadnyi@mail.ru.

Ключевые слова: психотерапия, инновация, изобретение, патент, Роспатент.

Введение

В русскоязычной литературе принятым является определение психотерапии (от греч. *psyche* – душа, *therapeia* – лечение) как системы лечебного воздействия на психику и через психику на организм больного, и, следовательно, будучи методом лечения, психотерапия традиционно входит в компетенцию медицины [7].

При всем многообразии психотерапевтических школ, течений и методов (в научной литературе их насчитывается более 400) выделяют три основных концептуальных направления в психотерапии [9].

Методологией динамического направления является психоаналитическая теория бессознательного, в которой большое значение придается воздействию прошлого опыта на формирование определенного стиля поведения индивида. Конечная цель лечебного процесса при динамической психотерапии – осознание пациентом бессознательного.

Экзистенциально-гуманистическое направление психотерапии возмечивает человека. Психотерапевтическая цель здесь направлена не только на лечение болезни, но и на личностный рост пациента, достижение более высоких психических возможностей человека.

В когнитивно-поведенческом направлении психотерапии основной акцент делается на моделирование поведения, различные виды научения (обусловливания), которые связываются с основами теоретических взглядов метода. Это одно из ведущих направлений современной психотерапии.

Изобретение – техническое решение в любой области, относящееся к продукту (в частности к устройству, веществу, штамму микроорганизма, культуре клеток растений или животных) или способу (процессу осуществления действий над материальным объектом с помощью материальных средств) [ст. 1350, 3].

Интеллектуальные права на изобретения содержатся в гл. 72 «Патентное право» IV раздела Гражданского кодекса России [3]. Исключительное право использования изобретения принадлежит патентообладателю [ст. 1358, 3]. Изобретению предоставляется правовая охрана и выдается патент, если оно является новым, имеет изобретательский уровень и промышленно применимо. Новизна изобретения исключает его обнародование до подачи заявки. Промышленная применимость свидетельствует о том, что изобретение может быть использовано в промышленности, сельском хозяйстве, здравоохранении, других отраслях экономики или в социальной сфере

[ст. 1350, 3]. Чтобы использовать изобретение, сторонние пользователи должны заключить лицензионный договор с патентообладателем.

Срок действия патента на изобретение составляет 20 лет с момента официальной регистрации заявки. Для государственной охраны прав патентообладателей ежегодно уплачивается государственная пошлина. После прекращения исключительного права на изобретение оно переходит в общественное достояние и может свободно использоваться любым лицом без чьего-либо согласия или разрешения и без выплаты вознаграждения за использование [ст. 1364, 3]. Допускается свободное применение изобретений [ст. 1359, 1360, 3]:

- при проведении научного исследования продукта или способа, в которых использованы изобретение или проведение эксперимента над такими продуктом, способом или изделием;

- при чрезвычайных обстоятельствах (стихийных бедствиях, катастрофах, авариях) с уведомлением о таком использовании патентообладателя в кратчайший срок и с последующей выплатой ему соразмерной компенсации;

- для удовлетворения личных, семейных, домашних или иных не связанных с предпринимательской деятельностью нужд, если целью такого использования не является получение прибыли или дохода;

- в некоторых других случаях.

Администрирование международных договоров в области интеллектуальной собственности (патентов на изобретения и полезные модели, свидетельств на промышленные образцы, товарные знаки и пр.) в мире осуществляет Всемирная организация интеллектуальной собственности (ВОИС, World Intellectual Property Organization, WIPO). Членами ВОИС являются 193 государства [13].

Чтобы получить правовую охрану изобретений в конкретной стране (странах), патентообладатели должны подать заявки на выдачу патентов в патентное ведомство этой страны. Например, в промышленно развитых странах иностранных заявителей бывает более 50 %. В России ежегодно регистрируется около 30–35 % иностранных заявок на изобретения и их число растет. Так, в 2019 г. иностранные заявители подали в Роспатент 34,3 % заявок на изобретения [10]. Отмечается невысокая активность отечественных авторов по патентованию изобретений в других странах, что может способствовать созданию «клонов» этих изобретений и незаконному их использованию. Во многом этот факт обуславливается определен-

ными материальными затратами и незначительной промышленной применимостью российских изобретений.

Патентные ведомства проводят формальную экспертизу и/или экспертизу по существу заявок для решения, выдавать ли патентные права. Процедура выдачи патентов в разных странах различается и зависит от сроков проведения экспертизы и процессуальных задержек, в связи с чем между подачей заявки и решением о выдаче патента есть временной лаг. По этой причине данные о заявках за определенный год не тождественны с показателями о выданных патентах. Следует указать, что сотрудники Роспатента сокращают срок рассмотрения заявок. Например, среднее время рассмотрения заявок на изобретения в 2017 г. было 9,2 мес., в 2018 г. – 8,1 мес., в 2019 г. – 5,7 мес. [6].

Регистрацию и экспертизу заявок, выдачу и учет патентов в России осуществляет Федеральная служба по интеллектуальной собственности (Роспатент). Динамика подачи заявок на изобретения и выдачи патентов в России представлена на рис. 1. При высоких коэффициентах детерминации полиномиальные тренды показывают увеличение сведений. Следует также указать, что в последний период наблюдения отмечается уменьшение количества заявок на изобретения. Среднегодовой показатель поступления заявок на изобретения в 1994–2019 гг. в России составил $(34,0 \pm 1,6)$ тыс., выданных патентов – $(27,0 \pm 1,2)$ тыс.

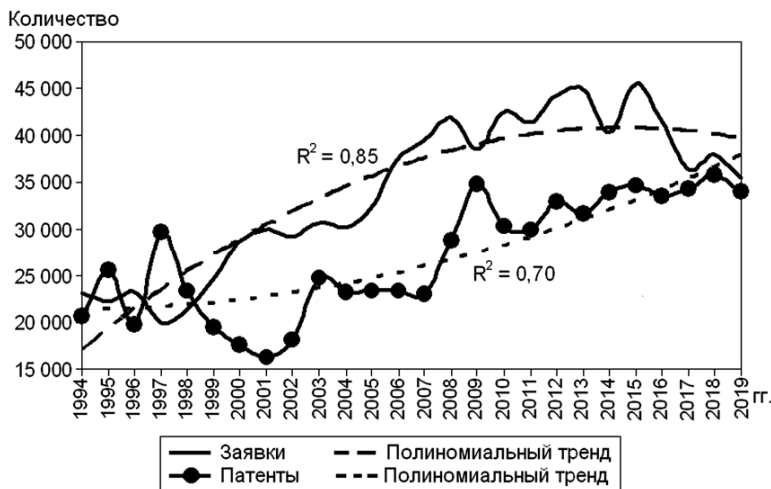


Рис. 1. Динамика подачи заявок и выданных патентов на изобретения, зарегистрированных в Роспатенте в 1994–2019 гг.

При введении нового Административного регламента по организации приема заявок на изобретения и их рассмотрения [1] у авторов могут возникать трудности по определению сферы технического решения. Например, используемые в практике психотерапевтов и психологов методики тесным образом интегрированы с мыслительными процессами, характеризующими интеллектуальную деятельность, что на основании Гражданского кодекса России [п. 5 ст. 1350, 3] является основанием отказа в выдаче патента на изобретение. Патентоспособность заявки повышает включение в формулу изобретения объективных показателей (психофизиологических, клинических, лабораторных или иных данных).

Патенты на изобретения классифицируются при помощи Международной патентной классификации (МПК, International Patent Classification – IPC). С 2009 г. действует 9-я редакция МПК, в которой имеются два уровня – базовый (укрупненный) и расширенный (более подробный) [8].

Раздел МПК обозначается заглавной буквой латинского алфавита от А до Н: А – «Удовлетворение жизненных потребностей человека»; В – «Различные технологические процессы; транспортирование»; С – «Химия; металлургия»; D – «Текстиль; бумага»; Е – «Строительство и горное дело»; F – «Машиностроение; освещение; отопление; двигатели и насосы; взрывные работы»; G – «Физика»; Н – «Электричество». Заголовок раздела приблизительно отражает его содержание. Каждый раздел делится на классы. Индекс класса состоит из индекса раздела и двузначного числа. Заголовок класса отражает его содержание. Каждый класс по МПК содержит один или несколько подклассов.

Патенты в сфере медицины и здравоохранения относятся к разделу А «Удовлетворение жизненных потребностей человека» и обозначаются классом А61 «Медицина и ветеринария; гигиена». Класс А61 состоит из 12 медицинских подклассов. Подклассы патентов на изобретения подразделяются на основные группы (1/00; 15/00 и т. д.) и подгруппы (1/01; 1/02; 1/58 и т. д.) [8].

В предыдущих публикациях представлены развитие и структура патентования изобретений в сфере психотерапии в 1994–2011 гг. [4, 5].

Цель – провести анализ отечественных патентов на изобретения по психотерапии, зарегистрированных в Роспатенте в 2012–2020 гг.

Материал и методы

Объект исследования составила электронная база данных Федерального института промышленной собственности (ФИПС) Роспатента. С

главной страницы сайта ФИПС посредством опции «Информационно-поисковая система» (рис. 2, п. 1) переходили на страницу «Поисковая система» и при помощи окна «Перейти к поиску» (см. рис. 2, п. 2) попадали на страницу «Выбор БД для поиска» (см. рис. 2, п. 3). Активировав опцию «Патентные документы РФ» (см. рис. 2, п. 4), попадали на окно перечня патентных документов. Использовали базу данных «Рефераты российских изобретений» (см. рис. 2, п. 5).

Открывали страницу поиска (см. рис. 2, п. 6), которая, кроме окошка основной области запроса, содержит еще более 20 поисковых режимов. В каждом режиме поиска представлен значок вопроса (?), во всплывающем окне которого имеется подсказка, как надо оформлять запрос.

Поиск в электронных базах данных следует проводить при помощи операторов поиска:

- AND, OR, NOT – *логические операторы*:

- AND или при отсутствии оператора между терминами – при поиске в документах будут обязательно присутствовать оба термина. Например, при поисковом словосочетании клиническая психология в найденных документах будут обязательно содержаться оба слова;

- OR – в документах будут найдены или один, или другой термин;

- NOT – в документах не будет термина, указанного после оператора. Например, при заданном поиске психотерапия NOT психология, будут найдены документы, в которых отсутствует слово психология;

- WITHIN, ADJ – *операторы текстовой близости* – между двумя искомыми терминами в тексте будет находиться максимально возможное количество слов, не превышающее N (N вводится через пробел). Если в запросе больше двух терминов, то два термина, связанные оператором, и сам оператор следует заключить в круглые скобки;

- WITHIN N – порядок следования двух терминов не имеет значение;

- ADJ N – порядок следования терминов имеет значение;

- *, (), " " – *операторы подстановок*:

- * (звездочка) – заменяет любое число символов (в том числе и 0 символов) в начале, середине или конце слова. В запросе «*психол*» будут найдены слова: парапсихология, психология, психологический и пр.;

- @ («собака») – маскирование одного буквенного символа;

- # (решетка) – маскирование одного цифрового символа;

- " " (двойные кавычки) – поиск точной фразы, такого же набора терминов, которые расположены в той же последовательности, что и в запросе. В кавычки могут быть заключены один или множество терминов;

– () (круглые скобки) – последовательность выполнения операторов в запросе: сначала выполняются операторы, заключенные в скобки, а затем – все остальные;

В окошке основной области запроса указывали усеченное слово «психотерап*» (см. рис. 2, п. 7), в окошке даты публикации – период с 01.01.2012 г. по 31.10.2020 г. (см. рис. 2, п. 8).

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ
ПРОМЫШЛЕННОЙ
СОБСТВЕННОСТИ

О ФИПС ГОСУСЛУГИ ПОИСК ПОДАЧА ЗАЯВКИ

ОФИЦИАЛЬНЫЕ ИЗДАНИЯ ОТКРЫТЫЕ РЕЕСТРЫ ИНФОРМАЦИОННО-ПОИСКОВАЯ СИСТЕМА

ПОИСКОВАЯ СИСТЕМА

Перейти к поиску

ВЫБОР БД ДЛЯ ПОИСКА

ПАТЕНТНЫЕ ДОКУМЕНТЫ РФ (РУС.)
ПАТЕНТНЫЕ ДОКУМЕНТЫ РФ (АНГ.)
МЕЖДУНАРОДНАЯ ПАТЕНТНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ

ПАТЕНТНЫЕ ДОКУМЕНТЫ РФ (РУС.)

? Рефераты российских изобретений
 ? Заявки на российские изобретения
 ? Полные тексты российских изобретений из трех последних бюллетеней

ПОИСК

Основная область запроса: ? психотерап* ПОИСК ОЧИСТИТЬ

(54) Название ?
(11) Номер документа ?
(45) Опубликовано ? 2012.01.01–2020.10.31
(51) МПК ?
(72) Автор(ы) ?

Рис. 2. Алгоритм поиска изобретений в базе данных ФИПС

Поисковый режим позволил найти 124 отклика на изобретения (рис. 3, п. 1), номера патентов и заглавия которых были представлены в виде таблицы (рис. 3, п. 2). Активировав заглавие (рис. 3, п. 3), открывали реферат изобретения (рис. 3, п. 4). При необходимости изучить патент на изобретение активировали номер патента (рис. 3, п. 5).



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ
ПРОМЫШЛЕННОЙ
СОБСТВЕННОСТИ

НАЙДЕННЫЕ ДОКУМЕНТЫ


Всего найдено: **124** Поискový запрос: Основная область запроса: **психотерап***
Опубликовано: **2012.01.01-2020.10.31**

« < 1 2 3 > » К странице: ↗

№	Номер документа	Дата публикации	Изображение	Название
1.	2538173	(10.01.2015)		СПОСОБ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОБЛЕМ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗАВИСИМОСТЕЙ
2.	2444381	(10.03.2012)		СПОСОБ КОРРЕКЦИИ ВЕСА
3.	2687565	(15.05.2019)		СПОСОБ ПСИХОТЕРАПИИ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

(19) **RU** (11) **2 444 381** (13) **C1**



④

⑤

**ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА
ПО ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ**
(51) МПК
A61M 21/00 (2006.01)

(12) **ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ**

(21)(22) Заявка: 2010147609/14, 22.11.2010 (24) Дата начала отсчета срока действия патента: 22.11.2010 Приоритет(ы): (22) Дата подачи заявки: 22.11.2010 (45) Опубликовано: 10.03.2012 Бюл. № 7	(72) Автор(ы): Мороз Ирина Николаевна (RU), Чухарева Евгения Анатольевна (RU) (73) Патентообладатель(и): Мороз Ирина Николаевна (RU), Чухарева Евгения Анатольевна (RU)
--	--

(54) **СПОСОБ КОРРЕКЦИИ ВЕСА**
(57) Реферат:
Изобретение относится к области медицины, а именно к терапии, и может быть использовано для лечения ожирения, метаболического синдрома и других заболеваний, которые сопровождаются избыточной массой тела. Проводят сбор анамнеза и его

Рис. 3. Алгоритм изучения патентов на изобретения по психотерапии

Поочередно в область основного запроса вводили поисковые словосочетания: психол* коррекц*, иппотерап* OR ароматерап*, "аутогенн* тренировк*", "поведен* терап*", цветотерап*, гештальт-терап*, гипно*, нейролингвистич* програм*, йог* NOT йогурт*, соединенные операторами поиска, исключали повторы и формировали общий массив изобретений по психотерапии.

Рассчитали среднегодовое количество изобретений ($M \pm m$), для использованных психотерапевтических техник – медиану, верхний и нижний квартиль ($Me [Q_1; Q_4]$). Динамику и прогнозирование распределения показателей оценивали с помощью анализа динамических рядов и расчета полиномиального тренда второго порядка. Силу связи показателей полиномиального тренда определяли при помощи коэффициента детерминации (R^2), который характеризовал связь динамики патентования с построенной кривой (трендом). Чем больше был R^2 (максимальный показатель – 1,0), тем более объективно был построен тренд [2].

Результаты и обсуждение

В соответствии с принятой медицинской концепцией психотерапии из массива, содержащего около 225 тыс. действующих отечественных патентов на изобретения в 2012–2020 гг., выделены 169 патентов на изобретения по психотерапии. Они составили около 0,08 % от всех действующих в это время патентов.

Динамика изобретений представлена на рис. 4. При высоком коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,83$) полиномиальный тренд показывает уменьшение данных. Ежегодно в сфере психотерапии в 2012–2020 гг. патентовались по (19 ± 2) изобретения. Уместно указать, что среднегодовое количество изобретений по психотерапии в 1994–2011 гг. было аналогичным – 19 ± 2 [3].

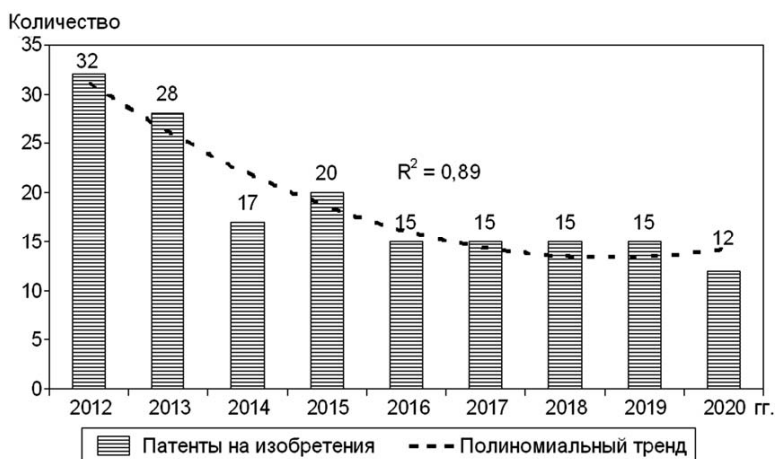


Рис. 4. Динамика патентования изобретений по психотерапии

В общей сложности массив изобретений по психотерапии с учетом повторов соотносился 360 рубриками по МПК. В 33,8 % патенты относились к классу А61М «Устройства и приспособления для введения лекарств в организм ... устройства для усыпления или прерывания сна или состояния ступора», в том числе в 30,5 % – с рубрикой А61М 21/+ «Прочие способы и устройства, вызывающие изменения в состоянии сознания; устройства для усыпления или прерывания сна механическими, оптическими или акустическими средствами, например для гипноза», в 20 % – к классу А61Н «Устройства для физиотерапии, например устройства для определения местонахождения или стимулирования рефлекторных точек на поверхности тела», 13,6 % – к классу А61К «Лекарства и медикаменты для терапевтических, стоматологических или гигиенических целей», в 13,1 % – к классу А61В «Диагностика; хирургия; опознание личности».

Лечению психозов посвящено 5 (3 %) изобретений, невротических состояний – 22 (13 %), психосоматических расстройств – 51 (30,2 %), аддикций – 45 (26,6 %), оптимизации психического состояния, оздоровлению организма – 57 (33,7 %). В структуре изобретений, посвященных психотерапии пациентов с аддикциями, в 17 (37,8 %) патентах она оказывалась при ожирении, в 8 (17,8 %) – при алкоголизме, в 6 (13,3 %) – при наркоманиях, в 2 (4,4 %) – при табакокурении и в 2 (4,4 %) – при компьютерной зависимости. В 10 (22,3 %) изобретениях нозологии зависимостей не выделялись.

В 51 патенте (30,2 %) использовались несколько психотерапевтических методик. Например, общая сумма упоминаний о психотерапевтической технике составила 260, именно эта цифра была принята за 100 % при расчете структуры применяемых техник. В таблице сведены количественно-структурные показатели по выделенным психотерапевтическим техникам. В связи с малочисленностью данных полиномиальные тренды для некоторых психотерапевтических методик имели очень низкие коэффициенты детерминации. Как правило, в динамике общего массива изобретений отмечались тенденции уменьшения показателей использования перечисленных психотерапевтических техник.

Таблица

Количественно-структурные показатели по использованию в изобретениях психотерапевтических техник

Психотерапевтическая техника	Количество	Me [Q1; Q4]	%	R ²	Динамика
Анималотерапия (в т. ч. иппотерапия)	6	1 [0; 1]	2,3	0,04	∪
Ароматерапия	7	0 [0; 2]	2,7	0,09	∪
Арттерапия (в т. ч. танцевальная, музыкальная, цветотерапия и пр.)	33	3 [2; 6]	12,7	0,10	↓
Аутогенная тренировка, йога	34	3 [3; 4]	13,1	0,29	∩↓
Поведенческая терапия	19	2 [2; 3]	7,3	0,35	↑
Когнитивная терапия	19	2 [1; 3]	7,3	0,71	↓
Биологическая (психологическая) обратная связь	14	1 [0; 2]	5,4	0,74	∪↓
Гештальт-терапия	2	0 [0; 0]	0,8	0,07	↓
Гипноз	22	1 [1; 2]	8,5	0,54	∪
Нарративная терапия	1	0 [0; 0]	0,4	0,63	∪
Игровая терапия (в т. ч. с использованием ролевых игр)	6	0 [0; 1]	2,3	0,24	↓
Краткосрочная терапия	4	0 [0; 1]	1,5	0,11	∩
Рационально-эмотивная психотерапия	47	3 [3; 8]	18,0	0,83	↓
Групповая терапия	7	0 [0; 1]	2,7	0,78	↓
Семейная терапия	9	1 [0; 1]	3,5	0,22	↓
Психодрама	4	0 [0; 1]	1,5	0,56	↓
Нейролингвистическое программирование	11	1 [0; 2]	4,2	0,02	↑
Психотерапевтическая техника не указана	15	2 [1; 2]	5,8	0,30	∪↓
Итого	260		100,0		

Ведущих методик, имеющих вклад в структуре 5 % и более, оказалось 7. Среднегодовое применение рационально-эмотивной психотерапии в изобретениях в 2012–2020 гг. составило $5,2 \pm 1,1$, аутогенной тренировки и йога – $3,8 \pm 0,7$, арттерапии – $3,7 \pm 0,8$, гипноза – $2,4 \pm 1,2$, поведенческой и когнитивной психотерапии – $2,1 \pm 0,3$ и $2,1 \pm 0,5$ соответственно, биологической (психологической) обратной связи – $1,6 \pm 0,6$.

На рис. 5 представлена структура изобретений с ведущими психотерапевтическими техниками, доля которых была 72,3 % в структуре. Наиболее часто в изобретениях для оптимизации психического состояния и

лечения заболеваний использовались рационально-эмотивная психотерапия (18 %), аутогенная тренировка и йога (13,1 %) и арттерапия (12,7 %).

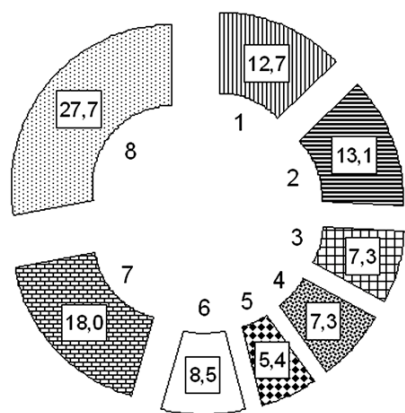


Рис. 5. Структура изобретений по применяемым психотерапевтическим техникам:

- 1 – арттерапия;
- 2 – аутогенная тренировка, йога;
- 3 – поведенческая психотерапия;
- 4 – когнитивная психотерапия;
- 5 – биологически (психологически) обратная связь;
- 6 – гипноз;
- 7 – рационально-эмотивная психотерапия;
- 8 – прочие.

В динамике структуры изобретений доли по использованию психотерапевтических техник по арттерапии и аутогенной тренировке напоминают инвертированные U-кривые с уменьшением показателей в последний период наблюдения. Отмечаются также уменьшение долей изобретений с когнитивной и рационально-эмотивной психотерапией (рис. 6).

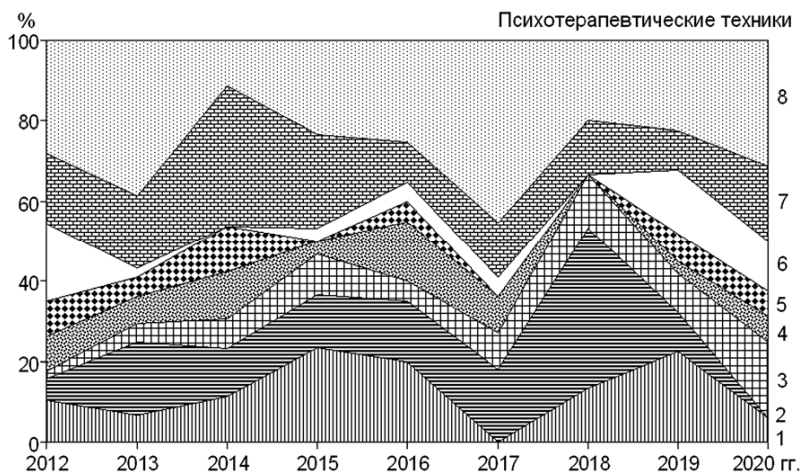


Рис. 6. Динамика структуры изобретений по применяемым психотерапевтическим техникам (условные обозначения см. рис. 5)

Выявлено увеличение вклада в структуру изобретений с поведенческой терапией. Динамики долей изобретений по использованию биологически (психологически) обратной связи и гипноза демонстрируют U-кривые с увеличением данных в последний период. Доли прочих психотерапевтических техник приближаются к прямой горизонтальной линии, то есть в исследуемый период меняются незначительно (см. рис. 6).

В последнее время некоторые страны вводят санкции на поставку в Россию определенных технологий и товаров. Необходимо оптимизировать изобретательскую активность в России, в том числе по медицине, чтобы не сложилась ситуация, когда в результате санкций отечественных способов лечения, медицинского оборудования или инструментов не окажется в достаточном количестве [12].

Заключение

Поисковый запрос позволил создать массив из 169 патентов на изобретения, зарегистрированные в Роспатенте в 2012–2020 гг. При высоком коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,83$) полиномиальный тренд показывает уменьшение данных. Ежегодно в сфере психотерапии патентовались по (19 ± 2) изобретения.

Лечению психозов посвящено 3 % изобретений, невротических состояний – 13 %, психосоматических расстройств – 30,2 %, аддикций – 26,6 %, оптимизации психического состояния, оздоровлению организма пациентов – 33,7 %.

Изобретения соотнесены с 17 психотерапевтическими техниками. В 51 патенте (30,2 %) было применено несколько психотерапевтических методик. Наиболее часто в изобретениях для оптимизации психического состояния и лечения заболеваний использовались рационально-эмотивная психотерапия (18 %), аутогенная тренировка и йога (13,1 %), арттерапия (12,7 %) и гипноз (8,5 %).

Чтобы повысить вероятность выдачи патента на изобретение по психотерапии, которая тесным образом связана с интеллектуальной деятельностью, что на основании п. 5 ст. 1350 Гражданского кодекса России может явиться основанием отказа в выдаче патента, необходимо шире использовать объективные (психофизиологические, клинические, лабораторные и пр.) показатели эффективности предлагаемого способа.

Литература

1. Административный регламент предоставления Федеральной службой по интеллектуальной собственности государственной услуги по государствен-

ной регистрации изобретения и выдаче патента на изобретение, его дубликата : утв. приказом Минэкономразвития России от 25.05.2016 г. № 315 // Бюл. нормат. актов федер. органов исполнит. власти. – 2009. – № 21. – URL: <http://www.rup.ru/search/>.

2. Афанасьев В.Н., Юзбашев М.М. Анализ временных рядов и прогнозирование. – М. : Финансы и статистика, 2001. – 228 с.

3. Гаврилов Э.П., Городов О.А., Гришаев С.П. [и др.]. Комментарий к Гражданскому кодексу Российской Федерации : часть четвертая (постатейный). – М. : Кодекс : Проспект, 2009. – 800 с. – (Проф. юрид. системы «Кодекс»).

4. Евдокимов В.И., Горячкина Т.Г., Эриванцева Т.Н. Психотерапия: информационный поиск и анализ отечественных изобретений (1994–2011 гг.) : справ.-библиогр. пособие / Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России. – СПб. : Политехника-сервис, 2012. – 220 с.

5. Евдокимов В.И., Горячкина Т.Г., Эриванцева Т.Н., Чехлатый Е.И. Анализ патентов на изобретения в сфере психотерапии в России (1994–2010 гг.) // Вестн. психотерапии. – 2011. – № 38 (43). – С. 118–134.

6. Ивлиев Г.П. Развитие сферы интеллектуальной собственности в свете «Основных направлений деятельности Правительства РФ до 2024 г.» // Интеллектуальная собственность. Промышленная собственность. – 2019. – № 3. – С. 5–16.

7. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. – М. : Медицина, 1985. – 304 с.

8. Международная патентная классификация: базовый уровень, 9-я ред. : в 5 т. – М., 2009. – Т. 5: Руководство к МПК. – 54 с.

9. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б.Д. Карвасарского. – 3-е изд., доп. – СПб. [и др.] : Питер, 2006. – 944 с.

10. Роспатент. Годовой отчет ... – М. : Роспатент, 1995–2020. URL: <http://www.rup.to.ru/search/>.

11. Скорняков Э.П., Горбунова М.Э. Патентные исследования на основе баз данных, представленных в Интернете. – М. : Патент, 2014. – 160 с.

12. Эриванцева Т.Н. Оценка перспектив преодоления импортозависимости в условиях реализации национального проекта «Наука» по данным патентного анализа // Экономика науки. – 2018. Т. 4, № 4. – С. 261–271. DOI: 10.22394/2410-132X-2018-4-4-261-271.

13. Global Innovation Index 2019. Creating Healthy Lives–The Future of Medical Innovation [Electronic resource] / Eds: S. Dutta, B. Lanvin, S. Wunsch-Vincent ; Cornell University, INSEAD, WIPO. – Ithaca : Fontainebleau : Geneva, 2019. – 451 p. URL: <https://www.wipo.int/>.

Поступила 01.12.2020

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

Для цитирования. Евдокимов В.И., Зотова А.В., Чехлатый Е.И. Анализ отечественных изобретений по психотерапии (2012–2020 гг.) // Вестник психотерапии. 2020. № 76 (81). С. 30–46.

ANALYSIS OF RUSSIAN INVENTIONS IN PSYCHOTHERAPY (2012–2020)

Evdokimov V.I.¹, Zotova A.V.², Chekhlaty E.I.³

¹ Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine,
EMERCOM of Russia

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

² North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov
(Kirochnaya Str., 41, St. Petersburg, Russia);

³ Saint Petersburg University, "Psychotherapy and Clinical Psychology" Research,
Clinical and Educational Center (Universitetskaya Emb., 7/9, St. Petersburg, Russia).

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

Anna Vladimirovna Zotova – PhD Med. Sci. Associate Prof., Associate Prof. Department of Psychotherapy, Medical Psychology and Sexology, North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov (Kirochnaya Str., 41, St. Petersburg, 191015, Russia), e-mail: avzot@mail.ru;

Evgeny Ivanovich Chekhlaty – Dr. Med. Sci. Prof., Head, "Psychotherapy and Clinical Psychology" Research, Clinical and Educational Center, Saint Petersburg University (Universitetskaya Emb., 7/9, St. Petersburg, 199034, Russia), e-mail: chekhlaty@mail.ru.

Abstract. The aim is to analyze domestic patents for psychotherapy inventions registered in Rospatent in 2012–2020. The search query allowed us to create an array of 169 patents for inventions. With a high de-termination coefficient ($R^2 = 0.89$), the polynomial trend shows a decrease in data. Every year in the field of psychotherapy, 19 ± 2 inventions were patented. 3 % of inventions were devoted to the treatment of psychoses, 13 % to neurotic States, 30.2 % to psychosomatic disorders, 26.6 % to addictions, 33.7 % to optimization of the psychological state and improvement of the body. The inventions are correlated with 17 psychotherapy techniques. 51 patents (30.2 %) use several psychotherapeutic methods. The most frequently used inventions for optimizing mental health and treating diseases were rational-emotional psychotherapy (18 %), autogenic training and yoga (13.1 %), art therapy (12.7 %) and hypnosis (8.5 %). To increase the likelihood of the grant of the patent for the invention in psychotherapy, closely connected with the intellectual activity which, pursuant to paragraph 5 of article 1350 of the Civil Code of Russia, the grounds for refusal to grant a patent, there should be greater use of objective (psycho-physiological, clinical, laboratory etc.) the indicators of effectiveness of the proposed method.

Keywords: psychotherapy, innovation, invention, patent, patent office.

References

1. Administrativnyi reglament predstavleniya Federal'noi sluzhboi po intellektual'noi sobstvennosti gosudarstvennoi uslugi po gosudarstvennoi registratsii izobreteniya i vydache patenta na izobretenie, ego dublikata [Administrative regulations for the provision by the Federal service for intellectual property of state services for the state registration of an invention and the issuance of a patent for an invention, its duplicate]. URL: <http://www.rupto.ru/search/>. (In Russ.)
2. Afanas'ev V.N., Yuzbashev M.M. Analiz vremennykh ryadov i prognozirovanie [Time Series Analysis and Forecasting]. Moskva. 2001. 228 p. (In Russ.)
3. Gavrilov E.P., Gorodov O.A., Grishaev S.P. [et al.]. Kommentarii k Grazhdanskomu kodeksu Rossiiskoi Federatsii : chast' chetvertaya (postateinyi) [Commentary to the Civil code of the Russian Federation: part four (article-by-article)]. Moskva. 2009. 800 p. (In Russ.)
4. Evdokimov V.I., Goryachkina T.G., Erivantseva T.N. Psikhoterapiya: informatsionnyi poisk i analiz otechestvennykh izobretenii (1994–2011 gg.) [Psychotherapy: information search and analysis of domestic inventions (1994–2011)]. Sankt-Peterburg. 2012. 220 p. (In Russ.)
5. Evdokimov V.I., Goryachkina T.G., Erivantseva T.N., Chekhlatyi E.I. Analiz patentov na izobreteniya v sfere psikhoterapii v Rossii (1994–2010 gg.) [An analysis of patents for inventions in the psychotherapy domain in Russia (1994–2010)]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2011. N 38. Pp. 118–134. (In Russ.)
6. Ivliev G.P. Razvitiye sfery intellektualnoi sobstvennosti v svete «Osnovnykh napravlenii deyatelnosti Pravitelstva RF do 2024 g.» [Development of intellectual property realm in the light of Russian government guidelines – 2024]. *Intellektual'naya sobstvennost. Promyshlennaya sobstvennost* [Intellectual property. Industrial property]. 2019. N 3. Pp. 5–16.
7. Karvasarskii B.D. Psikhoterapiya [Psychotherapy]. Moskva. 1985. 304 p.
8. Mezhdunarodnaya patentnaya klassifikatsiya: bazovyi uroven' [International Patent Classification: basic level]. 9rd edition : in 5 vol. Moskva. 2009. Vol. 5: Rukovodstvo k MPK [Guide to the IPC]. 54 p. (In Russ.)
9. Psikhoterapevticheskaya entsiklopediya [Psychotherapeutic encyclopedia]. Ed. B.D. Karvasarskii. 3rd edition. Sankt-Peterburg. 2006. 944 p. (In Russ.)
10. Rospatent. Godovoi otchet [Rospatent. Annual report]. Moskva. 1995–2020. URL: <http://www.rupto.ru/search/>. (In Russ.)
11. Skornyakov E.P., Gorbunova M.E. Patentnye issledovaniya na osnove baz dannykh, predstavlenykh v Internete [Patent research based on databases presented on the Internet]. Moskva. 2014. 160 p. (In Russ.)
12. Erivantseva T.N. Otsenka perspektiv preodoleniya importozavisimosti v usloviyakh realizatsii natsional'nogo proekta «Nauka» po dannym patentnogo analiza [Syringes and catheters – prospects for overcoming import dependence in the context of the implementation of the national project "Science"]. *Ekonomika nauki* [The Economics of Science]. 2018. Vol. 4, N 4. Pp. 261–271. (In Russ.) DOI: 10.22394/2410-132X-2018-4-4-261-271.
13. The Global Innovation Index 2019. Creating a healthy life—the Future of medical innovation [Electronic resource] / eds.: S. Datta, B. Lanvin, S. Wunsch-

Vincent; Cornell University, INSEAD, WIPO. Ithaca: Fontainebleau: Geneva. 2019. 451 P. URL: <https://www.wipo.int/>.

Received 01.12.2020

For citing. Evdokimov V.I., Zotova A.V., Chekhlatyi E.I. Analiz otechestvennykh izobretenii po psikhoterapii (2012–2020 gg.). *Vestnik psikhoterapii*. 2020. № 76. Pp. 30–46. **(In Russ.)**

Evdokimov V.I., Zotova A.V., Chekhlatyi E.I. Analysis of Russian inventions in psychotherapy (2012–2020). *The Bulletin of Psychotherapy*. 2020. № 76. Pp. 30–46.

НАРУШЕНИЕ ОСОЗНАННОЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ В УСЛОВИЯХ НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ КАК ФАКТОР КРИМИНАЛИЗАЦИИ

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

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

Целью исследования было выделение факторов криминализации, связанных с дефицитарностью осознанной саморегуляции и толерантностью к неопределенности у лиц без психической патологии. Были обследованы 74 психически здоровых мужчины, основную группу составили лица, обвиняемые в совершении противоправных действий (n = 20). Проводилась оценка индивидуально-психологических особенности саморегуляции и толерантности к неопределенности с помощью комплекса методик, построенных по принципу функциональных проб и опросных листов. Были выделены особенности саморегуляции, ситуационного анализа и толерантности к неопределенности у лиц, совершивших противоправные действия, а также определены факторы криминализации, связанные с уровнем развитием прогностических способностей, интолерантностью к неопределенности в сфере межличностных отношений и способностью к адекватному оцениванию результатов своего поведения. Было установлено, что психически здоровых лиц с криминальным поведением характеризуют импульсивность принятия решений, трудности преодоления интерферирующих факторов в когнитивно сложных ситуациях, большая агрессивная направленность, особенно при информационной сложности ситуации или при высоком уровне ее неопределенности.

Ключевые слова: саморегуляция, толерантность к неопределенности, криминальное поведение.

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

✉ Шеховцова Елена Сергеевна – науч. сотр. отд-ния психогений и расстройств личности, Нац. мед. исслед. центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского (Россия, 119001, Москва, Кропоткинский пер., д. 23), e-mail: shiha.l@mail.ru.

Введение

Одной из ведущих задач медицинской и юридической психологии является определение влияния биологических, социально-средовых и психологических факторов на возникновение дезадаптации, одним из проявлений которой является криминальное поведение [11].

Криминальная ситуация зачастую сопряжена с высоким уровнем риска и низкой степенью предсказуемости последствий, в связи с чем возрастает необходимость изучения специфики влияния неопределенности на реализацию криминального поведения.

Традиционно риск совершения противоправных действий связывается с комплексом личностных черт, включающим низкую эффективность, дефицитарность саморегуляции [4; 6], импульсивность, ригидность, эмоциональную неустойчивость, низкий уровень развития осознанного планирования поведения, определения конкретных целей и задач, недостаточность оценки последствий действий [13], недостаточность самоконтроля, высокий уровень агрессивности, неадекватное восприятие опасности ситуации [9], трудности постановки целей и реализации программ поведения [8; 14]. В современных исследованиях дефицитарность способности к моделированию значимых условий достижения цели, сцепленность этапов саморегуляции также определяются как предикторы криминального поведения у психически здоровых лиц [3].

В последнее время отмечается тенденция к использованию неопределенности и способности совладать с ней, традиционно изучавшихся в рамках общей психологии [7; 10], при анализе совершения криминального выбора [12].

Описывая проблему «неопределенности», отечественные авторы подчеркивают, что субъективное ощущение «неясности» наиболее ярко проявляется в критических или стрессовых ситуациях. При этом в качестве ведущих характеристик ситуации, связанных с неопределенностью, выделяют субъективную сложность ситуации, отсутствие достаточного количества ясной информации о событии, альтернативы выбора и его последствия, наличие противоречивой или избыточной информации, дефицит знаний и опыта [5; 7].

Наиболее важным для определения поведения и способности к его осознанному регулированию является оценка отношения к неопределенности, степени ее принятия как возможности обнаружения новых способов действия. Таким конструктом, описывающим позицию человека по отношению к ситуации неясности, является «толерантность к неопределенно-

сти». При этом важно отметить, что толерантность к неопределенности проявляется во всех сферах жизни человека и затрагивает установки, социальное взаимодействие и способы реагирования на трудные и конфликтные ситуации [1].

Как подчеркивает В.И. Моросанова, для успешного преодоления ситуации неопределенности необходимо иметь высокий уровень развития регулятивной системы, быть способным самостоятельно определять цели деятельности и программы поведения [10]. В случае дефицитарности способности к осознанной регуляции поведения неопределенность может проявляться в виде трудностей принятия решения и невозможности контролировать ситуацию [1].

Несмотря на представленность исследований, посвященных проблемам криминализации, неопределенности и саморегуляции, отсутствует представление о специфике влияния на возникновение противоправного поведения нарушений саморегуляции в условиях неопределенности.

В связи с этим была определена цель исследования – выделить факторы криминализации, связанные с дефицитарностью осознанной саморегуляции и толерантностью к неопределенности.

Материалы и методы

В обследовании приняли участие 74 человека. Основную группу составили психически здоровые лица с криминальным поведением, из них 65 % совершили агрессивно-насильственные правонарушения (убийство, умышленное причинение тяжкого вреда здоровью, угроза убийством или причинением тяжкого вреда здоровью, грабеж), 35 % – неагрессивные правонарушения (кража, незаконные приобретение, хранение, перевозка, изготовление, переработка наркотических средств). Средний возраст лиц с криминальным поведением $32,5 \pm 7,8$.

Группа сравнения состояла из 54 человек, не судимых и не страдавших психическим расстройством. Средний возраст лиц с нормативным поведением составил $31,8 \pm 10,5$.

Для оценки специфики осознанной саморегуляции и ее нарушений был сформирован следующий диагностический комплекс.

1. Опросник «Стиль саморегуляции поведения» В.И. Моросановой, направленный на оценку структуры осознанной саморегуляции, в том числе способности регулировать и гибко корригировать свое поведение в меняющихся неопределенных условиях.

2. Методика «Словесно-цветовая интерференция» Дж. Струпа, на-

целенная на определение степени гибкости/ригидности когнитивного контроля и способности преодолевать воздействие внешних факторов.

3. Методика «Сравнение похожих рисунков» Дж. Кагана, направленная на оценку характеристик стиля принятия решения (импульсивного или рефлексивного) в когнитивно сложной ситуации.

Для оценки специфики анализа ситуаций и выраженности толерантности к неопределенности использовался следующий диагностический комплекс.

1. «Новый опросник толерантности к неопределенности» Т.В. Корниловой, нацеленный на определение степени выраженности способности принимать противоречивость окружающего мира и действовать в условиях неопределенности.

2. Авторская полупроективная методика «Ситуационный анализ» [2], направленная на оценку особенностей анализа ситуаций в условиях социального взаимодействия, в том числе с учетом фактора неопределенности как в информационном (информационный дефицит, избыток и достаточность), так и в эмоциональном плане (наличие/отсутствие отражения эмоций на лицах людей). Качественная оценка ответов проводилась по следующим параметрам: адекватность интерпретации ситуации; полнота описания ситуации; детализация описания ситуации; привнесение личного смысла в интерпретацию ситуации; количество альтернатив дальнейшего развития ситуации; адекватность предложенных альтернатив контексту ситуации; социальная приемлемость предложенных вариантов развития ситуации; наличие агрессивных вариантов развития ситуации; распознавание эмоций участников ситуации.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием однофакторного дисперсионного анализа – ANOVA, t-критерия Стьюдента (для выявления статистически значимых различий в группах испытуемых). Для оценки вклада показателей саморегуляции и построения прогностических моделей криминализации был проведен дискриминантный анализ. Для оценки качества дискриминантных моделей были построены ROC-кривые. Анализ данных производился с помощью программы IBM SPSS Statistics v23. Критерием статистической достоверности получаемых выводов являлась величина $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение

Первым этапом анализа данных было выявление специфических особенностей саморегуляции в зависимости от типа поведения: нормативного

или криминального. Установлено, что у лиц с криминальным поведением отмечается некоторое снижение общего уровня саморегуляции ($p = 0,000$), который, однако, входит в рамки нормы.

Анализ выраженности компонентов системы саморегуляции показал, что лиц с криминальным поведением отличает дефицитарность планирования ($p = 0,012$), программирования ($p = 0,011$), неадекватность оценки значимых внутренних условий и внешних обстоятельств ($p = 0,003$) и оценки своих действий ($p = 0,000$). На уровне тенденции отмечаются более выраженные показатели гибкости системы саморегуляции у лиц с криминальным поведением и менее выраженные показатели самостоятельности (рис.1).

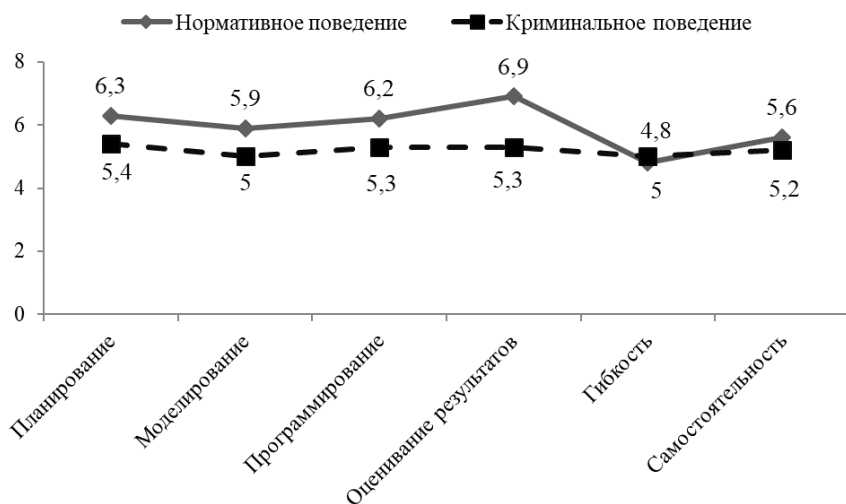


Рис.1. График средних значений показателей саморегуляции в группах обследуемых лиц с криминальным и нормативным поведением

Далее были выявлены специфические особенности саморегуляции и организации деятельности с использованием t -критерия Стьюдента (табл.1).

Оценка выраженности импульсивности/рефлексивности поведения в когнитивно сложных ситуациях включала в себя определение времени принятия решения, количества верных и ошибочных ответов. Было выявлено, что лица с криминальным поведением чаще принимают импульсив-

ные решения, т. е. допускают большее количество ошибок ($p = 0,002$), затрачивая на осуществление выбора существенно меньше времени ($p = 0,000$).

Таблица 1

Различия средних значений дисперсий психологических переменных, отражающих особенности саморегуляции, у психически здоровых лиц с криминальным и нормативным поведением

Параметр	Криминальное поведение	Нормативное поведение	p
Количество верных ответов	6,3	10,9	0,002
Количество ошибочных ответов	5,7	1,1	0,002
Латентное время принятия решения	439,9	470,7	0,000
Ригидность когнитивного контроля	69,2	52,1	0,027

Анализ гибкости/ригидности, т. е. способности субъекта преодолевать интерферирующие факторы и ориентироваться на них в реализуемых способах действий, показал, что лица с криминальным поведением отличаются ригидностью когнитивного контроля ($p = 0,027$).

На следующем этапе были определены специфические особенности ситуационного анализа и выраженность толерантности к неопределенности. Установлено, что лица с криминальным поведением характеризуются меньшей толерантностью к неопределенности в обыденных ситуациях ($p = 0,018$), при этом большей толерантностью в межличностных отношениях ($p = 0,003$) (табл.2).

Таблица 2

Различия средних значений дисперсий психологических переменных, отражающих выраженность толерантности к неопределенности, у психически здоровых лиц с криминальным и нормативным поведением

Параметр	Криминальное поведение	Нормативное поведение	p
Толерантность к неопределенности	54,8	56,2	0,018
Межличностная интолерантность к неопределенности	30,5	33,3	0,003

Было установлено, что психически здоровые лица с криминальным поведением склонны выдвигать большее количество агрессивно направленных альтернатив при информационном дефиците независимо от типа

условий ($p = 0,026$) и при информационной избыточности при эмоциональной насыщенности ситуации ($p = 0,003$).

Для психически здоровых лиц с нормативным, правопослушным поведением независимо от степени информационной и эмоциональной насыщенности, степени неопределенности и противоречивости условий характерны большая степень полноты ($p = 0,026$) и детализация описания ситуации ($p = 0,026$), выдвижение большего количества ($p = 0,000$) адекватных ситуации вариантов дальнейшего ее развития ($p = 0,001$), большая социальная приемлемость альтернатив ($p = 0,001$), развитая способность распознавать эмоции других людей ($p = 0,014$).

Для определения выраженности различий ситуационного анализа внутри группы лиц с криминальным поведением, выделения специфических условий, приводящих к повышению или снижению его успешности у психически здоровых лиц с криминальным поведением, был проведен анализ с использованием однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA). Было установлено, что существуют достоверные различия между показателями прогнозирования, а именно наличия социально приемлемых ($p = 0,003$) и агрессивных альтернатив ($p = 0,003$), в зависимости от типа условий.

Было выявлено, что большее количество социально приемлемых альтернатив лица с криминальным поведением выдвигают в противоречивых условиях при информационной достаточности и избыточности. Также отмечается достаточно высокие показатели социально приемлемого прогноза в условиях информационной избыточности в целом и информационной достаточности при отсутствии усложняющих элементов (противоречия, зашумленность, эмоциональная насыщенность) (рис.2).

Агрессивно направленные альтернативы у лиц с криминальным поведением достоверно чаще выдвигаются в условиях информационного дефицита, а также при высокой степени неопределенности ситуации при информационной достаточности (рис.3).

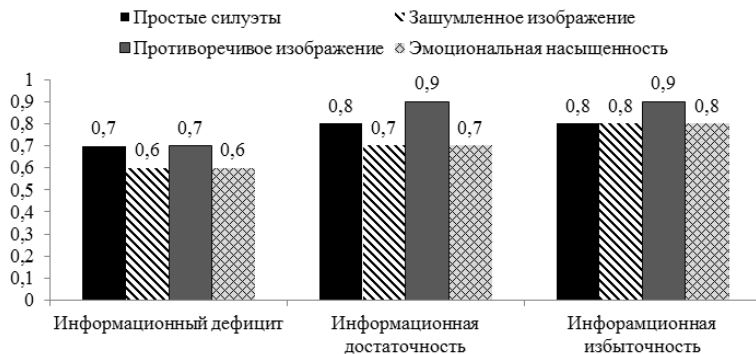


Рис.2. График средних значений показателей, связанных с частотой социально приемлемого прогнозирования в группе лиц с криминальным поведением



Рис.3. График средних значений показателей, связанных с частотой агрессивно направленного прогнозирования в группе лиц с криминальным поведением

На завершающем этапе с помощью дискриминантного анализа были выделены параметры саморегуляции, вносящие наибольший значимый вклад в отнесение испытуемых к группе лиц с криминальным поведением. Для оценки прогностических качеств линейной дискриминантной функции в зависимости от типа поведения были построены ROC-кривые. Показателями прогностических качеств дискриминантной модели являлись: площадь под ROC-кривой (AuROC), чувствительность (доля истинно положительных случаев принадлежности к целевой группе) и специфичность (до-

ля истинно отрицательно случаев принадлежности к целевой группе) (табл.3).

Таблица 3

Структурные компоненты и коэффициенты линейных дискриминантных функций (ЛДФ), вклад структурных компонентов и показатели прогностических свойств дискриминантных моделей в зависимости от типа поведения

Компонент ЛДФ	Поведение		Степень вклада
	Криминальное	Нормативное	
	ЛДФ ₁	ЛДФ ₂	
AuROC, %	97,9%		–
Чувствительность, %	98,1%		
Специфичность, %	95,0%		
Константа	–112,349	–74,739	–
Количество альтернатив дальнейшего развития ситуации (при информационном дефиците и противоречивости информации)	0,079	6,885	0,884
Количество альтернатив дальнейшего развития ситуации (при информационной избыточности и неопределенности)	–0,162	–6,849	–0,726
Количество альтернатив дальнейшего развития ситуации (при информационной достаточности)	2,297	8,019	0,653
Интолерантность к неопределенности	0,433	–0,005	–0,582
Оценивание результатов	5,702	8,482	0,481
Распознавание эмоций участников ситуации (при информационной достаточности и эмоциональной насыщенности)	3,991	15,501	0,371
Межличностная интолерантность к неопределенности	0,947	1,053	0,372

В дискриминантную модель вошли следующие параметры, связанные с отношением к неопределенности, особенностями осознанной саморегуляции и ситуационного анализа: количество альтернатив дальнейшего развития ситуации (при информационном дефиците и противоречивости информации), количество альтернатив дальнейшего развития ситуации (при информационной избыточности и неопределенности), количество альтернатив дальнейшего развития ситуации (при информационной доста-

точности), интолерантность к неопределенности, оценивание результатов, распознавание эмоций участников ситуации (при информационной достаточности и эмоциональной насыщенности), межличностная интолерантность к неопределенности.

Выявлено, что модель дифференцирует случаи принадлежности к группе лиц с криминальным поведением очень высоко, прогностическая ценность составляет 97,9 %. Чувствительность очень высокая и равна 98,1 %, специфичность также очень высокая и составляет 95,0 %.

Заключение

В ходе исследования были выделены особенности саморегуляции, ситуационного анализа и толерантности к неопределенности, связанные с фактором криминализации. Установлено, что для психически здоровых лиц с криминальным поведением характерно незначительное снижение общего уровня саморегуляции и его компонентов, импульсивность принятия решений, трудности преодоления интерферирующих факторов, достаточной толерантностью во взаимоотношениях с окружающими, большая выраженность агрессивно направленного фантазирования при информационном дефиците и при информационной избыточности в условиях эмоциональной насыщенности ситуации.

При анализе особенностей ситуативного анализа было обнаружено, что у лиц с криминальным поведением независимо от степени информационной и эмоциональной насыщенности, выраженности неопределенности и противоречивости характерны трудности интерпретации ситуации, социального прогнозирования и распознавания эмоциональных состояний других людей. Выявлено, что наибольшие нарушения прогностических способностей связаны с информационным дефицитом ситуации. Также установлено, что лица с криминальным поведением склонны выдвигать большое количество агрессивно направленных альтернатив, особенно в условиях информационного дефицита и при высокой степени неопределенности ситуации при информационной достаточности.

Были определены предикторы криминализации, связанные с развитием прогностических способностей, выраженностью межличностной интолерантности к неопределенности, способностью к адекватному оцениванию результатов своего поведения.

Полученные данные дополняют представления о нарушениях саморегуляции и особенностях ситуационного анализа у лиц с криминальным поведением, позволяют выделить надежные и эффективные критерии

оценки риска криминализации и дизрегуляции поведения в условиях неопределенности. Выделенные прогностически значимые параметры позволяют разработать практические рекомендации по организации программ психологической профилактики совершения повторных правонарушений.

Литература

1. Белинская Е.П. Конструирование идентификационных структур личности в ситуации неопределенности // Трансформации идентификационных структур в современной России. – М., 2001. – С. 30–53.
2. Булыгина В.Г., Шеховцова Е.С. Дубинский А.А. Ситуационный анализ в норме и при психической патологии // Психическое здоровье. – 2018. – № 2. – С. 26–31.
3. Васильченко А.С., Дубинский А.А., Лысенко Н.Е. Индивидуально-типологические предикторы вовлечения психически здоровых лиц в криминальную активность // Прикладная юридическая психология. – 2017. – № 1 (38). – С. 37–47.
4. Гаралева М.Д. Индивидуально-типические особенности саморегуляции агрессивного поведения : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М.: ПИ РАО, 2006. – 26 с.
5. Диев В.С. Неопределенность как атрибут и фактор принятия решений // Вестник Томского гос. ун-та. Философия. – 2010. – Т. 8, № 1. – С. 3–8.
6. Змановская Е.В. Психология девиантного поведения: структурно-динамический подход : автореф. дис. ... д-ра психол. наук. – СПб., 2006. – 49 с.
7. Корнилова Т.В. Психология неопределенности: единство интеллектуально-личностной регуляции решений и выборов // Психологический журнал. – 2013. – Т. 34, № 3. – С. 89–100.
8. Кузнецова Е.В. Проблема саморегуляции индивидуального стиля поведения личности // Социальная политика и социология. – 2011. – № 7 (73). – С. 341–351.
9. Лысенко Н.Е. Взаимосвязь индивидуально-типологических особенностей и агрессивного поведения у лиц, совершивших общественно опасные действия : дис. ... канд. психол. наук. – СПб. : ФГБУ Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, 2018. – 181 с.
10. Моросанова В.И. Саморегуляция и индивидуальность человека. – М.: Наука, 2012. – 519 с.
11. Савина О.Ф., Макушкин Е.В., Морозова М.В. Алгоритм экспертного исследования дизрегуляции деятельности в криминальной ситуации у лиц с психическими расстройствами // Российский психиатрический журнал. – 2018. – № 1. – С. 31–42.
12. Ткаченко А.А., Демидова Л.Ю. Построение общей модели саморегуляции в судебной психиатрии. Сообщение 4. Ситуация: воспоминание о будущем // Российский психиатрический журнал. – 2020. – № 1. – С. 27–41.
13. Целиковский С.Б., Абакумова И.О. Делинквентная (криминальная) личность и психическая саморегуляция // Северо-Кавказский психологический вестник. – 2008. – Т. 6, №3. – С. 32–38.

14. Ward T. Prediction and agency: The role of protective factors in correctional rehabilitation and desistance // *Aggression and Violent Behavior*. – 2017. – Vol. 32. – P. 19–28. doi.org/10.1016/j.avb.2016.11.012.

Поступила 01.12.2020

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

Для цитирования. Булыгина В.Г., Шеховцова Е.С. Нарушение осознанной саморегуляции в условиях неопределенности как фактор криминализации // *Вестник психотерапии*. 2020. № 76 (81). С. 47–60.

VIOLATION OF CONSCIOUS SELF-REGULATION IN CONDITIONS OF UNCERTAINTY AS A FACTOR IN CRIMINALIZATION

Bulygina V.G.^{1,2}, Shekhovtsova E.S.¹

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

²Moscow State University of Psychology & Education
(Sretenka Str., 29, Moscow, Russia).

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

✉ Elena Sergeevna Shekhovtsova – Research Associate of the Department of psychogenic and personality disorders, V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology (Kropotkinsky lane, 23, Moscow, 119001, Russia), e-mail: shiha.l@mail.ru.

Abstract. The purpose of the article was the determination the factors of criminalization associated with the deficiency of conscious self-regulation and tolerance to uncertainty in persons without mental pathology. Were examined 74 mentally healthy men, the ain group consisted of persons accused of committing illegal actions (n = 20). An assessment of the individual psychological characteristics of self-regulation and tolerance to uncertainty was carried out using a set of techniques based on the principle of functional tests and questionnaires. Peculiarities of self-regulation, situational analysis and tolerance to uncertainty in persons who have committed illegal actions were identified, as well as the factors of criminalization associated with the level of development of predictive abilities, intolerance to uncertainty in the field of interper-

sonal relations and the ability to adequately assess the results of their behavior. It was found that mentally healthy persons with criminal behavior are characterized by impulsivity in decision-making, difficulties in overcoming interfering factors in cognitively difficult situations, and a high aggressive focus, especially when the informational complexity of the situation or its high level of uncertainty.

Keywords: self-regulation, uncertainty tolerance, criminal behavior.

References

1. Belinskaya E.P. Konstruirovaniye identifikatsionnykh struktur lichnosti v situatsii neopredelennosti [Designing personal identification structures in a situation of uncertainty]. Transformatsii identifikatsionnykh struktur v sovremennoy Rossii [Transforming identification structures in modern Russia]. Moskva. 2001. Pp. 30–53. (In Russ.)
2. Bulygina V.G., Shekhovcova E.S., Dubinskij A.A. Situatsionnyy analiz v norme i pri psikhicheskoy patologii [Situational analysis is normal and in mental pathology]. *Psikhicheskoe zdorove* [Mental health]. 2018. N 2. Pp. 26–31. (In Russ.)
3. Vasil'chenko A.S., Dubinskij A.A., Lysenko N.E. Individualno-tipologicheskie prediktory вовлечeniya psikhicheski zdorovykh lic v kriminalnuyu aktivnost [Individual-typological predictors of the involvement of mentally healthy persons in criminal activity]. *Prikladnaya yuridicheskaya psihologiya* [Applied legal psychology]. 2017. N 1 (38). Pp. 37–47. (In Russ.)
4. Garaleva M.D. Individualno-tipicheskie osobennosti samoregulyatsii agressivnogo povedeniya [Individual-typical features of self-regulation of aggressive behavior] : abstract Dis. ... PhD. Psychol. Sci. Moskva. 2006. 26 p. (In Russ.)
5. Diev V.S. Neopredelennost kak atribut i faktor prinyatiya reshenij [Uncertainty as an attribute and decision-making factor]. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta. Filosofiya* [Bulletin of Tomsk State University. Philosophy]. 2010. T.8, N 1. Pp. 3–8. (In Russ.)
6. Zmanovskaya E.V. Psihologiya deviantnogo povedeniya: strukturno-dinamicheskij podhod [Psychology of deviant behavior: a structural-dynamic approach] : Abstract Dis. ... Dr. Psychol. Sci. Sankt-Peterburg. 2006. 49 p. (In Russ.)
7. Kornilova T.V. Psihologiya neopredelennosti: edinstvo intellektualno-lichnostnoj regulyatsii reshenij i vyborov [The psychology of uncertainty: the unity of intellectual and personal regulation of decisions and elections]. *Psihologicheskij zhurnal* [Psychological journal]. 2013. Vol. 34, N 3. Pp. 89–100. (In Russ.)
8. Kuznecova E.V. Problema samoregulyatsii individualnogo stilya povedeniya lichnosti [The problem of self-regulation of the individual style of personality behavior]. *Sotsialnaya politika i sociologiya* [Social policy and sociology]. 2011. N 7 (73). Pp. 341–351. (In Russ.)
9. Lysenko N.E. Vzaimosvyaz individual'no-tipologicheskikh osobennostej i agressivnogo povedeniya u lic, sovershivshih obshchestvenno opasnye dejstviya [The relationship between individual typological features and aggressive behavior in persons who have committed socially dangerous actions] : Dis. ... PhD. Psychol. Sci. Sankt-Peterburg. 2018. 181 p. (In Russ.)
10. Morosanova V.I. Samoregulyatsiya i individualnost cheloveka [Self-regulation and individuality of a person]. Moskva. 2012. 519 p. (In Russ.)

11. Savina O.F., Makushkin E.V., Morozova M.V. Algoritm ekspertnogo issledovaniya dizregulyacii deyatelnosti v kriminalnoj situacii u lic s psihicheskimi rassstrojstvami [Algorithm for expert research on the dysregulation of activities in a criminal situation in persons with mental disorders]. *Rossijskij psihiatricheskij zhurnal* [Russian psychiatric journal]. 2018. N 1. Pp. 31–42. (In Russ.)

12. Tkachenko A.A., Demidova L.Yu. Postroenie obshchej modeli samoregulyacii v sudebnoj psihiatrii. Soobshchenie 4. Situaciya: vospominanie o budushchem [Building a general model of self-regulation in forensic psychiatry. Message 4. Situation: recollection of the future]. *Rossijskij psihiatricheskij zhurnal* [Russian psychiatric journal]. 2020. N 1. Pp. 27–41. (In Russ.)

13. Celikovskij S.B., Abakumova I.O. Delinkventnaya (kriminalnaya) lichnost i psihicheskaya samoregulyaciya [Delinquent (criminal) personality and mental self-regulation]. *Severo-Kavkazskij psihologicheskij vestnik* [North Caucasian psychological bulletin]. 2008. Vol. 6, N 3. Pp. 32–38. (In Russ.)

14. Ward T. Prediction and agency: The role of protective factors in correctional rehabilitation and desistance. *Aggression and Violent Behavior*. 2017. Vol. 32. Pp. 19–28. doi.org/10.1016/j.avb.2016.11.012.

Received 01.12.2020

For citing. Bulygina V.G., Shekhovtsova E.S. Narushenie osoznannoj samoregulyacii v usloviyah neopredelennosti kak faktor kriminalizacii. *Vestnik psikhoterapii*. 2020. N 76. Pp. 47–60. (In Russ.)

Bulygina V.G., Shekhovtsova E.S. Violation of conscious self-regulation in conditions of uncertainty as a factor in criminalization. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2020. N 76. Pp. 47–60.

ГЕЛОТОФОБИЯ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОЙ ТРЕВОГИ СТУДЕНТОВ В КОНТЕКСТЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Национальный исследовательский Томский государственный университет
(Россия, Томск, пр. Ленина, д. 36)

Данная работа рассматривает проблему гелотофобии (страх насмешки) в молодежной среде. При данной фобии смех воспринимается как враждебный. Гелотофобы не могут использовать юмор для преодоления стресса, избыточной тревоги, снижена возможность получать от шутки удовольствие. Эти характеристики являются фактором риска нарушения психического здоровья. Юмор является неотъемлемой частью жизни человека, помогает справляться с психотравмирующими ситуациями, спектр которых все больше расширяется в современных условиях. Адекватная реакция на юмор и смех является значимым критерием психического здоровья. Жизнедеятельность студентов связана с быстрыми изменениями внешних условий. При наличии определенных психологических особенностей трудные жизненные ситуации могут вызывать у них гелотофобические проявления.

Ключевые слова: гелотофобия, экзистенциальная тревога, тревога, смех, юмор, психическое здоровье, стресс.

Введение

Юмор является значимым аспектом в жизнедеятельности человека, который присутствует во всех культурах. Способность получать удовольствие от юмора и выражать его через смех является неотъемлемой частью человеческого бытия. Восприятие юмора вызывает приятную эмоциональную реакцию, которая возникает вследствие неопределенных событий или ситуаций, характеризующихся как нелепо-смешные или забавные. Приятная эмоциональная реакция, сопровождающая юмор, может проявляться за

✉ Зятькова Екатерина Олеговна – аспирант фак-та психологии, Нац. исслед. Томский гос. ун-т (Россия, 634050, Томск, пр. Ленина, д. 36); e-mail: zyatкова-katya@mail.ru;

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

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

счет других людей, например злорадство (пассивная радость неудачам окружающих) или активное стремление унижить, смутить либо высмеять других людей и за этот счет повысить собственный статус, самооценку [8].

Авторы, занимающиеся проблемой гелотофобии, обращают внимание на то, что не у всех людей смех вызывает позитивное отношение. Они испытывают страх перед ним, который сопровождается чувством стыда, если человек стал объектом смеха со стороны окружающих. Это явление было описано немецким психотерапевтом М. Титц (1996) и названо гелотофобией. Гелотофобы характеризуются убежденностью в собственной нелепости в ситуации, которая вызывает смех окружающих, также они не могут получать удовольствие от юмора и смеха и неспособны дифференцировать не только положительную, но и негативную окраску смеха. Люди с гелотофобической симптоматикой подвержены «ложной тревоге», в результате которой они неправильно интерпретируют безобидный смех как враждебный [3, 10, 11, 12].

В контексте психического здоровья существуют немногочисленные исследования, в которых отмечается, что гелотофобия характерна для психических расстройств, в частности, депрессивных проявлений. Результаты исследования пациентов с депрессивным синдромом в сравнении с контрольной группой показали у них повышенный уровень гелотофобии (страха насмешки) и меньшую выраженность гелотофилии (склонности становиться объектом смеха) и катагеластиицизма (склонности смеяться над другими). Различий в выраженности гелотофобии при депрессии в рамках шизофрении и аффективных расстройств не обнаружено. Отмечается, что гелотофобия при депрессии тесно связана с социальной тревожностью и страхом негативной оценки, но при этом не связана с агрессией [7].

В ситуации выбора человек имеет множество ресурсов, что может привести к возникновению тревоги, когда он не способен определиться в стратегии поведения или из-за страха сделать неправильный выбор. И это чувство неопределенности вызывает дискомфорт, который сопровождается физиологической реакцией организма (дрожь, ощущение удушья, головокружение и т. д.), мысли принимают сумбурный характер, человек становится суетливым, непоследовательным [1, 2]. Американский психолог С. Мадди рассматривал тревогу с точки зрения экзистенциального выбора (будущего или прошлого), принятия решения независимо от содержания. Выбор будущего сопровождается тревогой, которая содержит в себе страх перед неопределенностью и возможной неудачей. С другой стороны, выбирая прошлое, индивид так же испытывает тревогу, которая сопровождается виной за упущенные возможности и неспособность полноценно про-

жить жизнь. И таким образом, человек оказывается перед выбором, который будет сопровождаться тревогой и вызывать чувство дискомфорта [6, 9, 13]. Экзистенциализм определяет мотивацию в функционировании человека как стремление к смыслу и цели жизни. Принятие потребностей как первостепенных приводит к ощущению смысла жизни в качестве физического выживания и комфорта. Решимость, забота, страх, вина, скука, тоска, отчаяние, забвение, заброшенность – все это усиливает вероятность истинного отношения человека к своему бытию [4, 13]. Так, например, П. Тиллих определяет экзистенциальную тревогу как экзистенциальное осознание небытия, т. е. индивидуальное переживание конца жизненного пути – тревога, свойственная человеку как человеку. Если человек поглощён тревогой, то в этом случае он лишается опоры, в результате которой появляются беспомощность, дезориентация, неадекватные реакции. Поэтому, когда появляется тревога, человек старается определить объекты страха, так как со страхом можно взаимодействовать [5, 6].

Цель исследования: исследование проявления гелотофобии у студентов первого и второго курса как фактора риска нарушения психического здоровья.

Выборка и методы исследования

Исследование проводилось на базе Томского государственного университета и Томского политехнического университета, в исследовании принимали участие 151 студент (82 юношей, 69 девушек) очной формы обучения первого и второго курсов («гуманитариев» – 77 студентов и «технарей» – 74 студента), в возрасте от 17 до 21 лет. В исследовании использовались следующие методики:

1. Опросник «Инвентаризация симптомов стресса» (Иванченко с соавт., 1994) – предназначен для исследования стрессовых признаков и степень их проявления (Куприянов с соав., 2012);

2. Шкала гелотофобии «GELOPH-15» В. Руха и Р.Т. Проьера (Русскоязычный вариант Стефаненко, 2011) – оценивает страх казаться объектом насмешки;

3. Характерологический опросник (Мещерякова, 1993) – предназначен для определения доминирующих черт характера и акцентуаций;

4. Тест жизнестойкости С. Мадди (Русскоязычный вариант Леонтьев, 2006) – предназначен для диагностики жизнестойкости как системы суждений личности о себе, мире, отношениях с ним.

Исследование проводилось с использованием тестовых материалов на бумажных носителях. В ходе проведения исследования студентам предоставлялись информация о процедуре исследования и цели исследования, инструкции к каждой методике в письменной и устной форме. Для обработки и анализа данных использовался корреляционный анализ (критерий Спирмена), U-критерий Манна–Уитни. Математическая обработка проводилась в программе Statistica 10.0.

Результаты и их обсуждение

Корреляционный анализ (критерий Спирмена) не выявил значимой связи между тестом на жизнестойкость со шкалой гелотофобии и опросником на инвентаризацию симптомов стресса.

Результаты исследования показали также отрицательную корреляцию между шкалами характерологического опросника и тестом жизнестойкости: с циклоидностью ($r = -0,498$ при $p < 0,05$), лабильностью ($r = -0,283$ при $p < 0,05$), сензитивностью ($r = -0,361$ при $p < 0,05$), астеничностью ($r = -0,453$ при $p < 0,05$), эпилептоидностью, эпитимностью ($r = -0,242$ при $p < 0,05$), психоастеничностью ($r = -0,178$ при $p < 0,05$).

Также отдельные компоненты жизнестойкости показали отрицательную связь:

компонент «вовлеченность» – с циклоидностью ($r = -0,519$ при $p < 0,05$); лабильностью ($r = -0,237$ при $p < 0,05$); сензитивностью ($r = -0,341$ при $p < 0,05$); астеничностью ($r = -0,452$ при $p < 0,05$); эпилептоидностью, эпитимностью ($r = -0,260$ при $p < 0,05$);

компонент «контроль» – с циклоидностью ($r = -0,451$ при $p < 0,05$); лабильностью ($r = -0,343$ при $p < 0,05$); сензитивностью ($r = -0,333$ при $p < 0,05$); астеничностью ($r = -0,446$ при $p < 0,05$); эпилептоидностью, эпитимностью ($r = -0,160$ при $p < 0,05$); психоастеничностью ($r = -0,239$ при $p < 0,05$);

компонент «принятие риска» – с циклоидностью ($r = -0,308$ при $p < 0,05$); сензитивностью ($r = -0,315$ при $p < 0,05$); астеничностью ($r = -0,257$ при $p < 0,05$); эпилептоидностью, эпитимностью ($r = -0,271$ при $p < 0,05$); неустойчивость ($r = -0,162$ при $p < 0,05$).

Полученные результаты свидетельствуют о том, что при высоких показателях жизнестойкости и ее компонентов у молодых людей не проявляются беспомощность, бессилие, раздражительность в связи с различного рода сложными ситуациями. Они способны регулировать свое поведение,

использовать собственные ресурсы для эффективной учебной деятельности, а также преодоления препятствий и принятия решений.

Кроме того, показатели теста жизнестойкости отражают положительную корреляцию между одним из компонентов жизнестойкости – «принятие риска» изменения, которые происходят с молодыми людьми, способствуют развитию за счет извлекаемого опыта, положительного или отрицательного, а также шкалой «демонстративность» относящейся к характерологическому опроснику. Интерпретация данных свидетельствует об эгоцентризме, стремлении быть объектом внимания ($r = 0,169$ при $p < 0,05$). Таким образом, можно предположить, что при опоре на прошлый опыт, независимо от того, какой характер он носит (позитивный или негативный), формируется стратегия поведения с целью достижения потребности быть в центре внимания.

В процессе исследования установлены различия в выраженности симптомов стресса в зависимости от направления обучения (гуманитарные и технические науки) с помощью критерия Манна–Уитни, $p = 0,01$ при $U = 2153,5$ (при $p < 0,05$).

Анализируя полученный результат (рис. 1), можно заключить, что наличие стресса более выражено у студентов гуманитарного направления.

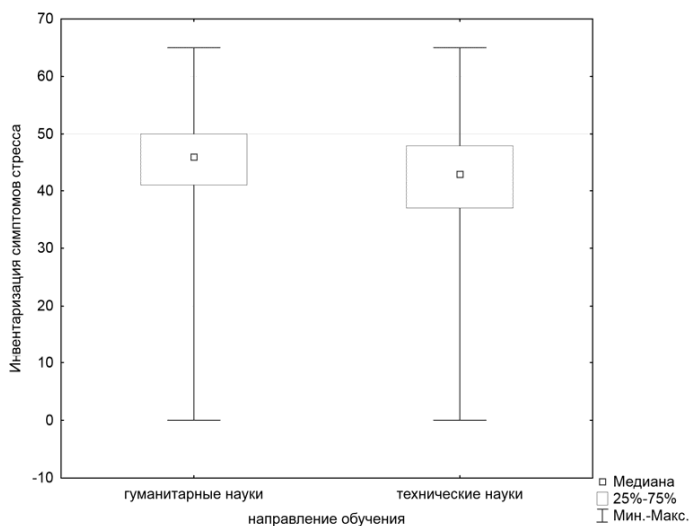


Рис. 1. Диаграмма размаха по группам (гуманитарные и технические науки) различий в выраженности симптомов стресса

Однако, проявление гелотофобии у студентов гуманитарных и технических наук статистически значимо не различаются ($p > 0,05$), что в свою очередь указывает, что у студентов разных направлений страх быть осмеянным проявляется в равной степени и не зависит от выбора направления обучения.

Отмечается положительная корреляционная связь между шкалой гелотофобии и опросником инвентаризации симптомов стресса ($r = 0,456$ при $p < 0,05$). Можно предположить, что при проявлении страха выглядеть смешным, наблюдаются проявления психического напряжения, которое сопровождается эмоциональными переживаниями, т. к. процесс обучения сопровождается стрессовыми проявлениями у студентов, особенно на фоне оценивания в социально значимых ситуациях. Это может повлечь за собой повышенную чувствительность и стремление контролировать свои действия.

При анализе корреляционных взаимосвязей обнаружилось, что существует связь между гелотофобией и шкалами характерологического опросника (табл. 1).

Таблица 1

Корреляционные связи гелотофобии со шкалами
характерологического опросника

Показатель	Гелотофобия	Количество обследованных
Циклоидность	0,307*	151
Лабильность	0,237*	151
Гипертимность	0,220*	151
Сензитивность	0,371*	151
Астеничность	0,310*	151
Эпилептоидность, эпитимность	0,226*	151
Психоастеничность	0,265*	151

Примечание: здесь и в таб. 2 * – корреляции значимы на уровне $p < 0,05$.

Полученные результаты показали значимую взаимосвязь с циклоидностью (волнообразная смена настроения и поведения с разным периодом) – $r = 0,307$, при $p < 0,05$; лабильностью (частая переменчивость настроения по незначительному поводу) – $r = 0,237$, при $p < 0,05$; гипертимностью (переоценка своих возможностей, стремление произвести впечатление на ок-

ружающих) – $r = 0,220$, при $p < 0,05$; сензитивностью (повышенная впечатлительность к происходящим событиям) – $r = 0,371$, при $p < 0,05$; астеничностью (повышенная утомляемость, мнительность и раздражительность) – $r = 0,310$, при $p < 0,05$; эпилептоидностью, эпитимностью (склонность к дисфории, инертность, напряженность) – $r = 0,226$, при $p < 0,05$; психоастеничностью (нерешительность, неуверенность в принятии решений) – $r = 0,265$, при $p < 0,05$. Таким образом, при гелотофобии в психотравмирующих ситуациях наблюдается колебание настроения и повышенная чувствительность, утомляемость от происходящих событий, напряженность и раздражительность из-за неверной интерпретации смеха или улыбки.

Так же с помощью корреляционного анализа выявлена статистически значимая связь между инвентаризацией симптомов стресса и шкалами характерологического опросника (табл. 2).

Таблица 2

Корреляционные связи инвентаризации симптомов стресса
со шкалами характерологического опросника

Показатель	Инвентаризация симптомов стресса	Количество обследованных
Циклоидность	0,386*	151
Лабильность	0,368*	151
Гипертимность	0,179*	151
Сензитивность	0,389*	151
Астеничность	0,529*	151
Эпилептоидность, эпитимность	0,255*	151
Психоастеничность	0,195*	151
Шизоидность	0,225*	151

Полученные результаты показали значимую взаимосвязь с циклоидностью ($r = 0,386$, при $p < 0,05$); лабильностью ($r = 0,368$, при $p < 0,05$); гипертимностью ($r = 0,179$, при $p < 0,05$); сензитивностью ($r = 0,389$, при $p < 0,05$); астеничностью ($r = 0,529$, при $p < 0,05$); эпилептоидностью, эпитимностью ($r = 0,255$, при $p < 0,05$); психоастеничностью ($r = 0,195$, при $p < 0,05$); шизоидностью ($r = 0,225$, при $p < 0,05$) – низкая коммуникабельность, замкнутость.

В результате можно сделать вывод, о том, что при возникновении психического напряжения в сложных ситуациях появляются неуверенность в собственных силах, избегание общения, раздражительность, возникает чувство бессилия, беспомощности. Если сравнить данные, пред-

ставленные в табл. 1 и табл. 2, то можно увидеть схожесть проявления характерологических черт и при гелотофобии, и при стрессе. Однако в табл. 2 добавляется новый компонент – шизоидность.

Таким образом, установлено, что при столкновении с психотравмирующей ситуацией на фоне оценивания у студентов возникает стрессовое состояние, которое влечет за собой чрезмерную чувствительность к различного рода шуткам и смеху, раздражительность из-за неспособности справиться с ситуацией, а также стремление избегать взаимодействия с окружающими.

Выводы

Данное исследование показало, что между жизнестойкостью, гелотофобией и наличием психологической симптоматики, выявленной с помощью опросника инвентаризации симптомов стресса, отсутствует взаимосвязь. При высоких показателях жизнестойкости и ее компонентов (вовлеченность, контроль и принятие риска) выстраивается стратегия поведения по преодолению психического напряжения и гелотофобической симптоматики в социально значимых ситуациях. При этом у студентов проявляется умение, выражающееся в конструктивной деятельности в процессе обучения. Также отсутствуют негативная оценка себя и чувство незащищенности.

С другой стороны, студенты гуманитарного профиля в большей степени подвержены стрессовым состояниям, чем студенты технической направленности. При возникновении психического напряжения у гуманитариев проявляется страх выглядеть смешным в трудных жизненных ситуациях, что влечет за собой повышенную чувствительность, мнительность, стремление контролировать свои действия, напряженность и раздражительность из-за неверной интерпретации смеха или улыбки.

Полученные результаты на выборке студентов позволяют рассматривать гелотофобию как predisposition нарушения адаптации и психического здоровья. Перспективы продолжения исследования гелотофобии как фактора психического здоровья могут быть связаны с выявлением психологических характеристик, сопряженных с гелотофобией, например алекситимией, избыточность которой негативно сказывается на адаптивных возможностях молодых людей. Дальнейшая работа в этом направлении позволит разработать программу профилактики психического здоровья студентов.

Литература

1. Григорова И.Р., Меннанова А.Ш. Экзистенциальная тревога в юношеском возрасте // Учен. зап. Крымского инж.-пед. Ун-та. – 2017. – № 4 (10). – С. 53–56.
2. Зотов А.О. Тревога как экзистенциальное состояние // Гуманитарные и социально-экономические науки. – 2012. – № 3 (64). – С. 47–51.
3. Иванова Е.М., Ениколопов С.Н. Психопатология и чувство юмора // Современная терапия психических расстройств. – 2009. – № 1. – С. 19–24.
4. Клочков В.В. Экзистенциально-личностные и экзистенциально-коммуникативные измерения проблемности человеческого бытия // Новый взгляд. Междунар. науч. вестник. – 2013. – № 2. – С. 319–325.
5. Куприна О.А. Раскрытие феномена экзистенциальной тревоги в работах П. Тиллиха и Р. Мэя // Вестник университета. Государственный университет управления (Москва). – 2014. – № 6. – С. 263–265.
6. Леонтьев Д.А. Экзистенциальная тревога и как с ней не бороться // Московский психотерапевтический журнал. – 2003. – № 2. – С. 107–119.
7. Любавская А.А., Олейчик И.В., Иванова Е.М. Особенности гелотофобии, гелотофилии и катагеластизма у пациентов с депрессивным синдромом // Клиническая и специальная психология. – 2018. – Т. 7, № 3. – С. 119–134. doi:10.17759/cpse.2018070307
8. Мартин Р. Психология юмора: пер. с англ. под ред. Л.В. Куликова. – СПб.: Питер, 2009. – 480 с.
9. Норина М.Ю., Павлова М.С. Проблема смысла невротической тревоги в психологии и психиатрии (постановка проблемы) // Вестник Российского ун-та Дружбы народов. Серия: Психология и педагогика. – 2011. – № S5. – С. 52–59.
10. Стефаненко Е.А. Диагностика страха выглядеть смешным: русскоязычная адаптация опросника гелотофобии // Психологический журнал. – 2011. – Т. 32, № 2. – С. 94–107.
11. Titze M. The Pinocchio complex: Overcoming the fear of laughter // Humor and Health Journal. – 1996. – Vol. 5. – P. 1–11.
12. Ruch W., Platt T., Brunsch R., Āurka R. Evaluation of a Picture-Based Test for the Assessment of Gelotophobia // Original Research Article Front. Psychol. – 2017. – Vol. 8. – P. 1–14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02043>.
13. Maddi S.R. Hardiness: An Operationalization of Existential Courage // Journal of Humanistic Psychology. – 2004. – Vol. 44, N 3. – P. 279–297.

Поступила 26.09.2020

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

Для цитирования. Зятькова Е.О., Стоянова И.Я., Брель Е.Ю. Гелотофобия как проявление экзистенциальной тревоги студентов в контексте психического здоровья // Вестник психотерапии. 2020. № 76 (81). С. 61–71.

**GELOTOPHOBIA AS A MANIFESTATION OF STUDENTS EXISTENTIAL ANXIETY
IN THE CONTEXT OF MENTAL HEALTH**

Zyatkova E.O., Stoyanova I. Ya., Brel E.Yu.

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

✉ Ekaterina Olegovna Zyatkova – PhD Student of the psychology Department of Tomsk State University (Lenin Ave. 36, Tomsk, 634050, Russia); e-mail: zyatkovakatya@mail.ru;

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

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

Abstract. This paper examines the problem of gelotophobia (fear of ridicule) among young people. With this phobia, laughter is perceived as hostile. Gelotophobes can't use humor to overcome stress, excessive anxiety, and the ability to enjoy a joke is reduced. These characteristics are a risk factor for mental health disorders. Humor is an integral part of human life, helps to cope with traumatic situations, the range of which is increasingly expanding in modern conditions. An adequate response to humor and laughter is a significant criterion of mental health. Students life activity is associated with rapid changes in external conditions. In the presence of certain psychological characteristics, difficult life situations can cause them to have gelotophobic manifestations.

Keywords: gelotophobia, existential anxiety, anxiety, laughter, humor, mental health, stress.

References

1. Grigorova I.R., Mennanova A.Sh. Ekzistencialnaya trevoga v yunosheskom vozraste [Existential anxiety in youth]. *Uchenye zapiski Krymskogo inzhenerno-pedagogicheskogo universiteta* [Scientific notes of the Crimean engineering and pedagogical University]. 2017. N 4 (10). Pp. 53–56. (In Russ.)

2. Zotov A.O. Trevoga kak ekzistencialnoe sostoyanie [Anxiety as an existential state]. *Gumanitarnye i socialno-ekonomicheskie nauki* [Humanities and socio-economic Sciences]. 2012. N 3 (64). Pp. 47–51. (In Russ.)

3. Ivanova E.M., Enikolopov S.N. Psihopatologiya i chuvstvo yumora [Psychopathology and sense of humor]. *Sovremennaya terapiya psichicheskikh rasstrojstv* [Modern therapy of mental disorders]. 2009. N 1. Pp. 19–24. (In Russ.)

4. Klochkov V.V. Ekzistencialno-lichnostnye i ekzistencialno-kommunikativnye izmereniya problemnosti chelovecheskogo bytiya [Existential-personal and exist-

tential-communicative dimensions of the problem of human existence]. *Novyj vzglyad. Mezhduнародnyj nauchnyj vestnik* [New look. International scientific Bulletin]. 2013. N 2. Pp. 319–325. (In Russ.)

5. Kuprina O.A. Raskry'tie fenomena ekzistencialnoj trevogi v rabotah P. Tillixa i R. Meya [Disclosure of the phenomenon of existential anxiety in The works of p. Tillich and R. May]. *Vestnik universiteta* [Bulletin of the University]. State University of management (Moscow). 2014. N 6. Pp. 263–265. (In Russ.)

6. Leontiev D.A. Ekzistencialnaya trevoga i kak s nej ne borotsya [Existential anxiety and how not to fight it]. *Moskovskij psihoterapevticheskij zhurnal* [Moscow Psychotherapeutic Journal]. 2003. N 2. Pp. 107–119. (In Russ.)

7. Lyubavskaya A.A., Oleichik I.V., Ivanova E.M. Osobennosti gelotofobii, gelotofilii i katagelasticizma u pacientov s depressivnym sindromom [Features of gelotophobia, gelotophilia and catagelasticism in patients with depressive syndrome]. *Klinicheskaya i specialnaya psihologiya* [Clinical and special psychology]. 2018. Vol. 7, N. 3. Pp. 119–134. doi:10.17759/cpse.2018070307. (In Russ.)

8. Martin R. Psihologiya yumora [Psychology of humor]. Sankt-Peterburg. 2009. 480 p. (In Russ.)

9. Norina M.Yu., Pavlova M.S. Problema smysla nevroticheskoj trevogi v psihologii i psihiatrii (postanovka problemy) [The problem of the meaning of neurotic anxiety in psychology and psychiatry (problem statement)]. *Vestnik Rossijskogo universiteta druzhby narodov. Seriya: Psihologiya i pedagogika* [Bulletin of the peoples friendship University of Russia. Series: Psychology and pedagogy]. 2011. N S5. Pp. 52–59. (In Russ.)

10. Stefanenko E.A. Diagnostika straha vyglyadet smeshnym: russko-yazychnaya adaptaciya oprosnika gelotofobii [Diagnostics of fear of looking funny: Russian-language adaptation of the gelotophobia questionnaire]. *Psihologicheskij zhurnal* [Psychological journal]. 2011. Vol. 32, N 2. Pp. 94–107. (In Russ.)

11. Titze M. The Pinocchio complex: Overcoming the fear of laughter. *Humor and Health Journal*. 1996. Vol. 5. Pp. 1–11.

12. Ruch W., Platt T., Brunsch R., Đurka R. Evaluation of a Picture-Based Test for the Assessment of Gelotophobia. *Original Research Article Front. Psychol*. 2017. Vol. 8. Pp. 1–14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02043>

13. Maddi S.R. Hardiness: An Operationalization of Existential Courage. *Journal of Humanistic Psychology*. 2004. Vol. 44, N 3. Pp. 279–297.

Received 26.09.2020

For citing. Zyatkovaja E.O., Stojanovaja I.Ya., Brel E.Yu. Gelotofobiya kak proyavlenie ekzistencialnoj trevogi studentov v kontekste psihicheskogo zdorovya. *Vestnik psixoterapii*. 2020. N 76. Pp. 61–71. (In Russ.)

Zyatkovaja E.O., Stojanovaja I.Ya., Brel E.Yu. Gelotophobia as a manifestation of students existential anxiety in the context of mental health. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2020. N 76. Pp. 61–71.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ НА НАЧАЛЬНОМ ЭТАПЕ ВОЕННО-ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

¹ Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

(Россия, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6);

² Ленинградский государственный университет им. А.С. Пушкина

(Россия, Санкт-Петербург, Пушкин, Петербургское шоссе, д. 10).

Представлены результаты комплексного социально-психологического изучения и психодиагностического обследования военнослужащих по призыву, находящихся на стационарном лечении в психиатрической клинике с диагнозом «Расстройства адаптации» (F43.2.). Изучены особенности формирования расстройств адаптации на начальном этапе военно-профессиональной деятельности у военнослужащих, склонных к обидчивости. Установлено, что обидчивость, у данного контингента, является устойчивой личностной чертой, прослеживающейся на всех возрастных этапах, и, следовательно, является не следствием, а причиной трудностей военно-профессиональной адаптации.

Ключевые слова: психическое здоровье, расстройства адаптации, военнослужащие по призыву, военно-профессиональная адаптация, обидчивость, адаптивные возможности, личностно-типологические черты, ролевое поведение в конфликтных ситуациях, защитное реагирование.

Введение

В настоящее время проблема психического здоровья призывного контингента является крайне важной для Вооруженных Сил Российской Федерации. Это, в первую очередь, обусловлено выраженным снижением адаптационных возможностей у части военнослужащих по призыву и формированием расстройств адаптации у такого рода военнослужащих на на-

✉ Попов Вячеслав Игоревич – д-р мед. наук проф., декан VII фак-та, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: vmeda_37@mil.ru;

Чермянин Сергей Викторович – д-р мед. наук проф., зав. каф. психофизиологии и клинич. психологии, Ленингр. гос. ун-т им. А.С. Пушкина (Россия, Санкт-Петербург, Пушкин, Петербургское шоссе, д. 10), e-mail: cherma2009@yandex.ru;

Капитанаки Вероника Евгеньевна – ст. препод. каф. психофизиологии и клинич. психологии, Ленингр. гос. ун-т им. А.С. Пушкина (Россия, Санкт-Петербург, Пушкин, Петербургское шоссе, д. 10), e-mail: nitanaki@mail.ru.

чальном этапе военно-профессиональной адаптации.

Например, по данным ряда открытых источников, в течение 2003–2016 гг. в структуре комплекса показателя нарушений психического состояния здоровья военнослужащих по призыву 5-я группа расстройств (невротические расстройства, связанные со стрессом и соматоформные расстройства F40-F48) составляла около 40 % от всего комплекса показателя нарушений психического состояния здоровья военнослужащих по призыву [3].

Подобная статистика нарушений психического состояния здоровья военнослужащих отмечается и в армиях других стран. Так, в армиях США и Великобритании, не смотря на другие принципы комплектования войск, психические расстройства и, в первую очередь расстройства приспособительных реакций (адаптации), устойчиво занимают первое место среди причин и длительности госпитализации, достигая значений в 42,6 % и 34,9 %, от общего количества нарушений психического состояния здоровья военнослужащих, соответственно [8].

Следовательно, механизмы адаптации и ее расстройства в последнее время являются актуальной темой для научных исследований. Наряду с этим отмечается, что изучению механизмов формирования расстройств адаптации у военнослужащих, проходящих службу по призыву, уделяется недостаточно внимания [5, 6].

Как свидетельствуют результаты исследований ряда авторов, дезадаптационные нарушения, особенно проявляющие себя на начальном этапе военно-профессиональной адаптации, преимущественно развиваются у военнослужащих, имеющих выраженные признаки нервно-психической неустойчивости и (или) акцентуации характера, сформировавшиеся еще до призыва в ВС РФ. В привычной для индивида жизни эти проявления носят латентный характер. Однако при попадании в необычные условия жизнедеятельности у этой категории военнослужащих развивается процесс декомпенсации, «Слома барьера психической адаптации» (термин по Ю.А.Александровскому, 2003) и формирования психосоматических и психических заболеваний [9, 10].

Одним из паттернов, способствующих формированию расстройств адаптации, является такое личностное свойство военнослужащих как обидчивость. Именно военнослужащие, проходящих службу по призыву, и обладающие этой личностной характеристикой, чаще всего на начальном этапе военно-профессиональной адаптации становились источниками различных чрезвычайных происшествий (суициды, неуставные взаимоотно-

шения, самовольное оставление части, несанкционированное применение оружия и др.).

Под обидчивостью понимается устойчивая свойство личности, отражающее высокую склонность индивида к переживаниям обиды в различных ситуациях общения, приводящая к дестабилизации межперсональных отношений, вплоть до социальной дезадаптации [1].

Материалы и методы

Целью исследования явилось изучение особенности формирования расстройств адаптации на начальном этапе военно-профессиональной деятельности у военнослужащих с таким устойчивым свойством личности как обидчивость.

Для достижения поставленной цели было проведено комплексное социально-психологическое изучение и психологическое обследование основной группы военнослужащих ($n = 50$), проходящих службу по призыву в ВС РФ, и находившихся на стационарном обследовании и лечении в психиатрических отделениях военно-медицинских лечебных учреждений с диагнозом «Расстройство адаптации». Согласно МКБ-10, расстройства адаптации (F43.2.) рассматриваются как состояния субъективного дистресса и эмоциональные расстройства, препятствующие социальному функционированию и продуктивности, возникающие в период адаптации к значительному изменению в жизни или стрессовому событию [4].

В качестве контрольной группы выступали военнослужащие ($n = 100$), проходивших службу по призыву в ВС РФ, отличающиеся успешной военно-профессиональной адаптацией.

В ходе обследования использовались методики: Многоуровневый личностный (МЛО) «Адаптивность», «Прогностический опросник конфликтности и роли в оппозиции (ПОКРОВ) для военнослужащих» [7], «Индекс жизненного стиля» для диагностики механизмов психологической защиты «Я» [2].

Дополнительно, для изучения особенностей развития и воспитания военнослужащих на этапах предшествующих воинской службы, была изучена архивная документация военнослужащих основной группы, содержащая анамнестические данные (школьные характеристики, служебные характеристики командиров частей, психологические характеристики психолога части, характеристика медицинского психолога госпиталя и др.).

Результаты

Установлено, что семейный анамнез большинства военнослужащих с расстройством адаптации, по сравнению с респондентами контрольной группы, неблагополучен. Больше половины обследованных (65,1 %) воспитывались в дисгармоничных условиях: неполные семьи, воспитание без участия родителей (дедушками и бабушками, опекунами в приемных семьях, в детских домах или в домах-интернатах). Часть респондентов воспитывались в условиях гипоопеки, безнадзорности и эмоционального отвержения со стороны родителей (56,8 %). Другая часть обследованных лиц, напротив, воспитывались в условиях гиперопеки и чрезмерного авторитаризма со стороны родителей (25,8 %).

Для изучения адаптивных возможностей военнослужащих по призыву с диагнозом «Расстройства адаптации» были проанализированы характеристики многоуровневого личностного опросника (МЛО «Адаптивность», шкалы 3-го и 4-го уровней), отражающие интегральные и составляющие части личностного адаптационного потенциала (ЛАП). Результаты представлены на рис. 1.

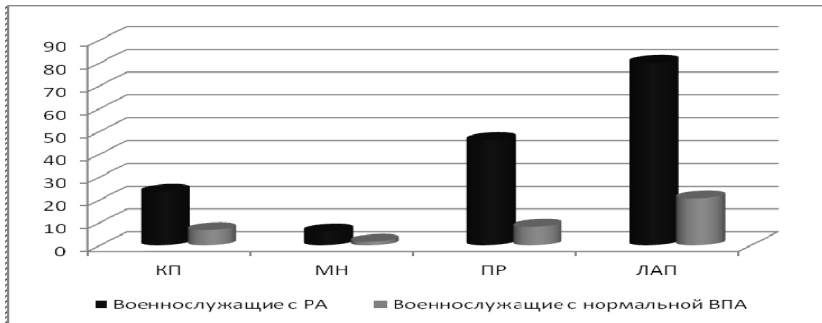


Рис. 1. Особенности личностного адаптационного потенциала военнослужащих с диагнозом «Расстройства адаптации» и военнослужащих с успешной военно-профессиональной адаптацией (ВПА)

Примечание: данные представлены в «сырых» баллах.

Уровень коммуникативного потенциала (шкала КП) и моральной нормативности (шкала МН) обследованных военнослужащих с расстройствами адаптации соответствует 2-м -3-м стенам, что свидетельствует о низком уровне развития коммуникативных возможностей и низком уровне социализации.

Способность военнослужащих с расстройствами адаптации регулировать свое взаимодействие со средой деятельности также находится на низком уровне. О чем свидетельствуют значения, полученные по шкале ПР (1 стень).

Уровень ЛАП респондентов основной группы свидетельствует о сниженной адаптации, в то время, как у респондентов контрольной группы, уровень ЛАП соответствует достаточным адаптационным способностям личности. Таким образом, данные сравнительного анализа свидетельствуют о том, абсолютно все изучаемые характеристики (коммуникативный потенциал, морально-нравственная нормативность, поведенческая регуляция и личностный адаптационный потенциал) военнослужащих с расстройством адаптации достоверно ниже (при $p \leq 0,001$), по сравнению с военнослужащими с успешной военно-профессиональной адаптацией.

При этом выраженность ведущих личностно-типологических черт у военнослужащих с диагнозом «Расстройства адаптации» (основная группа), отличающихся обидчивостью, по сравнению с военнослужащими контрольной группы, в большинстве случаев превышает 70 Т-баллов и, следовательно, достигает уровня акцентуации, свидетельствуя о большей личностной дисгармоничности (рис. 2).

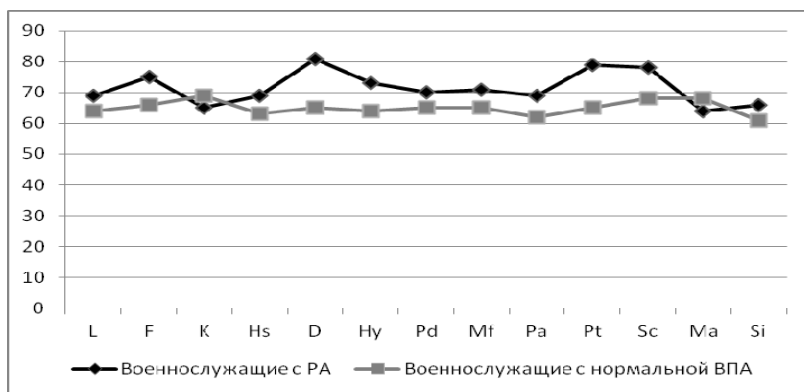


Рис. 2. Личностно-типологические особенности военнослужащих с диагнозом «Расстройства адаптации» и военнослужащих с успешной военно-профессиональной адаптацией (ВПА)

Примечание: данные представлены в Т-баллах.

Выявлен ряд достоверных различий выраженности личностно-типологических особенностей военнослужащих, манифестирующих и не манифестирующих обидчивость. Обидчивые военнослужащие отличаются достоверно большей (при $p \leq 0,001$) склонностью к сниженному фону настроения, сензитивностью (включая обидчивость), низкой толерантностью к психическим и физическим нагрузкам и тревоге (шкала D); нерешительностью и боязливостью, неуверенностью в себе. Они склонны к переживанию вины (преимущественно невротического типа), обладают чрезмерной тревожностью и ориентированы на оценку со стороны окружающих лиц (шкала Pt). Им свойственна отчужденность в межперсональных отношениях, и малая потребность в социальных контактах, склонность к продуцированию непредсказуемых, труднообъяснимых и нелепых поступков (шкала Sc). Также данные респонденты достоверно (при $p \leq 0,01$) отличаются наличием неразрешенных внешних и внутренних проблем (шкала F), манифестируют эмоциональную незрелость личности (шкала Nu); склонны к накоплению аффекта, ригидности в собственных установках и поведении, злопамятности и формированию сверхценных идей отношений (шкала Pa).

Выявленные в ходе анализа личностных шкал МЛЮ «Адаптивность», черты личности военнослужащих, отличающихся обидчивостью, совпадают с характеристиками, полученными ими в ходе школьного обучения и во время прохождения военной службы и нахождения в госпитале.

Согласно анализу данных школьных характеристик, служебных характеристик командиров воинских частей, психологических характеристик военных психологов и медицинских психологов военных госпиталей, военнослужащие с диагнозом «Расстройства адаптации», манифестировали обидчивость, на всех этапах возрастной периодизации. Такие лица всегда отличались капризностью, излишней сензитивностью, робостью, боязливостью, тревожностью, раздражительностью и др.

В период прохождения службы в ВС РФ, респонденты, манифестирующие обидчивость, достоверно отличались (при $p \leq 0,001$) более низкой успешностью овладения военно-учетной специальностью и более низким уровнем дисциплинированности, проявляя трудности в установлении межперсональных взаимоотношений с сослуживцами.

То есть, указанные черты личности прослеживались у военнослужащих основной группы на всех этапах жизнедеятельности, предшествующих прохождению военной службы, и, следовательно, являются не следствием, а причиной затяжной военно-профессиональной адаптации. То есть данное личностное свойство как «Обидчивость» является «сквозной»

характеристикой, прослеживающейся на всех этапах постнатального развития индивида. Однако в обычных ситуациях это качество было частично компенсировано, а в условиях нахождения на воинской службе произошел «слом барьера адаптации», приведшего военнослужащих к госпитализации.

Анализ ролевого поведения в конфликтных ситуациях военнослужащих основной группы осуществлялся с использованием данных методики «ПОКРОВ» (Биркин А.А., 1997). Полученные данные свидетельствуют о том, что военнослужащим с диагнозом «Расстройства адаптации» более свойственно ролевое поведение в позиции «Потерпевший». Значительно реже такие военнослужащие прибегали к конструктивному поведению в конфликте. Так, в ходе сравнительного анализа выявлены достоверные различия по всем ролевым позициям: респонденты основной группы достоверно чаще (при $p \leq 0,001$) находились в позиции «Потерпевший», а также достоверно реже – в позиции «Агрессор» (при $p \leq 0,01$) и в позиции «Конструктивный» (при $p \leq 0,001$). То есть, военнослужащие, склонные к переживанию обиды, в конфликтной ситуации менее способны к самозащите и отстаиванию собственной позиции и могут неосознанно провоцировать агрессивность со стороны окружающих. Склонность к подобному поведению в конфликте подтверждает тот факт, что согласно анамнестическим данным, во время прохождения воинской службы респондентам основной группы, как правило, доставалась роль «Потерпевшего» (жертвы) в ходе неуставных взаимоотношений. Склонность к подобному поведению в конфликтных ситуациях в подавляющем большинстве случаев была отмечена в служебных и психологических характеристиках с предыдущих мест службы этой категории лиц.

Военнослужащие с расстройством адаптации, имеют высокие показатели суммарной напряженности защит (методика «Индекс жизненного стиля»), что указывает на частую активацию защитных механизмов – регулярно возникающую неосознанную потребность разрешить эмоциональный конфликт.

Репертуар психологических защит военнослужащих с диагнозом «Расстройства адаптации», отличающихся обидчивостью, характеризуется преимущественным преобладанием защитных реакций обуславливающих искажение содержания мыслей и эмоциональных переживания (замещение, реактивные образования) и возможность манипулятивного поведения (регрессия) (рис. 3).

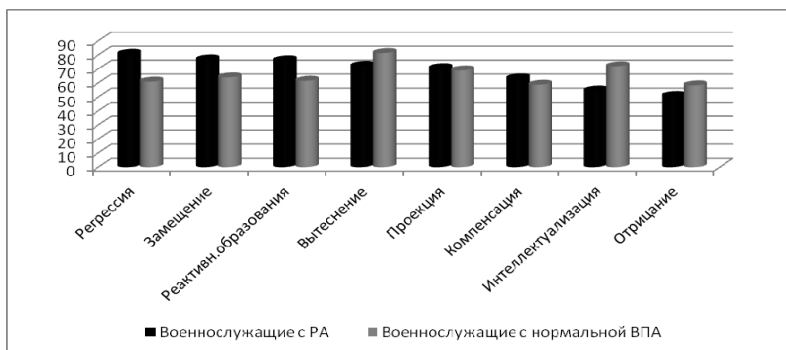


Рис. 3. Структура защитного реагирования военнослужащих с диагнозом «Расстройства адаптации» и военнослужащих с успешной военно-профессиональной адаптацией (ВПА)

Примечания: данные представлены в процентах; шкалы представлены по убыванию значений в основной группе.

В ходе сравнительного анализа механизмов психологических защит респондентов 1-й и 2-й групп установлено, что военнослужащие, отличающиеся обидчивостью, достоверно чаще (при $p \leq 0,01$) прибегают к активации такого защитного механизма, как «Реактивные образования», «Регрессия» и «Замещение». Не исключено, что именно таким образом происходит формирование обиды: за счет трансформации психотравмирующих переживаний интернальной направленности (например, недовольство собой и своим поведением, или несоответствием их общепринятым нормам) или неприемлемых переживаний (например, собственных агрессивных реакции) в более экстернально направленные и более приемлемые для респондентов идеи «злого умысла» и «несправедливости» действий других людей. Во время нахождения в госпитале именно такие военнослужащие достоверно чаще отличались преобладанием в суждениях аффективной логики (при $p \leq 0,001$), страхами, связанными с возможным возвращением в часть (при $p \leq 0,001$) и высказываниями шантажно-суицидального характера (при $p \leq 0,01$).

В ходе исследования было также установлено, что военнослужащие, отличающиеся обидчивостью, достоверно реже используют такие механизмы психологических защит, как «Вытеснение» (при $p \leq 0,05$) и «Интеллектуализацию» (при $p \leq 0,01$). Возможно, они менее способны как к аффективной когнитивной переработке фрустрирующей информации, так и к

полному ее игнорированию, что мешает нормальной адаптации в ситуации стресса.

В ходе исследования осуществлен анализ корреляционных взаимосвязей интегрального показателя обидчивости (регистрация данной особенности респондентов, как на этапе школьного обучения, так и во время прохождения службы в ВС РФ и стационарного лечения) у военнослужащих с диагнозом «Расстройства адаптации» с изучаемыми социально-психологическими характеристиками. Выявлены умеренные отрицательные взаимосвязи интегрального показателя обидчивости с гармоничным стилем воспитания и воспитанием по типу гипоопеки; а также сильные положительные взаимосвязи с воспитанием по типу гиперопеки и воспитанием в условиях жестокости (табл. 1).

Таблица 1
Значимые взаимосвязи интегрального показателя обидчивости с особенностями семейного воспитания военнослужащих с диагнозом «Расстройства адаптации»

Обидчивость (интегральный показатель)	Гармоничный стиль воспитания	Гипоопека	Гиперопека	Жестокость в семье
	-0,304 $p \leq 0,01$	0,286 $p \leq 0,01$	0,463 $p \leq 0,001$	0,284 $p \leq 0,01$

Это подтверждает данные сравнительного анализа, позволяющие выделить гиперопечное воспитание в качестве возможного предиктора обидчивости. Вероятно, подобный стиль воспитания сформировал у респондентов склонность к зависимости от окружающих (в первую очередь, имеющих референтный или более высокий социальный статус) и к экстернальной локализации причин тех или иных событий их жизни. Таким образом, неудачи или неудовлетворенность какими-либо сферами жизни могут объясняться данными респондентами как результат преднамеренного вреда или предвзятого отношения со стороны окружающих, и служить источником обиды.

Обнаруженные в ходе исследования многочисленные взаимосвязи обидчивости со свойствами личности военнослужащих с диагнозом «Расстройства адаптации», указывающими, прежде всего, на заострение психастенических, депрессивных, шизоидных и, возможно, паранойяльных черт личности (боязливость, плаксивость, тревожность, капризность, раздражительность, импульсивность, замкнутость и безынициативность) свидетельствуют о явной взаимозависимости данных личностных характеристик со склонностью к обидчивости (табл. 2).

Таблица 2

Значимые взаимосвязи интегрального показателя обидчивости и личностных характеристик военнослужащих с диагнозом «Растройства адаптации», охватывающих возрастные этапы в жизни респондентов

Интегральный показатель	Боязливость	Плаксивость	Тревожность	Капризность	Раздражительность	Импульсивность	Замкнутость	Безынициативность
Обидчивость	По данным школьных характеристик							
	0,532 $p \leq 0,001$	0,342 $p \leq 0,001$	0,263 $p \leq 0,01$	0,248 $p \leq 0,01$	0,332 $p \leq 0,001$	0,245 $p \leq 0,05$	0,233 $p \leq 0,05$	0,347 $p \leq 0,001$
	По данным служебных характеристик командиров и характеристик психологов войсковых частей							
	0,452 $p \leq 0,001$		0,283 $p \leq 0,01$		0,263 $p \leq 0,01$	0,201 $p \leq 0,05$		0,332 $p \leq 0,001$
	По данным медицинских психологов военных госпиталей (Истории болезней)							
0,662 $p \leq 0,001$	0,591 $p \leq 0,001$	0,319 $p \leq 0,01$	0,384 $p \leq 0,001$	0,342 $p \leq 0,001$	0,236 $p \leq 0,05$	0,268 $p \leq 0,01$	0,342 $p \leq 0,001$	

Во многом аналогичны интеркорреляционные взаимосвязи обидчивости со шкалами 1-го уровня методики МЛЮ «Адаптивность» (табл. 3), указывающие на то, что при увеличении интегрального показателя обиды (то есть, при более частом возникновении подобных переживаний на разных этапах жизнедеятельности респондентов) наблюдается большая выраженность депрессивных, психастенических, шизоидных, психопатических и паранойяльных черт личности.

Таблица 3

Значимые взаимосвязи интегрального показателя обидчивости и личностных особенностей военнослужащих с диагнозом «Растройства адаптации»

Интегральный показатель	Шкала Депрессии (D)	Шкала Шизоидности (Sch)	Шкала Психастении (Pt)	Шкала Паранойяльности (Pa)
Обидчивость	0,543 $p \leq 0,001$	0,437 $p \leq 0,001$	0,381 $p \leq 0,001$	0,217 $p \leq 0,05$

Обращает на себя внимание тот факт, что в ходе корреляционного анализа установлена выраженность и константность именно тех свойств личности, которые имеют значимые взаимосвязи с обидчивостью (как ин-

тегральным показателем, охватывающим все возрастные этапы в жизни респондентов), что позволяет рассматривать обидчивость как устойчивую личностную характеристику, а не как состояние, имеющее объективную причину или ситуативно обусловленное (в том числе болезнью респондентов).

Наличие значимых взаимосвязей преобладающих механизмов психологических защит (методика ИЖС) и интегрального показателя обидчивости указывают на зависимость обидчивости от доминирования в защитном репертуаре личности определенных реакций (табл. 4).

Таблица 4

Значимые взаимосвязи интегрального показателя обидчивости и механизмов психологических защит у военнослужащих с диагнозом «Расстройства адаптации»

Интегральный показатель	Шкала Регрессия	Шкала Замещение	Шкала Реактивные образования
Обидчивость	0,354 $p \leq 0,001$	0,303 $p \leq 0,01$	0,284 $p \leq 0,01$

Частота переживаний обиды увеличивается при большей склонности к таким защитным реакциям, как регрессия, замещение и реактивные образования.

Выводы

Анализ полученных в ходе исследования результатов позволяет сделать следующие выводы:

1. Такое личностное свойство как «Обидчивость» является «сквозной» характеристикой, прослеживающейся на всех этапах жизнедеятельности индивида, предшествующих прохождению военной службы, и, следовательно, являются не следствием, а причиной затяжной военно-профессиональной адаптации. В обычных ситуациях жизни это качество частично компенсировано, а в условиях нахождения на воинской службе происходит «Слом барьера адаптации», приведшего военнослужащих к госпитализации.

2. Личностный профиль военнослужащих с диагнозом «Расстройства адаптации», склонных к обидчивости, отличается преобладанием депрессивных, психастенических, шизоидных и психопатических черт личности, достигая уровня патохарактерологических изменений. Военнослужащие, обладающие указанными личностными характеристиками, на начальном

этапе военно-профессиональной адаптации могут стать источниками чрезвычайных происшествий (суициды, неуставные взаимоотношения, самовольное оставление части, несанкционированное применение оружия и др.).

3. Военнослужащие с диагнозом «Расстройства адаптации» мало способны регулировать свое взаимодействие в зависимости от условий среды, выстраивать взаимоотношения с окружающими людьми и соответствовать морально-нравственным и корпоративным требованиям непосредственного социального окружения.

4. Репертуар психологических защит военнослужащих с расстройством адаптации отличается преобладанием защитных механизмов, которые обеспечивают временное снижение нервно-психического напряжения, мало способствуя, при этом, разрешению психотравмирующей ситуации. Ведущие психологические защиты военнослужащих с расстройством адаптации могут быть достаточно эффективными только при столкновении личности с однократной и непродолжительной психогенией. В случае же пролонгированных или последовательных психотравмирующих воздействий данные защитные механизмы малоэффективны, способствуют суммации негативных переживаний и накоплению неразрешенных проблем, что, в свою очередь, может приводить к эффекту «катастрофизации» в восприятии текущих жизненных ситуаций.

Литература

1. Агеева З.А., Гриценко М.С. Социально-психологическая природа и феноменология обидчивости // Вестник Ивановского государственного университета. Вып. 1. Педагогика. Психология. Социальная работа. – 2009. – С. 19–29.

2. Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля. – СПб.: СПбНИПНИ им. В.М.Бехтерева, 2005. – 50 с.

3. Евдокимов В.И., Сивашенко П.П. Показатели заболеваемости военнослужащих по призыву Вооруженных сил Российской Федерации (2003–2016 гг.): монография. – СПб.: Политехника Принт, 2018. – 76 с.

4. Классификация болезней в психиатрии и наркологии: пособие для врачей / под ред. М.М. Милевского. – М.: Триада X, 2003. – 194 с.

5. Костин Д.В. Экспресс-диагностика расстройств адаптации у военнослужащих (клинические и психофизиологические аспекты) : дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2015. – 177 с.

6. Лыков И.В. Прогнозирование военно-профессиональной адаптации корабельных специалистов Северного Флота с различным уровнем психического здоровья : дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2012. – 145 с.

7. Методические рекомендации по диагностике суицидального поведения. – М.: Государственное учреждение «Центр экстренной психологической помощи МЧС России», 2009. – 108 с.

8. Показатели психических расстройств у военнослужащих Вооруженных сил Российской Федерации (2003–2016 гг.) : монография / В.К. Шамрей, В.И. Евдокимов, С.Г. Григорьев [и др.]. – СПб.: Политехника Сервис, 2017. – 111 с.

9. Чермянин С.В., Артемьев Н.А., Яковлев А.В. Особенности психической дезадаптации военнослужащих на донологическом уровне // Актуальные вопросы взаимодействия медицинских служб Вооруженных Сил в условиях современных вызовов и угроз / Материалы междунауч.-практич. конф. (29.06–03.07.2009). – М.: ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, 2009 – С. 60.

10. Шамрей В.К., Днов К.В., Курасов Е.С., Костин Д.В. Психическое здоровье военнослужащих, совершивших суицидальные попытки // Вестник Российской Военно-медицинской академии. – 2010. – № 2 (30). – С. 56–59.

Поступила 04.12.2020

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

Для цитирования. Попов В.И., Чермянин С.В., Капитанаки В.Е. Психологические особенности формирования расстройств адаптации у военнослужащих на начальном этапе военно-профессиональной деятельности // Вестник психотерапии. 2020. № 76 (81). С. 72–86.

PSYCHOLOGICAL FEATURES BY FORMATION DISORDERS ADAPTATION OF MILITARY DURING THE INITIAL STAGE OF CAREER

Popov V.I.¹, Chermianin S.V.², Kapitanaki V.E.²

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

² Pushkin Leningrad State University
(Petersburg highway, 10, St. Petersburg, Pushkin, Russia).

✉ Vyacheslav Igorevich Popov – Dr Med. Sci. prof., dean of the VII faculty, Kirov Military Medical Academy (Academica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: vmeda_37@mil.ru;

Sergey Viktorovich Chermianin – Dr. Med. Sci. Prof., Chair of Psychophysiology and Clinic Psychology Department, Pushkin Leningrad State University (Petersburg highway, 10, St. Petersburg, Pushkin, 196605, Russia), e-mail: cherma2009@yandex.ru;

Veronica Yevgeniyevna Kapitanaki – Lecturer at the Department of Psychophysiology and Clinic Psychology Department, Pushkin Leningrad State University

(Petersburg highway, 10, St. Petersburg, Pushkin, 196605, Russia), e-mail: nitanaki@mail.ru.

Abstract. The article illustrates socio-psychological studying and psychodiagnostic examination of conscripts who had been on inpatient treatment in psychiatric hospitals with "adaptation Disorders" (F43.2.). The features of the formation of adaptation disorders at the initial stage of military professional activity in military personnel who are prone to resentment are studied. Discovered that resentment is also a stable personality trait, which can be traced regardless of age, and, therefore, is not a consequence, but a cause of prolonged military-professional adaptation.

Keywords: conscripts, adaptation disorders, mental health, military-professional adaptation, resentment, adaptive capabilities, personality-typological features, role behavior in conflict situations, protective response, medical psychologists, military medical institutions.

References

1. Ageeva Z.A., Gricenko M.S. Socialno-psihologicheskaya priroda i fenomenologiya obidchivosti [Socio-psychological nature and phenomenology of offending]. *Vestnik Ivanovskogo gosudarstvennogo universiteta. Vyp.I. Pedagogika. Psihologiya. Socialnaya rabota* [Bulletin of Ivanovo State University. Pedagogics. Psychology. Social work.]. 2009. Pp. 19–29. (In Russ.)

2. Vasserman L.I., Eryshev O.F., Klubova E.B. Psihologicheskaya diagnostika indeksa zhiznennogo stilya [Psychological diagnostics of the life style index]. Sankt-Peterburg. 2005. 50 p. (In Russ.)

3. Evdokimov V.I., Sivashchenko P.P. Pokazateli zabolevaemosti voennosluzhashchih po prizyvu Vooruzhennyh sil Rossijskoj Federacii (2003–2016 gg.) [Indicators of the incidence of military personnel at the call of the Armed Forces of the Russian Federation (2003–2016)]. Sankt-Peterburg. 2018. 76 p. (In Russ.)

4. Klassifikaciya boleznej v psihiatrii i narkologii [Classification of diseases in psychiatry and narcology: a manual for doctors]. Ed. : M.M. Milevskogo. Moskva. 2003. 194 p. (In Russ.)

5. Kostin D.V. Ekspress-diagnostika rasstrojstv adaptacii u voennosluzhashchih (klinicheskie i psihofiziologicheskie aspekty) [Rapid diagnosis of adaptation disorders in military personnel (clinical and psychophysiological aspects)] : Dis. ... PhD Med. Sci. Sankt-Peterburg. 2015. 177 p. (In Russ.)

6. Lykov I.V. Prognozirovanie voenno-professionalnoj adaptacii korabelnyh specialistov Severnogo Flota s razlichnym urovnem psihicheskogo zdorovya [Forecasting the military-professional adaptation of naval specialists of the Northern Fleet with various levels of mental health] : Dis. ... PhD Med. Sci. Sankt-Peterburg. 2012. 145 p. (In Russ.)

7. Metodicheskie rekomendacii po diagnostike suicidalnogo povedeniya [Methodological recommendations for the diagnosis of suicidal behavior]. Moskva. 2009. 108 p. (In Russ.)

8. Pokazateli psihicheskikh rasstrojstv u voennosluzhashchih Vooruzhennyh sil Rossijskoj Federacii (2003–2016 gg.) [Indicators of mental disorders in servicemen of

the Armed Forces of the Russian Federation (2003–2016)]. Ed. : V.K. Shamrej, V.I. Evdokimov, S.G. Grigorev [et al.]. Sankt-Peterburg. 2017. 111 p. (In Russ.)

9. Chermianin S.V., Artemev N.A., Yakovlev A.V. Osobennosti psichicheskoy dezadaptatsii voennosluzhashchih na donozologicheskom urovne [Features of mental disadaptation of the military personnel at the donozologicheskyy level]. / Aktualnye voprosy vzaimodeystviya medicinskih sluzhb Vooruzhennyh Sil v usloviyah sovremennyh vyzovov i ugroz [Nopical issues of interaction of medical services of the Armed Forces in the context of modern challenges and threats]. Scientific. Conf. Proceedings. Moskva. 2009. P. 60. (In Russ.)

10. Shamrej V.K., Dnov K.V., Kurasov E.S., Kostin D.V. Psichicheskoe zdorove voennosluzhashchih, sovershivshih suicidalnye popytki [Mental health of servicemen who committed suicidal attempts]. *Vestnik Rossijskoj Voенno-medicinskoj akademii* [Bulletin of the Russian Military Medical Academy]. Sankt-Peterburg. 2010. N 2 (30). Pp. 56–59. (In Russ.)

Received 04.12.2020

For citing. Popov V.I., Chermianin S.V., Kapitanaki V.E. Psichologicheskie osobennosti formirovaniya rasstrojstv adaptatsii u voennosluzhashchih na nachalnom etape voенno-professionalnoj deyatelnosti. *Vestnik psikhoterapii*. 2020. N 76. Pp. 72–86. (In Russ.)

Popov V.I., Chermianin S.V., Kapitanaki V.E. Psychological features by formation disorders adaptation of military during the initial stage of career. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2020. N 76. Pp. 72–86.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЕ БЫТОВЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ СМЕСЬЮ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

¹ Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины
имени А.М. Никифорова МЧС России
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2);

² Институт токсикологии Федерального медико-биологического агентства
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 1).

Оценивалось качество жизни больных, перенесших тяжелое острое отравление смесью лекарственных препаратов в отдаленном периоде. Обследованы 28 человек. С помощью опросника SF-36 «Health Status Survey» оценивались показатели качества жизни: физическая работоспособность, повседневная физическая активность, наличие болевого синдрома, общее самочувствие, жизненная активность, социальная активность, эмоциональное состояние, психическое здоровье. Установлено, что, несмотря на относительно большой промежуток времени после перенесенного острого отравления (около года) смесью лекарственных препаратов, качество жизни пациентов существенно снижено по всем шкалам опросника SF-36. Для оценки полноты восстановления функционального состояния требуется длительное динамическое наблюдение.

Ключевые слова: качество жизни, отравление смесью лекарственных препаратов, отдаленные последствия, физический компонент качества жизни, психологический компонент качества жизни.

Введение

Лекарственные препараты являются достаточно частой причиной бытовых отравлений [3]. Клинические проявления таких интоксикаций могут быть разными, но в тяжелых случаях – это коматозное состояние, при

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

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

Александров Михаил Всеволодович – д-р мед. наук проф., вед. науч. сотр., Ин-т токсикологии Федерального медико-биолог. агентства (Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 1), e-mail: mdoktor@yandex.ru.

котором нарушается деятельность центральной нервной системы и жизненно важных центров [3, 7].

Воздействия острых тяжелых отравлений, интоксикаций в отдаленный период влияют на психологическое и функциональное состояние человека, изменяют социальную активность человека при осуществлении трудовой деятельности. Для оценки последствий перенесенного острого отравления, а также правильности оказания медицинской услуги пострадавшему можно использовать показатель качества жизни. Под качеством жизни (КЖ) понимают характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанную на его субъективном восприятии [6].

Оценка КЖ больных после перенесения ими тяжелых острых отравлений весьма актуальная и мало изученная до настоящего времени проблема. В литературе имеются исследования КЖ у больных, находящихся под динамическим врачебным наблюдением: с синдромом зависимости от алкоголя [1, 5], состоящих на учете в наркологическом диспансере [4, 8].

Сведения об оценке отдаленных последствий острых бытовых отравлений смесью лекарственных препаратов в литературе практически отсутствуют. Это связано с тем, что пациенты реанимационных отделений токсикологических центров после выписки из стационара в основном повторно в центр для консультации и получения помощи не обращаются. При развитии осложнений после перенесенных интоксикаций эти пациенты обращаются к гастроэнтерологу, неврологу, кардиологу, участковому терапевту. Поэтому провести анализ их состояния в отдаленный период отравления в полной мере не представляется возможным.

Цель исследования – изучить влияние отдаленных последствий острых бытовых отравлений смесью лекарственных препаратов на физическое, психологическое, эмоциональное и социальное функционирование человека.

Материал и методы исследования

Нами обследовано 28 человек, перенесших острое отравление смесью лекарственных препаратов (группа ОО), из них 16 мужчин и 12 женщин. В группу сравнения включены 19 человек, не имеющих в анамнезе острых отравлений. Возраст в группах – 35–45 лет.

Проводилось исследование КЖ больных, перенесших тяжелые острые бытовые отравления спустя 1 год после выписки из токсикологического центра НИИ СП им. И.И. Джанелидзе. Критериями включения в исследова-

дование были: возраст 35–50 лет; тяжелая степень острого отравления смесью 2–4 лекарственных препаратов, нахождение в реанимационном отделении в состоянии комы 48–72 часа. Критериями исключения из исследования были: отравление опиатами, оксибутиратом, хронический алкоголизм; наличие травматических повреждений при поступлении.

КЖ пациентов оценивалось опросником Medical Outcome Study SF-36 Short-Form Health Survey (SF-36), разработанный в Центре изучения медицинских результатов США в 1992 г. [10]. Перевод на русский язык и апробация методики была проведена «Институтом клинико-фармакологических исследований» (Санкт-Петербург).

Шкалы опросника SF-36 сгруппированы в два общих показателя здоровья. Первый – физический компонент: физическое функционирование, ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, интенсивность боли, общее состояние здоровья. Второй – психологический: жизненная активность, социальное функционирование, ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, психическое здоровье.

Опросник SF-36 позволяет оценить КЖ респондентов с отравлениями различной этиологии и сравнить этот показатель с таковым у здоровых лиц. При этом опросник, будучи кратким (36 вопросов), обладает достаточно высокой чувствительностью.

С учетом преобладания после перенесенных отравлений синдрома астении мы учитывали возможность развития психического и физического истощения, висцеро-вегетативной лабильности и диссомнии [9]. Для определения жалоб астенического характера, нарушений вегетативной регуляции использовали опросник, предложенный А.М. Вейном. Вегетативную дисфункцию определяли при показателе по данному опроснику, превышающему 15 баллов [2].

Бланки опросника высылались по почте с предложением ответить на поставленные вопросы. Полученные результаты обрабатывались с помощью математико-статистических методов. Различия в группах оценивались с помощью t-критерия Стьюдента для парных несвязанных выборок. Кроме того, рассчитывался коэффициент корреляции Пирсона.

Результаты и их обсуждение

При сравнении параметров КЖ лиц, перенесших острые отравления, и группы сравнения определены различия по всем показателям физического компонента (табл.1).

Таблица 1

Показатели физического компонента КЖ лиц, перенесших острые отравления,
($\bar{x} \pm m$)

Шкала	Группа ОО (n = 28)	Группа сравнения (n = 19)
Физическое функционирование	62,86 ± 7,25*	99,21 ± 1,43
Ролевое функционирование	39,29 ± 9,22*	97,37 ± 1,81
Интенсивность боли	53,71 ± 8,79*	88,11 ± 3,92
Общее состояние здоровья	45,29 ± 9,74*	85,89 ± 2,49

Примечание: * – различия достоверны между группами при $p < 0,05$.

Наибольшее снижение в физическом компоненте здоровья лиц, перенесших отравление, отмечено в общем состоянии здоровья (на 35 %) и ролевом функционировании, обусловленным физическим состоянием (на 39 %), что отражает наличие существенных физических проблем в ограничении жизнедеятельности.

Низкие показатели по шкале Физическое функционирование (PF), отражающие степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т. п.), свидетельствуют о том, что физическая активность пациента значительно ограничивается состоянием его здоровья ($p < 0,05$).

Низкие показатели по шкале Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP), – влияние физического состояния на повседневную ролевую деятельность (работу, выполнение повседневных обязанностей) свидетельствуют о том, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием пациента ($p < 0,05$).

Интенсивность боли (BP) и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома. Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что боль значительно ограничивает активность пациента.

Общее состояние здоровья (GH) – оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения, следовательно, более низкие значения в группе ОО свидетельствуют о преобладании дискомфорта и полиморбидных жалоб.

Корреляционные связи физического компонента КЖ с астеническими проявлениями представлены в табл. 2.

Таблица 2

Корреляционные связи физического компонента КЖ
с астеническими проявлениями

Шкала теста	Симптом	Коэффициент корреляции	p
Физическое функционирование	Приступы сердцебиения	0,688	0,087
	Периодическое беспричинное ощущение «холодных» или «горячих» рук	0,07	0,882
	Приступы повышенной потливости	0,33	0,469
	Дискомфорт в желудке (изжога, тяжесть)	0,422	0,345
	Периодические запоры	-0,23	0,625
Ролевое функционирование	Приступы сердцебиения	0,481	0,274
	Периодическое беспричинное ощущение «холодных» или «горячих» рук	0,365	0,421
	Приступы повышенной потливости	0,347	0,446
	Дискомфорт в желудке (изжога, тяжесть)	0,791*	0,034
	Периодические запоры	0,396	0,379
Интенсивность боли	Приступы сердцебиения	0,63	0,13
	Периодическое беспричинное ощущение «холодных» или «горячих» рук	0,15	0,747
	Приступы повышенной потливости	0,048	0,919
	Дискомфорт в желудке (изжога, тяжесть)	0,122	0,795
	Периодические запоры	-0,33	0,465
Общее состояние здоровья	Приступы сердцебиения	0,532	0,219
	Периодическое беспричинное ощущение «холодных» или «горячих» рук	0,179	0,701
	Приступы повышенной потливости	0,585	0,167
	Дискомфорт в желудке (изжога, тяжесть)	0,814*	0,026
	Периодические запоры	0,217	0,64

Примечание: здесь и в табл. 4 * – достоверная корреляционная связь, $p < 0,05$.

При корреляционном анализе показателей психологического компонента КЖ лиц, перенесших острые отравления смесью лекарственных препаратов, отмечаются сильная положительная корреляционная связь показателей шкал Дискомфорт в желудке (изжога, тяжесть) и показателями Общее состояние здоровья и Ролевое функционирование ($p < 0,05$).

Таблица 3

Показатели психологического компонента КЖ лиц,
перенесших острые отравления, ($x \pm m$)

Шкала	Группа ОО (n = 28)	Группа сравнения (n = 19)
Жизненная активность	40,71 ± 9,79*	78,42 ± 2,06
Социальное функциональное	57,14 ± 8,53*	94,08 ± 2,41
Рольевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	47,63 ± 11,61*	92,99 ± 3,20
Психическое здоровье	38,29 ± 8,40*	82,11 ± 2,13

Примечание: * – различия достоверны между группами при $p < 0,05$.

Установлено, что средние значения параметров психологического здоровья лиц, перенесших острые отравления, статистически значимо ниже показателей группы сравнения по всем показателям: по жизненной активности – на 33,5 %; по социальному функционированию – на 32,1 %, по ролевому функционированию, обусловленному эмоциональным состоянием – на 44,9 %, что является проявлением снижения социальной активности и отражением наличия эмоциональных проблем.

Низкие баллы шкалы Жизненная активность (VT) свидетельствуют об утомлении пациента, снижении жизненной активности ($p < 0,05$).

Достоверно низкие показатели в группе ОО по сравнению с группой сравнения по шкале Социальное функционирование (SF) свидетельствуют о значительном ограничении социальных контактов, снижении уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния.

Низкие показатели по шкале Рольевое функционирование интерпретируются нами как ограничение в выполнении повседневной работы, обусловленное ухудшением эмоционального состояния ($p < 0,05$).

Достоверно низкие показатели по шкале Психическое здоровье (MH) в группе ОО по сравнению с контролем свидетельствуют о наличии депрессивных, тревожных переживаний, психическом неблагополучии в группе ОО.

Корреляционные связи психологического компонента КЖ с астеническими проявлениями представлены в табл. 4.

Таблица 4

Корреляционные связи психологического компонента КЖ
с астеническими проявлениями

Шкала теста	Симптом	Коэффициент корреляции	p
Жизненная активность	Приступы сердцебиения	0,633	0,127
	Приступы повышенной потливости	0,585	0,167
	Дискомфорт в желудке (изжога, тяжесть)	0,693	0,084
Социальное функционирование	Приступы сердцебиения	0,766*	0,044
	Приступы повышенной потливости	0,673	0,097
	Дискомфорт в желудке (изжога, тяжесть)	0,829*	0,021
Рольевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	Приступы сердцебиения	0,683	0,091
	Приступы повышенной потливости	0,614	0,143
	Дискомфорт в желудке (изжога, тяжесть)	0,885*	0,008
Психическое здоровье	Приступы сердцебиения	0,697	0,082
	Периодическое беспричинное ощущение «холодных» или «горячих» рук	0,567	0,185
	Приступы повышенной потливости	0,642	0,12
	Дискомфорт в желудке (изжога, тяжесть)	0,543	0,208

При корреляционном анализе показателей психологического компонента КЖ лиц, перенесших острые отравления смесью лекарственных препаратов, с астеническими проявлениями отмечается сильная положительная корреляционная связь показателей шкалы Социальное функционирование и показателями шкал Дискомфорт в желудке (изжога, тяжесть) и Приступы сердцебиения ($p < 0,05$), а также значениями по шкале Рольевое функционирование, обусловленными эмоциональным состоянием и показателями Дискомфорт в желудке (изжога, тяжесть). Связь положительная и достоверная ($p < 0,05$).

Заключение

Качество жизни после перенесенного острого отравления смесью лекарственных препаратов в отдаленном периоде может быть оценено количественно. Качество жизни лиц, перенесших острое отравление смесью лекарственных препаратов, оказалось сниженным по сравнению со здоровы-

ми лицами по всем шкалам опросника SF-36. На оценку качества жизни лиц, перенесших острое отравление, в большей степени влияет уровень социально-психологической комфортности, востребованности в обществе, а не физической или физиологической полноценности. Полученные данные могут использоваться при проведении реабилитационных программ и психотерапевтической работы.

Литература

1. Бараненко А.В., Калиниченко О.Б. Оценка качества жизни у лиц, зависимых от алкоголя (обзор) // Украинский вісник психоневрології. – 2003. – Т. 11, Вып. 2. – С. 98–71.
2. Вейн А.М. Вегетативные расстройства. – М. : МИА, 2003. – 400 с.
3. Гольдфарб Ю.С., Лужников Е.А. Острые отравления лекарственными препаратами // Скорая медицинская помощь. – 2003. – № 3. – С. 4–11.
4. Городнова М.Ю. Качество жизни пациентов наркологического стационара с опиоидной наркоманией // Вестник Северо-Западного гос. медицинского ун-та им. И.И. Мечникова. – 2014. – № 3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kachestvo-zhizni-patsientov-narkologicheskogo-statsionara-s-opioidnoy-narkomaniey> (дата обращения: 08.10.2020).
5. Никифоров И.И. Проблема качества жизни у больных алкоголизмом и совершенствование скринирующего психометрического инструментария // Наркология. – 2005. – № 7. – С. 53–63.
6. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / под ред. Ю.Л. Шевченко. – М. : Медиа Групп, 2007. – 320 с.
7. Поцхверия М.М., Ильяшенко К.К., Карева М.В. [и др.] Комбинированные с этиловым алкоголем и сочетанные отравления психотропными препаратами // Анестезиология и реаниматология. – 2008. – № 6. – С. 34–36.
8. Соловьев А.Г., Сидоров П.И., Кирпич И.А. Оценка качества жизни больных хроническим алкоголизмом // Независимый психиатрический журнал. – 2000. – № 3. – С. 37–42.
9. Экстремальная токсикология: учебник для студ. мед. вузов / под ред. Г.А. Сафронова, М.В. Александрова. – СПб. : ЭЛБИ-СПб, 2016. – 254 с.
10. Ware J.E., Sherbourn C.D. The MOS 36-item short-form health surf (SF-36). Conceptual framework and item selection // Med. Care. – 1992. – Vol. 30. – P. 473.

Поступила 30.11.2020

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

Для цитирования. Черный В.С., Леонтьев О.В., Александров М.В. Качество жизни в отдаленном периоде у лиц, перенесших острые бытовые отравления смесью лекарственных препаратов // Вестник психотерапии. 2020. № 76 (81). С. 87–96.

**THE QUALITY OF LIFE IN THE DISTANT PERIOD IN PERSONS VICTIMS
OF ACUTE DOMESTIC POISONING DRUG MIXTURE**

Chernyi V.S.¹, Leontev O.V.¹, Aleksandrov M.V.²

¹ Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine,
EMERCOM of Russia (Academica Lebedeva Str., 4/2, St. Petersburg, Russia);

² Institute of toxicology of Federal Medical-Biological Agency
(Bekhterev Str., 1, St. Petersburg, Russia).

✉ Valerij Stanislavovich Chernyi – Dr. Med. Sci., Head of Research Department of Scientific Activity Organization, Leading Researcher Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Academica Lebedeva, 4/2, Str. Petersburg, 1940044, Russia), e-mail: 9297911@list.ru;

Oleg Valentinovich Leontev – Dr. Med. Sci. Prof., head of Department of therapy and integrative medicine of the Institute DPO «Extreme Medicine», Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Academica Lebedeva, 4/2, Str. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: lov63@inbox.ru;

Mihail Vsevolodovich Aleksandrov – Dr. Med. Sci. Prof., leading researcher of Institute of toxicology, Federal Medical Biological Agency (Bekhterev Str., 1, St. Petersburg, 192019, Russia), e-mail: mdoktor@yandex.ru.

Abstract. The quality of life of patients who suffered severe acute poisoning with a mixture of drugs was evaluated in a distant period. 28 people were examined. Using the SF-36 Health Status Survey questionnaire, quality of life indicators were evaluated: physical performance, everyday physical activity, the presence of pain syndrome, general well-being, life activity, social activity, emotional state, mental health. It is established that despite rather wide interval of time after the postponed sharp poisoning (about a year) with mix of medicines, the quality of life of patients was significantly reduced on all scales of the questionnaire of SF-36. Long-term dynamic monitoring is required to assess the completeness of functional state recovery.

Keywords: quality of life, drug mixture poisoning, long-term consequences, physical component of quality of life, psychological component of quality of life.

References

1. Baranenko A.V., Kalinichenko O.B. Ocenka kachestva zhizni u licz, zavisimyh ot alkogolya (obzor) [Assessment of the quality of life in persons dependent on alcohol (review)]. *Ukrainskij visnik psihonevrologii* [Ukrainian News of Psychoneurology]. 2003. Vol. 11, Iss. 2. Pp. 98–71. (In Russ)
2. Vejn A.M. Vegetativnye rasstrojstva [Vegetative disorders]. Moskva. 2003. 400 p. (In Russ)
3. Goldfarb Yu.S., Luzhnikov E.A. Ostrye otravleniya lekarstvennymi preparatami [Acute drug poisoning]. *Skoraya medicinskaya pomoshh* [Ambulance]. 2003. N 3. Pp. 4–11. (In Russ)

4. Gorodnova M.Yu. Kachestvo zhizni pacientov narkologicheskogo stacionara s opioidnoj narkomaniej [Quality of life of patients in a drug treatment hospital with opioid addiction]. *Vestnik Severo-Zapadnogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta im. I.I. Mechnikova* [Bulletin of the Northwest State Medical University named after I.I. Mechnikova]. 2014. N 3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kachestvo-zhizni-patsientov-narkologicheskogo-statsionara-s-opioidnoy-narkomaniej> (In Russ)

5. Nikiforov I.I. Problema kachestva zhizni u bolnyh alkogolizmom i sovershenstvovanie skrinirovushhego psixometricheskogo instrumentariya [The problem of quality of life in patients with alcoholism and the improvement of screening psychometric tools]. *Narkologiya* [Narcology]. 2005. N 7. Pp. 53–63. (In Russ)

6. Novik A.A., Ionova T.I. Rukovodstvo po issledovaniyu kachestva zhizni v medicine [Guide to the Study of the Quality of Life in Medicine]. Moskva. 2007. 320 p. (In Russ)

7. Poczveriya M.M., Ilyashenko K.K., Kareva M.V. [et al.] Kombinirovannye s etilovym alkogolem i sochetannye otravleniya psihotropnymi preparatami [Combined with ethyl alcohol and combined poisoning with psychotropic drugs]. *Anesteziologiya i reanimatologiya* [Anesthesiology and resuscitation]. 2008. N 6. Pp. 34–36. (In Russ)

8. Solovev A.G., Sidorov P.I., Kirpich I.A. Ocenka kachestva zhizni bolnyh hronicheskim alkogolizmom [Assessment of the quality of life of patients with chronic alcoholism]. *Nezavisimyj psihiatricheskij zhurnal* [Independent psychiatric journal]. 2000. N 3. Pp. 37–42. (In Russ)

9. Ekstremalnaya toksikologiya [Extreme toxicology]. Ed. : G.A. Safronova, M.V. Aleksandrova. Sankt-Peterburg. 2016. 254 p. (In Russ)

10. Ware J.E., Sherbourn C.D. The MOS 36-item short-form health surf (SF-36). Conceptual framework and item selection. *Med. Care*. 1992. Vol. 30. P. 473.

Received 30.11.2020

For citing: Chernyi V.S., Leontev O.V., Aleksandrov M.V. Kachestvo zhizni v otдалennom periode u licz, perenessih ostrye bytovye otravleniya smesyu lekarstvennyh preparatov. *Vestnik psikhoterapii*. 2020. № 76 (81). Pp. 87–96. **(In Russ.)**

Chernyi V.S., Leontev O.V., Aleksandrov M.V. The quality of life in the distant period in persons victims of acute domestic poisoning drug mixture. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2020. № 76 (81). Pp. 87–96.

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ КАК ПРОБЛЕМА ДЛЯ СОТРУДНИКОВ ОПЕРАТОРСКОГО ПРОФИЛЯ С НАПРЯЖЕННЫМ ГРАФИКОМ ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

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

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

³ Медицинский центр «Санавита» (Россия, Санкт-Петербург, пр. Науки, д. 8);

⁴ Санкт-Петербургский государственный университет
(Россия, Санкт-Петербург, 21-я линия, д. 8 а).

Трудовая деятельность поездного диспетчера характеризуется высоким уровнем ответственности и связана с большой эмоциональной нагрузкой. Цель работы – оценить возможности использования автоматизированной системы оценки функционального состояния для выявления признаков «профессионального выгорания» поездных диспетчеров. Всего обследовано 90 поездных диспетчеров в возрасте 28–44 лет. Динамика функционального состояния и профессиональной работоспособности поездных диспетчеров проводилась с помощью автоматизированной системы. Предложенная автоматизированная система контроля в процессе профессиональной деятельности позволяет выявлять функциональные признаки ухудшения состояния и работоспособности специалистов.

Ключевые слова: функциональное состояние, профессиональное выгорание, операторская деятельность, физиологические резервы, сенсомоторная реакция.

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

Лымаренко Валерий Михайлович – канд. мед. наук, доц. каф. хирургии и инновационных технологий ин-та ДПО «Экстремальная медицина», Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2), e-mail: lymarenkovm@mail.ru;

Леонтьева Мария Олеговна – врач терапевт. отд-я, мед. центр «Санавита» (Россия, 195257, Санкт-Петербург, пр. Науки, д. 8), e-mail: lov63@inbox.ru;

Черная Юлия Валерьевна – ординатор каф. инфекц. болезней, эпидемиологии и дерматовенерологии мед. фак-та, С.-Петерб. гос. ун-т (Россия, 199034, Санкт-Петербург, 21-я линия В. о., д. 8 а), e-mail: juliy_black@mail.ru.

Введение

Работа поездного диспетчера соответствует категории специальностей, характеризующейся напряженной деятельностью, так как связана с высокой ответственностью за принимаемые решения. Ошибочные действия поездного диспетчера приводят к нарушениям графика движения поездов, возникновению предпосылок к созданию аварийных ситуаций, их совершению, что зачастую сопровождается серьезными экономическими потерями и социальными проблемами [5].

Труд поездного диспетчера относится к разновидностям сложно структурированной операторской деятельности. Изучению факторов, влияющих на ее эффективность, посвящен ряд работ [2, 3, 4, 7, 14].

Особенности деятельности поездного диспетчера на современном этапе характеризуются постоянным ростом сложности выполняемых действий, насыщенности их интеллектуальными функциями, увеличением объема и интенсивности перерабатываемой информации. Это ведет к повышенным требованиям к уровню профессиональной подготовленности поездного диспетчера, его психофизиологическим качествам, функциональному состоянию и профессиональной работоспособности.

Труд поездного диспетчера характеризуется работой в условиях дефицита времени и информации. Для профессии поездного диспетчера характерна высокая степень ответственности за окончательный результат работы, а допущенные ошибки могут привести к возникновению сбойных ситуаций и ситуаций, опасных для жизни людей. Трудовая деятельность поездного диспетчера характеризуется высоким уровнем ответственности за безопасность других лиц и, соответственно, связана с большой эмоциональной нагрузкой [4].

Деятельность в таких условиях может приводить к развитию хронического стресса, истощению личностных ресурсов и как следствие – к «профессиональному выгоранию» специалистов [8, 9, 13].

Цель работы – оценить возможности использования автоматизированной системы оценки функционального состояния для выявления признаков «профессионального выгорания» поездных диспетчеров.

Материалы и методы исследования

Оценка уровня напряженности трудовой деятельности поездного диспетчера была проведена нами в соответствии с «Руководством...» [11]. Она основывалась на анализе трудовой деятельности и ее структуры, которые изучались путем хронометражных наблюдений в динамике всего рабочего дня в течение 4 недель. Учитывался весь комплекс производствен-

ных факторов (стимулов, раздражителей), создающих предпосылки для возникновения неблагоприятных нервно-эмоциональных состояний (перенапряжения). Характеристики эмоциональных нагрузок в процессе труда поездного диспетчера также соответствуют напряженному труду второй степени (максимальный уровень напряженности).

Динамика функционального состояния и профессиональной работоспособности поездных диспетчеров оценивалась в различные периоды деятельности: до начала выполнения специалистами их функциональных обязанностей и в конце рабочего дня. Обследование поездных диспетчеров осуществлялось в 7.00 и 19.00 перед заступлением на дежурство и, соответственно, в 8.00 и 20.00 после рабочей смены. Время обследования одного диспетчера составляло от 20 до 25 минут.

Всего обследовано 90 поездных диспетчеров в возрасте 28–44 лет, из них 50 мужчин и 40 женщин. Стаж работы в должности поездного диспетчера составлял от 1,5 до 10 лет. Все специалисты при ежегодном медицинском освидетельствовании и психофизиологическом обследовании признаны годными к исполнению служебных обязанностей.

Обследование проводилось с использованием двух автоматизированных систем, размещенных на отдельных рабочих местах специалистов психофизиологической службы. Применялась автоматизированная система (АС), предназначенная для решения задач динамического (скринингового) контроля функционального состояния (ФС) специалистов непосредственно в процессе крайне напряженной профессиональной деятельности преимущественно операторского или логического (управляющего) профиля.

Использование АС было обусловлено удобством проведения скринингового исследования. Оно заключалось в следующем.

1. Быстрота наложения периферических регистрационных устройств, не требующего раздевания обследуемого (ЭКГ-электроды накладываются на запястья, манжета для измерения АД – на плечо с возможностью оставления тонкой одежды).

2. Используемые регистрационные устройства являются достаточно надежными и помехоустойчивыми, поскольку позволяют усиливать подаваемый электрический сигнал и игнорировать помехи. Исключения составляют лишь случаи выраженной экстрасистолии, которые у здоровых лиц встречаются редко и служат основанием для направления на углубленное медицинское обследование.

3. Обследование с использованием модуля оценки физиологических резервов (1-го модуля АС) является неумтомительным, занимая всего

5-6 минут, включая время подготовки к обследованию. При этом обследуемый (за исключением выполнения пробы с приседаниями) находится в спокойном состоянии, не исключая некоторые движения по изменению позы в случае ее неудобства.

4. Используемая в конструкции 1-го модуля система является достаточно отлаженной, случаи сбоев в ее работе наблюдались лишь при некорректной загрузке.

5. Используемая система формирует базу данных, работа с которой возможна как в оболочке программы модуля, так и в других офисных программах.

Оценивались показатели сердечно-сосудистой системы: частота сердечных сокращений (ЧСС), систолическое артериальное давление (САД), диастолическое артериальное давление (ДАД), среднединамическое давление (СДД). Вариабельность сердечного ритма оценивалась по следующим общепринятым методам анализа [6]. Оценивались параметры волновой структуры кардиоритмограммы: общая мощность спектра, мощность высокочастотной (HF) и низкочастотной (LF) компоненты и их соотношение (HF/LF) – индекс вагосимпатического взаимодействия. Определялись коэффициент выносливости, индекс напряжения, ИПФР [1].

Психофизиологические методики проводились на программно-аппаратном комплексе ПАКПФ-02. Определялись простая сенсомоторная реакция (ПСМР) и критическая частота слияния световых мельканий (КСЧМ) [10, 12].

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием лицензионного пакета статистических программ STATISTICA 10.

Результаты и их обсуждение

В результате проведенных обследований поездных диспетчеров у нас имелась возможность предварительной оценки функционального состояния обследуемых и распределения их по группам уровня физиологических резервов (УФР). В таблице 1 представлено распределение обследованных по группам в зависимости от значений интегрального показателя физиологических резервов (ИПФР) перед дежурством.

Таблица 1

Распределение обследованных поездных диспетчеров в зависимости от уровня физиологических резервов, (n = 90)

Группа (диапазон значений ИПФР, баллы)	Абсолютное количество обследованных, чел.	Относительное количество обследованных, %
1 (60 и более)	17	18,9
2 (40–59,99)	30	33,3
3 (20–39,99)	25	27,8
4 (< 20)	18	20,0
Итого	90	100

Как показала статистическая проверка данных по критерию Колмогорова–Смирнова, объединение обследованных в группы по УФР в целом подчинялось закону нормального распределения.

Оптимальное состояние нейрогуморальной регуляции, функционирования системы кровообращения, уровня физиологических резервов зарегистрировано лишь у 17 (18,9 %) обследованных. У остальных 30 человек (33,3 %) имелись начальные функциональные признаки ухудшения состояния и работоспособности. Почти у половины обследованных диспетчеров (43 человека, 47,8 %) имело место снижение УФР той или иной степени выраженности, негативные изменения в системе кровообращения и явления дисбаланса вегетативной регуляции функций.

Обращает на себя внимание, что, несмотря на отсутствие выраженной органической патологии, на момент обследования у 20 % (18 человек, 4-я группа) обследованных диспетчеров отмечалось «выраженное снижение уровня физиологических резервов организма, компенсаторная централизация кровообращения, признаки дисфункции гемодинамики, выраженный дисбаланс вегетативной регуляции функций, резкое преобладание симпатических влияний». Данные лица составили группу «повышенного» риска и нуждались в дополнительном обследовании. Еще у 25 (27,8 %) обследованных лиц (группа 3) отмечались снижение уровня физиологических резервов средней степени, изменения кровообращения по гиперкинетическому типу, стойкое преобладание активности симпатического отдела вегетативной нервной системы (ВНС); начальные явления дисфункции энергообеспечивающих систем организма.

Полученные данные являются свидетельством наличия существенных изменений функционального состояния у обследованного контингента, связанных, по всей видимости, с крайне напряженными условиями их

профессиональной деятельности, накапливающимися явлениями хронического утомления. Кроме этого, полученные данные косвенно свидетельствуют о наличии явных физиологических признаков «профессионального выгорания», что было подтверждено при дальнейшем обследовании.

Усредненные по всей выборке обследованных диспетчеров показатели, зарегистрированные с использованием модуля оценки физиологических резервов, и их нормативные значения представлены в табл. 2.

Таблица 2

Показатели функционального состояния обследованных
поездных диспетчеров, ($M \pm m$, $n = 90$)

Показатель, ед. измер.	Среднестатистическая норма	Обследованная группа
САД, мм рт. ст.	110–140	135,2 ± 2,8
ДАД, мм рт. ст.	70–90	85,3 ± 2,1
СДД, мм рт. ст.	95–100	101,9 ± 2,5
ЧСС, уд./мин	60–80	79,9 ± 1,9
Lf/Hf, отн. ед.	0,5–2,4	2,27 ± 0,45
Коэффициент выносливости, усл. ед.	4–7	7,6 ± 0,7
Индекс напряжения, усл. ед.	50–110	117 ± 13
ИПФР, усл. ед.	40 и более	42,4 ± 1,2

Как следовало из полученных данных, большинство из приведенных в среднем по обследованной группе диспетчеров показателей находилось либо на крайней границе среднестатистической нормы, либо выходило за ее пределы, что является очередным свидетельством наличия снижения физиологических резервов той или иной степени у большинства обследованных лиц, а также косвенно отражает наличие признаков синдрома «профессионального выгорания».

Представленные данные, на наш взгляд, диктуют необходимость организации динамического наблюдения за состоянием физиологических резервов организма поездных диспетчеров в процессе длительного рабочего цикла. Важно подчеркнуть, что ежегодное медицинское обследование не дает полной информации о функциональных изменениях в организме в различные периоды деятельности, выявляя лишь достаточно грубые органические нарушения, следовательно, не дает возможности ранней профилактики таких нарушений, предотвращения развития критического снижения работоспособности.

Дальнейший анализ полученных данных позволил углубить представление о зависимости состояния УФР от стажа профессиональной деятельности в должности поездного диспетчера. Получаемую информацию мы с некоторым допущением расценивали как отражение влияния условий деятельности на соматический статус обследованных лиц. Следовательно, получаемая информация могла косвенно свидетельствовать о развитии синдрома «профессионального выгорания» у данной категории специалистов. С данной целью выборка была разделена на 3 группы в зависимости от стажа в должности поездного диспетчера: до 4 лет (группа 1), от 4 до 7 лет (группа 2), более 7 лет (группа 3). Результаты анализа представлены в табл. 3.

Таблица 3

Показатели функционального состояния поездных диспетчеров
в зависимости от профессионального стажа, (M ± m)

Показатель, ед. измер.	Группа (число наблюдений)		
	1 (n = 28)	2 (n = 40)	3 (n = 22)
Средний стаж, лет	2,9 ± 0,3	5,5 ± 0,3	8,3 ± 0,7
САД, мм рт. ст.	129,4 ± 2,0	138,8 ± 2,6*	142,2 ± 3,4**+
ДАД, мм рт. ст.	82,3 ± 1,6	85,3 ± 1,9	88,2 ± 3,1*
СДД, мм рт. ст.	98,0 ± 1,7	101,5 ± 2,1	106,2 ± 2,2**+
ЧСС, уд./мин	78,2 ± 2,1	79,5 ± 2,3	82,4 ± 2,2
Lf/Hf, отн. ед	1,9 ± 0,3	2,2 ± 0,3	2,7 ± 0,3*
Коэффициент выносливости, усл. ед.	7,3 ± 0,3	7,4 ± 0,4	8,1 ± 0,3*
Индекс напряжения, усл. ед.	103 ± 7	112 ± 7	136 ± 11***+
ИПФР, усл. ед.	57,4 ± 1,2	46,5 ± 1,1***	23,2 ± 0,9***+++
КЧСМ усл.ед.	42,4 ± 1,1	38,8 ± 1,1*	37,2 ± 1,4**
ЛППСМР	263,1 ± 5,2	265,7 ± 5,3*	277,1 ± 5,3*

Примечание: значимость различий показателей: по сравнению с группой 1 – * – p < 0,05, ** – p < 0,01, *** – p < 0,001; по сравнению с группой 2 – + – p < 0,05, ++ – p < 0,01, +++ – p < 0,001.

Как следует из данных таблицы, достоверные различия по представленным показателям зарегистрированы в основном при сопоставлении 1-й и 3-й групп. Однако по показателю ИПФР высоко достоверные различия отмечены между всеми сравниваемыми группами, что является дополнительным доказательством высокой «чувствительности» данного показателя. Характерно, что даже у лиц 1-й возрастной группы средние значения

ИПФР и большинства исследованных параметров находились в пределах нижней границы среднестатистической нормы, у лиц 2-й группы ИПФР выходил за границы нормы и находился на уровне «умеренного снижения физиологических резервов». Что касается наиболее опытной по стажу группы, то в среднем по данной группе ИПФР находился на границе предельно низких для здоровых лиц значений. Причинами указанных изменений УФР у лиц 3-й возрастной группы явились учащение ЧСС, централизация управления ритмом сердца (о чем свидетельствовали показатели ВСР), пограничная артериальная гипертензия, снижение толерантности к физической нагрузке.

Изучение психофизиологического состояния коркового представительства зрительного анализатора показало, что имеется достоверное различие значений КЧСМ между группами 1 и 2, а также группами 1 и 3, что свидетельствует о более оптимальных показателях подвижности процессов возбуждения в коре головного мозга у специалистов со стажем до 4 лет. Состояние двигательного анализатора характеризовалось достоверно лучшими значениями латентного периода ПСМР в группе 1 по сравнению с группами 2 и 3.

Подтверждение тому выводу, что негативное влияние на соматический статус поездных диспетчеров оказывает, прежде всего, трудовой стаж, а не возраст специалистов, было получено при проведении линейного корреляционного анализа между ИПФР, с одной стороны, возрастом обследованных и стажем в должности поездного диспетчера – с другой. Как показали результаты анализа, достоверная отрицательная корреляционная связь с ИПФР имеет место между обоими рассмотренными анамнестическими параметрами. Однако если сила связи между ИПФР и возрастом оказалась примерно сопоставимой с таковой для других контингентов обследованных здоровых лиц молодого и среднего возраста ($r = -0,47$, $p < 0,05$), то между стажем в должности и ИПФР величина коэффициента корреляции Пирсона была существенно большей ($r = -0,64$, $p < 0,001$). Следовательно, профессиональный стаж поездных диспетчеров оказывает выраженное отрицательное влияние на соматический статус специалистов, что вносит существенный вклад в процесс их «профессионального выгорания». Из литературных источников [5] известно, что средний стаж в должности поездного диспетчера не превышает 11–12 лет, причем многие специалисты (примерно 50–55 %) оставляют профессиональную деятельность именно в связи с развитием хронических патологических состояний внутренних органов (главным образом, системы кровообращения).

Заключение

Проблема «профессионального выгорания» остается актуальной для многих профессий. Предложенная автоматизированная система, предназначенная для решения задач динамического (скрингового) контроля функционального состояния специалистов в процессе профессиональной деятельности позволяет выявлять функциональные признаки ухудшения состояния и работоспособности. Полученные данные, по нашему мнению, убедительно свидетельствуют о выраженном отрицательном влиянии стажа профессиональной деятельности поездных диспетчеров на состояние и регуляцию физиологических функций, а также уровень физиологических резервов организма в целом. Полученные результаты исследования планируется использовать для доработки окончательного варианта автоматизированной системы, формируемых ею заключений и рекомендаций.

Литература

1. Баевский Р.М., Берсенева А.П. Введение в донозологическую диагностику. – М. : Слово, 2008. – 174 с.
2. Беляев В.Р. Сложная операторская деятельность и ее оптимизация // Военно-медицинский журнал. – 2010. – № 12. – С. 42–45.
3. Беляев В.Р., Зарубин А.А. Формирование организационно-штатной структуры круглосуточного медицинского диспетчерского пульта страховой компании на основании интенсивности входящего информационного потока // Вестник СПбГУ. – 2010. – Сер. 11, вып. 3. – С. 213–217.
4. Григорьева Н.Н. Психофизиология профессиональной деятельности [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.e-college.ru/xbooks/xbook116/book/index/index.html?go=index> (дата обращения 15.06.2020)
5. Журавлева О.П. Стрессоустойчивость и способность к оперированию информацией в структуре профессионально важных качеств поездных диспетчеров, обеспечивающих безопасность движения : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – СПб., 2005. – 24 с.
6. Загрядский В.П., Сулимо-Самуйлло З.К. Методы исследования в физиологии труда. – Л. : ВМЕДА, 1991. – 112 с.
7. Иванова Е.М. Психология профессиональной деятельности. – М. : ПЕР СЭ, 2006. – 382 с.
8. Лымаренко В.М., Леонтьев О.В. Исследование и оценка синдрома профессионального выгорания у участковых врачей поликлиник Санкт-Петербурга // Вестн. психотерапии. – 2019. – № 69 (74). – С. 79–96.
9. Лымаренко В.М., Леонтьев О.В. Баграмова С.А. [и др.] Особенности синдрома профессионального выгорания у врачей отделений скорой медицинской помощи // Вестн. психотерапии. – 2019. – № 68 (73). – С. 114–131.
10. Лытаев С.А., Александров М.В., Берзанцева М.С. Психофизиология. – СПб. : СпецЛит, 2018. – 256 с.

11. Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда (Р 2.2.2006-05)/ утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 29.07.2005 [Электронный ресурс] / Доступ из системы КонсультантПлюс (дата обновления 17.05.2020).

12. Таймазов В.А., Голуб Я.В. Психофизиологическое состояние спортсмена (Методы оценки и коррекции). – СПб. : Олимп СПб, 2004. – 400 с.

13. Hammond K.R. The effects of stress on judgment and decision making: An overview and arguments for a new approach. – Colorado : Boulder University of Center for Research on Judgment and Policy, 2007. – 108 p.

14. Lundberg U. On The Psychology of Stress and Health. – New York : Plenum Press, 2008. – 345 p.

Поступила 28.10.2020

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

Для цитирования. Беляев В.Р., Лымаренко В.М., Леонтьева М.О., Черная Ю.В. Профессиональное выгорание как проблема для сотрудников операторского профиля с напряженным графиком трудовой деятельности // Вестник психотерапии. 2020. № 76 (81). С. 97–108.

PROFESSIONAL BURNOUT AS A PROBLEM FOR OPERATORS WITH BUSY WORKING HOURS

Beliaev V.R.¹, Lymarenko V.M.², Leonteva M.O.³, Chernaya Yu.V.⁴

¹Insurance Department of Gazprom Transgaz St. Petersburg LLC (Warsaw Str., 3, corporation 2, St. Petersburg, Russia);

²Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Russia, St. Petersburg, Akademica Lebedev St., 4/2);

³Medical center «Sanavita» (Nauki Ave., 8, St. Petersburg, Russia);

⁴Saint-Petersburg University (21st line, 8 A, St. Petersburg, Russia).

✉ Valerii Robertovich Beliaev – PhD Med. Sci., Head of Insurance department Insurance Department of Gazprom Transgaz St. Petersburg LLC (Warsaw Str., 3, corporation 2, St. Petersburg, 196128, Russia);

Valerii Mihailovich Lymarenko – PhD Med. Sci., associate professor of Department of surgery and innovative technologies of the Institute DPO «Extreme Medicine», Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Akademica Lebedeva Str., 4/2, St. Petersburg, 1940044, Russia), e-mail: lymarenkovm@mail.ru;

Maria Olegovna Leonteva – doctor of the therapeutic department of the medical center «Sanavita» (Nauki Ave., 8, St. Petersburg, 195257, Russia), e-mail: lov63@inbox.ru;

Yulia Valerievna Chernaya – resident of the Department of Infectious Diseases, Epidemiology and Dermatovenereology of the Medical Faculty of Saint-Petersburg University (21st line, 8 A, St. Petersburg, 199034, Russia), e-mail: juliy_black@mail.ru.

Abstract. The work of the train dispatcher is characterized by a high level of responsibility and is associated with a large emotional burden. The purpose of the work is to evaluate the possibilities of using an automated functional state assessment system to identify signs of "professional burnout" of train dispatchers. A total of 90 train dispatchers aged 28-44 years were examined. The dynamics of the functional state and professional performance of train dispatchers was carried out using an automated system. The proposed automated system of control during professional activity allows to detect functional signs of deterioration of condition and operability of specialists.

Keywords: functional state, professional burnout, operator activity, physiological reserves, sensorimotor response.

References

1. Baevskij R.M., Berseneva A.P. Vvedenie v donozologicheskuyu diagnostiku [Introduction to donosological diagnostics]. Moskva. 2008. 174 p. (In Russ.)
2. Belyaev V.R. Slozhnaya operatorskaya deyatelnost i ee optimizaciya [Complex operator activity and its optimization]. *Voенno-medicinskij zhurnal* [Military medical journal]. 2010. N 12. Pp. 42–45. (In Russ.)
3. Belyaev V.R., Zarubin A.A. Formirovanie organizacionno-shtatnoj struktury kruglosutochnogo medicinskogo dispetcherskogo pul'ta strahovoj kompanii na osnovanii intensivnosti vkhodyashhego informacionnogo potoka [Formation of the organizational and staff structure of the round-the-clock medical dispatch panel of the insurance company based on the intensity of the incoming information flow]. *Vestnik SPbGU* [Bulletin of St. Petersburg State University]. 2010. Ser. 11, Vol. 3. Pp. 213–217. (In Russ.)
4. Grigoreva N.N. Psihofiziologiya professionalnoj deyatelnosti [Psychophysiology of professional activity] [Electronic resource]. URL: <http://www.e-college.ru/xbooks/xbook116/book/index/index.html?go=index> (In Russ.)
5. Zhuravleva O.P. Stressoustojchivost i sposobnost k operirovaniyu informaciej v strukture professionalno vazhnyh kachestv poezdnyh dispetcherov, obespechivayushhih bezopasnost dvizheniya [Stress tolerance and the ability to operate information in the structure of professionally important qualities of train dispatchers that ensure traffic safety] : Abstract Dis. ... PhD Psychol. Sci. Sankt-Peterburg. 2005. 24 p. (In Russ.)
6. Zagryadskij V.P., Sulimo-Samujllo Z.K. Metody issledovaniya v fiziologii truda [Research methods in the physiology of labor]. Leningrad, 1991. 112 p. (In Russ.)

7. Ivanova E.M. Psihologiya professionalnoj deyatel'nosti [Psychology of professional activity]. Moskva. 2006. 382 p. (In Russ.)

8. Lymarenko V.M., Leontev O.V. Study and evaluation syndrome professional burnout at doctors of primary outpatient department of St. Petersburg [Issledovanie i otsenka sindroma professional'nogo vygoraniya u uchastkovykh vrachej poliklinik Sankt-Peterburga]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2019. N 69. Pp. 79–96. (In Russ.)

9. Lymarenko V.M., Leontev O.V., Bagramova S.A. [et al.] Osobennosti sindroma professional'nogo vygoraniya u vrachej otdelenij skoroj meditsinskoj pomoshhi [Features syndrome professional burnout in doctors of ambulance service]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2018. N 68. Pp. 114–131. (In Russ.)

10. Lytaev S.A., Aleksandrov M.V., Berezanceva M.S. Psichofiziologiya [Psychophysiology]. Sankt-Peterburg. 2018. 256 p. (In Russ.)

11. Rukovodstvo po gigienicheskoj ocenke faktorov rabochej sredy i trudovogo processa. Kriterii i klassifikaciya uslovij truda (R 2.2.2006-05) [Manual on hygienic assessment of factors of working environment and labor process. Criteria and classification of working conditions (P 2.2.2006-05)]. [Elektronnyj resurs] / Dostup iz sistemy KonsultatnPlyus (data obnovleniya 17.05.2020). (In Russ.)

12. Tajmazov V.A., Golub Ya.V. Psichofiziologicheskoe sostoyanie sportsmena (Metody ocenki i korrekcii) [Psychophysiological state of the athlete (Methods of assessment and correction)]. Sankt-Peterburg. 2004. 400 p. (In Russ.)

13. Hammond K.R. The effects of stress on judgment and decision making: An overview and arguments for a new approach. Colorado. 2007. 108 p.

14. Lundberg U. On The Psychology of Stress and Health. New York. 2008. 345 p.

Received 28.10.2020

For citing. Beliaev V.R., Lymarenko V.M., Leonteva M.O., Chernaya Yu.V. Professionalnoe vygoranie kak problema dlya sotrudnikov operatorskogo profilya s napryazhennym grafikom trudovoj deyatel'nosti. *Vestnik psikhoterapii*. 2020. № 76. Pp. 97–108. (In Russ.)

Beliaev V.R., Lymarenko V.M., Leonteva M.O., Chernaya Yu.V. Professional burnout as a problem for operators with busy working hours. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2020. № 76. Pp. 97–108.

ПРОБЛЕМА КОМПЛАЕНТНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
(Россия, Москва, Большая Сухаревская пл., д. 3)

В статье приводятся данные современных зарубежных и отечественных исследований и анализ научных дискуссий относительно термина «комплаентность» (приверженность) и факторов, влияющих на уровень комплаентности у пациентов с хронической почечной недостаточностью. Проведен обзор современных методов диагностики и способов повышения уровня приверженности к лечению. Обосновывается необходимость разработки и внедрения методов диагностики и повышения комплаентности у пациентов на различных этапах трансплантации почки.

Ключевые слова: комплаентность, комплаенс, приверженность к лечению, трансплантация почки, хроническая почечная недостаточность, лист ожидания, трансплантация органов, психологическое сопровождение, диализ, гемодиализ.

Введение

Трансплантация жизненно важных органов является высокотехнологичным видом медицинской помощи, направленным на спасение жизни пациента в терминальной стадии заболевания. Международные регистры показывают рост количества трансплантаций. В 2018 году в мире было выполнено более 139 тысяч пересадок жизненно важных органов, что на 2,3 % больше, чем в 2017 году [4]. В России, по данным RusTransplant, в 2019 году было проведено 2219 трансплантаций взрослым: почки – 1373,

Лысенко Юлия Сергеевна – мед. психолог, мл. науч. сотр., Научно-исслед. ин-т скорой помощи им. Н.В. Склифосовского (Россия, 129090, Москва, Большая Сухаревская пл., д. 3), e-mail: juliachubukova@mail.ru;

✉ Микита Олеся Юрьевна – канд. психол. наук, зав. учеб. центром, науч. сотр. отд-ния трансплантации почки и поджелудочной железы, Научно-исслед. ин-т скорой помощи им. Н.В. Склифосовского (Россия, 129090, Москва, Большая Сухаревская пл., д. 3), e-mail: mikita-o@yandex.ru;

Пинчук Алексей Валерьевич – д-р мед. наук, зав. науч. отд-ем трансплантации почки и поджелудочной железы, Научно-исслед. ин-т скорой помощи им. Н.В. Склифосовского (Россия, 129090, Москва, Большая Сухаревская пл., д. 3);

Хубутия Могели Шалвович – академик РАН, д-р мед. наук проф., гл. трансплантолог, президент Научно-исслед. ин-та скорой помощи им. Н.В. Склифосовского (Россия, 129090, Москва, Большая Сухаревская пл., д. 3).

печени – 484, сердца – 337, легких – 25. Несмотря на увеличение количества проводимых операций, во всем мире отмечается нехватка донорских органов, а неуклонное прогрессирующее и развитие угрожающих жизни осложнений при хронической почечной недостаточности (ХПН) продолжают оставаться высокими. Ежегодно около 9400 человек находятся в «листе ожидания», ждут своей очереди на трансплантацию почки. На фоне длительного ожидания у пациентов с ХПН возникает множество психологических трудностей, требующих решения ряда клинико-психологических задач. Среди них оценка психологического статуса, эмоционального состояния, когнитивных нарушений, стратегий совладания со стрессовой ситуацией, ценностно-мотивационной сферы личности, поскольку все это может стать факторами некомплаентности (отсутствия приверженности к лечению) пациентов с ХПН до и после трансплантации.

Дискуссия относительно основного понятия комплаенса

В медицине не существует единого термина, обозначающего выполнение рекомендаций лечащего врача. В зарубежной и отечественной литературе чаще всего используется понятие «комплаенс». Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) трактует комплаенс, как «степень соответствия поведения пациента в отношении применения лекарства, выполнения рекомендаций по питанию или изменению образа жизни в соответствии с назначениями и указаниями врача» [20]. Во многих научных работах и публикациях [1, 21, 29] можно встретить использование тождественных понятий «соблюдение» (compliance), «приверженность» (adherence) и «соответствие/согласие» (concordance). Однако перечисленные термины неравнозначны, между ними есть некоторые различия. Понятие «комплаенс» оценивает правильность соблюдения пациентом рекомендаций в лечебно-диагностическом процессе (имеет оттенок пассивности поведения пациента по отношению к собственному лечению). Под «согласием» подразумевают принцип партнёрства, учитывается точка зрения пациента относительно проводимого лечения и терапевтического решения, рассматриваются взаимоотношения врача и пациента в настоящее время. «Приверженность к лечению» подразумевает свободу выбора между соблюдением и несоблюдением рекомендаций, с акцентом на соглашении между врачом и пациентом. В повседневной клинической практике эти понятия обычно считаются синонимичными и взаимозаменяемыми и понимаются как «точное выполнение пациентом всех рекомендаций врача, назначенных в рамках профилактики, лечения заболевания и реабилитации». Есть и другое

видение, например Urquhart et al. [29] считают, что весь процесс от начала до завершения лечения является комплаенсом, включающим в себя три фазы: 1) согласие пациента с планом лечения; 2) выполнение плана назначений; 3) прекращение лечения без учёта выполнения плана полностью или нет. Таким образом, оценка комплаенса становится проще, сравнивается «реальный» процесс с «назначенным» врачом.

Отсутствие комплаенса принято называть нон-комплаенсом. Проявления нон-комплаенса отличаются вариабельностью. По оценке ВОЗ, в индустриально развитых странах лишь около 50 % пациентов, страдающих хроническими заболеваниями, достаточно длительное время точно соблюдают врачебные рекомендации, в развивающихся странах этот показатель еще меньше [20]. ВОЗ выделяет пять групп факторов, обуславливающих нон-комплаенс (табл.1).

Таблица 1

Пять групп факторов, влияющих на комплаенс

Категории	Зона влияния
Социальные и экономические	Финансовое положение, низкий культурный уровень, безграмотность, пожилой возраст, удаленность от учреждения здравоохранения
Системные (связанные с системой здравоохранения)	Отношения «врач-пациент», возможности здравоохранения, длительность врачебной консультации, дистрибуция лекарственных препаратов
Связанные с болезнью	Степень тяжести симптомов, нагрузка, связанная с физическими страданиями, стадия прогрессирования болезни, коморбидность, наличие эффективной терапии
Обусловленные терапией	Сложность терапевтического режима, длительность лечения, затрудненный подбор терапии, нежелательные реакции на лекарственные препараты, неэффективность назначенной терапии
Обусловленные особенностями пациента	Страх перед нежелательными побочными эффектами, преждевременное прекращение лечения, необоснованные ожидания, забывчивость, знания (информация) о заболевании

Стоит отметить, что в указанных группах факторов не учитываются ментальные особенности пациентов, зачастую обусловленные их системой взглядов и представлений, а также влияние культуральных особенностей. По мнению Д.С. Данилова, к нон-комплаентному поведению относятся полный отказ от лечения, нерегулярный приём лекарств, самовольное изменение дозировки или прекращение приёма [5]. Bicalho P.R. и др. считают [21], что отсутствие комплаенса проявляется в недоверии врачу, перепроверке его действий, стремлении вносить коррективы в терапевтический

процесс, несоблюдении диеты, произвольной отмене терапии, преждевременной активизации больного в послеоперационном периоде.

Методы диагностики комплаенса

На сегодняшний день среди специалистов не существует единого мнения, как именно описывать комплаенс. В зарубежных исследованиях комплаенса часто используются опросники в виде интервью, представляющие собой самоотчеты пациентов. Проблемную область диагностики составляет включение в имеющиеся методики недостаточного количества вопросов, предлагаемых пациентам, что не позволяет в полной мере выявить уровень приверженности к лечению и учесть все предикторы комплаентности. В табл. 2. представлен сравнительный анализ специальных шкал и методов диагностики уровня комплаенса [9].

Н.В. Богатырев [1] предлагает четыре способа определения комплаенса: 1) оценка комплаенса на основе беседы врача с пациентом; 2) самоотчет пациента о принятии лекарств и выполнении рекомендаций; 3) учет лекарственных препаратов и проведенных манипуляций; 4) биохимический анализ.

Одним из острых вопросов относительно диагностики уровня комплаентности остается вопрос описания. Существуют две точки зрения: 1) описание комплаенса в виде бинарной характеристики «комплаенс–некомплаенс»; 2) количественное описание от 0 до 100 %. Мнения относительно количественного описания также разнятся, поскольку ряд авторов предлагает ориентироваться на следующие показатели: высокий уровень – более 80 %, средний – от 20 до 80 %, низкий – менее 20 %. С точки зрения Д.С. Данилова, высоким уровнем могут считаться показатели при соблюдении более 80 % рекомендаций, недостаточная приверженность – 60–70%, отсутствие приверженности – менее 60 % [5].

Таким образом, вопросы метода оценки, способа описания и определения уровня приверженности к лечению остаются открытыми. Рассмотрение способов оценки комплаенса в медицинской практике обусловлено проблемой приверженности пациентов, носит междисциплинарный характер и в практической деятельности наиболее эффективным представляется сотрудничество врача и клинического психолога. При построении психологического исследования необходимо опираться на объективные данные, полученные медицинскими работниками.

Таблица 2

Методы оценки комплаентности

Методы	Преимущества	Недостатки	Пути повышения надёжности
1. Распрос пациента в процессе клинической беседы	Простота и практичность	Необъективность, высокая вероятность ложных и социально-желательных ответов	Ведение дневников пациента, их незапланированный контроль
2. Подсчёт таблеток	Относительная простота	Нет информации о действительно принятых препаратах и соблюдении режима приема	Незапланированный контроль
3. Измерение концентрации препаратов или их метаболитов в жидкостях организма (в крови или моче)	Доказательство приема лекарств	Техническая сложность. Высокая стоимость. Отсутствие данных о регулярности приема. Не подходит для оценки лекарств, принимаемых несколько раз в течение дня	Комбинирование нескольких методов
4. Микроэлектронные устройства MEMS и eDEM	Точная количественная оценка комплаентности. Информация о режиме приема. Ежедневный мониторинг	Техническая сложность, высокая стоимость, отсутствие доказательства приема препаратов	Комбинирование методов
5. Шкала медикаментозного комплаенса (ШМК)	Позволяет выйти за пределы самоотчета пациента и сделать оценку комплаенса системной	Некорректно использование для здоровых людей. Одностороннее исследование комплаенса у человека	Комбинирование методов
6. Шкала Мориски-Грина (Morisky self-report Scale)	Затрачивается небольшое количество времени в силу небольшого количества вопросов	Поверхностное определение уровня комплаентности	Использование дополнительных, более подробных и специализированных шкал
7. Drug Attitudes Inventory (DAI)	Отражает три фактора, относящиеся к пациенту: его общие установки, субъективное самочувствие и ожидания, осознание болезни	Оперирует исключительно данными самоотчета пациентов	Использование дополнительных, более подробных и специализированных шкал

Факторы нон-комплаентности пациентов с ХПН

Проблема приверженности к лечению и соблюдения врачебных предписаний наиболее остро стоит в области трансплантологии. Пациентам с ХПН в большинстве случаев приходится сталкиваться с длительным ожиданием пересадки почки, от нескольких месяцев до нескольких лет. Проходя лечение гемодиализом, пациенты, находящиеся в листе ожидания, становятся зависимыми от медицинских процедур и лекарственных препаратов, нуждаются в постоянном наблюдении врачей и особом «охранном» режиме, щадящем образе жизни. В связи с этим от пациентов с ХПН требуется понимание сущности происходящего, всех преимуществ, которые дает трансплантация, а также всех возможных проблем и ограничений (медицинского, социального, психологического характера), которые могут возникнуть после пересадки почки.

Согласно рекомендациям Московского трансплантологического общества [4], при оценке психосоциальной пригодности пациента к трансплантации почки отдельное внимание необходимо обращать на несоблюдение медицинских рекомендаций, поскольку оно повышает риск развития отторжения и преждевременной дисфункции трансплантата и может стать одной из причин отказа в оперативном вмешательстве.

В современной литературе опубликовано большое количество исследований, посвящённых изучению отдельных факторов, оказывающих влияние на приверженность к лечению пациентов с хронической почечной недостаточностью. Согласно проведенным Васильевой И.А. исследованиям, от 40 до 64 % пациентов, находящихся на гемодиализе, не соблюдают водный и питьевой режим [2]. Автор также отмечает низкий уровень образования, низкий социальный и экономический статус, отсутствие социальной поддержки и наличие депрессии как факторы, приводящие к нон-комплаентному поведению. Для диализных пациентов с высоким уровнем комплаентности характерно наличие уверенности в возможности контролировать происходящие события, более высокий уровень самореализации и целеустремленности по сравнению с пациентами, склонными к нарушению медицинских рекомендаций и терапевтического режима. Кувшинова Н.Ю. и Мостовая Л.И. утверждают, что в послеоперационный период высокий уровень комплаентности достигается за счет достаточно сохранной когнитивной и эмоционально-волевой сферы пациента [12]. Благодаря этому пациенты могут конструктивно подойти к решению возникающих сложностей на этапе реабилитации, а также проконтролировать себя на уровне самоуправления и самоорганизации. По мнению Никольской Н.С., после

трансплантации возникает перестройка самопознания и формирование новых копинг-стратегий совладания с ситуацией болезни [18].

Для многих пациентов с ХПН преодоление психологических барьеров при отказе от сложившихся годами поведенческих стереотипов является достаточно серьезной проблемой, ведь трансплантация почки предполагает кардинальное изменение образа жизни в виде соблюдения строгой диеты, определенного уровня физической нагрузки, своевременного приема лекарств и прохождения необходимых медицинских процедур и обследований. Риск развития осложнений увеличивает любое отклонение от предписанных правил. В первые месяцы после трансплантации почки необходимо ограничение социальных контактов из-за приёма иммуносупрессивной терапии; пациенты становятся более подвержены вирусным и бактериальным инфекциям.

Большинство современных исследований подтверждают широкую распространённость депрессии среди пациентов с ХПН, при этом отмечается, что симптомы уремии и депрессии сходны (упадок сил, бессонница, апатия, снижение аппетита, немотивированная тревога) и определяют выживаемость данной нозологической группы пациентов [2, 27, 28]. Отмечается также появление сексуальных проблем и психозов вследствие метаболического дисбаланса [23, 24].

Согласно проведенному нами исследованию, психический статус и качество жизни 83 пациентов с ХПН, находящихся на разных стадиях трансплантации почки, значительно различаются [14, 15]. Изменение психологического статуса у пациентов с ХПН из листа ожидания, возникающее в виде ответной реакции на постановку диагноза, прохождение гемодиализной терапии и отсутствие психологической помощи, приводит к ухудшению их физического и психологического состояния, снижению качества жизни, изменению личностной структуры (ценностно-мотивационной и эмоциональной сфер, стратегий совладания со стрессом) и препятствуют достижению полноценного эффекта от лечения (снижение приверженности пациента к лечению). Они склонны компенсировать свое ухудшающееся физическое состояние интенсивностью социального функционирования с целью скорейшего разрешения ситуации болезни, а также переосмысливают свою жизнь, акцентируясь больше на том, что события, происходящие извне, определяют ход их жизни. Для пациентов после трансплантации почки характерно снижение их физического и эмоционального функционирования (тест «Качество жизни» SF-36), астенизации («Интегративный тест тревожности») при повышении удовлетворенностью

самореализацией (методика «Смысложизненных ориентаций»). Все вышеперечисленные особенности психического статуса пациентов с ХПН могут негативно сказываться на приверженности к лечению, особенностях терапевтического альянса и межличностных отношениях в целом, снижая удовлетворённость лечением в целом, а также качество терапии. Фиксация на ситуации болезни и сопутствующих ей ограничениях приводит к формированию социальной дезадаптации.

Принимая во внимание серьезные последствия нон-комплаентного поведения пациентов с ХПН, следует считать целесообразным организацию и проведение специальных мер, направленных на повышение уровня комплаентности. Можно распределить эти меры на 4 группы:

1. Психообразовательные проекты – обучение, информирование и консультирование пациентов, особенно групп риска нон-комплаенса, работа с родственниками;

2. Воздействие на поведение пациента – различные способы, помогающие пациентам вовремя принимать лекарства, сигналы и устройства, помогающие им в этом;

3. Мониторинг комплаенса – дневники пациентов, регулярный контроль основных показателей и т. д.

Таким образом, проблема изучения комплаентности пациентов с хронической почечной недостаточностью является актуальной в наши дни. Своевременная диагностика, мониторинг и купирование психологических факторов, ассоциированных с низким уровнем приверженности к лечению, позволит прогнозировать особенности медицинского поведения пациентов, определить «мишени» для психокоррекционных интервенций, направленных на профилактику и повышение уровня комплаенса на разных этапах трансплантации.

Литература

1. Богатырев Н.В. Понятие комплайенса и проблема измерения комплайенса // Известия Российского гос. пед. ун-та им. А.И. Герцена. – 2009. – № 116. – С. 260–265.

2. Васильева И.А. Качество жизни больных при лечении гемодиализом: биологические и психосоциальные факторы, методы оценки и подходы к коррекции : автореф. дис. ... д-ра психол. наук – СПб., 2010. – 49 с.

3. Вольская, Е.А. Пациентский комплаенс. Обзор тенденций в исследованиях // Ремедиум. – 2013. – № 11. – С. 6–15.

4. Данные RusTransplant [Электронный ресурс]. – URL: <https://rustransplant.com/statistika-po-peresadke-pochki/> (дата обращения: 17.09.2020).

5. Данилов Д.С. Терапевтическое сотрудничество (комплаенс): содержание понятия, механизмы формирования и методы оптимизации // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2014. – № 2. – С. 4–12.

6. Иевлев Е.Н., Казакова И.А. Комплексный анализ качества жизни у больных, находящихся на программном гемодиализе в Удмуртской республике // Нефрология. – 2015. – Т. 19, № 4. – С. 59–66.

7. Климушева Н.Ф., Баранская Л.Т., Шмакова Т.В. Психологические факторы развития трансплантологии [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2014. – № 4 (27). – URL: <https://doi.org/10.15825/1995-1191-2016-2-37-45> (дата обращения: 17.09.2020).

8. Климушева Н.Ф., Баранская Л.Т., Шмакова Т.В. Психологические факторы развития трансплантологии [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2014. – № 4 (27). – URL: http://mprj.ru/archiv_global/2014_4_27/номер/номер09.php (дата обращения: 17.09.2020).

9. Кадыров Р.В., Асриян О.Б., Ковальчук С.А. Опросник «Уровень комплаентности». – Владивосток : Мор. гос. ун-т, 2014. – 74 с.

10. Колсанов А.В., Харитонов Б.И., Мостовая Л.И., Кувшинова Н.Ю. Некоторые аспекты психологической работы в трансплантологической службе // Аспирантский вестник Поволжья. – 2014. – Т. 14, № 3–4. – С. 142–143.

11. Кремлева О.В. Проблемы некомплаентности в соматической клинике: тактика преодоления [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. научн. журн. – 2013. – № 4 (21). – URL: http://mprj.ru/archiv_global/2013_4_21/номер/номер11.php (дата обращения: 17.09.2020).

12. Кувшинова Н.Ю., Мостовая Л.И. Психосоматические реакции у больных хронической почечной недостаточностью // Материалы 1-й междунар. науч.-практ. конф. «Наука и образование», (Москва, 30 августа 2014 г.). – М. : Перо, 2014. – С. 10–12.

13. Кувшинова Н.Ю. Проблема приверженности терапии в различных областях медицины // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2015. – Т. 17, № 5 (3). – С. 1014–1020.

14. Микита О.Ю., Лысенко Ю.С. Качество жизни и смысложизненные ориентации пациентов с хронической почечной недостаточностью до трансплантации почки // Вестник психотерапии. – 2018. – № 67 (72). – С. 131–140.

15. Микита О.Ю., Хубутия А.Ш. Психологический статус и качество жизни пациентов с хронической почечной недостаточностью до и после трансплантации почки // Учен. зап. ун-та им. П.Ф. Лесгафта. – 2018. – № 12 (166). – С. 326–329.

16. Николаев Н.А., Скирденко Ю.П. Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25) // Клиническая фармакология и терапия. – 2018. – № 27 (1). – С. 74–78.

17. Николаев Н.А., Сидоренко Ю.П., Жеребилов В.В. Количественная оценка приверженности к лечению в клинической медицине: протокол, процедура, интерпретация // Качественная клиническая практика. – 2016. – № 1. – С. 50–54.

18. Никольская Н.С. Особенности самосознания больных в ситуации предельного витального риска : автореф. дис. ... канд. психол. наук, 2012. – 20 с.

19. Драпкина О.М., Ливзан М.А., Мартынов А.И. [и др.] Первый Российский консенсус по количественной оценке приверженности к лечению: основные положения, алгоритмы и рекомендации // Мед. вестник Северного Кавказа. – 2018. – Т. 13, № 1–2. – С. 259–271.

20. Adherence to long-term therapies. Evidence for action // World Health Organization. Geneva, 2003. – 110 p. – URL: https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/ (accessed 19.09.2020).

21. Bicalho P.R., Requião-Moura L.R., Borrelli M. [et al.] Adherence to medical appointments among living kidney donors after donation under a monitored approach and long-term clinical outcomes: a Brazilian single-center cohort study // *Transplant Proc.* – 2019. – Vol. 51, № 5. – P. 1563–1567. DOI: 10.1016/j.transproceed.2019.02.020.

22. Daniels G.B., Robinson J.R., Walker C.A. Adherence to treatment by African Americans Undergoing hemodialysis // *Nephrol. Nurs J.* – 2018. – Vol. 45, N 6. – P. 561–568.

23. Golfieri L., Gitto S., Vukotic R. [et al.] Impact of psychosocial status on liver transplant process // *Annals of Hepatology.* – 2019. – N 18. – P. 804–809. DOI: 10.1016/j.aohp.2019.06.011.

24. Kenawy A.S., Gheith O., Othman N. [et al.] Medication compliance and lifestyle adherence in renal transplant recipients in Kuwait // *Patient Preference and Adherence.* – 2019. – N 13. – Pp. 1477–1486. DOI: 10.2147/PPA.S209212.

25. Lin I.H., Wong T.C., Nien S.W. [et al.] Dietary compliance among renal transplant recipients: a single – center study in Taiwan // *Transplant Proc.* – 2019. – Vol. 51, N 5. – P. 1325–1330. DOI: 10.1016/j.transproceed.2019.02.026.

26. Medved V., Medved S., Skocic Hanzek M. Transplantation psychiatry: an overview // *Psychiatr. Danub.* – 2019. – Vol. 31, N 1. – P. 18–25. DOI: 10.24869/psyd.2019.18.

27. Park S., Kim M., Kim J.E. [et al.] Characteristics of kidney transplantation recipients over time in South Korea // *Korean J. Inter. Med.* – 2020. – Vol. 35, N 6. DOI: 10.3904/kjim.2019.292.

28. Sas C. The psychosocial evaluation is an essential part of the pretransplant workup for patients with end-stage renal disease: a social worker's perspective // *Health Soc. Work.* – 2019. – Vol. 44, N 3. – P. 208–211. DOI: 10.1093/hsw/hlz012.

29. Urquhart J. How much compliance is enough? // *Pharm. Res.* – 1996. – Vol. 13, N 1. – P. 10–11. DOI: 10.1023/A:1016004611847.

Поступила 17.09.2020

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

Для цитирования. Лысенко Ю.С., Микита О.Ю., Пинчук А.В., Хубутя М.Ш. Проблема комплаентности пациентов с хронической почечной недостаточностью // *Вестник психотерапии.* 2020. № 76 (81). С. 109–122.

THE PROBLEM OF COMPLIANCE IN PATIENTS WITH CHRONIC RENAL FAILURE

Lysenko Yu.S., Mikita O.Yu., Pinchuk A.V., Khubutia M.Sh.

Scientific Research Institute of Emergency Medicine of N.V. Sklifosovsky
(B. Sukharevskaya Square, 3, Moscow, Russia)

Yulia Sergeevna Lysenko – medical psychologist, junior researcher of the Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine (B. Sukharevskaya Square, 3, Moscow, 129090, Russia), e-mail: juliachubukova@mail.ru;

✉ Olesya Yurievna Mikita – PhD Psychol. Sci., chief of Educational center, researcher of kidney and pancreatic transplantation department of the Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine (B. Sukharevskaya Square, 3, Moscow, 129090, Russia), e-mail: mikita-o@yandex.ru;

Alexey Valerevich Pinchuk – Dr. Med. Sci., Head of the Scientific Department of Kidney and Pancreatic Transplantation of the of the Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine (B. Sukharevskaya Square, 3, Moscow, 129090, Russia);

Mogeli Shalvovich Hubutia – Academician of the Russian Academy of Sciences, Dr. Med. Sci. Prof., chief transplantologist, President of the of the Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine (B. Sukharevskaya Square, 3, Moscow, 129090, Russia).

Abstract. The article presents data from modern foreign and domestic research and analysis of scientific discussions regarding the term "compliance" (adherence) and factors affecting the level of compliance in patients with chronic renal failure. The review of modern diagnostic methods and ways to increase the level of adherence to treatment is carried out. The article substantiates the need to develop and implement diagnostic methods and improve compliance in patients at various stages of kidney transplantation.

Keywords: compliance, compliance, adherence to treatment, kidney transplantation, chronic kidney failure, waiting list, organ transplantation, psychological support, dialysis, hemodialysis.

References

1. Bogatyrev N.V. Ponyatie komplajensa i problema izmereniya komplajensa [The concept of compliance and the problem of measuring compliance]. *Izvestiya Rossijskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta im. A.I. Gercena* [Izvestia: Herzen University Journal of Humanities and Sciences]. 2009. N. 116. Pp. 260–265. (In Russ.)
2. Vasilyeva I. A. Kachestvo zhizni bolnyh pri lechenii gemodializom: biologicheskie i psihosotsialnye faktory, metody ocenki i podhody k korrakcii [Quality of life of patients treated with hemodialysis: biological and psychosocial factors, assessment methods and approaches to correction: specialty] : Abstract Dis. ... Dr. Psychol. Sci. Sankt-Peterburg. 2010. 49 p. (In Russ.)

3. Volskaya, E.A. Pacientskij komplajens. Obzor tendencij v issledovanijah [Patient compliance. Review of research trends]. *Remedium* [Remedy allowance]. 2013. N 11. Pp. 6–15. (In Russ.)

4. Dannye RusTransplant [RusTransplant data]. URL: <https://rustransplant.com/statistika-po-peresadke-pochki/> (In Russ.)

5. Danilov D.S. Terapevlicheskoje sotrudnichestvo (komplajens): sodержanie ponyatiya, mehanizmy formirovaniya i metody optimizacii [Therapeutic cooperation (compliance): content of the concept, mechanisms of formation and optimization methods]. *Nevrologiya, nejropsihiatriya, psihosomatika*. [Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics]. 2014. N. 2. Pp. 412. (In Russ.)

6. Ievlev E.N. Kompleksnyj analiz kachestva zhizni u bol'nyh, nahodyashhhsya na programmnom gemodialize v Udmurtskoj respublike [Complex analysis of quality of life in patients undergoing program hemodialysis in the Udmurt Republic]. *Nefrologiya* [Nephrology]. 2015. Vol. 19, N 4. Pp. 59–66. (In Russ.)

7. Klimusheva N.F., Marshall L.T., Shmakova T.V. Psihologicheskie faktory razvitiya transplantologii [Psychological factors in the development of Transplantology]. *Medicinskaya psihologiya v Rossii* [Medical psychology in Russia: electron. scientific journal]. 2014. N 4 (27). (In Russ.)

8. Klimusheva N.F. Psihologicheskie faktory razvitiya transplantologii [Psychological factors of development of Transplantology]. *Medicinskaya psihologiya v Rossii* [Medical psychology in Russia: electron. scientific journal]. 2014. N 4 (27). URL: http://mprj.ru/archiv_global/2014_4_27/nomer/nomer09.php (In Russ.)

9. Kadyrov R.V. Oprosnik "Uroven' komplajentnosti" ["Level of compliance"]. Vladivostok. 2014. 74 p. (In Russ.)

10. Nekotorye aspekty psihologicheskoy raboty v transplantologicheskoy sluzhbe [Some aspects of psychological work in the transplant service]. *Aspirantskij vestnik Povolzhya* [Postgraduate Bulletin of the Volga region]. 2014. Vol. 14, N 3–4. Pp. 142–143. (In Russ.)

11. Kremleva O.V. Problemy nonkomplajentnosti v somaticheskoy klinike: takтика preodoleniya [Problems of non-compliance in the somatic clinic: tactics of overcoming]. *Medicinskaya psihologiya v Rossii* [Medical psychology in Russia]. 2013. N 4 (21). URL: http://mprj.ru/archiv_global/2013_4_21/nomer/nomer11.php (In Russ.)

12. Kuvshinova N.Y. Psihosomaticheskie reakcii u bolnyh hronicheskoy pochechnoj nedostatochnostyu [Psychosomatic reactions in patients with chronic renal failure]. *Materialy I mezhdun. nauch.-praktich. konf. «Nauka i obrazovanie»* [Proceedings of the 1st international scientific and practical conference «Science and education»]. Moskva. 2014. P. 10–12. (In Russ.)

13. Kuvshinova N.Y. Problema priverzhennosti terapii v razlichnyh oblastyah mediciny [The problem of adherence to therapy in various fields of medicine]. *Izvestiya Samarskogo nauchnogo centra Rossijskoj akademii nauk*. [Proceedings of the Samara scientific center of the Russian Academy of Sciences]. 2015. Vol. 17, N 5 (3), Pp. 1014–1020. (In Russ.)

14. Mikita O.Yu. Kachestvo zhizni i smyslozhiznennyye orientacii pacientov s hronicheskoy pochechnoj nedostatochnostyu do transplantacii pochki [Quality of life and life-meaning orientations of patients with chronic renal failure before kidney

transplantation]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2018. N 67 (72). Pp. 131–140. (In Russ.)

15. Mikita O.Yu. Psihologicheskij status i kachestvo zhizni pacientov s hronicheskoj pochečnoj nedostatočnostyu do i posle transplantacii pochki [Psychological status and quality of life of patients with chronic renal failure before and after kidney transplantation]. *Uchenye zapiski universiteta im. P.F. Lesgafta* [Scientific notes of University named after P.F. Lesgaff]. 2018. № 12 (166). Pp. 326–329. (In Russ.)

16. Nikolaev N.A. Rossijskij universalnyj oprosnik kolichestvennoj ocenki priverzhennosti k lecheniyu (KOP-25) [Russian universal questionnaire for quantitative assessment of treatment adherence (COP-25)]. *Klinicheskaya farmakologiya i terapiya* [Clinical pharmacology and therapy]. 2018. N 27 (1). Pp. 74–78. (In Russ.)

17. Nikolaev N.A. Kolichestvennaya ocenka priverzhennosti k lecheniyu v klinicheskoj medicine: protokol, procedura, interpretaciya [Quantitative assessment of adherence to treatment in clinical medicine: Protocol, procedure, interpretation]. *Kachestvennaya klinicheskaya praktika* [High-quality clinical practice]. 2016. N 1. P. 50–54. (In Russ.)

18. Nikolskaya N.S. Osobennosti samosoznaniya bolnyh v situacii predelnogo vitalnogo riska [Features of self-awareness of patients in a situation of extreme vital risk: specialty] : Abstract Dis. ... PhD Psychol. Sci. Moskva. 2012. 20 p. (In Russ.)

19. Pervyj Rossijskij konsensus po kolichestvennoj ocenke priverzhennosti k lecheniyu: osnovnye položeniya, algoritmy i rekomendacii [The First Russian consensus on quantitative assessment of adherence to treatment: basic provisions, algorithms and recommendations]. *Medicinskij vestnik Severnogo Kavkaza* [Medical Bulletin of the North Caucasus]. 2018. Vol. 13, N 1–2. P. 259–271. (In Russ.)

20. Adherence to long-term therapies. Evidence for action // World Health Organization. Geneva, 2003. 110 p. URL: https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/

21. Bicalho P.R., Requião-Moura L.R., Borrelli M. [et al.] Adherence to medical appointments among living kidney donors after donation under a monitored approach and long-term clinical outcomes: a Brazilian single-center cohort study. *Transplant Proc.* 2019. Vol. 51, N 5. Pp. 1563–1567. DOI: 10.1016/j.transproceed.2019.02.020.

22. Daniels G.B., Robinson J.R., Walker C.A. Adherence to treatment by African Americans Undergoing hemodialysis. *Nephrol. Nurs J.* 2018. Vol. 45, N 6. Pp. 561–568.

23. Golfieri L., Gitto S., Vukotic R. [et al.] Impact of psychosocial status on liver transplant process. *Annals of Hepatology.* 2019. N 18. Pp. 804–809. DOI: 10.1016/j.aohep.2019.06.011.

24. Kenawy A.S., Gheith O., Othman N. [et al.] Medication compliance and lifestyle adherence in renal transplant recipients in Kuwait. *Patient Preference and Adherence.* 2019. N 13. Pp. 1477–1486. DOI: 10.2147/PPA.S209212.

25. Lin I.H., Wong T.C., Nien S.W. [et al.] Dietary compliance among renal transplant recipients: a single – nter study in Taiwan. *Transplant Proc.* 2019. Vol. 51, N 5. Pp. 1325–1330. DOI: 10.1016/j.transproceed.2019.02.026.

26. Medved V., Medved S., Skocic Hanzek M. Transplantation psychiatry: an overview. *Psychiatr. Danub.* 2019. Vol. 31, N 1. Pp. 18–25. DOI: 10.24869/psyd.2019.18.

27. Park S., Kim M., Kim J.E. [et al.] Characteristics of kidney transplantation recipients over time in South Korea. *Korean J. Inter. Med.* 2020. Vol. 35, N 6. DOI: 10.3904/kjim.2019.292.

28. Sas C. The psychosocial evaluation is an essential part of the pretransplant workup for patients with end-stage renal disease: a social worker's perspective. *Health Soc.Work.* 2019. Vol. 44, N. 3. P. 208–211. DOI: 10.1093/hsw/hlz012.

29. Urquhart J. How much compliance is enough? *Pharm. Res.* 1996. Vol. 13, N 1. P. 10–11. DOI: 10.1023/A:1016004611847.

Received 17.09.2020

For citing. Lysenko Yu.S., Mikita O.Yu., Pinchuk A.V., Khubutia M.Sh. Problema komplaentnosti pacientov s hronicheskoj pochechnoj nedostatochnostyu. *Vestnik psikhoterapii.* 2020. N 76. Pp. 109–122. **(In Russ.)**

Lysenko Yu.S., Mikita O.Yu., Pinchuk A.V., Khubutia M.Sh. The problem of compliance in patients with chronic renal failure. *The Bulletin of Psychotherapy.* 2020. N 76. Pp. 109–122.

ПОСТКОВИДНАЯ ПАРОСМИЯ В ПРАКТИКЕ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА

Университет при межпарламентской Ассамблее ЕврАзЭС
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Смольячкова, д. 14, к. 1, лит. Б);
Балтийская педагогическая академия
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Декабристов, д. 35).

В статье проанализированы современные данные, подтверждающие влияние коронавирусной инфекции нового типа COVID-19 на состояние центральной нервной системы человека. Особое внимание при этом уделено случаям развития изменения обоняния (паросмии), возникающим на фоне полного исчезновения специфической коронавирусной симптоматики, проявляющимся по прошествии двух и более месяцев после перенесенного заболевания и определяемым автором как «постковидная паросмия». Приводится авторская программа психокоррекционных методов воздействий на пациентов с данным видом нарушений, включающая в себя методы психотерапии, релаксационные техники, обонятельные тренировки.

Ключевые слова: постковидная паросмия, COVID-19, коронавирус, паросмия, психическое расстройство, коронавирусная инфекция нового типа, обонятельные нарушения.

Последние клинические данные подтверждают факт воздействия коронавируса нового типа COVID-19 на центральную нервную систему (ЦНС) человека, причем влияние оказывается как непосредственно самим вирусом, так и (даже в большей степени) через иммунный ответ организма. При этом отмечается «необычный характер выраженного воспаления», что отличает COVID-19 от других вирусных инфекций и «поднимает фундаментальные вопросы о патобиологии ЦНС инфекции SARS-Cov-2» [11].

По данным E. Liotta с соавт. [19], сопутствующая неврологическая либо психическая симптоматика выявляется в 82,3 % случаев заболевания коронавирусной инфекцией; при этом примерно у трети отмечаются головные боли, головокружение и энцефалопатия, в 16 % случаев выявлены изменения вкусовых (дисгезии) и в 12 % – изменение обонятельных ощущений (паросмии).

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

По информации Mazza M.G. с соавт., у 56 % перенесших COVID-19, спустя месяц после выздоровления выявлено по меньшей мере одно психическое расстройство, которое не было диагностировано до заболевания коронавирусом [22].

Большинство переболевших жалуются на тревожность (42 %), бессоницу (40 %), депрессию (31 %), при этом симптомы посттравматического стрессового расстройства и обсессивно-компульсивного расстройства обнаружены у 28 % и 21 % пациентов соответственно.

Одновременно с этим в отечественной практике второй половины 2020 года клинические психологи, наряду с вышеуказанными расстройствами, все чаще сталкиваются со случаями развития особого вида паросмии, возникающего на фоне полного исчезновения специфической коронавирусной симптоматики, спустя 2-3, а иногда и более месяцев после перенесенного COVID-19.

Ко второму полугодю 2020 года количество нарушений обоняния, возникновение которых фиксируется спустя продолжительное время после излечения от коронавирусной инфекции, стремительно увеличивается: на Телеграм-канале «Запахи/вкусы после COVID-19» [5] (декабрь 2020 года) зарегистрировано около 16 000 участников, предъявляющих данные жалобы (в качестве участников на канале оставляют лишь прошедших анкетирование и подтвердивших свои жалобы на изменение вкусовых и обонятельных ощущений после перенесенного коронавируса).

Непонимание природы возникновения данного нарушения, сомнения в жалобах пациента, насмешки со стороны близких, с одной стороны, и гипердиагностика несуществующих психических нарушений и неадекватная терапия – с другой приводят к возникновению у таких пациентов вторичного стрессового расстройства, что значительно ухудшает текущее состояние и приводит к заметному снижению качества жизни.

В настоящее время остается недостаточно изученным механизм воздействия вируса на нервную систему человека. Вместе с тем полное понимание механизма такого воздействия является критически важным для выработки адекватного плана психотерапевтической коррекции состояний, являющихся последствиями воздействия коронавирусной инфекции нового типа на человека.

Теоретически патопсихологические последствия инфицирования COVID-19 могут быть вызваны как собственно нейротоксическим действием инфекции, последующим иммунным ответом на проникновение в организм вируса, так и психологическими стрессами, обусловленными изо-

ляцией, негативным воздействием информации о распространении смертельной болезни, опасением за свою жизнь.

Вместе с тем нейровоспаления, нарушение нейротрансмиссии, гипоталамическая дисфункция надпочечников, активация микроглии [22] представляют собой, безусловно, явные пути возникновения патопсихологических изменений.

Нарушения работы легких во время заболевания и, как следствие, гипоксические процессы в мозге также могут спровоцировать развитие патопсихологических процессов.

По мнению П.А. Воробьева [6], ведущим синдромом инфекции COVID-19 является не поражение легких, а ковидный энцефалит. Вирусная инфекция нового типа повреждает стенки сосудов, в том числе и головного мозга, вызывая их воспаление и тромбообразование, развивается тромбоваскулит. Нарушается кровоток, что приводит к гибели нейронов. Множественными микротромбозами объясняют ряд возникающих при заболевании симптомов: головной боли, слабости, anosмии и дисгевзии, плаксивости, депрессии, бессонницы, сонливости, повышенной температуры, аритмии и др.

В свою очередь, доктор медицинских наук, психотерапевт М. Голубев полагает, что причиной психических нарушений при COVID-19 может являться интоксикация [3].

Шведские неврологи из Гетеборгского университета (Göteborgs Universitat) считают, что SARS-Cov-2 воздействует на мозг и нервную систему отлично от других вирусов: образцы спинномозговой жидкости пациентов с COVID-19, у которых наблюдались нарушения когнитивных функций, а также проблемы с психикой, продемонстрировали значительное повышение воспалительных маркеров, свидетельствующих об активации иммунных клеток головного мозга, при отсутствии маркеров, характерных для вирусного поражения ЦНС [11].

При этом группа британских ученых (Адам Хэмшир и др., 2020) считают, что даже легкие формы COVID-19 вызывают долгосрочные последствия для нервной системы. 84 000 выздоровевших после коронавируса нового типа пациентов прошли тестирование, определяющее уровень когнитивных способностей. По оценкам исследователей, интеллект выздоровевших пациентов, по сравнению с контрольной группой, «постарел» приблизительно на 10 лет, а когнитивные функции снизились, соответственно, в среднем на 65 %.

При этом в большинстве современных научных исследований речь идет о нарушениях психики в целом. Если же говорить о механизме возникновения нарушений собственно обонятельной функции, то, по версии ученых из Лондонского университета Сити и Университета Ридинга (Simon Gane, Jane Parker) [15], картина потери обоняния при воздействии нового коронавируса (SARS-CoV-2), значительно отличается от типичной картины потери обоняния при других инфекциях верхних дыхательных путей.

Потеря обоняния при COVID-19 происходит внезапно на фоне чистой носовой полости с последующим столь же внезапным восстановлением обоняния. В иных случаях обоняние возвращается в течение более длительного времени.

На основании изучения данных компьютерной и магнитно-резонансной томографий [12] исследователи предположили, что причиной anosмии при коронавирусной инфекции может являться двусторонняя обструкция обонятельной расщелины, которая встречается при данном заболевании сепарировано, без сопутствующих явлений носовой обструкции или ринореи.

При этом первоначальная гипотеза ученых о возможном поражении обонятельных нейронов не нашла своего подтверждения. Предположительно, вирус оказывает воздействие на sustentaculaрные клетки, оказывающие поддержку обонятельным нейронам.

Исследователи предполагают, что именно повреждение данного вида клеток и следующий за этим иммунный ответ и являются причиной появления отека обонятельной расщелины, который происходит при сохранном состоянии обонятельных нейронов. При спадении отека, соответственно, обоняние должно полностью восстанавливаться.

В случае же, если вирус вызвал более глубокие воспалительные процессы, могут быть повреждены, по мнению ученых, не только поддерживающие клетки, но и сами обонятельные нейроны. В данном случае восстановление обонятельной функций займет более продолжительное время, необходимое для регенерации нейронов в слизистой носа. Такой поступательный процесс восстановления может сопровождаться искажением обоняния – паросмией.

Версия британских ученых вполне может служить объяснением как появления anosмии в процессе протекания заболевания, вызванного COVID-19, внезапного восстановления обоняния спустя 7–14 дней, так и

длительного процесса восстановления хеморецепции, сопровождающегося явлением промежуточной паросмии.

Однако как следует в этом случае интерпретировать ситуацию с развивающейся паросмией у пациентов спустя несколько месяцев после исчезновения симптомов заболевания? Причем, в данном случае, речь не идет уже об утрате обоняния. Пациенты при этом описывают клиническую картину, характерную, в частности, для синдрома медиабазальных отделов височной области коры полушарий большого мозга.

Принимает ли участие в развитии данного патологического процесса обонятельный анализатор, или проблему следует искать уже непосредственно в лимбической системе и соответствующих отделах коры мозга? Данные вопросы на сегодняшний день остаются открытыми и требуют, без сомнения, дополнительных исследований.

Пока же полагаем, что необходимо отдельно выделять в исследованиях данный вид «отсроченной» паросмии, возникающей спустя продолжительное время после перенесенного заболевания, и, по аналогии с постковидным синдромом, определять его как «постковидную паросмию».

Возможно, в основе возникновения данного симптома лежит иная, отличная от первичных anosмии и паросмии, причина. Вторичное развитие паросмии может не быть связанным с первичной утратой обоняния в процессе перенесения заболевания, а последующие изменения могут носить и сочетанный характер [2, 7].

К сожалению, пациенты, жалующиеся на обонятельные нарушения такого вида, не всегда проходят актуальное медицинское обследование. Однако уже известно (о данных видах обследования заявляют более 200 человек) [5], что проведенные МРТ- и КТ-исследования не обнаруживают патологических изменений, так же как не выявлены и нарушения основных лабораторных показателей.

Уровень антител IgG пациентов (в тех случаях, когда данные исследования проводились – данные единичные) по данным собственных исследований, находятся в промежутке 5–20 ОЕ/мл при отсутствии антител IgM, что свидетельствует о невысоком уровне остаточного иммунитета.

Как правило, пациентов с данным видом нарушений направляют на консультацию к психологу, поскольку все специалисты сходятся во мнении о необходимости оказания психологической помощи в процессе реабилитации после перенесенного заболевания.

Б. Кошорова утверждает, что при всей опасности заболевания в период восстановления многое зависит от психологического состояния чело-

века. Психологическая реабилитация после COVID-19 является «чуть ли не более важной, чем лечение самого вируса» [9].

Прежде всего следует подчеркнуть, что практически все пациенты отмечают тяжелый, мучающий характер обонятельного нарушения, что косвенно может свидетельствовать о паросмии как о патопсихологическом расстройстве.

При начале психологического консультирования необходимо исключить сопутствующий постковидный синдром либо постковидную депрессию. В случае, если паросмия является не изолированным симптомом, следует подойти к коррекции нарушений системно, определив возможное взаимовлияние регистрируемых симптомов.

В работе психолога в условиях недостаточной информации о механизме нарушения тем не менее необходимо, по нашему мнению, реализовать следующую программу психокоррекционных воздействий.

1. При первой, диагностической беседе необходимо разъяснить пациенту возможные патофизиологические механизмы проявления симптома. Также на данном этапе рекомендуется выразить понимание субъективной тяжести переживания состояния, отметив при этом отсутствие необходимости агрессивного медикаментозного вмешательства во избежание излишней медикаментозной нагрузки на организм.

2. В качестве группы психологической помощи желательно использовать ресурс информационной сети интернет Телеграм-канал «Запахи/вкусы после COVID-19» [5], поскольку пациенты часто предъявляют жалобы на свое непосредственное окружение, которое не может понять их состояние, сомневается в психической адекватности, неуместно шутит, чем способствует ухудшению общего психологического состояния.

3. Отдельно имеет смысл обратить внимание пациента на публикации с хэштегом #Уменяпрошло и использовать их в качестве психотерапевтического фактора с целью настроить пациента на скорейшее выздоровление.

4. В процессе клинической работы рекомендуется, в зависимости от психотипа пациента, его общего состояния, эмоциональности и степени тревожности, использовать методы рациональной, когнитивной, телесно-ориентированной психотерапии.

5. Собственная клиническая практика демонстрирует также позитивные результаты при использовании в качестве вспомогательных методов релаксации, основанных на методике Джекобсона, арт-терапии и суггестивных техник.

6. В качестве отдельного пункта следует выделить использование так называемых обонятельных тренировок [1, 17]. Классическую методику рекомендуется дополнить требованием обязательной визуализации источника запаха. В случае повышенной тревожности у пациентов возможно использование в процессе тренировки предметов и понятий – опосредователей, а также применение метода ассоциаций.

Кроме вышеуказанного, важной мерой является, по нашему мнению, проведение дополнительных анализов с целью исключения возможной прелюдии нейродегенеративных и психических заболеваний, проявлением которых могла бы быть паросмия, поскольку долгосрочные последствия воздействия коронавирусной инфекции нового типа на организм человека еще не изучены.

Литература

1. Барабанова О.Н. Оптимизирующая роль обонятельной стимуляции растительными эфирными маслами в коррекции психофизиологических параметров организма студенток с сенсорными расстройствами и отклоняющимся поведением : дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 2008. – 167 с.

2. Борисенко Г.Н., Носуля Е.В. Особенности обонятельной дисфункции у больных с психическими расстройствами // Российская отоларингология. – 2008. – Т. 4, № 35. – С. 42–45.

3. Врачи предостерегли об опасности COVID-19 для психики и нервной системы [Электронный ресурс]. URL: <https://ria.ru/> <https://www.gazeta.ru/social/2020/05/06> (дата обращения: 01.12.2020).

4. Гусев Е.И., Мартынов М.Ю., Бойко А.Н. Новая коронавирусная инфекция (COVID-19) и поражение нервной системы: механизмы неврологических расстройств, клинические проявления, организация неврологической помощи // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2020. – Т. 120, № 6. – С. 7–16.

5. Запахи/вкусы после COVID-19. Группа для страдающих от последствий коронавируса (изменения запахов и вкусов). Telegram: Contact @poslecovida [Электронный ресурс]. URL: <https://ria.ru/> <https://t.me/poslecovida> (дата обращения: 02.12.2020).

6. МГНОТ: Как спасти жизнь больного с коронавирусной инфекцией [Электронный ресурс]. URL: <https://ria.ru/> <http://www.mgnot.ru/index.php?modl=art&gde=ID&f=21205&m=1> (дата обращения: 28.11.2020).

7. Морозова С.В., Савватеева Д.М., Петрова Е.И. Обонятельные расстройства у пациентов с нейродегенеративными заболеваниями // Неврологический журнал. – № 1. – 2014. – С.4–8.

8. Попелянский А.Я. Обонятельные дисфункции у больных с невротическими реакциями // Неврологический вестник. – 1996. – Т. XXVIII, вып. 1–2. – С. 35–36.

9. Постковидный синдром: что это такое и как вернуться к прежней жизни / Спутник, мобильная версия [Электронный ресурс]. URL: <https://ria.ru/m.ru.sputnik.kz> (дата обращения: 02.12.2020)
10. Berger J. COVID-19 and the nervous system // *Journal of NeuroVirology*. – 2020. – N 26. – P. 143–148.
11. Eden A., Kanberg N., Gostner J. [et al.] CSF biomarkers in patients with COVID-19 and neurological symptoms: A case series. – *American Academy of Neurology: Neurology* published online. October 1, 2020.
12. Eliezer M., Hautefort C., Hamel A. [et al.] Sudden and Complete Olfactory Loss of Function as a Possible Symptom of COVID-19 // *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. – 2020. – Vol. 146, N 7. – P. 674–675.
13. Eric M. Liotta, Ayush Batra, Jeffrey R. Clark [et al.] Frequent neurologic manifestations and encephalopathy-associated morbidity in Covid-19 patients // *Annals of Clinical and Translational Neurology*. – 2020. – Vol. 7, N 11. – P. 2221–2230.
14. Filatov A., Sharma P., Hindi F. [et al.] (March 21, 2020) Neurological Complications of Coronavirus Disease (COVID-19) // *Encephalopathy*. Cureus. 12 (3). e7352. doi:10.7759/cureus.7352.
15. Gane S., Parker J. Coronavirus: scientists uncover why some people lose their sense of smell // *The Conversation – The Conversation Trust (UK)*. – 2020.
16. Hampshire A., Trender W., Chamberlain S. Cognitive deficits in people who have recovered from COVID-19 relative to controls: An N=84,285 online study [Электронный ресурс]. URL: <https://ria.ru/> <https://doi.org/10.1101/2020.10.20.20215863> (дата обращения: 27.11.2020).
17. Hummel T. [et al.] Position paper on olfactory dysfunction. *Rhinology*. Supplement. – 2017. – Vol. 54, N 26. – P. 1–30.
18. Leonardi M., Padovani A., McArthur J. Neurological manifestations associated with COVID-19: a review and a call for action // *Journal of Neurology*. – 2020. – Vol. 267. – P. 1573–1576.
19. Liotta E., Batra A., Clark J. [et al.] Frequent neurologic manifestations and encephalopathy-associated morbidity in Covid-19 patients // *Annals of Clinical and Translational Neurology*. – 2020. – Vol. 7, N 11. – P. 2221–2230.
20. Mann N.M., Lafreniere D. Anosmia and nasal sinus disease // *Otolaryngol Clin North Am*. – 2004. – Vol. 37, N 2. – P. 289–300.
21. Mao L., Jin H., Wang M. [et al.] Neurologic manifestations of hospitalized patients with coronavirus disease 2019 in Wuhan, China // *JAMA Neurology*. – 2020. – N 77. – P. 683–690.
22. Mazza M.G., de Lorenzo R., Conte C. [et al.] Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. *Brain, Behavior, and Immunity*. – 2020. – N 89. – P. 594–600.
23. Natx A. Neurologic complications of coronavirus infections. *Neurology*. – 2020. – N 94. – P. 809–810.

Поступила 01.12.2020

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

POST-COVID PAROSMIA IN THE CLINICAL PSYCHOLOGIST PRACTICE

Vetrova T.V.

University associated with IA EAEC
(Smolyachkova Str., 14, to 1, lit. B, St. Petersburg, Russia);
Baltic Educational Academy
(Dekabristov Str., 35, St. Petersburg, Russia).

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

Abstract. The paper analyzed current data confirming the effect of coronavirus infection of a new type of COVID-19 on the state of the human central nervous system. Particular attention is paid to cases of developing a change in sense of smell (parosmia), arising against the background of the complete disappearance of specific coronavirus symptoms, manifesting two or more months after the disease and defined by the author as "post-ovoid parosmia." The author developed a program of psycho-correctional effects on patients with this type of disorders, which includes methods of psychotherapy, relaxation techniques, olfactory training.

Keywords: post-coronavirus parosmia, COVID-19, coronavirus, parosmia, mental disorder, coronavirus infection of a new type, olfactory disorders.

References

1. Barabanova O.N. Optimizirujushhaja rol obonjatelnoj stimuljacii rastitelnymi jefirnymi maslami v korrekcii psihofiziologicheskikh parametrov organizma studentok s sensornymi rasstrojstvami i otklonjajushhhimsja povedeniem [Optimizing the role of olfactory stimulation with plant essential oils in correcting the psychophysiological parameters of the body of female students with sensory disorders and deviating behavior] : Dis. ... PhD Med. Sci. Tomsk. 2008. 167 p. (In Russ.)

2. Borisenko G.N., Nosulja E.V. Osobennosti obonjatelnoj disfunkcii u bolnyh s psihicheskimi rasstrojstvami [Features of olfactory dysfunction in patients with mental disorders]. *Rossijskaja otolaringologija* [Russian otolaryngology]. 2008. Vol. 4, N 35. Pp. 42–45. (In Russ.)

3. Vrachy predosteregli ob opasnosti COVID-19 dlja psihiki i nervnoj sistemy [Doctors warned of the danger of COVID-19 to the psyche and nervous system] [Jelektronnyj resurs] URL: <https://www.gazeta.ru/social/2020/05/06>. (In Russ.)

4. Gusev E.I., Martynov M.Ju., Bojko A.N. Novaja koronavirusnaja infekcija (COVID-19) i porazhenie nervnoj sistemy: mehanizmy nevrologicheskikh rasstrojstv, klinicheskie pojavlenija, organizacija nevrologicheskoj pomoshhi [New coronavirus infection (COVID-19) and damage to the nervous system: mechanisms of neurological disorders, clinical manifestations, organization of neurological care]. *Zhurnal nevrologii i psihatrii im. S.S. Korsakova* [Journal of Neurology and Psychiatry named after S.S. Korsakov]. 2020. Vol. 120, N 6. Pp. 7–16. (In Russ.)

5. Zapahi/vkusy posle COVID-19. Gruppa dlja stradajushhih ot posledstvij koronavirusa (izmenenija zapahov i vkusov) [Smells/tastes after COVID-19. Group for those suffering from the effects of coronavirus (changes in odors and tastes)]. Telegram: Contact @poslecovida URL: <https://t.me/poslecovida> (In Russ.)

6. MGNOT: Kak spasti zhizn bolnogo s koronavirusnoj infekciej [MGNOT: How to save the life of a patient with coronavirus infection]. URL: <http://www.mgnot.ru/index.php?mod1=art&gde=ID&f=21205&m=1> (In Russ.)

7. Morozova S.V., Savvateeva D.M., Petrova E.I. Obonjatelnye rasstrojstva u pacientov s nejrodegenerativnymi zabolevanijami [Olfactory disorders in patients with neurodegenerative diseases]. *Nevrologicheskij zhurnal* [Neurological journal]. N 1. 2014. Pp. 4–8. (In Russ.)

8. Popeljanskij A.Ja. Obonjatelnye disfunkcii u bolnyh s nevrolicheskimii reakcijami [Olfactory dysfunctions in patients with neurotic reactions]. *Nevrologicheskij vestnik* [Neurological bulletin]. 1996. Vol. XXVIII. Iss. 1–2. Pp. 35–36. (In Russ.)

9. Postkovidnyj sindrom: chto jeto takoe i kak vernut'sja k prezhnjej zhizni [Post-shaped syndrome: what is it and how to return to your previous life]. *Sputnik, mobilnaja versija* [Satellite, mobile version]. URL: m.ru.sputnik.kz (In Russ.)

10. Berger J. COVID-19 and the nervous system. *Journal of NeuroVirology*. 2020. N 26. Pp. 143–148.

11. Eden A., Kanberg N., Gostner J. [et al.] CSF biomarkers in patients with COVID-19 and neurological symptoms: A case series. American Academy of Neurology: Neurology published online. October 1, 2020.

12. Eliezer M., Hautefort C., Hamel A. [et al.] Sudden and Complete Olfactory Loss of Function as a Possible Symptom of COVID-19. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2020 Vol.146, N 7. Pp. 674–675.

13. Eric M. Liotta, Ayush Batra, Jeffrey R. Clark, et al. Frequent neurologic manifestations and encephalopathy-associated morbidity in Covid-19 patients. *Annals of Clinical and Translational Neurology*. 2020. Vol.7, N 11. Pp. 2221–2230.

14. Filatov A., Sharma P., Hindi F. [et al.] (March 21, 2020) Neurological Complications of Coronavirus Disease (COVID-19). *Encephalopathy. Cureus*. 12 (3). e7352. doi:10.7759/cureus.7352.

15. Gane S., Parker J. Coronavirus: scientists uncover why some people lose their sense of smell. *The Conversation – The Conversation Trust (UK)*. 2020.

16. Hampshire A., Trender W., Chamberlain S. Cognitive deficits in people who have recovered from COVID-19 relative to controls: An N=84,285 online study. URL: <https://doi.org/10.1101/2020.10.20.20215863>.

17. Hummel T. [et al.] Position paper on olfactory dysfunction. *Rynology. Supplement*. 2017. Vol. 54, N 26. Pp. 1–30.

18. Leonardi M., Padovani A., McArthur J. Neurological manifestations associated with COVID-19: a review and a call for action. *Journal of Neurology*. 2020. Vol. 267. Pp. 1573–1576.

19. Liotta E., Batra A., Clark J. [et al.] Frequent neurologic manifestations and encephalopathy-associated morbidity in Covid-19 patients. *Annals of Clinical and Translational Neurology*. 2020. Vol. 7, N 11. Pp. 2221–2230.

20. Mann N.M., Lafreniere D. Anosmia and nasal sinus disease. *Otolaryngol Clin North Am*. 2004. Vol. 37, N 2. Pp. 289–300.

21. Mao L., Jin H., Wang M. [et al.] Neurologic manifestations of hospitalized patients with coronavirus disease 2019 in Wuhan, China. *JAMA Neurology*. 2020. N 77. Pp. 683–690.

22. Mazza M.G., de Lorenzo R., Conte C. [et al.] Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. *Brain, Behavior, and Immunity*. 2020. N 89. Pp. 594–600.

23. Natx A. Neurologic complications of coronavirus infections. *Neurology*. 2020. N 94. Pp. 809–810.

Received 01.12.2020

For citing. Vetrova T.V. Postkovidnaja parosmija v praktike kliničeskogo psihologa. *Vestnik psihoterapii*. 2020. N 76. Pp. 123–133. **(In Russ.)**

Vetrova T.V. Post-covid parosmia in the clinical psychologist practice. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2020. N 76. Pp. 123–133.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ГОТОВНОСТЬ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА К РАБОТЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ В ПЕРИОД ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ

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

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

Вирусные заболевания в период пандемии наносят значительный ущерб психическому здоровью как окружающим людям, так и медицинским работникам. Они непосредственно взаимодействуют с больными и потенциальными носителями инфекции, подвержены большому стрессу и имеют высокие риски возникновения неблагоприятных последствий для психического здоровья во время эпидемий и пандемий. Недостаточное внимание к вопросу профилактики и коррекции факторов психологической напряженности может достаточно быстро приводить к эмоциональному выгоранию и профессиональной деформации медицинских специалистов, ухудшению психологического климата в коллективе и снижению мотивации медицинского персонала. Проблемы профессионального стресса могут проявляться и у студентов-медиков, по мере их перехода от обу-

Попов Вячеслав Игоревич – д-р мед. наук проф., декан VII фак-та, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: vmeda_37@mil.ru;

Марченко Лариса Олеговна – науч. сотр. научно-исслед. отдела (медико-психол. сопровождения) Научно-исслед. центра Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: vmeda_37@mil.ru;

Левич Светлана Николаевна – ст. науч. сотр. научно-исслед. отдела (медико-психол. сопровождения), Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: vmeda_37@mil.ru;

✉ Юсупов Владислав Викторович – д-р мед. наук проф., нач. научно-исслед. отдела (медико-психол. сопровождения), Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: vmeda_37@mil.ru;

Исаева Елена Рудольфовна – д-р псих. наук проф., зав. каф. общ. и клин. психологии, Первый С-Петерб. гос. мед. ун-т им. акад. И.П. Павлова (Россия, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8);

Чернявский Евгений Александрович – адъюнкт научно-исслед. отдела (медико-психол. сопровождения), Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: vmeda_37@mil.ru.

чения посредством лекций и семинаров к клинической работе, ориентированной на помощь и уход за пациентами. На этом фоне происходит рост негативных переживаний студентов, вызванный нарастающим напряжением, снижением уверенности в себе и гуманистического отношения к больным. В исследовании установлено, что студенты медицинского университета чаще имеют акцентуации характера по психастеническому типу, склонность к депрессивному реагированию в стрессе, а также проявления индивидуалистичности мышления, по сравнению с курсантами военно-медицинского вуза. Выявление лиц с акцентуациями характера на начальном этапе обучения позволило определить слабые и сильные стороны студентов (будущих медицинских работников), чтобы разрабатывать мероприятия и программы психологического сопровождения по предупреждению развития профессионального стресса и профессионального выгорания, прогнозировать трудности, с которыми они могут столкнуться.

Ключевые слова: студенты, стресс, психологическая напряженность, эмоциональное выгорание, акцентуации характера.

Введение

В XXI веке инфекционные заболевания стали одной из основных угроз для общественного здоровья населения во всем мире. Эпидемии опасных вирусных заболеваний, кроме непосредственного физического и материального ущерба, наносят значительный ущерб психическому здоровью людей [13, 14].

Особой группой риска развития профессионального стресса являются медицинские работники, непосредственно взаимодействующие с больными и потенциальными носителями инфекции; имеется высокий прогноз возникновения неблагоприятных последствий для психического здоровья во время эпидемий и пандемий, включая вспышку COVID-19. Карантинные мероприятия, которые вводятся в связи с угрозой распространения инфекционного заболевания, – это сложные условия работы, которые требуют от специалистов медицинского учреждения самой высокой степени мобилизованности и самоотверженности. Появляются дополнительные трудности, усложняются технические условия работы. Меняются привычные связи врачей и других специалистов с их родными и близкими, с друзьями. Медицинские работники в «красной зоне» находятся в экстремальных условиях, по сути, это передний край обороны в борьбе за здоровье и безопасность многих тысяч людей [2].

Основными источниками психического напряжения у медицинских работников становятся: реальный риск заражения, вероятность заразить членов своей семьи и близких, высокая ответственность перед обществом, возлагающим на них эмоционально насыщенные надежды. Сильно затруд-

няют и отягощают их работу громоздкие и неудобные средства защиты, препятствующие полноценному отдыху.

В работе WenLu (2020) было отмечено, что у медицинского персонала чаще наблюдались беспокойство, страх и депрессия, чем у административного персонала. Те, кто работал непосредственно с пациентами в реанимационных и инфекционных отделениях, в 2 раза чаще испытывали тревожные и депрессивные симптомы по сравнению с немедицинским персоналом, практически не встречавшимся с пациентами с коронавирусом [12]. В исследовании YunChen (2020) было выявлено, что 18,1 % респондентов испытывали симптомы тревоги, а 29,5 % продемонстрировали симптомы депрессии. Респонденты, которые работали в отделениях с повышенным риском заражения, сообщили о более высоких показателях распространённости симптомов тревоги, сопровождаемой депрессией, чем респонденты, которые не имели такого опыта работы (показатели заболеваемости 31,6 % и 12,6 % соответственно) [10].

Согласно данным главы Федерального медико-биологического агентства Вероники Скворцовой, в мае 2020 г. из числа медицинского персонала, работающего в «красных зонах» – специализированных корпусах и отделениях стационаров, предназначенных только для больных с подтвержденным COVID-19 – 10 % страдали от депрессии и еще 10 % – от тревожных невротических расстройств.

Такие симптомы, как опустошенность, ощущение сниженного эмоционального фона, низкая эффективность сна, его фрагментация, доминирование фазы бодрствования в сочетании с сонливостью и психической усталостью являются проявлением недостаточно эффективного совладания с профессиональным стрессом, снижением стрессоустойчивости. Предполагается, что эмоциональное истощение предшествует развитию цинизма, деперсонализации, снижению достижений личности и часто преобладает над ними [3]. Этому способствуют такие черты личности и демографические характеристики, как низкая жизнестойкость, сниженные самооценка и эмпатия, нереалистично высокие ожидания, отношение к работе, требования к заработной плате, молодой возраст, статус одинокого человека, воспитывающего детей, семейный статус (холостые/неженатые), а также непрекращающиеся, быстро происходящие организационные изменения в коллективе.

Игнорирование или недостаточное внимание к вопросу профилактики и коррекции факторов психической напряженности достаточно быстро может приводить к эмоциональному выгоранию и профессиональной де-

формации медицинских специалистов, ухудшению психологического климата в коллективе и снижению мотивации медицинского персонала. С самого начала введения противоэпидемических мероприятий медицинскому персоналу очень важно актуализировать и использовать возможности самообладания, саморегуляции, самоорганизации и самоконтроля, которые являются важнейшим условием эффективности и профессионализма каждого сотрудника и коллектива в целом.

Успешность эффективной организации медицинской помощи во многом зависит от учёта медицинским персоналом своих индивидуальных психологических качеств и особенностей, и максимального их использования в потенциально экстремальных ситуациях.

Эмоциональное выгорание – это синдром, развивающийся на фоне хронического стресса и ведущий к истощению эмоционально-энергетических ресурсов работающего человека. Синдром возникает в результате накопления отрицательных эмоций без их «всплеска». Это опасное явление, так как не проходит кратковременно, а накапливается [5].

В процессе профессиональной деятельности стрессовые ситуации создаются динамичностью событий, необходимостью быстрого принятия решения, рассогласованием между индивидуальными особенностями, ритмом и характером деятельности. Факторами, способствующими возникновению эмоционального стресса в этих ситуациях, могут быть недостаточность информации, её противоречивость, чрезмерное разнообразие или монотонность, оценка работы как превышающей возможности индивидуума по объёму или степени сложности, противоречивые или неопределённые требования, критические обстоятельства или риск при принятии решения.

Проблемы профессионального стресса проявляются не только у медицинского работника с большим стажем работы, но и у студентов-медиков. Поскольку по мере их перехода от обучения посредством лекций и семинаров к клинической работе с больными, ориентированной на помощь и уход за пациентами, происходит рост негативных переживаний, вызванный нарастающим психическим напряжением, снижением уверенности в себе и гуманистического отношения к больным. Это может приводить к снижению качества оказываемой медицинской помощи и негативно влиять на здоровье и благополучие студентов-медиков. Психическое напряжение во время обучения в медицинском вузе может привести к выгоранию со значительными последствиями, особенно если выгорание продолжается в ординатуре и за ее пределами.

Студенты, работающие непосредственно с больными и участвующие в ночных дежурствах, более склонны испытывать выгорание из-за длительных часов, проведенных в больнице, и остроты переживаний практической работы. Существенного влияния частоты вызовов, числа обслуженных пациентов, проведения приема, консультаций на развитие выгорания не выявлено [11]. Некоторые данные свидетельствуют о наличии связи между выгоранием студентов-медиков и суицидальными наклонностями. Студенты, испытывающие выгорание в 2–3 раза чаще, в прошлом думали о самоубийстве. Тяжесть выгорания студентов-медиков была сильно связана с наклонностью к суициду, а также с депрессией и мыслями о прекращении обучения в вузе. Дегерсонализация, эмоциональное истощение и снижение профессиональных достижений были достоверными предикторами мыслей о суициде [9]. Эмоциональное истощение было значительно выше у студентов с психическими нарушениями [15]. Особенности личности также влияют на развитие выгорания студентов. Исследование шведских студентов-медиков показало, что импульсивность может быть связана с высоким риском нездорового поведения, отдалением от коллектива во время практики с последующим развитием выгорания [8]. 65,93 % студентов-медиков считают, что они не обладают достаточными знаниями и практическими навыками для успешной деятельности в условиях экстремальных ситуациях. Среди тех, кто считает себя неготовым к деятельности в условиях экстремальных ситуациях, 57,3 % отмечают неуверенность в собственных силах как основное качество, которое может помешать выполнять профессиональный долг [1].

Для адаптации студентов в ходе образовательного процесса к новым условиям обучения, формирования устойчивой учебной мотивации, профессиональной направленности, развития компетенций и профессионально важных качеств врача, повышения эффективности обучения и мотивации на дальнейшую работу по профессии врача необходимо психологические сопровождение студентов.

Психологическое сопровождение предполагает:

– анализ результатов психологического обследования студентов и определение лиц, требующих психологической помощи уже на начальном этапе обучения;

– регулярный мониторинг эмоционального состояния и личностных особенностей студентов на различных этапах обучения с целью раннего выявления тех, кто имеет трудности в адаптации, признаки нервно-

психической неустойчивости, склонность к девиантному, агрессивному или суицидальному типам поведения;

- коррекцию психоэмоциональных нарушений у студентов, испытывающих трудности в учебной и профессиональной адаптации, обучение студентов навыкам саморегуляции психоэмоционального и функционального состояний организма;

- исследование внутригрупповых межличностных процессов и разработку предложений по их коррекции;

- осуществление мероприятий по развитию компетенций и профессионально важных качеств будущих врачей путем проведения психологических тренингов, групповых и индивидуальных тематических занятий, направленных на повышение мотивационных установок к медицинской деятельности.

Как правило, основные проблемы, с которыми студенты обращаются к психологам, имеют свою специфику в зависимости от курса. Например, у студентов первых курсов возникают трудности, связанные с процессом адаптации к обучению в медицинском вузе. Поводом для обращения к психологу у студентов вторых-третьих курсов чаще всего является разочарование в выбранной специальности, снижение мотивации, потеря интереса к учебе. Для старших курсов становятся актуальными вопросы планирования профессиональной деятельности, выход во взрослую самостоятельную жизнь. Есть и проблемы, характерные для любого студента (повышенная тревожность, страхи, сниженное настроение, неадекватная самооценка, трудности принятия решения и т.д.), они также существенно влияют на эмоциональное состояние и на эффективность обучения [6].

В процессе обучения студенты медицинских образовательных организаций находятся в группе риска по формированию стрессовых состояний, так как адаптация к новым условиям деятельности приводит к значительным затратам, прежде всего физических ресурсов. Необходимость быстрой перестройки на иной режим сна и бодрствования, нерегулярное и несбалансированное питание, вредные привычки, длительное эмоциональное напряжение – все это приводит к ухудшению общего состояния здоровья.

В связи с вышесказанным становится очевидным, что проблема психической адаптации и стрессоустойчивости студентов медицинских вузов представляет собой важную область научных изысканий, расположенную на стыке различных отраслей знания, приобретающих в современных условиях всё большее значение.

Целью нашего исследования является оценка уровня стрессоустойчивости у курсантов и студентов медицинских вузов в процессе обучения в вузе в период эпидемиологического неблагополучия.

Материалы и методы

Для анализа уровня стрессоустойчивости в период эпидемиологического неблагополучия студентов медицинских вузов были обследованы студенты 1 курса медицинского университета (лечебного (n = 578) и стоматологического (n = 321) факультетов) и курсанты военно-медицинского вуза (n = 552) в возрасте 17–20 лет.

Для сравнительного исследования личностных особенностей студентов 1 курса лечебного и стоматологического факультетов медицинского университета и курсантов военно-медицинского вуза применялась методика «Адаптивность» (МЛО). Оценивались клинические шкалы профиля личности (первый уровень методики): достоверность (L), надежности (F), коррекции (K), невротического сверхконтроля (Hs), пессимистичности (D), эмоциональной лабильности (Hy), импульсивности (Pd), мужественности-женственности (Mf), ригидности (Pa), тревожности (Pt), индивидуалистичности (Sc), оптимистичности (Ma) и социальной интроверсии (Si) [7, 4].

Результаты и их анализ

В процессе исследований проведен анализ частоты встречаемости количества отклонений показателей шкал методики (выше нормативных значений) у студентов медицинского университета, курсантов военно-медицинского вуза. В таблице 1 в процентном отношении к общему количеству обследованных студентов и курсантов показана частота встречаемости отклоняющихся от референтных значений показателей личностных особенностей по методике МЛО «Адаптивность».

У части студентов медицинского университета и курсантов военно-медицинского вуза значения некоторых показателей выходят за пределы нормы, что указывает на некоторое снижение гармоничности личности – от умеренных значений (от 71 до 75 баллов), в пределах акцентуаций, – до значений, соответствующих избыточным, дезадаптивным (предболезненным) психологическим особенностям (от 75 и более).

Таблица 1

Частота встречаемости отклоняющихся от референтных значений показателей психологических особенностей личности у студентов медицинского университета и курсантов военно-медицинского вуза, (%)

Показатели	Медицинский университет				Курсанты военно-медицинского вуза	
	Лечебный (n = 578)		Стоматологический (n = 321)		(n = 552)	
	от 71 до 75 баллов	> 75 баллов	от 71 до 75 баллов	> 75 баллов	от 71 до 75 баллов	> 75 баллов
L	1,90	1,21	2,49	0,62	5,25	3,62
F	0,87	2,60	1,56	3,12	0,00	0,00
K	18,17	32,53	19,63	24,61	11,05	79,89
HS	3,98	7,09	1,25	6,85	0,18	0,00
D	5,19	12,63	3,12	14,64	0,18	0,18
HУ	6,06	2,25	4,67	4,36	0,00	0,00
PD	4,67	4,67	7,17	5,92	0,91	0,54
MF	9,00	2,77	12,46	2,49	0,54	0,18
PA	2,94	0,17	2,49	0,31	0,18	0,00
PT	25,09	11,42	20,87	13,40	3,44	0,72
SC	11,42	9,52	9,97	11,21	1,27	0,36
MA	7,61	3,46	11,53	4,67	0,72	0,36
SI	4,67	4,84	3,43	5,92	0,72	0,91

Частотный анализ числа лиц студентов лечебного факультета медицинского университета показал, что у студентов незначительное повышение по ряду показателей шкал достигает до 25 %. У четверти студентов выявлена умеренная выраженность акцентуации по психастеническому типу (25,09 %), у 11,4 % студентов наблюдаются умеренные показатели индивидуалистичности мышления. Они характеризуются склонностью к некоторой тревожности, постепенному накапливанию аффекта, переоценивают собственные достижения. Выраженные акцентуации характера по психастеническому типу наблюдаются у 11,42 % студентов лечебного факультета, склонность к депрессивным переживаниям – у 12,63 %, индивидуалистичность мышления – у 9,52 %. У людей с выраженными астеническими характерологическими особенностями это проявляется в: излишней тревожности по любым причинам; тенденции к тщательной перепроверке; неуверенности в себе и повышенном чувстве ответственности за неудачу и ошибки. У людей с выраженной склонностью к депрессивному реагированию наблюдается тенденция к неудовлетворительному самочувствию, из-

лишняя сензитивность (повышенная чувствительность, обидчивость), низкая устойчивость к психическим и физическим нагрузкам, неспособность быстро принимать самостоятельные решения. Люди с индивидуалистическими особенностями мышления характеризуются высокой избирательностью в контактах, замкнутостью, непредсказуемостью поступков и аутичностью (уходом из окружающей среды во внутренний мир).

При анализе студентов стоматологического факультета установлено, что умеренные признаки акцентуации характера по психастеническому типу выявлены у 20,87 % студентов, склонность к повышенному настроению и оптимизму – у 11,53 %. Студенты с умеренно выраженным психастеническим типом характеризуются склонностью к тревожности, постепенному накапливанию аффекта, переоценивают собственные достижения. Лица с умеренной выраженностью показателей по шкале оптимистичности характеризуются завышенной самооценкой, легкостью в принятии решений, некоторой несдержанностью, чрезмерной возбужденностью. Выраженные показатели акцентуации характера у студентов-стоматологов выявлены по психастеническому типу (13,40 %), выраженные показатели по уровню депрессивных переживаний наблюдаются у 14,64 % студентов, индивидуалистичности мышления – у 11,21 %.

У незначительного числа курсантов военно-медицинского вуза выявлена умеренная акцентуация по психастеническому типу (3,44 %), повышенные показатели по индивидуалистичности мышления (1,27 %) и импульсивности поведения (0,91 %). Курсанты с импульсивными чертами характеризуются высокой активностью и направленностью поведения на достижение результата, склонностью к повышенной агрессивности, риском проявления спонтанных реакций, направленных на реализацию ситуационных проявлений, ярко выраженными эмоциями. Очень редко встречаются в выборке курсантов выраженные показатели акцентуаций характера по психастеническому типу (0,72 %), социальная интроверсия (0,91 %), импульсивность поведения (0,54 %).

Выводы

Из выше приведённого анализа видно, что студенты медицинского университета чаще всего имеют акцентуации по психастеническому типу, склонность к депрессивному реагированию в стрессовых ситуациях, а также для некоторых характерна индивидуалистичность мышления. У курсантов также выявлены преобладание акцентуации по психоастеническому типу, но только значительно реже по сравнению со студентами-медиками

гражданского вуза. В связи с тем, что акцентуации характера усиливаются под влиянием профессиональных или организационных стрессов и способствуют социальной дезадаптации особенно в период эпидемиологического неблагополучия, можно предположить, что повышается вероятность снижения стрессоустойчивости, поскольку они находятся не только на стадии смены жизненного цикла (от учебы в школе к учебе в ВУЗе), но и в экстремальных условиях обучения, связанного с неблагоприятной эпидемиологической обстановкой, что также является для них серьезным стрессом.

Выявление лиц с умеренными и выраженными акцентуациями характера на начальном этапе обучения позволило определить слабые и сильные стороны нового поколения студентов. Что поможет спрогнозировать трудности, с которыми они могут столкнуться уже на первых этапах обучения: неумение планировать и организовать свое время, неразвитый диапазон навыков преодоления трудностей, неустойчивая самооценка, низкие стрессоустойчивость и психическая выносливость, неготовность нести длительные, информационно-насыщенные учебные нагрузки.

Поэтому с целью снижения развития профессионального стресса и выгорания важна помощь со стороны преподавателей, кураторов и специалистов в приобретении навыков саморегуляции, повышения стрессоустойчивости, в развитии коммуникативных навыков и уверенности в себе. Для решения этих задач университетская Психологическая служба разрабатывает различные виды и программы психологического сопровождения. Широкий спектр мероприятий по психологической и профилактической работе со студентами и несомненная востребованность подобного сопровождения в студенческой среде (запись ко всем специалистам проводится на месяц вперед, и, к сожалению, не каждый желающий успевает) диктует необходимость в расширении штата сотрудников Психологической службы.

Литература

1. Кириченко О.А., Еремина М.В. Формирование готовности к профессиональной деятельности в условиях экстремальных ситуаций у студентов медицинского университета // Межд. студенческий науч. вестник. – 2015. – № 2. – С. 177.
2. Рекомендации для медицинских работников, находящихся в условиях повышенных психоэмоциональных нагрузок в период пандемии COVID-19 / под ред. Н.В. Треушниковой, Е.В. Бачило, В.И. Бородина. – М.: НОЦСМТ, 2020. – 46 с.
3. Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Ялтонская А.В., Московченко Д.В. Эмоциональное выгорание врачей // Журнал для непрерывного медицинского образования. ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. – 2017, № 4. – С. 42–51.
4. Собчик Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности. – СПб.: Речь, 2009. – 224 с.

5. Федоткина И.В., Марченко Л.О., Вайгачева Л.В., Корзунин В.А. Проблема профессионального выгорания специалистов силовых структур // Актуальные проблемы психологии правоохранительной деятельности: концепции, подходы, технологии (Васильевские чтения – 2019) : мат. межд. научно-практ. конф. / под редакцией Ю.А. Шаранова, В.А. Шаповала. – 2019. – С. 349–352.

6. Юсупов В.В., Марченко Л.О., Левич С.Н., Старков А.В. Факторы психологической готовности студентов к обучению в медицинском вузе // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2018, № 2. – С. 29–34.

7. Юсупов, В.В. О психологическом сопровождении образовательного процесса // Пульс. – 2017. – № 3. – С. 5.

8. Dahlin M.E., Runeson B. Burnout and psychiatric morbidity among medical students entering clinical training: A three-year prospective questionnaire and interview-based study // BMC Med. Educ. – 2007. – Vol. 12, N 7. – P. 6.

9. Dyrbye L.N., Dyrbye L.N., Harper W. [et al.] Patterns of Distress in US Medical Students // Med. Teach. – 2011. – Vol. 33, N 10. – P. 834–839.

10. Chen Y., Zhou H., Zhou Y., Zhou F. Prevalence of self-reported depression and anxiety among pediatric medical staff members during the COVID-19 outbreak in Guiyang, China // Psychiatry Research. – 2020. – Vol. 288, June. – P. 113005. – URL: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113005>

11. Ishak W.W., Nikravesh R., Lederer S. Burn out in medical students: a systematic review // Clin. Teach. – 2013. – Vol. 10, N 4. – P. 242–245.

12. Lu W., Wang H., Lin Y., Li L. Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study // Psychiatry Research. – Vol. 288, June 2020. – P. 112936. – URL: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112936>

13. Mak W., Chu C.M., Pan P.C. [et al.] Risk factors for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in SARS survivors // Chan. Gen Hosp Psychiat. – 2010. – Vol. 32. – P. 590–598. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2010.07.007.

14. Recknor F., Gordon M., Coverdale J. [et al.] A Descriptive Study of United States-Based Human Trafficking Specialty // Clinics Psychiatr Q. – 2020. – Vol. 91, N 1. – P. 1–10. doi:10.1007/s11126-019-09691-8.

15. Guthrie E., Black D., Bagalkote H., Shaw C. Psychological stress and burnout in medical students: a five-year prospective longitudinal study // J. R. Soc. Med. – 1998. – Vol. 9, N 5. – P. 237–243.

Поступила 07.12.2020

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

Для цитирования. Попов В.И., Марченко Л.О., Левич С.Н., Юсупов В.В., Исаева Е.Р., Чернявский Е.А. Психологическая готовность медицинского персонала к работе по специальности в период эпидемиологического неблагополучия // Вестник психотерапии. 2020. № 76 (81). С. 134–147.

**PSYCHOLOGICAL READINESS OF MEDICAL PERSONNEL TO OCCUPATIONAL WORK
DURING THE PERIOD OF EPIDEMIOLOGICAL DISEASE**

**Popov V.I.¹, Marchenko L.O.¹, Levich S.N.¹, Yusupov V.V.¹,
Isaeva E.R.², Chernyavsky E.A.¹**

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

² Pavlov First St. Petersburg State Medical University
(Leo Tolstoy Str., 6–8, St. Petersburg, Russia).

Vyacheslav Igorevich Popov – Dr Med. Sci. Prof., dean of the VII faculty, Kirov Military Medical Academy (Academica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: vmeda_37@mil.ru;

Larisa Olegovna Marchenko – Researcher of the Scientific Research Department (medical-psychological support) of the Scientific Research Center, Kirov Military Medical Academy (Academica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: vmeda_37@mil.ru;

Svetlana Nikolaevna Levich – Senior Researcher of the Scientific Research Department (medical-psychological support) of the Scientific Research Center, Kirov Military Medical Academy (Academica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: vmeda_37@mil.ru;

✉ Vladislav Viktorovich Yusupov – Dr Med. Sci. Prof., the Head of the Scientific Research Department (medical-psychological support) of the Scientific Research Center, Kirov Military Medical Academy (Academica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: vmeda_37@mil.ru;

Elena Rudolfovna Isaeva – Dr Psy. Sci. Prof., the Head of the department Total and Clinical Psychology, Pavlov First St. Petersburg State Medical University (Leo Tolstoy Str., 6–8, St. Petersburg, 197022, Russia);

Evgeny Aleksandrovich Chernyavsky – Adjunct Research Institute (Ministry of Railways) of the Scientific Research Center, Kirov Military Medical Academy (Academica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: vmeda_37@mil.ru.

Abstract. Viral diseases during a pandemic cause significant damage to mental health, both for people around and for health care workers. They interact directly with patients and potential carriers of the infection, and are subject to great stress and have high risks of adverse mental health consequences during epidemics and pandemics. Insufficient attention to prevention and correction of psychological stress factors can quickly lead to emotional burnout and professional deformation of medical personnel, an impairment of the psychological climate in the team and a decrease in the motivation of medical personnel. Occupational stress problems may also appear in medical students as they move from teaching through lectures and seminars to clinical work focused on patient care and assistance. Against this background, there is an increase in the negative experiences of students, caused by growing tension, a decrease in self-

confidence and a humanistic attitude towards patients. The study revealed that the Medical University students often have the character accentuation of psychasthenic type, tendency to depressive response in a stressful situation, as well as the manifestations of individualistic thinking, compared with the cadets of military medical institution. Identification of persons with character accentuations at the initial stage of training allowed defining the strengths and weaknesses of students (future medical personnel) to develop measures and programs of psychological support to prevent the development of occupational stress and emotional burnout, to predict the difficulties they may face.

Key words: students, stress, psychological tension, emotional burnout, character accentuation.

References

1. Kirichenko O.A., Eremina M.V. Formirovanie gotovnosti k professionalnoj deyatel'nosti v usloviyah ekstremal'nyh situacij u studentov medicinskogo universiteta [Formation of readiness for professional activity in conditions of extreme situations among students of a medical university]. *Mezhdunarodnyj studencheskij nauchnyj vestnik* [International student scientific bulletin]. 2015. N 2. P. 177. (In Russ.)
2. Rekomendacii dlya medicinskih rabotnikov, nahodyashhihsya v usloviyah povyshennyh psihoemocionalnyh nagruzok v period pandemii COVID-19 [Recommendations for medical workers in conditions of increased psycho-emotional stress during the COVID-19 pandemic]. Ed. : Treushnikova N.V., Bachilo E.V., Borodin V.I. Moskva. 2020. 46 p. (In Russ.)
3. Sirota, N.A., Yaltonsky V.M., Yaltonskaya A.V., Moskovchenko D.V. Emocionalnoe vygoranie vrachej [Emotional burnout of doctors]. *Zhurnal dlya nepreryvnogo medicinskogo obrazovaniya. ORGZDRAV: novosti, mneniya, obuchenie* [J. Continuing Medical Education. ORGZDRAV: news, opinions, training]. 2017. N 4. P. 42–51. (In Russ.)
4. Sobchik L.N. Standartizirovannyj mnogofaktornyj metod issledovaniya lichnosti [A standardized multifactorial personality research method]. Sankt-Peterburg. 2009. 224 p. (In Russ.)
5. Fedotkina I.V., Marchenko L.O., Vaigacheva L.V., Korzunin V.A. Problema professionalnogo vygoraniya specialistov silovyh struktur [The problem of professional burnout of power structures specialists]. *Aktualnye problemy psichologii pravohranitel'noj deyatel'nosti: koncepcii, podhody, tehnologii* [Actual problems of the psychology of law enforcement: concepts, approaches, technologies]. Ed. : Yu. Sharanova, V.A. Shapoval. 2019. Pp. 349–352. (In Russ.)
6. Yusupov V.V., Marchenko L.O., Levich S.N., Starkov A.V. Faktory psichologicheskoy gotovnosti studentov k obucheniyu v medicinskom vuze [Factors of psychological readiness of students to study at a medical university]. *Zdorove, demografiya, ekologiya finno-ugorskih narodov* [Health, demography, ecology of the Finno-Ugric peoples]. 2018, N 2. Pp. 29–34. (In Russ.)
7. Yusupov, V.V. O psichologicheskom soprovozhdenii obrazovatel'nogo processa [On the psychological support of the educational process]. *Pulse*. 2017. N 3. P.5. (In Russ.)

8. Dahlin M.E., Runeson B. Burnout and psychiatric morbidity among medical students entering clinical training: A three-year prospective questionnaire and interview-based study. *BMC Med. Educ.* 2007. Vol. 12, N 7. P. 6.

9. Dyrbye L.N., Harper W., Durning S.J., Moutier C. Patterns of Distress in US Medical Students. *Med. Teach.* 2011. Vol. 33, N 10. Pp. 834–839.

10. Chen Yun, Zhou Hao, Zhou Yan, Zhou Fang Prevalence of self-reported depression and anxiety among pediatric medical staff members during the COVID-19 outbreak in Guiyang, China. *Psychiatry Research.* 2020. Vol. 288, June. P. 113005. URL: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113005>

11. Ishak W.W., Nikraves R., Lederer S. Burn out in medical students: a systematic review. *Clin. Teach.* 2013. Vol. 10, N 4. Pp. 242–245.

12. Lu Wen, Wang Hang, Lin Yuxing, Li Li Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Psychiatry Research.* Vol. 288, June 2020. P. 112936. URL: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112936>

13. Mak W., Chu C.M., Pan P.C. [et al.] Risk factors for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in SARS survivors. *Chan. Gen Hosp Psychiat.* 2010. Vol. 32. Pp. 590–598. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2010.07.007.

14. Recknor F., Gordon M., Coverdale J. [et al.] A Descriptive Study of United States-Based Human Trafficking Specialty. *Clinics Psychiatr Q.* 2020. Vol. 91, N 1. Pp. 1–10. doi: 10.1007/s11126-019-09691-8.

15. Guthrie E., Black D., Bagalkote H., Shaw C. Psychological stress and burnout in medical students: a five-year prospective longitudinal study. *J. R. Soc. Med.* 1998. Vol. 9, N 5. Pp. 237–243.

Received 07.12.2020

For citing. Popov V.I., Marchenko L.O., Levich S.N., Yusupov V.V., Isaeva E.R., Chernyavsky E.A. Psihologicheskaya gotovnost medicinskogo personala k rabote po specialnosti v period epidemiologicheskogo neblagopoluchiya. *Vestnik psikhoterapii.* 2020. N 76. Pp. 134–147. **(In Russ.)**

Popov V.I., Marchenko L.O., Levich S.N., Yusupov V.V., Isaeva E.R., Chernyavsky E.A. Psychological readiness of medical personnel to occupational work during the period of epidemiological disease. *The Bulletin of Psychotherapy.* 2020. N 76. Pp. 134–147.

ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ



75 лет

доктору медицинских наук

профессору

Артуру Александровичу

Александрову

Видный представитель отечественной школы психологии отношений, Артур Александрович Александров всю свою сознательную жизнь посвятил служению медицине.

После окончания Ленинградского педиатрического медицинского института и службы в Советской Армии Артур Александрович работал в Ленинградской психиатрической больнице им. И.И. Скворцова-Степанова в должности врача-ординатора. Затем в течение нескольких лет был сотрудником отделения подростковой психиатрии А.Е. Личко в Научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева, где закончил клиническую ординатуру и аспирантуру и защитил кандидатскую диссертацию о значении акцентуаций характера в клинике пограничных расстройств. В 1987 г. был приглашен на кафедру психотерапии Ленинградского ГИДУВа, возглавляемую проф. Б.Д. Карвасарским. В 1992 г. защитил докторскую диссертацию «Клинические основы групповой психотерапии при неврозах». В 1993 г. основал кафедру медицинской психологии в Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования, которой руководил до 2011 г.

Была в его насыщенной трудами биографии и стажировка в Германии – в психиатрической клинике Ментершвайге (Мюнхен) и психосоматической клинике г. Грененбах.

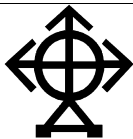
В настоящее время Артур Александрович – профессор кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии Северо-западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. Является вице-президентом Российской психотерапевтической ассоциации, членом нескольких редакционных коллегий журналов по психотерапии. Соруко-

водитель «секции психотерапии отношений» Профессиональной медицинской психотерапевтической ассоциации (ПМПА).

Врачебная практика и преподавательская деятельность не мешали, а скорее способствовали ему стать автором более 140 научных публикаций, в том числе книг: «Современная психотерапия» (1997), «Личностно-ориентированные методы психотерапии» (2000), «Психотерапия» (2004), «Аутогенная тренировка, релаксация, медитация» (2004), «Психодиагностика и психокоррекция» (ред.), (2008), «Интегративная психотерапия» (2009), «Основы кататимно-имагинативной психотерапии» (2010). Высокой оценки заслуживает его активное авторское участие в подготовке «Психотерапевтической энциклопедии» (под ред. Б.Д. Карвасарского), 1999.

В рамках диалогического подхода в психотерапии и психологического консультирования Артуром Александровичем разработан авторский метод «Аналитико-катартической терапии», основанный на синтезе психологии отношений В.Н. Мясищева, концепции внутренней речи Л.С. Выготского и теории полифонического сознания М.М. Бахтина. Теория и практическое применение метода описаны в монографии «Аналитико-катартическая терапия эмоциональных нарушений» (2-е изд. – СПб.: СпецЛит, 2017), а также в ряде статей журнала «Вестник психотерапии» (2016–2020 гг.)

Редакционная коллегия и редакционный совет журнала поздравляют своего коллегу, постоянного и уважаемого автора с 75-летием и желают творческого долголетия и новых профессиональных достижений. А прежде всего – здоровья и бодрости духа.



ЖУРНАЛ «ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ»
Редакционная коллегия

194352 Россия, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11,
тел. (812) 592-35-79, 923-98-01
e-mail: vestnik-pst@yandex.ru

Уважаемые коллеги!

Учредителем журнала «Вестник психотерапии» является Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Санкт-Петербург). Международный институт резервных возможностей человека (МИРВЧ, Санкт-Петербург), ранее являвшийся учредителем журнала, оказывает содействие в развитии, издании и обеспечении функционирования журнала.

Журнал издается с 1991 г. и является научным рецензируемым изданием, имеет **свидетельство о перерегистрации средства массовой информации** ПИ № ФС77-34066 от 07 ноября 2008 г., выданное Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций РФ. **Журнал включен в объединенный каталог «Пресса России» (индекс–15399)** и на всей территории РФ и СНГ проводится его подписка через почтовые отделения. Журнал выпускается 4 раза в год.

Журнал «Вестник психотерапии» включен в Перечень научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы результаты диссертаций на соискание ученых степеней кандидата и доктора наук (<http://vak.ed.gov.ru/87>) по научным специальностям и соответствующим им отраслям науки: 14.01.06 – Психиатрия (медицинские науки), 19.00.04 – Медицинская психология (медицинские науки), 19.00.04 – Медицинская психология (психологические науки). Основание: Распоряжение Минобрнауки России от 28.12.2018 № 90-р «О формировании Перечня рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук» (102 стр., № 391).

Желающие опубликовать свои научные материалы (статьи, обзоры, краткие информационные сообщения) **должны** представить их в редакцию журнала в текстовом редакторе WORD (не старше 2003 г.), шрифт Times New Roman, 14-й шрифт, межстрочный интервал полуторный, поля по 2,5 см с каждой стороны. Должны быть указаны фамилия, имя, отчество (полностью), ученая степень, ученое звание, должность и место работы автора (авторов), адрес (почтовый и e-mail) и телефон (телефоны). Статья должна быть подписана автором (авторами).

Материал статьи представляется по ГОСТу 7.89-2005 «Оригиналы текстовые авторские и издательские». Рекомендуемый объем статьи 10–20 стр. (28–30 строк на стр., до 70 знаков в строке). К статье должно быть приложено резюме (реферат), отражающее основное содержание работы, размером не менее ½ стр. Название статьи, реферат, ключевые слова, сведения об авторах, переводятся на английский язык. Англоязычное название места работы приводится в точном соответствии с Уставом учреждения. Диагнозы заболеваний и формы расстройств поведения следует соотносить с МКБ-10. Единицы измерений приводятся по

ГОСТу 8.471-2002 «Государственная система обеспечения единства измерений. Единицы величин». Список литературы оформляется по ГОСТу 7.05.2008 «Библиографическая ссылка ...». Независимо от количества авторов все они выносятся в заголовок библиографической записи.

Рукописи рецензируются членами редакционного совета или редакционной коллегии и ведущими специалистами данных областей медицины и психологии. При положительной рецензии поступившие материалы будут опубликованы. Представленные материалы должны быть актуальными, соответствовать профилю журнала, отличаться новизной и научно-практической или теоретической значимостью. Фактический материал должен быть тщательно проверен и подтвержден статистическими данными или ссылками на источники, которые приводятся в конце статьи. При несоответствии статьи указанным требованиям тексты рукописей не возвращаются.

Направление статьи в журнал является согласием автора (авторов) на размещение статьи или ее материалов (реферата, цитатных баз и др.) в отечественных и зарубежных реферативно-библиографических базах данных.

Телефон (812) 592-35-79, 923-98-01 – заместитель главного редактора – кандидат психологических наук доцент Мильчакова Валентина Александровна (e-mail: vestnik-pst@yandex.ru).

Полнотекстовые версии журнала размещены на официальных сайтах ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России <http://www.arcerm.spb.ru> и МИРВЧ <http://www.mirvch.com>, а также на сайте научной электронной библиотеки <http://www.elibrary.ru>.

Главный редактор журнала – доктор медицинских наук, доктор психологических наук профессор Рыбников Виктор Юрьевич (e-mail: rvikirina@mail.ru)

Научный редактор журнала – доктор медицинских наук Черный Валерий Станиславович (e-mail: 9297911@list.ru)

Журнал «Вестник психотерапии» зарегистрирован Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.

Журнал «Вестник психотерапии» издается с 1991 г.

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

Учредитель:

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий (ФГБУ «ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова» МЧС России).

Главный редактор – Рыбников Виктор Юрьевич.

Научный редактор – Черный Валерий Станиславович.

Корректор – Устинов Михаил Евграфович.

Индекс в объединенном каталоге «Пресса России» – 15399.

Адрес редакции: 194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д.11.

Адрес издательства и типографии: ООО «Политехника-сервис».

190005, г. Санкт-Петербург, Измайловский пр., д. 18-д.

тираж 500 экз.

цена – свободная

Отпечатано в типографии «Политехника-сервис»

с оригинал-макета заказчика.

190005, Санкт-Петербург, Измайловский пр., 18-д.

Подписано в печать 21.12.2020. Печать – цифровая.

Бумага офсетная. Формат 60/84¹/₁₆. Тираж 500 экз.

Объем 9,5 п. л. Заказ 40371.