

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

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

# Вестник ПСИХОТЕРАПИИ



**№84**

**Bulletin of Psychotherapy**

**2022**



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

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

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

### Апрельский семинар по психотерапии и практической психологии

В апреле 2023 году Институт психотерапии проводит значимое событие в Мире психотерапии — традиционной **19-й Санкт-Петербургский Апрельский семинар по психотерапии и практической психологии «Кризис в норме и патологии: психотерапия в лечении кризисных состояний и профилактике эмоционального выгорания».**

Тема кризиса, кризисных состояний и психотерапевтической помощи людям с кризисными расстройствами актуальны как никогда. В центре 19-го Апрельского семинара стоит идея исследования феномена психологического кризиса в его глубинном смысле, с анализом философских и методологических вопросов. Психологический кризис может явиться причиной глубоких переживаний, способствовать трансформации личности и запускать механизмы личностного роста. При патологическом развитии кризиса может нарушаться жизнедеятельность человека. Кризисные состояния являются основной психической травматизации и могут способствовать развитию психических расстройств, и в частности, формированию посттравматического стрессового расстройства.

Сегодня каждый психотерапевт должен быть готовым к работе с кризисными состояниями на всех этапах его развития. Современная психотерапия предлагает широкий арсенал методов работы с кризисными состояниями. И на Апрельском семинаре всех участников ждут серия семинаров по ключевым вопросам психологии и психотерапии кризисных состояний, линейка психотерапевтических групп, тренинг социального опыта, мастерские и мастер-классы!

Апрельский семинар – это глубокое проникновение в тему, а в этот раз это постижение сути кризисных явлений и методик кризисной психотерапии.

Даты проведения: 1-6 апреля 2023 года

Место проведения: Санкт-Петербург

Объем программы: 72 ч.

### Образовательные программы

Институт психотерапии предлагает программы повышения квалификации и профессиональной переподготовки:

- по психотерапии (для врачей и психологов);
- по клинической (медицинской) психологии (для психологов и врачей);
- по реабилитации пациентов с психическими расстройствами и зависимостями.

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

Оформить заявку на участие в Апрельском семинаре или на обучения, а также задать любые интересующие Вас вопросы можно, позвонив нам по номеру +7 812 467-47-90 или написав по адресу [client@ipmp-spb.ru](mailto:client@ipmp-spb.ru)  
Юридический адрес Института: 191014, г. Санкт-Петербург, пер. Басков, д. 32-34, стр. А литер, пом. 3Н.

Вебсайт: <https://ipmp-spb.ru/>

В 81 и 82 номерах Вестника психотерапии при оформлении обложки использовались художественные работы Петра Васильевича Москалева, созданные им при проведении арт-терапии.

В 82 и 84 номерах на обложке использовались художественные работы Лилии Ивановны Кабановой

## Учредитель

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

## Журнал зарегистрирован

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

## Индекс для подписки

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

## Импакт-фактор (2020) 0,608

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

Компьютерная верстка

С.И. Рожкова

Корректор Е.С. Степченко

Перевод Н.А. Мухина

Подписано в печать: 15.12.2022

Формат 60×84/8. Усл.-печ. л. 12,5

Тираж 500 экз. Заказ № 7610-1

Отпечатано в типографии

«Скифия-Принт», Санкт-Петербург,

197198, ул. Б. Пушкарская, д. 10

Дата выпуска в свет: 26.12.2022

Свободная цена

## Адрес редакции:

Россия, 194352, Санкт-Петербург,

Придорожная аллея, д. 11, лит. А

Тел. (812) 592-14-19,

8-911-923-98-01

e-mail: [vestnik-pst@yandex.ru](mailto:vestnik-pst@yandex.ru)

ISSN 0132-182X (print)

ISSN 2782-652X (online)

## СОДЕРЖАНИЕ

### Психотерапия

*Власов Н.А.*

Краткосрочная психотерапия при патологическом  
страхе заболеть COVID-19 и ковид-ипохондрией  
в условиях пандемии . . . . . 5

*Квитчастый А.В., Верещагина Д.А.*

Результаты адаптации Шкалы гипнабельности  
Элкинза в переводе на русский язык . . . . . 15

### Медицинская психология.

#### Клиническая психология.

*Багненко Е.С., Гриненко А.О.*

Уровень невротизации женщин  
с косметологическими проблемами кожи лица . . . . . 31

*Емельянова А.А.*

Теоретический анализ концепции адаптации  
применительно к медицинской психологии . . . . . 46

*Лановая А.М.*

Особенности эмпатии подростков с разным  
уровнем выраженности признаков проблемного  
использования социальных сетей . . . . . 56

*Улюкин И.М., Григорьев С.Г., Сечин А.А., Орлова Е.С.*

Психоневрологические особенности у пациентов  
с резидуальными нарушениями после перенесенной  
инфекции COVID-19 («Long COVID», «Long haulers  
COVID») и их возможные патофизиологические  
механизмы . . . . . 64

### Психиатрия

*Евдокимов В.И., Сиващенко П.П., Чернов Д.А.,*

*Шамрей В.К., Мухина Н.А.*

Сравнение показателей психических расстройств  
офицеров Вооруженных сил России и Республики  
Беларусь (2003–2020 гг.) . . . . . 75

*Цупко А.Р., Абабков В.А., Исурина Г.Л.*

Невротические расстройства: сравнительный анализ  
Международной статистической классификации  
болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го  
и 11-го пересмотра . . . . . 100

## **Главный редактор**

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

## **Редакционная коллегия**

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

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

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

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

*Мухина Наталия Александровна*, канд. мед. наук доцент  
(Санкт-Петербург, Россия)

## **Председатель редакционного совета**

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

## **Редакционный совет**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

# BULLETIN OF PSYCHOTHERAPY

N 84  
2022

Reviewed Research Journal

Quarterly published

## Founder

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

## Journal Registration

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

## Impact factor (2020) 0,608

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

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

Approved for press 15.12.2022 .  
Format 60×84/8.  
Conventional sheets 12.5.  
No. of printed copies 500.  
The publication 26.12.2022

## For correspondence:

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

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

## CONTENTS

### Psychotherapy

- Vlasov N.A.*  
Brief psychotherapy for pathological fear of getting  
COVID-19 and covid-hypochondria in a pandemic . . . . . 5
- Kvitchasty A.V., Vereshchagina D.A.*  
The results of the adaptation of the Elkins  
Hypnotizability Scale in translation into Russian . . . . . 15

### Medical psychology. Clinical psychology

- Emelianova A.A.*  
Theoretical analysis of adaptation concept with respect  
to medical psychology . . . . . 31
- Bagnenko E.S., Grinenko A.O.*  
The level of neuroticism in women with cosmetic skin  
problems . . . . . 46
- Lanovaya A.M., Fadeeva E.V.*  
Features of empathy among adolescents with different  
level of problematic social networks use . . . . . 56
- Ulyukin I.M., Grigoriev S.G., Sechin A.A., Orlova E.S.*  
Psycho-neurological features in patients with  
residual conditions after COVID-19 infection («Long  
COVID», «Long haulers COVID») and their possible  
pathophysiological mechanisms . . . . . 64

### Psychiatry

- Evdokimov V.I., Sivashchenko P.P., Chernov D.A.,  
Shamrei V.K., Mukhina N.A.*  
Comparing indicators of mental disorders among  
officers of the Armed Forces of Russia and the Republic  
of Belarus (2003–2020). . . . . 75
- Tsupko A.R., Ababkov V.A., Isurina G.L.*  
Neurotic disorders: a comparative analysis of the  
International Statistical Classification of Diseases and  
Related Health Problems 10th vs 11th revision . . . . . 100

### **Editor-in-Chief**

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

### **Editorial Board**

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

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

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

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

*Nataliya A. Mukhina*, PhD Med. Sci., Associate Prof. (St. Petersburg, Russia)

### **Editorial Board Chairman**

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

### **Members of Editorial Council**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Н.А. Власов

## КРАТКОСРОЧНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОМ СТРАХЕ ЗАБОЛЕТЬ COVID-19 И КОВИД-ИПОХОНДРИИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ

Российский государственный социальный университет (Россия, Москва, ул. В. Пика, д. 4, стр. 1);  
Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П.Б. Ганнушкина  
(Россия, Москва, ул. Потешная, д. 3)

*Актуальность.* Несмотря на то, что в настоящее время количество заболевших и умерших от коронавирусной инфекции, вызванной вирусом SARS-CoV-2, снижается во всем мире, влияние негативных последствий эпидемии на психику миллионов людей сложно переоценить. Пережитый стресс и возможные новые «волны» заболеваемости поддерживают актуальность оказания профессиональной помощи лицам, имеющим вызванные пандемией психологические проблемы.

*Цель* – анализ современных стратегий краткосрочной психотерапии при стрессовых состояниях, вызванных пандемией COVID-19.

*Методология.* Выполнен теоретический анализ основ трех ведущих направлений краткосрочной психотерапии и их применения в работе с патологическим страхом заболеть коронавирусом и при ковид-ипохондрией.

*Результаты и их анализ.* В статье представлены три модели оказания краткосрочной психологической помощи в ситуации пандемии COVID-19: краткосрочная стратегическая терапия, ориентированная на решение краткосрочная терапия и метод десенсибилизации и переработки движениями глаз (ДПДГ). Рассматриваются вмешательства на их основе при патологическом страхе заболеть COVID-19 и ковид-ипохондрией.

*Заключение.* В случае терапии страха перед заражением коронавирусом оптимальным является стандартный протокол метода ДПДГ, подразумевающий работу с негативным материалом из прошлого, настоящего и будущего. В случае терапии ковид-ипохондрией хорошие результаты демонстрирует протокол стратегической терапии, основанный на технике «Самообследование» в сочетании со значительной изоляцией от связанного с темой коронавируса информационного поля. Кроме того, в обоих случаях полезным будет актуализация психологических ресурсов для совладания со стрессом.

**Ключевые слова:** краткосрочная психотерапия, страх, ипохондрией, COVID-19, десенсибилизация и переработка движениями глаз.

**Методы краткосрочной психологической помощи.** Краткосрочная психологическая помощь (психотерапия) в нашем понимании – это психотерапия, продолжительность которой не превышает 20 сессий [2]. В настоящее время к ее методам относят гипнотерапию, краткосрочную страте-

гическую терапию, ориентированную на решение краткосрочную терапию, десенсибилизацию и переработку движениями глаз, когнитивно-поведенческую терапию и ряд иных модальностей [4]. В настоящей работе мы разберем первые три подхода из перечисленных.

✉ Власов Никита Анатольевич, канд. психол. наук, доц. каф. психологии, конфликтологии и бихевиористики, Рос. гос. соц. ун-т (Россия, 129226, Москва, ул. В. Пика, д. 4, стр. 1); мед. психолог, Психиатрич. клинич. больница № 4 им. П.Б. Ганнушкина (Россия, 107076, Москва, ул. Потешная, д. 3), e-mail: VlasovNA@rgsu.net

Краткосрочная стратегическая терапия (КСТ, BST). Данный метод был разработан итальянским философом науки и психологом Дж. Нардонэ (род. в 1958) в конце XX в. С философской точки зрения этот подход основан на системной теории, хотя в нем заметно влияние радикального конструктивизма, с психолого-психотерапевтической точки зрения на возникновение метода оказали влияние работы М. Эриксона [12], Дж. Хейли [34], Дж. Уикленда [33], П. Вацлавика [14], Р. Фиша [12], В. Рэя [13] и Р. Рабкина [29]. В рамках данного подхода патология психики хоть и может быть заложена в далеком прошлом, но поддерживается в настоящем благодаря ригидной перцептивно-реактивной системе – особой системе восприятия и поведения, которая не только формирует восприятие человеком себя и мира, но и сама поддерживает свое существование. Основным механизмом этой системы в рамках краткосрочного стратегического подхода считаются предпринятые попытки решения – устойчивые попытки решить нарождающуюся проблему, которые, иногда давая облегчения симптоматики на коротком временном промежутке, в итоге лишь поддерживают ее в отдаленной перспективе. П. Вацлавик указывает, что «...при определенных обстоятельствах проблемы будут возникать исключительно в результате неправильных попыток изменить существующую реальность» [1]. При существенном количестве повторений таких попыток патологическая перцептивно-реактивная система стабилизируется и становится ригидной, воспроизводя саму себя. Предпринятые попытки решения, как правило, не выбираются сознательно; они, особенно в начале, действуют кратковременно, приводят к облегчению состояния, что способствует быстрому закреплению по принципу научения [26].

Практика КСТ сфокусирована на блокировании предпринятых попыток решения с целью модификации ригидной перцептивно-реактивной системы клиента для повышения ее адаптивного потенциала [27]. Одним из основных инструментов стратегической терапии являются специально

созданные структурированные домашние задания, которые позволяют не только быстро добиться видимого прогресса в работе, но и сильно сэкономить затрачиваемое на сессии время. Стратегический подход относится к директивным методам [4]. Это означает, что ведущую роль в терапевтическом процессе играет специалист, он же и несет ответственность за результат. «Стратегический» означает «целенаправленный», то есть такая терапия имеет определенную, четко очерченную цель, на достижение которой и ориентированы все производимые вмешательства. В рамках данного подхода были разработаны протоколы для психотерапии семейных проблем [28], фобий [32], депрессии и расстройств пищевого поведения [26].

Ориентированная на решение краткосрочная терапия (ОРКТ, SFBT). Данный метод был разработан в последней четверти XX в. американскими психологами И.К. Берг (1934–2007) и С. де Шейзером (1940–2005). В духе позитивной психологии они решили отойти от привычной для большинства специалистов клинической методологии и сфокусироваться не на проблемах клиента, а на их решениях. Согласно такой точке зрения «закапывание» в проблему не только не способствует ее решению, но и усугубляет ее. Основываясь на философии языка и конструктивизме [31], ОРКТ ставит во главу угла специфический язык, который условно можно назвать «неклиническим дискурсом» в противовес «клиническому дискурсу», используемому в психиатрии и психоанализе.

Клинический дискурс подразумевает фокусировку на проблеме, исследование неудач в прошлом, обсуждение недавнего ухудшения состояния, объяснение клиенту природы его проблемы, акцент на слабых сторонах и недостатках (дефицитах), перекалывание ответственности на клиента или его близких [8]. В противоположность такой позиции неклинический дискурс включает в себя определение целей изменений, исследование успехов в прошлом, акцент на будущем, обсуждение недавнего улучшения состояния, объяснение прогресса, фокусировку на сильных сторонах и ресурсах, а так-



же оценивание самого клиента и других как способствующих позитивным изменениям [8]. В ориентированном на решение подходе стараются отойти от клинического дискурса в пользу неклинического, но не потому, что специалисты такой ориентации «боятся» патологии, а потому что не считают фокусировку на проблеме продуктивной в плане стимулирования улучшений.

Работа в ориентированном на решение стиле означает изменение «языковых игр» клиента, стимулирование развития нового, позитивного мышления, поддержание надежды на положительные изменения [30]. Вместе с терапевтом клиент конструирует желаемое будущее, зачастую существенно отличающееся от «проблемного» настоящего. Большой акцент делается на актуализации ресурсов (социальных, телесных, связанных с природой и творчеством и др.). Подход показал свою эффективность не только в работе с такими распространенными запросами, как улучшение качества жизни и достижение желаемых целей [10], но и с такими клиническими проблемами, как суицидальное поведение [16] и алкоголизм [25]. Проведенное в 2020 г. исследование эффективности онлайн-формата ОРКТ в работе с подростками в условиях пандемии COVID-19 показало значимое клиническое ослабление симптомов тревоги у участников по сравнению с контрольной группой [9].

Метод десенсибилизации и переработки движениями глаз (ДПДГ, EMDR). Данный подход был разработан американским психологом Ф. Шапиро (1948–2019) в конце XX в. В основе подхода лежит допущение о наличии у человека особой адаптивной системы переработки информации, которая позволяет ему справляться с психотравмирующими переживаниями [7]. Любое живое существо рано или поздно сталкивается с сильным стрессом, и, для того чтобы пережить это негативное воздействие, ему необходим особый механизм, обеспечивающий такую саморегуляцию. Шапиро предположила, что таким механизмом и является адаптивная система переработки информации.

На сегодняшний день известно, что поступающая, обрабатываемая и сохраняемая информация из внешней и внутренней сред кодируется в нейронных сетях головного мозга человека. С точки зрения выживания индивида «позитивная» информация используется как «ресурс» для психики, а «негативная», после выполнения своей основной функции (предупреждение, спасение и т.п.), должна быть ассимилирована. У здорового человека адаптивная система переработки информации активируется в фазе быстрого сна и трансформирует воспоминания о негативных событиях, снижая их влияние на психику и тело [4].

Но бывает и такие случаи, например при посттравматическом стрессовом расстройстве, когда психотравмирующее воздействие оказывается чрезмерно сильным и адаптивная система переработки информации не в состоянии совершить необходимую переработку самостоятельно. В таком случае травматичная информация «застревает» в нейронных сетях головного мозга и не происходит ее ассимиляция, а человек оказывается в плену бесконечного кошмара, переживая вновь и вновь «флешбеки», связанные с негативным событием. Психотравмирующий опыт не только вызывает негативные эмоции, но и формирует искаженную «Я-концепцию» [3].

Суть метода десенсибилизации и переработки движениями глаз заключается в целенаправленном запуске процесса переработки воспоминаний о негативных событиях при помощи билатеральной стимуляции (как при помощи движений глаз, так и посредством постукиваний по определенным частям тела или произведение щелчков около ушей клиента) [20]. ДПДГ может использоваться и как самостоятельный подход в работе с пациентами с посттравматическим стрессовым расстройством и другими психогенно обусловленными расстройствами (такими как расстройства пищевого поведения [21], комплексное посттравматическое стрессовое расстройство [18] и др.), и как дополнение к другим методам. Опубликованные в этом году результаты исследования эффектив-

ности метода в онлайн-формате показали, что ДПДГ позволяет существенно улучшить состояние клиентов в ситуации пандемии COVID-19: выраженные позитивные изменения произошли у всех 93 испытуемых (с ними работали 33 терапевта), которые затем более не обращались за психологической помощью [25].

**Страх перед заражением коронавирусом и краткосрочная психологическая работа с ним.** В данном случае речь идет о выраженной тревоге, вызванной опасениями перед инфицированием. Источниками проблематики такого рода могут быть собственный опыт болезни COVID-19, опыт болезни и/или смерти близких, нагнетаемая средствами массовой информации и социальными сетями атмосфера паники, наблюдение за страданиями других. На когнитивном уровне у таких людей присутствуют убеждения и мысли о неизбежности заражения («это точно случится со мной!») и катастрофичности его последствий («заболев, я точно умру!»). Для эмоционального уровня таких лиц характерно преобладание аффекта тревоги и страха, что сопровождается соответствующими телесными проявлениями, такими как учащенное сердцебиение, мышечное напряжение и др. На поведенческом уровне вырабатываются три основные стратегии снижения своей тревоги [24]:

1) избегание мест и ситуаций, в которых повышается риск заболеть (таких как общественный транспорт);

2) контроль, причем как предупредительного типа (носить респиратор вместо маски и несколько пар перчаток и др.), так и исправительного (долго и тщательно мыть руки, постоянно носить с собой и использовать антисептик и др.);

3) сочетание двух первых стратегий (избегание в сочетании с контролем). Недавние исследования показывают, что страх перед заражением COVID-19 связан с такими расстройствами и синдромами, как депрессия, посттравматическое стрессовое расстройство, острое стрессовое расстройство, гнев, бессонница, раздражительность и эмоциональное истощение [23].

Оптимальная (с точки зрения затраченного времени и полученного эффекта) краткосрочная психотерапевтическая помощь в таком случае может включать в себя психотерапию, основанную на технике экспозиции. Однако в отличие от работы с другими тревогами и страхами, такими как канюфобия или аэрофобия, здесь конфронтация с «самым страшным» зачастую вызывает у пациентов сопротивление по причине их опасений «накликать беду», то есть увеличить риск заражения, представляя, как это случится. Эта проблема может быть решена при помощи применения протокола ДПДГ, разработанного для терапии фобий группой нидерландских специалистов во главе с Э. де Йоном [22]. Он состоит из трех смысловых блоков, внутри которых расположены различные «мишени»: переработка травмирующего материала из прошлого (такого как собственная болезнь и болезнь и/или смерть близких), переработка беспокоящего материала из настоящего (наиболее частотные стрессоры наподобие поездки в общественном транспорте) и переработка пугающего материала из будущего (т.н. «негативный сценарий», в котором клиенту видится неминуемое заболевание и, скорее всего, смерть; для работы с ним используется особая процедура «Flashforward») [22].

Стандартный протокол ДПДГ состоит из 8 этапов (история клиента и планирование психотерапии, подготовка, определение предмета воздействия, десенсибилизация, инсталляция, сканирование тела, завершение и переоценка) [3]. Основой переработки негативного материала является фокусирование внимания клиента на образах, звуках и ощущениях, связанных с каждой из «мишеней», при одновременно производимой билатеральной стимуляции, а также замена негативных когниций (например, «я умру») на позитивные («я смогу это пережить»). Благодаря ДПДГ-терапии тревога клиентов снижается до приемлемого уровня, при котором они сохраняют необходимые в условиях пандемии поведенческие паттерны (такие как ношение масок и удерживание социальной дистанции), однако не испытывают

выраженного аффекта, что положительным образом сказывается на их качестве жизни.

Параллельно с этой работой возможно привнесение в жизнь клиента большего количества психологических ресурсов. С точки зрения копинговой теории Р. Лазаруса человеческий организм, столкнувшись с действием стрессоров, пытается адаптироваться к происходящим изменениям при помощи копинговых стратегий – сплава из когнитивных, эмоциональных и поведенческих паттернов реагирования [19]. Недостаток копинговых ресурсов, необходимых для совладания со стрессом, приводит к дисстрессу. В кризисной ситуации пандемии COVID-19, на фоне многочисленных вызывающих тревогу опасностей, многие люди столкнулись не только со стрессом, но и с резким падением «дохода» психологических ресурсов, что было вызвано ограничениями, вводимыми государствами. Так, человек, привыкший пополнять свои копинговые резервы за счет отдыха на море два раза в год, мог вообще лишиться этого источника ресурсов по причине закрытия границ. Сильный расход психологических ресурсов из-за пандемии при одновременном ограничении возможностей их восполнения не дает людям эффективно адаптироваться к изменившимся условиям среды и требует особой работы в этом направлении.

Как показали недавно опубликованные результаты исследования, проведенного О.А. Сычевым и коллегами, оптимизм является значимым противотревожным фактором в условиях пандемии коронавируса [6]. Повышение оптимизма, а также работа с другими ресурсами является сильной стороной ОРКТ. Так, клиентам можно давать разнообразные домашние задания, сфокусированные на актуализации ресурсов из различных временных периодов: прошлого (например, составление списка успехов и достижений из жизни пациента с последующим их проговором, перечисление сильных сторон его личности, актуализация значимых позитивных воспоминаний из детства при помощи альбома фотографий и др.), настоящего (в том числе дача дневника, в котором клиент может фиксировать положительные

события каждого дня, стимулирование приносящей ресурс деятельности и др.) и будущего (конструирование желаемого будущего, в котором человек сможет достичь поставленных целей, в том числе путем написания самому себе нынешнему писем, например из 2030 года, и др.).

Еще одним аспектом пополнения копинговых запасов можно считать борьбу с уменьшением количества источников ресурсов. Вводимые ограничения могут «отсекать» клиента от привычных для него способов восстановления сил, таких как путешествия или посещение кино и ресторанов. В силу этого становится необходимым либо обращаться к старым, но неиспользуемым источникам ресурсов, либо создавать новые. Можно дать клиенту задание подобрать по 2–3 новых источника ресурсов для каждой из следующих категорий: социум (общение с новыми людьми, общественная деятельность, волонтерство и т.п.), тело (йога, физкультура, скандинавская ходьба и др.), саморазвитие (чтение книг за пределами своего обычного круга интересов, прохождение онлайн-курсов и т.п.), духовность (обращение к религии, познание мироустройства при помощи философии), творчество (рисование, написание текстов, лепка из глины и др.), путешествия (как на дальние, так и на ближние расстояния) и природа (прогулки в парке, сбор грибов, посещение заповедников и др.); конечно, таких категорий может быть больше.

**Ковид-ипохондрия и краткосрочная психологическая работа с ней.** В этом случае речь идет об убежденности человека в том, что он действительно болен COVID-19; если в первом случае, описанном выше, считается, что в данный момент человек здоров, но заразится в будущем, то здесь клиент уверен, что уже заболел, однако, по какой-то причине (халатность врачей, несовершенство диагностических инструментов и др.) эту болезнь никто не может верно диагностировать. Источниками проблематики такого рода также являются личный опыт болезни и опыт болезни близких в сочетании с деятельностью средств массовой информации. Ковид-ипохондрия может развиваться

как у обычного ипохондрика (который считает «привычное» заболевание на COVID-19), так и у не склонного к данному расстройству человека, заболевшего в разгар пандемии не связанным с вирусом SARS-CoV-2 заболеванием органов дыхания (например, грипп или риновирусная инфекция). В целом ковид-ипохондрика удовлетворяет диагностическим критериям ипохондрического расстройства:

А) должен присутствовать следующий признак: пациент убежден на протяжении не менее 6 мес. в том, что у него присутствует максимум двух серьезных соматических заболеваний (из которых по крайней мере одно заболевание он должен с точностью определить);

В) убеждение пациента в наличии заболевания и постоянное наблюдение за своими симптомами вызывает непрекращающееся чувство подавленности, нарушает его функционирование в повседневной жизни и приводит к поиску лечения и проведения обследований (или эквивалентной помощи врачей);

Г) пациент постоянно отказывается от заверения врачей, что не существует никаких соматических причин для симптомов или физического нарушения. Краткосрочное принятие такого заверения, то есть всего несколько недель во время обследования или непосредственно сразу после обследования, не исключает этот диагноз;

Д) наиболее часто используемое положение об исключении: симптомы не появляются во время расстройств шизофренического спектра или расстройств настроения [5, 15]. Ипохондрия демонстрирует коморбидность с тревожными расстройствами и клинической депрессией [17].

Предпринятыми попытками решения, то есть поддерживающими расстройство факторами, при ковид-ипохондрики являются:

1) постоянное сканирование своего тела на предмет наличия симптомов, вызываемых COVID-19, и их нахождение;

2) непрекращающееся обсуждение с близкими темы коронавируса и собственной болезни;

3) навязчивое использование диагностических инструментов с целью выявления

заболевания (сдача ПЦР-тестов и крови на наличие соответствующих антител, замеры температуры);

4) регулярное посещение врачей и вызов их на дом с целью диагностики заболевания;

5) «веб-серфинг» в сети Интернет, изучение любой информации, связанной с вирусом, а также посещение форумов по этой тематике.

Наиболее оптимальным краткосрочным методом помощи ковид-ипохондрикам является КСТ. В ее рамках был разработан протокол вмешательства при ипохондрии, дающий хорошие результаты в небольшие сроки [27]. Наиболее эффективной техникой здесь является «Самообследование» (“Check-up”). Суть ее заключается в том, чтобы заблокировать главную предпринятую попытку решения, на которой основывается ипохондрия, – спонтанное сканирование своего тела. Однако достигается это не за счет запретов на подобные действия, что при таком заболевании не выполняется клиентами, а за счет их систематического воспроизведения. Пациенту предписывается 3 раза в день по 15 мин исследовать свое тело на предмет болезненных или просто неприятных ощущений и вносить их в специальный журнал, в котором строками являются различные части тела (голова, шея, грудь и др.), а столбцами – три замера в течение дня (утро, день, вечер) (см. рисунок).

Техника основана на эффекте парадокса: спонтанное действие, воспроизводимое целенаправленно, теряет свою спонтанность и, как следствие, редуцируется. Прогресс здесь заключается в том, что клиент, по мере выполнения задания, все реже сканирует свое тело на предмет симптомов; в силу этого он все реже находит симптомы; чем меньше он находит симптомов, тем слабее становится его уверенность в том, что он болен COVID-19. По мере ослабления ипохондрической симптоматики ему предписывают делать «Самообследование» все реже и реже – 2 раза в день, затем 1 раз в день, а дальше лишь по необходимости, однако, как правило, такая необходимость не возникает [2].

Однако протокол КСТ включает в себя не только указанную выше технику. Важным

23 мая	Утро №1	День №2	Вечер №3
Голова	напряжение левой затылочной	напряжение шеи	—
Грудь	сдавленность	лошадь сдвинута	тепло
Спина	напряжение плечи	—	боль шеей по леву
Поясница	—	—	—
Шивот	—	—	—
Левая р.	—	тянет шевт	—
Правая р.	тянётся шевт	тянет шевт	—
Гру	—	—	—
Левая н.	—	—	—
Правая н.	—	—	—

<....>

28 мая	Утро №1	День №2	Вечер №3
Голова	—	напряжение всего затылка	—
Грудь	—	—	—
Спина	—	—	—
Поясница	—	—	—
Шивот	—	—	—
Левая р.	—	—	—
Правая р.	—	—	—
Гру	—	—	—
Левая н.	—	—	—
Правая н.	—	—	—

Журнал для ежедневных регистраций неприятных ощущений пациента

является коррекция мышления и поведения через отказ от использования «ипохондрического» языка (клиенту запрещается говорить на тему COVID-19 с близкими, изучать информацию о болезни в сети Интернет и пр.) и совершения «ипохондрических» действий (разумные ограничения в вопросах посещения и вызова врачей на дом, ПЦР-тестиро-

вания и т.п.). В ряде случаев, при наличии навязчивых измерений температуры (5–40 раз в день), пациенту предписывается все тот же парадокс в духе «целенаправленность убивает спонтанность», то есть ему дают задание мерить температуру каждые полчаса тремя разными градусниками, вести специальный журнал измерений и т.п.

## Выводы

Несмотря на то, что в 2022 г. во всем мире произошло заметное снижение общего количество заболевших и умерших от вируса, волнообразные флуктуации заражаемости, вызванные в том числе появлением новых штаммов COVID-19, отмечаются и по сей день; вполне возможно возникновение новых «волн» болезни, что позволяет краткосрочной психотерапии связанных с коронавирусом психологических проблем оставаться актуальной.

В случае терапии страха перед заражением коронавирусом оптимальным видится

стандартный протокол метода десенсибилизации и переработки движениями глаз, подразумевающий работу с негативным материалом из прошлого, настоящего и будущего. В случае терапии ковид-ипохондриии хорошие результаты демонстрирует протокол стратегической терапии, основанный на технике «Самообследование» в сочетании со значительной изоляцией от связанного с темой коронавируса информационного поля. Кроме того, в обоих случаях полезной будет актуализация психологических ресурсов для совладания со стрессом.

## Литература / References

1. Вацлавик П. Уикленд Дж., Фиш Р. Изменения: принципы формирования и разрешения проблем. М.: 1000 Бестселлеров, 2020. 176 с.
2. Власов Н.А. Краткосрочная психотерапия тревожных расстройств. М.: Психотерапия, 2019. 376 с.
3. Власов Н.А. Руководство по EMDR/ДПДГ. М.: Ин-т консультирования и систем. решений, 2020. 512 с.
4. Доморацкий В.А. Краткосрочные методы психотерапии: практическое руководство. М.: Психотерапия, 2020. 487 с.
5. Прашко Я., Можны П., Шлепецки М. [и др.]. Когнитивно-бихевиоральная терапия психических расстройств. М.: Ин-т общегуманит. исслед., 2015. 1072 с.
6. Сычев О.А., Гордеева Т.О., Виндекер О.С. [и др.]. Оптимизм и страх заражения как предикторы следования рекомендациям оставаться дома во время пандемии COVID-19 // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Т. 29, № 3. С. 24–44. DOI: 10.17759/cpp.2021290303.
7. Шапиро Ф. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз (EMDR). СПб.: Диалектика, 2021. 832 с.
8. Bannink F. 1001 Solution-Focused Questions: Handbook for Solution-Focused Interviewing. New York: W.W. Norton & Company, 2010. 272 p.
9. Chen S. An online solution focused brief therapy for adolescent anxiety during the novel coronavirus disease (COVID-19) pandemic: a structured summary of a study protocol for a randomised controlled trial [Electronic resource]. *Trials*. 2020. 21(1):402. DOI: 10.1186/s13063-020-04355-6.
10. Connie E., Metcalf L. The Art of Solution Focused Therapy. New York: Springer Publishing Company, 2009. 328 p.
11. Everstine D.S., Everstine L. Strategic Interventions for People in Crisis, Trauma, and Disaster. New York: Routledge, 2013. 340 p.
12. Fisch R., Schlanger C. Brief Therapy with Intimidating Cases: Changing the Unchangeable. San Francisco: Jossey-Bass, 1999. 192 p.
13. Fisch R., Ray W., Schlanger C. Focused Problem Resolution: Selected Papers of the MRI Brief Therapy Center. Phoenix: Zeig, Tucker & Theisen, 2010. 272 p.
1. Watzlawick P. Weakland J., Fisch R. *Izmenenija: Principy formirovanija i razreshenija problem* [Changes: Principles of problem formation and resolution]. Moscow. 2020. 176 p. (In Russ.)
2. Vlasov N.A. *Kratkosrochnaja psihoterapija trevozhnyh rasstrojstv* [Brief psychotherapy of anxiety disorders]. Moscow. 2019. 376 p. (In Russ.)
3. Vlasov N.A. *Rukovodstvo po EMDR/DPDG* [EMDR/DPDG Manual]. Moscow. 2020. 512 p. (In Russ.)
4. Domorackij V.A. *Kratkosrochnye metody psihoterapii: prakticheskoe rukovodstvo* [Brief methods of psychotherapy: a practical guide]. Moscow. 2020. 487 p. (In Russ.)
5. Prashko Ja., Mozhny P., Shlepecki M. i kollektiv. *Kognitivno-biheviorna' naja terapija psihicheskikh rasstrojstv* [Cognitive behavioral therapy of mental disorders]. Moscow. 2015. 1072 p. (In Russ.)
6. Sychev O.A., Gordeeva T.O., Vindeker O.S. [et al.]. *Optimizm i strah zarazhenija kak prediktory sledovaniya rekomendacijam ostavat'sja doma vo vremja pandemii COVID-19* [Optimism and Fear of Infection as Predictors of Observing Stay-at-Home Recommendations During COVID-19 Pandemic]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psihoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy]. 2021; 29(3):24–44. DOI: 10.17759/cpp.2021290303 (In Russ.)
7. Shapiro F. *Psihoterapija jemocional'nyh travm s pomoshh'ju dvi-zhenij glaz (EMDR)* [Psychotherapy of emotional trauma using eye movements (EMDR)]. St. Petersburg. 2021. 832 p. (In Russ.)

14. Fisch R., Weakland J.H., Segal L. *The Tactics of Change: Doing Therapy Briefly*. San Francisco: Jossey-Bass, 1991. 328 p.
15. Harding K.J., Skritskaya N., Doherty E. [et al]. Advances in Understanding Illness Anxiety. *Current Psychiatry Reports*. 2008; 10(4):311–317. DOI: 10.1007/s11920-008-0050-1.
16. Henden J. *Preventing Suicide: The Solution Focused Approach*. Chichester: Wiley-Blackwell, 2017. 325 p.
17. Hilty D.M., Bourgeois J.A., Chang C.H. Diagnostic and Treatment Interventions for Hypochondriasis in the Neurology Setting. *Current Treatment Options in Neurology*. 2006; 8 (5): 401–409. DOI: 10.1007/s11940-006-0029-3
18. Knipe J. *EMDR Toolbox: Theory and Treatment of Complex PTSD and Dissociation: Theory and Treatment of Complex PTSD and Dissociation*. New York: Springer Publishing Company, 2018. 328 p.
19. Lazarus R., Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company, 1984. 460 p.
20. Luber M. *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Scripted Protocols: Basics and Special Situations*. New York: Springer Publishing Company, 2009. 480 p.
21. Luber M. *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy Scripted Protocols and Summary Sheets: Treating Eating Disorders, Chronic Pain and Maladaptive Self-Care Behaviors*. New York: Springer Publishing Company, 2018. 589 p.
22. Luber M. *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) therapy scripted protocols and summary sheets. Treating anxiety, obsessive-compulsive, and mood-related conditions*. New York: Springer Publishing Company, 2016. 439 p.
23. Mahamid F.A. Veronese G., Bdier D. Fear of coronavirus (COVID-19) and mental health outcomes in Palestine: The mediating role of social support [Electronic resource]. *Current Psychology*. 2021:1–10. DOI: 10.1007/s12144-021-02395-y.
24. Mayorga N.A., Manning K.F., Derrick J.L. [et al.]. Evaluating Experiential Avoidance in terms of COVID-19 Fear and Pandemic Emotional Distress Symptoms Among Latinx Adults [Electronic resource]. *Cognitive Therapy and Research*. 2022; 46 (2): 358–366. DOI: 10.1007/s10608-021-10265-x.
25. McGowan I., Fisher N., Havens J., Proudlock S. An evaluation of eye movement desensitization and reprocessing therapy delivered remotely during the Covid-19 pandemic [Electronic resource]. *BMC Psychiatry*. 2021; 21(1):560. DOI: 10.1186/s12888-021-03571-x.
26. Nardone G., Watzlawick P. *Brief Strategic Therapy: Philosophy, Techniques, and Research*. Oxford: Jason Aronson, 2005. 196 p.
27. Nardone G., Portelli C. *Knowing through changing: The evolution of Brief strategic therapy*. Carmarthen: Crown House Publishing, 2005. 203 p.
28. Nardone G., Giannotti E., Rocchi R. *The Evolution of Family Patterns and Indirect Therapy with Adolescents*. London: Karnac Books, 2018. 126 p.
29. Rabkin R. *Strategic Psychotherapy*. New York: Basic Books, 1977. 257 p.
30. Ratner H., George E., Iveson C. *Solution Focused Brief Therapy: 100 Key Points and Techniques*. London: Routledge, 2012. 272 p.
31. Shazer S. *Keys to Solution in Brief Therapy*. New York: W.W. Norton & Company, 1985. 210 p.
32. Weakland J.H., Ray W.A. *Propagations: Thirty Years of Influence from the Mental Research Institute*. New York: Routledge, 1995. 328 p.
33. Zeig J.K., Gilligan S.G. *Brief Therapy: Myths, Methods, And Metaphors*. New York: Brunner/Mazel Publishers, 1990. 512 p.
34. Zeig J.K. *Changing Directives: The Strategic Therapy of Jay Haley*. Phoenix: Milton H. Erickson Foundation Press, 2001. 274 p.

---

Поступила 28.10.2022 г.

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

**Для цитирования:** Власов Н.А. Краткосрочная психотерапия при патологическом страхе заболеть COVID-19 и ковид-ипохондрии в условиях пандемии // Вестник психотерапии. 2022. № 84. С. 5–14. DOI: 10.25016/2782–652X-2022-0-84-05-14

---

N.A. Vlasov

**Brief psychotherapy for pathological fear of getting COVID-19  
and covid-hypochondria in a pandemic**

Russian University of State for Social ( 4, p. 1. W. Pika Str., Moscow, 129226, Russia);  
Psychiatric Hospital No.4 named after P.B. Gannushkin (3, Poteshnaya Str., Moscow, 107076, Russia)

✉ Nikita Anatolievich Vlasov – PhD Psychol. Sci., Associate Prof. of Department of Psychology, Conflictology and Behavioral Sciences, Russian University of State for Social (4, p. 1. W. Pika Str., Moscow, 129226, Russia); medical psychologist, Psychiatric Hospital N 4 named after P.B. Gannushkin (3, Poteshnaya Str., Moscow, 107076, Russia); e-mail: VlasovNA@rgsu.net

**Abstract**

*Relevance.* Despite the fact that currently the number of cases and deaths from coronavirus infection caused by the SARS-CoV-2 virus is decreasing worldwide, the impact of the negative consequences of the epidemic on the psyche of millions of people is difficult to overestimate. The stress experienced and possible new «waves» of infection support the relevance of providing professional assistance to persons with psychological problems caused by the pandemic.

*Intention:* To analyze modern strategies of brief psychotherapy for stressful conditions caused by the COVID-19 pandemic.

*Methodology.* The theoretical analysis of the basics of the three leading areas of brief psychotherapy and their application in dealing with the pathological fear of getting sick with coronavirus and covid-hypochondria is carried out.

*Results and Discussion.* The article presents three models of providing brief psychological assistance in the situation of the COVID-19 pandemic – brief strategic therapy, solution focused brief therapy and the method of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). Interventions based on them are considered for the pathological fear of getting COVID-19 and covid-hypochondria.

*Conclusion.* In the case of therapy for fear of coronavirus infection, the standard protocol of the EMDR method is optimal, which implies working with negative material from the past, present and future. In the case of covid-hypochondria therapy, a strategic therapy protocol based on the «Self-examination» technique combined with significant isolation from the coronavirus-related information field demonstrates good results. In addition, in both cases, it will be useful to update psychological resources for coping with stress.

**Keywords:** brief psychotherapy, fear, hypochondria, COVID-19, eye movement desensitization and reprocessing.

---

Received 28.10.2022

**For citing:** Vlasov N.A. Kratkosrochnaya psikhoterapiya pri patologicheskom strakhe zabolet' COVID-19 i kovid-ipokhondrii v usloviyakh pandemii. *Vestnik psikhoterapii*. 2022; (84):5–14. (In Russ.)

Vlasov N.A. Brief psychotherapy for pathological fear of getting COVID-19 and covid-hypochondria in a pandemic. *Bulletin of Psychotherapy*. 2022; (84):5–14. DOI: 10.25016/2782-652X-2022-0-84-05-14

---



А.В. Квитчастый, Д.А. Верещагина

## РЕЗУЛЬТАТЫ АДАПТАЦИИ ШКАЛЫ ГИПНАБЕЛЬНОСТИ ЭЛКИНЗА В ПЕРЕВОДЕ НА РУССКИЙ ЯЗЫК

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

*Актуальность.* По сей день в России отсутствуют валидные и надежные инструменты для оценки уровня гипнабельности. Те методики, которые применяются для этих целей отечественными специалистами, не стандартизированы и не признаются мировым научным сообществом в качестве психодиагностических инструментов. Между тем англоязычная наука изобилует высокоточными и надежными методиками для оценки уровня гипнабельности.

*Цель* – проведение адаптации на русский язык одного из наиболее востребованных в мировой психотерапевтической практике психодиагностического инструмента для оценки уровня гипнабельности – Шкалы гипнабельности Элкинза (EHS).

*Методология.* В рамках текущего исследования были осуществлены перевод оригинальной англоязычной версии EHS на русский язык и ее адаптация. В нем приняли участие 105 носителей русского языка (44 мужчины и 61 женщина), средний возраст 30,2 года. Каждый из них прошел индивидуальный гипнотический сеанс согласно протоколу EHS. Для проведения статистического анализа данных использовались непараметрические тесты: Альфа Кронбаха – для измерения надежности шкалы, U-тест Манна – Уитни для выявления различий между группами гипнабельности, коэффициент ранговой корреляции Спирмена – для расчета интеркорреляции шкал.

*Результаты исследования.* Данные лингвистической экспертизы свидетельствуют о высоком качестве перевода методики с точки зрения передачи смысла и стиля, а также соответствия текста перевода оригиналу. EHS включает в себя минимальное количество гипнотических внушений, которое необходимо для осуществления высокодифференцированной оценки, и требует всего от 20 до 30 мин для проведения диагностики и обработки данных. Математический анализ подтверждает, что русская версия EHS демонстрирует высокую различительную способность, хорошую внутреннюю согласованность и интеркорреляцию шкал, а также не содержит лишних элементов.

*Заключение.* Адаптированная версия EHS полностью пригодна для оценки уровня гипнабельности людей, являющихся носителями русского языка.

**Ключевые слова:** стандартизация теста, валидность, надежность, психологическая диагностика, Шкала гипнабельности Элкинза, гипнабельность, гипноз, суггестия.

### Введение

В психологической науке термин «гипнабельность» используется для обозначения уникальной способности индивида погру-

жаться в состояние гипнотического транса и испытывать на себе эффекты гипнотического внушения [3]. Для оценки уровня развития данной способности существует

✉ Антон Владимирович Квитчастый – канд. психол. наук, ст. науч. сотр., Моск. науч.-практ. центр мед. реабилитации, восстанов. и спорт. медицины при Департаменте здравоохранения города Москвы (Россия, 105120, Москва, ул. Земляной Вал, д. 53), e-mail: antonkvitchasty@gmail.com;

Дарья Анатольевна Верещагина – канд. мед. наук, врач-психотерапевт, Моск. науч.-практ. центр мед. реабилитации, восстанов. и спорт. медицины при Департаменте здравоохранения города Москвы (Россия, 105120, Москва, ул. Земляной Вал, д. 53), e-mail: adel1137@yandex.ru

множество стандартизированных методик, которые успешно применяются в мировой психотерапевтической практике и научно-исследовательской работе. Наиболее известными и востребованными среди них на данный момент являются Гарвардская групповая шкала гипнабельности [10], Стэнфордская шкала гипнабельности [11] и Шкала гипнабельности Элкинза [4]. К сожалению, ни одна из перечисленных методик, используемых клиницистами и исследователями в англоязычном пространстве, до сих пор не была переведена на русский язык.

Для оценки уровня гипнабельности как в эмпирических исследованиях, так и в клинической практике российские специалисты обычно используют экспресс-тесты гипнотической внушаемости [1], а также Шкалу гипнабельности Каткова [2], однако ни одна из них не является стандартизированной психодиагностической методикой. Безусловно, текущее положение дел мешает проведению эмпирических исследований в области гипноза в России, закрывая возможности для сопоставления между собой результатов российских и зарубежных работ в области гипноза, а также проведения кросс-культурных исследований. Таким образом, становится очевидной потребность российских специалистов в более валидных и надежных инструментах для осуществления точной и высоко дифференцируемой оценки гипнабельности, которые можно эффективно использовать как в рамках научных исследований, так и в клинической практике.

Поэтому нами было принято решение о проведении исследования с целью адаптации на русский язык стандартизированной и широко известной в мировом сообществе методики диагностики уровня гипнабельности. Выбор пал на Шкалу гипнабельности Элкинза (EHS) в силу следующих причин. Во-первых, надежность и валидность EHS доказаны эмпирически [4, 5]. Во-вторых, EHS требует всего около 30 мин для проведения гипнотической индукции и обработки результатов. В-третьих, в EHS отсутствует аверсивная стимуляция, и, как показывают результаты недавних исследований [12], она

является приятной для испытуемых и может использоваться одновременно и как диагностическое, и как терапевтическое средство, что крайне полезно в рамках клинической практики.

## Материалы и методы

Исследование проведено на базе Московского научно-практического центра медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины. В нем приняли участие 105 добровольцев (61 женщина и 44 мужчины), в возрасте от 19 до 44 года, средний возраст –  $(30,2 \pm 6,4)$  года. До участия в исследовании опыт погружения в гипнотический транс имелся у 6 % испытуемых. Никто из них на момент участия в эксперименте не имел психических заболеваний и не принимал антидепрессантов или других лекарств, оказывающих сильное воздействие на нервную систему.

На первом этапе исследования текст EHS был переведен на русский язык с сохранением авторской терминологии, структуры и содержания и направлен на независимую лингвистическую экспертизу, подтвердившую высокое качество перевода с точки зрения передачи смысла и стиля, а также соответствия текста перевода оригиналу.

На втором этапе исследования с каждым из его участников был проведен индивидуальный гипнотический сеанс, согласно протоколу EHS. Все сеансы проводил специалист с 8-летним стажем применения гипноза в клинической практике. Доказано, что на эффективность погружения в гипнотический транс неизбежно оказывают влияние личностные особенности гипнолога, в первую очередь такие, как уверенность в себе, авторитет, харизматичность [6] и особенно владения голосовыми приемами [7]. Таким образом, использование только одного специалиста для проведения гипнотической индукции позволило снять вопрос о личных качествах экспериментатора как о переменной, влияющей на результат, – в нашем случае это была константа. С каждым участником исследования было проведено по одной

процедуре, включавшей в себя проведение гипнотического сеанса, регистрацию наблюдений и подсчет результатов, что занимало в среднем около 25–35 мин.

Шкала гипнабельности Элкинза, согласно протоколу которой проводились сеансы, является оперативным средством оценки гипнабельности, состоящим из стандартизированной индукции и серии внушений пяти типов: моторные (стимулирование и подавление), когнитивные (стимулирование и подавление) и перцептивные (стимулирование). Внушения осуществляются в определенном порядке – от самого простого с точки зрения реализации к самому сложному: внушение чувства тяжести и обездвиженности правой руки, внушение чувства легкости и левитации левой руки, внушение визуальных и ольфакторных образов с закрытыми глазами, внушение визуального образа с открытыми глазами, внушение постгипнотической амнезии.

Реакции на внушения оцениваются не только на основании объективных наблюдений экспериментатора за реакциями испытуемого на воздействие, но и с учетом его субъективного опыта. Интегральная оценка всех параметров (реакций на внушение) может варьироваться от 0 до 12. Уровень гипнабельности определяется в соответствии со следующей градацией баллов: низкий (0–3), средний (4–7), высокий (8–10) и очень высокий (11–12) [5]. Представляем протокол психодиагностического обследования.

### **Протокол психодиагностического обследования (Шкала гипнабельности Элкинза)**

*Вступительные замечания. Убедитесь в том, что субъект сидит в комфортном кресле с удобным подголовником, так что его затылок, шея и плечи могут полностью опереться на спинку. Также можно предложить скамеечку под ноги, однако при этом спинка кресла не должна быть откинута. Далее гипнолог зачитывает текст с листа, согласно изложенному протоколу.*

Данная шкала позволяет оценить вашу способность входить в гипнотический

транс и добиваться возникновения различных гипнотических феноменов. Это стандартизированная и жестко регламентированная процедура, поэтому я буду зачитывать текст с листа. Возможно, в ходе сеанса Вы иногда будете слышать, как я пишу, или слышать какие-либо звуки за пределами этой комнаты. Вы можете обращать на это внимание или игнорировать – как вам будет удобно. Лучший способ определить способность человека входить в гипнотический транс – провести небольшой сеанс. Через некоторое время я попрошу вас зафиксировать свой взор на абстрактной точке на потолке и сфокусироваться на моих словах. После того, как Ваши глаза закроются, я дам Вам несколько несложных инструкций, позволяйте им реализовываться как бы самим по себе, позвольте себе быть открытым для любого опыта. Каждый обследуемый во время гипноза имеет свои уникальные переживания, этот опыт приятен и протекает у всех по-разному. Иногда я буду просить Вас описать словами, что Вы ощущаете. Вы сможете мне ответить, пребывая в состоянии гипнотического транса. Пока Вы меня слушаете, можете насладиться этим опытом, позволяя любым чувствам, ощущениям и мыслям возникать свободно. Это поможет нам понять, как сделать гипнотическую работу максимально полезной для вас.

*Замечание.* Поставьте непосредственно перед обследуемым небольшой стол (с белой столешницей или скатертью белого цвета) перед тем, как начинать индукцию. Попросите его удобно расположиться в кресле и опустить руки на подлокотники, так чтобы они могли максимально расслабиться.

### **Индукция**

Поднимите свои глаза вверх и зафиксируйте взгляд на какой-нибудь абстрактной точке на потолке. Хорошо. Теперь максимально сфокусируйтесь на этой точке... Вглядывайтесь пристально, но без напряжения... Отметьте, что, чем пристальнее Вы вглядываетесь, тем больше отходит на второй план все остальное... все больше и больше... Хорошо... Теперь сделайте вдох

и задержите его на мгновение... удерживайте дыхание... а теперь, делая медленный выдох, позвольте своим глазам закрыться. Легко, без усилий, как будто отходите ко сну... Хорошо... Теперь позвольте своему телу расслабиться... Представьте, что волна расслабления распространяется от макушки головы... до кончиков пальцев ног... Все напряжение уходит... Полностью... Голова, шея, плечи... расслабляются... руки и ноги... расслабляются... Когда Вы входите в гипнотическое состояние, обретаете спокойствие... чувство расслабления. Все спокойнее и спокойнее... комфортно и спокойно...

Сейчас я буду считать от десяти до одного. И с каждым счетом... Вы погружаетесь еще глубже. (*Внимание.* Цифры называются в тот момент, когда индивид делает выдох.)

10. Волна расслабления распространяется по вашему лбу... шее... и плечам.

9. Вы расслабляетесь все больше и больше... челюсти расслабляются... плечи опускаются... и руки становятся очень расслабленными.

8. Волна расслабления распространяется по вашей спине... Вверх спины... и низ спины... глубоко расслабляются.

7. Гипнотическое состояние еще глубже, а Ваши ноги становятся еще расслабленнее, исчезает даже малейшее напряжение... чувствуете себя все спокойнее... и спокойнее...

6. Погружаетесь еще больше... вы можете ощутить, как будто Ваше тело лежит на поверхности воды и приятно покачивается на маленьких волнах... как будто Ваше тело дрейфует и держится на воде. Само без каких бы то ни было усилий с вашей стороны... а Вы погружаетесь все глубже и глубже в это гипнотическое состояние...

5. Глубокое спокойствие и глубокий гипноз...

4. Вы позволяете этому спокойствию стать абсолютным... и входите в глубокий гипнотический транс...

3. Теперь Вы настолько погружены в гипнотический транс, что готовы полностью воспринимать мои слова... и все что я говорю, моментально ощущается вами, становится реальным.

2. Вы находитесь в полном спокойствии и умиротворении... глубоко расслаблены... и все оставшееся напряжение уходит... прямо сейчас...

1. Очень хорошо... глубокий гипнотический транс... спокойствие и умиротворение...

Вы можете ощутить сейчас особое спокойствие... и Вы способны почувствовать абсолютно все, что я говорю во время этого сеанса: каждое слово, каждую фразу, каждую установку. Просто слушайте мой голос и позвольте всем внутренним процессам протекать естественно и непринужденно, чтобы ощутить на себе все эффекты гипнотического транс...

### Тяжесть в руке

Теперь, Вы можете погрузиться еще глубже... при этом ощущения в теле могут меняться... сейчас понемногу начинает тяжелеть Ваша правая рука... позвольте ей становиться все тяжелее... как будто она наливается свинцом... это ощущение тяжести полностью наполняет вашу правую руку... она становится все тяжелее и тяжелее с каждым мгновением... рука уже ощущается как бы отдельно от всего тела... она полностью тяжелеет, становится свинцовой... потому что вы позволяете ей отяжелеть (*пауза на 5 с*).

И теперь, когда Ваша правая рука отяжелела полностью... ее уже невозможно поднять... и чем сильнее Вы будете стараться... тем тяжелее и расслабленнее будет ваша рука... чем больше Вы пробуете поднять руку, тем тяжелее она становится... правая рука слишком тяжелая... и скоро Вы убедитесь в том, что какая-то часть Вас хочет, чтобы рука оставалась тяжелой, расслабленной и неподъемной... чем больше попыток, тем тяжелее становится рука... ладонь, локоть и даже пальцы прилипают, примагничиваются к предплечью (*пауза на 5 с*).

Теперь... помня о том, что правая рука полностью расслаблена, тяжелая как свинец и неподъемная, пробуйте поднять ее... и убеждайтесь с каждой попыткой, что рука тяжелая и неподъемная... Ладонь, локоть и пальцы прилипли, примагнитились к под-

локотнику. Вы действительно пытаетесь поднять руку, но чем больше пытаетесь, тем сильнее она примагничивается, тем тяжелее она становится (*пауза на 5 с*).

Очень хорошо. Теперь позвольте руке расслабиться. Ощущение тяжести начинает потихоньку уходить. В руку возвращаются привычные ощущения, а Вы погружаетесь еще глубже в состояние гипнотического транса.

Наблюдения фиксируются экспериментатором:	
1. Поднялась ли рука?	Да/нет
2. Наблюдалось ли очевидное усилие поднять руку?	Да/нет
3. Иные наблюдения (движения пальцами и т.п.)	

### Левитация руки

Теперь Вы расслабляетесь еще больше... и потихоньку начинают меняться ощущения в Вашей левой руке... скоро Вы почувствуете, что левая рука становится легче... через несколько мгновений она станет совсем невесомой... станет легкой как перышко... это прекрасное ощущение уже появляется в Вашей левой руке... Она становится все легче и легче... рука уже ощущается как бы отдельно от всего тела... она становится очень легкой... потому что Вы позволяете ей обрести невесомость (*пауза на 5 с*).

А теперь представьте, как вокруг Вашей левой кисти обвивается веревочка... к ней привязаны воздушные шарики... Они большие, красивые, разноцветные: красные, желтые, зеленые, синие, голубые... Их очень много... эти шарики наполнены гелием... они легче воздуха... шарики медленно взлетают вверх... А вслед за ними и Ваша левая рука... шарики тянут ее вверх... и она начинает подниматься вверх... все выше и выше... Ваша левая рука сама поднимается вверх... она все легче и легче... все выше и выше... легче воздуха. Вы просто позволяете ей парить в воздухе, поднимаясь все выше и выше... так высоко, как ей хочется... (*пауза на 5 с, дождитесь, пока рука не достигнет максимальной высоты*).

Очень хорошо. Теперь эта легкость постепенно уходит, и рука начинает опускаться... Рука опускается и занимает комфортное положение на подлокотнике. (*Дождитесь, пока рука опустится. Можете дать дополнительные установки, чтобы рука опустилась.*) Шарики испаряются, и привычные ощущения постепенно возвращаются в левую руку, а Вы погружаетесь еще глубже в состояние гипнотического транса.

Наблюдения фиксируются экспериментатором:	
1. Поднялась ли рука?	Да/нет
2. Наблюдалось ли очевидное усилие поднять руку?	Да/нет
3. Оторвался ли локоть от подлокотника?	Да/нет
4. Иные наблюдения (движения пальцами и т.п.)	

### Имажинация/Диссоциация

А теперь Вас ждет еще один приятный и интересный опыт... Одна Ваша часть сейчас сидит здесь и слушает мой голос... а вторая часть может мысленно перенестись в совершенно иное пространство и время... Скоро Вы ощутите, что находитесь в летнем цветущем саду... удивительном по своей красоте... И когда это произойдет, Вы сможете рассмотреть каждый уголок этого великолепного сада, каждую деталь... Вы увидите, как он выглядит, ощутите аромат его трав и цветов, услышите звуки сада... Ваша телесная оболочка будет находиться здесь, а душа и разум полностью перенесутся в этот волшебный сад... И Вы будете даже больше там, чем здесь...

Теперь, продолжая слушать мой голос, следуйте за ним, как за проводником в этот дивный сад. Представьте, как перед Вами возникает калитка... Эта калитка – главный вход в Ваш прекрасный сад... И пока я буду считать от одного до четырех, Вы будете входить в эту калитку, а когда услышите цифру 4, полностью перенесетесь в цветущий летний сад... сможете погулять по нему и насладиться его красотами... Очень хорошо... Я начинаю считать...

Один... Вы входите в калитку... Два... Когда Вы зайдете в сад, увидите множество

цветов... Три... Продолжая слушать мой голос, Вы начинаете видеть цвета, слышать звуки и ощущать запахи цветущего сада... Четыре... и вот Вы уже в своем прекрасном цветущем саду...

Хорошо. Это теплый летний денек... Ощутите тепло и приятное дуновение освежающего ветерка... Чувствуете себя очень комфортно и расслаблено... Сейчас перед Вами возникает тропинка. Я предлагаю Вам пойти по ней. Отметьте при этом, что справа и слева растет зеленая трава, а в ней – прекрасные цветы. Разноцветные: красные, желтые, белые, оранжевые... И среди всего этого многообразия Вы замечаете дивную красную розу... подойдите к ней поближе, чтобы почувствовать ее чарующий аромат... Он все сильнее и насыщеннее... ощущаете его все ярче и отчетливее. Прекрасный запах розы... Сделайте глубокий вдох, чтобы насладиться чудесным ароматом... Очень хорошо... (пауза на 5 с).

Теперь я прошу Вас описать свои ощущения. Вы можете продолжать наслаждаться своим пребыванием в цветущем саду, и одновременно рассказывать мне о своих ощущениях. Пожалуйста, расскажите мне о своем опыте. (Если субъект молчит, объясните ему еще раз, что он может говорить вслух. Задавайте приведенные далее вопросы и зафиксируйте ответы обследуемого.)

Где вы?	
Что вы видите вокруг себя?	
Вы видите розу?	
Вы чувствуете ее аромат?	
Зафиксируйте иные комментарии:	

Очень хорошо... Теперь, когда Вы насладились пребыванием в чудесном саду, я прошу Вас покинуть его. Вы сможете вернуться туда снова, когда вам это будет угодно. А сейчас я прошу Вас вернуться к калитке... Теперь вновь проходите через нее и возвращайтесь ко мне в эту комнату... Вы продолжаете оставаться в гипнотическом состоянии, которое только возрастает с вашим возвращением в эту комнату...

### Позитивная галлюцинация

А теперь Вы погружаетесь еще глубже с каждым звуком моего голоса... Гипнотическое состояние все нарастает, и Вы чувствуете себя еще лучше... Хорошо... Через некоторое время я попрошу Вас открыть глаза. При этом Вы все еще будете находиться в состоянии гипнотического транса... И когда ваши глаза откроются, Вы увидите перед собой стол, а на нем маленький игрушечный кубик синего цвета... маленький квадратный кубик... детскую игрушку... синего цвета...

Сначала представьте себе этот кубик, пока еще не открывая глаз. Маленький синий кубик... стоящий на столе перед вами... детскую игрушку... представьте его максимально детально... объемно... и когда Ваши глаза откроются, вы действительно увидите перед собой этот маленький синий кубик... (пауза 5 с).

Хорошо... Сейчас я сосчитаю до трех, и Ваши глаза откроются... и Вы увидите маленький синий кубик перед собой, находясь в состоянии гипнотического транса... Вы можете сразу увидеть его... Или постепенно... сначала может проступить контур, а потом цвет... или наоборот: сначала цвет, а потом контур... или все сразу одновременно.

Один... глаза начинают открываться. Два... веки поднимаются. Три... глаза открылись.

Смотрите на стол перед собой... продолжайте смотреть на его поверхность...

(Отмечайте ответы на все вопросы.)

Что Вы видите на столе перед собой? (Уточните, если потребуется: «Вы видите кубик?»)	
Если обследуемый говорит, что не видит кубик, продолжайте расспрашивать, что он видит.	
Если обследуемый не описывает кубик, уточните, есть ли хоть минимальное восприятие формы, цвета, тени или чего-то подобного. Зафиксируйте любые, даже малейшие, признаки наличия позитивной галлюцинации.	

(Если обследуемый не видит кубик, скажите, что это нормально, не всем удается увидеть его с первого раза, и продолжайте индукцию дальше).

Очень хорошо... Теперь позвольте вашим векам снова сомкнуться и расслабьтесь еще глубже... Вы погружаетесь в еще более глубокий гипнотический транс.

### Постгипнотическая амнезия

Теперь Ваше подсознание помогает Вам максимально внимательно воспринимать мои установки и воплощать их в жизнь. Через несколько мгновений я помогу Вам вернуться к привычному состоянию активного бодрствования. Вы полностью выйдете из состояния гипнотического транса. Однако, когда это произойдет, вы обнаружите, что забыли все, что происходило во время нашего сеанса. Вы будете пытаться вспомнить свой опыт, но чем больше будете пробовать, тем туманнее будут воспоминания.

Вы сейчас находитесь в столь глубоком гипнотическом трансе, что после пробуждения не будет никакой возможности что-либо вспомнить о сеансе. Будет проще и естественнее просто все забыть... Как будто эти воспоминания находятся где-то очень далеко, путаются, растворяются и теряются в закромах вашей памяти... как что-то неважное... абсолютно незначительное... Как будто возникает незримая стена между сознанием и теми воспоминаниями. Просто позвольте этому произойти... Прямо сейчас... все забывается... и Вы обнаруживаете, что какая-то часть вас даже не хочет вспомнить об этом...

Вы не сможете вспомнить ничего из того, что происходило во время сегодняшнего сеанса, пока я не скажу вам следующие слова: «Теперь вы можете вспомнить все!». Когда Вы услышите от меня эти слова, стена исчезнет, и Вы сможете вспомнить все. Но не раньше, чем я произнесу эти слова. Сейчас я буду считать до десяти, и, пока идет счет, Вы полностью забываете все и возвращаетесь к привычному состоянию активного бодрствования. И когда услышите цифру 10, полностью проснетесь, полностью забыв все, что происходило с вами во время сеанса.

**Пробуждение** (увеличивайте громкость с каждым счетом).

1, 2, 3 – Вы начинаете пробуждаться. 4, 5 – Вы уже бодрее, и глаза начинают открываться. 6, 7 – глаза открываются, и Вы пробуждаетесь. 8, 9 – Вы прекрасно себя чувствуете, как будто проснулись после крепкого сна. И 10 – Вы бодры и полностью вернулись к привычному состоянию активного бодрствования. Чувствуете себя хорошо? Отлично! (Убедитесь в том, что субъект полностью пробудился, перед тем как проверить постгипнотическое внушение.)

### Оценка постгипнотического внушения

Я хочу задать Вам несколько вопросов относительно вашего недавнего опыта пребывания в гипнотическом трансе. Скажите, что Вам запомнилось во время сегодняшнего сеанса? Что Вы можете вспомнить? (*Запишите ответы субъекта. Все время спрашивайте «что-нибудь еще?»», пока он не дойдет до точки.*)

	Гипнотический феномен	Детали
+/-	Обездвиживание руки	
+/-	Левитация руки	
+/-	Имагинация/Диссоциация	
+/-	Позитивная галлюцинация	
+/-	Постгипнотическая амнезия	
Оценка амнезии		
0	Если субъект вспоминает более одного гипнотического феномена	
1	Если субъект вспоминает один гипнотический феномен или ни одного	

Теперь внимательно слушайте, что я Вам сейчас скажу. Теперь Вы можете вспомнить все!

Что Вы можете вспомнить теперь? (Запишите ответы.)

Гипнотический феномен	Помнит или нет (+ или -)
Обездвиживание руки	
Левитация руки	
Имагинация/Диссоциация	
Позитивная галлюцинация	
Постгипнотическая амнезия	

*(Важно: помните, что ольфакторные галлюцинации (запах розы) включены в пункт «Имагинация/Диссоциация». Если испытуемый выделяет это как отдельное воспоминание, в бланке все равно фиксируется только один пункт: «имагинация – «помнит».)*

## Оценка результатов обследования

### Обездвиживание руки – бланк оценки

В ходе сеанса я давал Вам внушение на глубокое расслабление правой руки, внушал ощущение тяжести. Теперь мне интересно расспросить Вас подробнее о вашем опыте.

Утверждение		Детали
Когда я говорил Вам, что рука тяжелеет, Вы ощутили это? Рука отяжелела? (Даже небольшое субъективное ощущение тяжести засчитывается.)		Да Нет
Если рука обследуемого не поднималась, спросите следующее: Вы пробовали поднять свою руку? Рука была слишком тяжелой, чтобы поднять ее? Было ли ощущение, что рука прилипла или примагнитилась к подлокотнику? (Задача экспериментатора понять, была ли попытка поднять руку, совершил ли человек усилие.)		Да Нет
Теперь зарегистрируйте свои объективные наблюдения. Рука субъекта оставалась неподвижной или нет? Если рука субъекта оставалась на стуле с минимальными временными движениями, это фиксируется как успех: небольшие движения пальцами и неуспешные попытки «оторвать» руку от кресла допустимы. Главное, что рука не поднялась.		Да Нет
Перевод в баллы		
0	Ощущение тяжести в руке не возникало	
1	У индивида возникло субъективное ощущение тяжести в руке.	
2	Даже несмотря на попытки поднять руку и минимальные движения, рука так и не оторвалась от подлокотника.	

### Левитация руки – бланк оценки

В ходе сеанса я давал вам внушение на глубокое расслабление левой руки, внушал ощущение легкости.

У Вас возникло ощущение, что рука стала легче? Даже если ваша рука физически не поднялась, возникло ли ощущение легкости в руке?	
Если рука поднялась, спросите: Ваша рука после моей команды стала подниматься сама, без какого-либо усилия с вашей стороны? Было ли ощущение, что воздушные шарики поднимают вашу руку?	
Перевод в баллы	
0	Рука не поднималась, и субъект не чувствовал легкости.
1	Субъект ощущал легкость в руке, но она не поднималась.
2	Субъект ощущал легкость в руке, и она слегка приподнималась произвольным образом.
3	Субъект ощущал легкость в руке, и она произвольно приподнялась хотя бы на дюйм или выше, так что даже локоть оторвался от подлокотника.



**Имажинация/Диссоциация – бланк оценки**

Также в ходе сеанса я предлагал Вам совершить прогулку в цветущем саду.

Вы представляли то, что я говорил, или просто слушали мой голос, но образы к Вам не приходили? (Если образы были только расплывчатыми или они не возникали вовсе, скажите: у некоторых людей не возникает никаких образов, это абсолютно нормально.)	
В своем воображении Вы оказались в цветущем саду? Был ли этот ментальный образ ясным и отчетливым или расплывчатым и размытым? (По возможности уточните детали.)	
Сверьтесь со своими предыдущими записями касаясь наблюдений и устных ответов субъекта во время сеанса. Отвечал ли субъект на вопросы: «Где Вы? Что Вы видите вокруг себя?» Если субъект подтверждает, что переживание было ярким и насыщенным, спросите: ощущение физического присутствия в данной комнате было сильнее, чем ощущение присутствия в цветущем саду? или наоборот? ощущение присутствия в цветочном саду было сильнее, и Вы как бы забыли, что физическое тело находится в этой комнате?	
Перевод в баллы	
0	Субъект просто слушал, но никаких образов не возникало, либо они были расплывчатые и нечеткие.
1	У субъекта возник ясный и отчетливый ментальный образ.
2	У субъекта возникли ясный и отчетливый ментальный образ и диссоциация: его ощущение присутствия в цветочном саду было сильнее, чем ощущение физического присутствия в комнате.

**Ольфакторная галлюцинация – бланк оценки**

В ходе сеанса я также предложил вам понюхать розу.

Чувствовали ли Вы запах розы?		
0	Не чувствовал (даже несмотря на то, что видел ее).	
1	Чувствовал, но еле-еле.	
2	Чувствовал, запах был отчетливым.	
Насколько сильным был аромат? Пожалуйста, оцените его:		
отсутствующий	слабый	отчетливый

**Позитивная галлюцинация – бланк оценки**

Далее в ходе сеанса я говорил Вам, что, открыв глаза, Вы увидите на столике перед собой маленький кубик.

Увидели ли Вы что-нибудь на столе, открыв глаза? (Если ответ «ничего», нужно сказать, что это нормально и многие люди ничего не видят.)	
Если ответ утвердительный, спросите следующее. Пожалуйста, опишите, что Вы видели? Видели ли Вы кубик? Какого он был цвета?	
Перевод в баллы	
0	Субъект ничего не увидел.
1	Субъект утверждает, что видел кубик, но нечетко. Детализация низкая. Размер, цвет, особенности описать не может.
2	Субъект утверждает, что видел кубик ясно и отчетливо. Детализация высокая. Уверенно описывает размер, цвет и прочее.
Запишите, какие детали он указал.	

### Качественное обобщение результатов

1. Субъективное ощущение тяжести	Да	Нет
2. Обездвиживание руки	Да	Нет
3. Субъективное ощущение легкости	Да	Нет
4. Левитация руки	Да	Нет
5. Поднимание локтя	Да	Нет
6. Имагинация (наличие ментального образа)	Да	Нет
7. Диссоциация (ощущение нахождения себя в иллюзорной реальности)	Да	Нет
8. Слабый запах розы	Да	Нет
9. Отчетливый запах розы	Да	Нет
10. Вспомнил одну или ни одной установки после выхода из транса	Да	Нет
11. Расплывчатая, нечеткая галлюцинация	Да	Нет
12. Четкая и ясная галлюцинация	Да	Нет

### Количественное обобщение результатов

Время, которое заняла процедура \_\_\_\_\_

Эффект	Критерий	Оценка
Субъективное ощущение тяжести / обездвиживание руки	Ощущение тяжести в руке не возникало.	0
	У субъекта возникло субъективное ощущение тяжести в руке.	1
	Даже несмотря на попытки поднять руку и минимальные движения, рука так и не оторвалась от подлокотника.	2
Левитация руки	Рука не поднималась, и субъект не чувствовал легкости.	0
	Субъект ощущал легкость в руке, но она не поднималась.	1
	Субъект ощущал легкость в руке, и она слегка приподнималась произвольным образом.	2
	Субъект ощущал легкость в руке, и она произвольно приподнялась хотя бы на дюйм или выше, так что даже локоть оторвался от подлокотника.	3
Имагинация и диссоциация	Субъект просто слушал, но никаких образов не возникало, либо они были расплывчатые и нечеткие.	0
	У субъекта возник ясный и отчетливый ментальный образ.	1
	У субъекта возникли ясный и отчетливый ментальный образ и диссоциация: его ощущение присутствия в цветочном саду было сильнее, чем ощущение физического присутствия в комнате.	2
Ольфакторная галлюцинация	Не чувствовал.	0
	Чувствовал еле различимый аромат.	1
	Чувствовал сильный аромат.	2
Амнезия	Вспомнил более одного из гипнотических эффектов сразу после завершения сеанса, несмотря на постгипнотическое внушение забыть.	0
	Вспомнил максимум один из эффектов сразу после завершения сеанса.	1
Галлюцинация с открытыми глазами	Субъект ничего не увидел.	0
	Субъект утверждает, что видел кубик, но нечетко. Детализация низкая. Размер, цвет, особенности описать не может.	1
	Субъект утверждает, что видел кубик ясно и отчетливо. Детализация высокая. Уверенно описывает размер, цвет и прочее.	2
Общее число баллов		

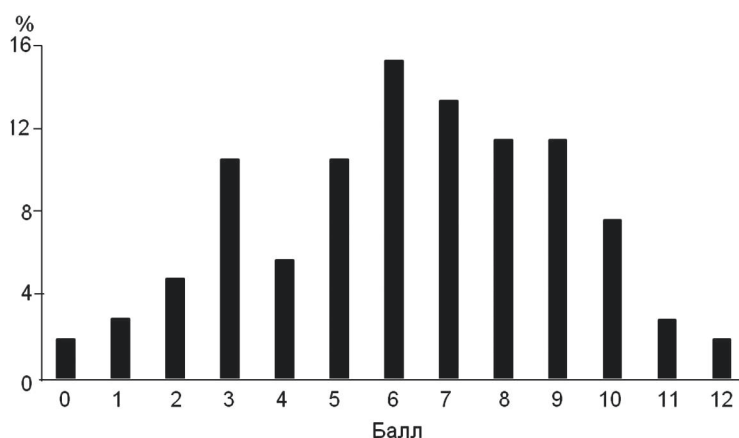


Рис. 1. Распределение обследуемых по уровню гипнабельности.

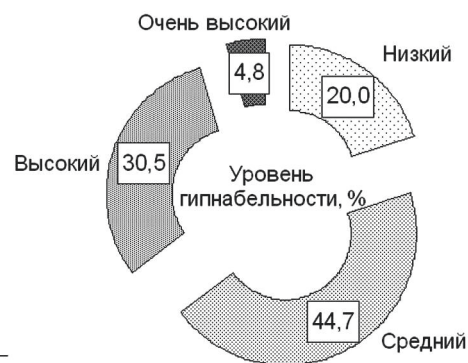


Рис. 2. Распределение обследуемых по группам гипнабельности.

Статистический анализ проводили с использованием программного обеспечения SPSS 21. Полученные данные в большинстве случаев не подчинялись закону нормального распределения, поэтому использовали непараметрические тесты.  $\alpha$ -коэффициент Кронбаха применили для измерения надежности шкалы. Для детального выявления различий между группами гипнабельности провели U-тест Манна – Уитни для парных сравнений. Интеркорреляции шкал EHS рассчитали с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

### Результаты и их анализ

Проверка интегрального показателя EHS, отражающего общий уровень гипнабельности, с помощью статистики критерия Колмогорова – Смирнова, показала, что распределение отлично от нормального:  $Z = (0,097)$ ,  $p = 0,016$ . Абсолютное большинство участников исследования продемонстрировали сред-

ний уровень гипнабельности, что согласуется с данными предыдущих исследований, в которых использовалась оригинальная версия EHS [3, 8]. Статистически значимых гендерных различий в уровне гипнабельности участников не выявлено. Графическое изображение распределения уровня гипнабельности по всей выборке приведено на рис. 1.

Русский перевод EHS демонстрирует высокую внутреннюю согласованность шкал:  $\alpha = 0,76$ . Значения показателей согласованности и корреляции шкал с интегральным показателем представлены в табл. 1. Корреляция Спирмена между шкалами и интегральным показателем является удовлетворительной ( $\rho = 0,44-0,64$ ), и значения надежности выпадения шкал указывают на то, что степень согласованности не будет увеличиваться при отбрасывании какого-либо из пунктов. Полученные данные свидетельствуют о надежности русского перевода EHS и отсутствии в нем лишних элементов.

Таблица 1

### Внутренняя согласованность и корреляции шкал с интегральным показателем

Параметры	Значение $\alpha$ при выпадении параметра	Спирмена ( $\rho$ )	$p <$
Внушение чувства тяжести и обездвиженности правой руки	0,75	0,54	0,01
Внушение чувства легкости и левитации левой руки	0,71	0,62	0,01
Внушение визуальных образов с закрытыми глазами	0,71	0,64	0,01
Внушение ольфакторных образов с закрытыми глазами	0,71	0,59	0,01
Внушение визуального образа с открытыми глазами	0,72	0,59	0,01
Внушение постгипнотической амнезии	0,75	0,44	0,01

Таблица 2

## Интеркорреляции шкал ЕНС

Параметры	Внушение чувства тяжести и обездвиженности правой руки	Внушение чувства легкости и левитации левой руки	Внушение визуальных образов с закрытыми глазами	Внушение ольфакторных образов с закрытыми глазами	Внушение визуального образа с открытыми глазами
Внушение чувства легкости и левитации левой руки	0,384**				
Внушение визуальных образов с закрытыми глазами	0,535**	0,392**			
Внушение ольфакторных образов с закрытыми глазами	0,216*	0,295**	0,387**		
Внушение визуального образа с открытыми глазами	0,304**	0,352**	0,337**	0,356**	
Внушение постгипнотической амнезии	0,134*	0,302**	0,204*	0,240*	0,410**

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ 

Результаты корреляционного анализа также свидетельствуют о том, что все шкалы русского перевода ЕНС статистически значимо коррелируют друг с другом (см. табл. 2).

Чтобы оценить различительную способность русского перевода ЕНС, мы разбили участников исследования на группы в зависимости от уровня гипнабельности (рис. 2). Больше всего оказалось обследуемых со средним уровнем гипнабельности (5–7 баллов), их количество более чем в 2 раза пре-

высило число обследуемых с низким уровнем гипнабельности (0–4 баллов). Количество испытуемых с высоким уровнем гипнабельности (8–10 баллов) оказалось на 11,5% меньше, а количество испытуемых с очень высоким уровнем гипнабельности (11–12 баллов) совсем незначительно.

Для того чтобы выявить межгрупповые различия, был использован непараметрический U-критерий Манна–Уитни, заключающийся в попарном сравнении групп для детального выявления различий (табл. 3).

Таблица 3

## Различительная способность шкал для определения уровня гипнабельности, попарное сравнение

	Уровень статистической значимости $p$ по Манна–Уитни					
	низкий/средний	низкий/высокий	низкий/очень высокий	средний/высокий	средний/очень высокий	высокий/очень высокий
Внушение чувства тяжести и обездвиженности правой руки	0	0	0,028	0,24	0,641	1,00
Внушение чувства легкости и левитации левой руки	0,002	0	0	0	0,001	0,071
Внушение визуальных образов с закрытыми глазами	0	0	0	0,136	0,401	0,693
Внушение ольфакторных образов с закрытыми глазами	0,016	0	0	0	0,002	0,154
Внушение визуального образа с открытыми глазами	0,023	0	0	0	0	0,095
Внушение постгипнотической амнезии	1,00	0,037	0	0,002	0	0

Результаты свидетельствуют о том, что все выделенные группы статистически достоверно различаются между собой.

### Обсуждение результатов

Абсолютное большинство участников исследования продемонстрировали средний уровень гипнабельности, что согласуется с данными трех исследований, в которых использовалась оригинальная версия EHS [3, 8, 9]. Среди участников данной экспериментальной выборки не было выявлено статистически значимых гендерных различий в уровне гипнабельности, так же как и в исследованиях разработчиков [3].

Результаты проведенной работы показывают, что русский перевод EHS имеет хорошую внутреннюю согласованность и, подобно оригиналу, не содержит ненужных элементов [5, 8]. Для измерения надежности русской версии методики использовался  $\alpha$ -коэффициент Кронбаха, значение которого оказалось удовлетворительным: 0,76. Напомним, что в ранних исследованиях, оценивающих надежность оригинальной версии EHS, значение  $\alpha$ -коэффициента Кронбаха составляло 0,85 и 0,78 [5, 8]. Корреляционный анализ показал, что все шкалы русского перевода EHS имеют статистически значимую прямо пропорциональную корреляционную связь и степень согласованности не будет увеличиваться при отбрасывании какого-либо из пунктов.

Разбиение участников исследования на группы в зависимости от уровня гипнабельности было проведено согласно классификации Weitzenhoffer и Hilgard [11]. Анализ с использованием критерия Манна – Уитни, подтвердил наличие статистически значимых различий между выделенными группами. Это также является косвенным подтверждением корректности перевода методики, поскольку группы гипнабельности сохраняют высокую различительную способность, так же как в оригинальной версии EHS [4]. Реакция на внушение визуальных образов с закрытыми глазами лучше всех прочих параметров различает людей с низ-

кой гипнабельностью, а реакция на внушение визуального образа с открытыми глазами обладает наибольшей различительной способностью – данный параметр различает между собой большинство групп.

Мы сравнили то, как распределились испытуемые по группам гипнабельности в нашем исследовании, с тем, как распределились испытуемые по группам гипнабельности в исследовании Z. Kekecs и соавт. [8]. Похожее процентное соотношение наблюдалось в группах высоко- и сверхгипнабельных. Однако в нашем исследовании самое большое количество участников попало в группу среднегипнабельных (45%), в то время как в исследовании Z. Kekecs и соавт. самой многочисленной оказалась группа низкогогипнабельных (41%) [8]. Подобная разница может быть объяснима следующим образом. Известно, что добровольцы показывают в среднем более высокий уровень гипнабельности, чем испытуемые, имеющие дополнительную мотивацию [10]. В нашем исследовании участвовали только добровольцы – у них не было иной мотивации к участию в исследовании кроме любопытства, за участие им не полагалось ни денежного, ни какого-либо иного вознаграждения, в то время как в исследовании Z. Kekecs и соавт. приняли участие студенты, получившие за это зачетные баллы [8].

### Заключение

Результаты проведенного исследования свидетельствуют об успешной адаптации Шкалы гипнабельности Элкинза для ее использования в работе с носителями русского языка. Перевод EHS осуществлен на высоком уровне: текст корректно и в полной мере передает содержание и смысл оригинальной версии шкалы. Русская версия EHS требует около 25–35 мин для проведения психодиагностической процедуры и дает высоко дифференцированный результат, так же как и ее оригинальная версия. Русская версия EHS обладает хорошей внутренней согласованностью и высокой различительной способностью.

Таким образом, перевод EHS на русский язык и ее адаптация в рамках проведенного эмпирического исследования может удовлетворить потребность российских специалистов, использующих гипноз в научно-исследовательской работе и клинической практике, в валидном и надежном средстве

оценки гипнабельности, а также открывает возможности для корректного сравнения результатов российских и иностранных работ и проведения кросс-культурных исследований с использованием одинакового диагностического инструментария.

### Литература

1. Евтушенко В.Г. Энциклопедия гипнотических техник. М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2005. 400 с.
2. Платонов К.И. Слово как физиологический и лечебный фактор. М.: Медгиз, 1957. 431 с.
3. Elkins G.R., Barabasz A.F., Council J.R., Spiegel D. Advancing research and practice: The revised APA Division 30 definition of hypnosis // *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 2015. Vol. 63, N. 1. Pp. 1–9. DOI: 10.1080/00207144.2014.961870.
4. Elkins G., Johnson A., Fisher W. Cognitive hypnotherapy for pain management // *American Journal of Clinical Hypnosis*. 2012. Vol. 54, N 4. Pp. 294–310.
5. Elkins G.R. Hypnotic relaxation therapy: Principles and applications. N.Y.: Springer, 2014. 253 с.
6. Gill M.M., Brenman M. Hypnosis and related states: Psychoanalytic studies in regression. International Univer. Press., 1959. 405 с.
7. Hilgard E.R. Hypnotic Phenomena: The Struggle for Scientific Acceptance: Modern experiments are bringing hypnotic phenomena out of the fringe area of pseudoscience into the domain of normal psychological science // *American Scientist*. 1971. Vol. 59, N 5. Pp. 567–577.
8. Kekecs Z., Bowers J., Johnson A. [et al.]. The Elkins hypnotizability scale: Assessment of reliability and validity // *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 2016. Vol. 64, N 3. Pp. 285–304. DOI: 10.1080/00207144.2016.1171089.
9. Kekecs Z., Roberts L., Na H. [et al.]. Test–Retest Reliability of the Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, Form C and the Elkins Hypnotizability Scale // *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 2021. Vol. 69, N 1. Pp. 142–161. DOI: 10.1080/00207144.2021.1834858.
10. Shor R.E., Orne E.C. Harvard group scale of hypnotic susceptibility, form A // *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 1962. N 1. Pp. 1–32.
11. Weitzenhoffer A.M., Hilgard E.R. Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, Form C. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1962. 27 p.
12. Yek M.H., Elkins G.R. Therapeutic use of the Elkins hypnotizability scale: A feasibility study // *Randomized Controlled Trial*. 2021. Vol. 69, N 1. Pp. 124–141. DOI: 10.1080/00207144.2021.1831390.

---

Поступила 07.11.2022 г.

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

**Участие авторов:** А. В. Квитчастый – разработка дизайна исследования, сбор эмпирического материала, анализ и обобщение полученных данных, подготовка первого варианта статьи; Д.А. Верещагина – сбор эмпирического материала, редактирование окончательного варианта статьи.

**Для цитирования:** Квитчастый А.В., Верещагина Д.А. Результаты адаптации Шкалы гипнабельности Элкинза в переводе на русский язык // *Вестник психотерапии*. 2022. № 84. С. 15–30. DOI: 10.25016/2782-652X-2022-0-84-15-30

---

A.V. Kvitchasty, D.A. Vereshchagina

## The results of the adaptation of the Elkins Hypnotizability Scale in translation into Russian

Moscow Center for Research and Practice in Medical Rehabilitation, Restorative and Sports Medicine  
of Moscow Healthcare Department (53, Zemlyanoj val Str., Moscow, 105120, Russia)

✉ Anton Vladimirovich Kvitchasty — PhD Psychol. Sci., Senior Research Associate, Moscow Center for Research and Practice in Medical Rehabilitation, Restorative and Sports Medicine of Moscow Healthcare Department (53, Zemlyanoj val Str., Moscow, 105120, Russia), e-mail: antonkvitchasty@gmail.com

Daria Anatolievna Vereshchagina — PhD Med. Sci.; psychotherapist, Moscow Center for Research and Practice in Medical Rehabilitation, Restorative and Sports Medicine of Moscow Healthcare Department (53, Zemlyanoj val Str., Moscow, 105120, Russia), e-mail: adel1137@yandex.ru

### Abstract

*Relevance.* To this day, there are no valid and reliable tools for assessing the level of hypnotizability in Russia. Those techniques that are used for these purposes by Russian specialists are not standardized and are not recognized by the world scientific community as psychodiagnostic tools. Meanwhile, English-language science is replete with highly accurate and reliable methods for assessing hypnotizability.

*Intention* — To adapt into Russian one of the most popular psychodiagnostic tools in the world of psychotherapeutic practice for assessing the level of hypnotizability — the Elkins Hypnotizability Scale (EHS).

*Methodology.* As part of the current study, the original English version of the EHS was translated and adapted into Russian. It was attended by 105 native Russian speakers (44 men and 61 women), with an average age of 30.2 years. Each of them underwent an individual hypnotic session, according to the EHS protocol. For statistical analysis of the data, non-parametric tests were used: Cronbach's alpha — to measure the reliability of the scale, the Mann — Whitney U-test to identify differences between hypnotizability groups, Spearman's rank correlation coefficient — to calculate the intercorrelation of the scales.

*Results and Discussion.* The results of linguistic expertise testify to the high quality of the translation in terms of conveying meaning and style, as well as the correspondence of the translated text to the original. EHS includes the minimum number of hypnotic suggestions needed to perform a highly differentiated assessment and requires only 20 to 30 minutes for diagnosis and data processing. Mathematical analysis of the data confirms that the Russian version of the EHS demonstrates high distinctiveness, good internal consistency and intercorrelation of the scales, and does not contain unnecessary elements.

*Conclusion.* The adapted version of the EHS is fully suitable for assessing the level of hypnotizability of people who are native speakers of the Russian language.

**Keywords:** test standardization, validity, reliability, psychological diagnostics, Elkins Hypnotizability Scale, hypnotizability, hypnosis, suggestion.

### References

1. Evtushenko V.G. Jenciklopedija gipnoticheskih tehnik. [Encyclopedia of Hypnotic Techniques]. Moscow. 2005. 400 p. (In Russ.)
2. Platonov K.I. Slovo kak fiziologicheskij i lecebnyj faktor. [The word as a physiological and therapeutic factor]. Moscow. 1957. 431 p. (In Russ.)
3. Elkins G.R., Barabasz A.F., Council J.R., Spiegel D. Advancing research and practice: The revised APA Division 30 definition of hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 2015; 63(1);1–9. DOI: 10.1080/00207144.2014.961870.
4. Elkins G., Johnson A., Fisher W. Cognitive hypnotherapy for pain management. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 2012; 54(4):294–310. DOI: 10.1080/00029157.2011.654284.

5. Elkins G.R. Hypnotic relaxation therapy: Principles and applications. N.Y.: Springer. 2014. 253 p.
  6. Gill M.M., Brenman M. Hypnosis and related states: Psychoanalytic studies in regression. Int. Univer. Press. 1959. 405 p.
  7. Hilgard E.R. Hypnotic Phenomena: The Struggle for Scientific Acceptance: Modern experiments are bringing hypnotic phenomena out of the fringe area of pseudoscience into the domain of normal psychological science. *American Scientist*. 1971; 59(5):567–577.
  8. Kekecs Z., Bowers J., Johnson A. [et al.]. The Elkins hypnotizability scale: Assessment of reliability and validity. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 2016; 64(3):285–304. DOI: 10.1080/00207144.2016.1171089.
  9. Kekecs Z., Roberts L., Na H. [et al.]. Test–Retest Reliability of the Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, Form C and the Elkins Hypnotizability Scale. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 2021; 69(1):142–161. DOI: 10.1080/00207144.2021.1834858.
  10. Shor R.E., Orne E.C. Harvard group scale of hypnotic susceptibility, form A // *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 1962; 1:1–32.
  11. Weitzenhoffer A.M., Hilgard E.R. Stanford hypnotic susceptibility scale, form C. CA: Consulting Psychologists Press. 1962. 27 p.
  12. Yek M.H., Elkins G.R. Therapeutic use of the Elkins Hypnotizability Scale: A feasibility study. *Randomized Controlled Trial*. 2021; 69(1):124–141. DOI: 10.1080/00207144.2021.1831390.
- 

Received 07.11.2022

**For citing:** Kvitchasty A.V., Vereshchagina D.A. Rezul'taty adaptatsii Shkaly gipnabel'nosti Elkinza v perevode na russkii yazyk. *Vestnik psikhoterapii*. 2022; (84):15–30. (In Russ.)

Kvitchasty A.V., Vereshchagina D.A. The results of the adaptation of the Elkins Hypnotizability Scale in translation into Russian. *Bulletin of Psychotherapy*. 2022; (84):15–30. DOI: 10.25016/2782-652X-2022-0-84-15-30.

---



Е.С. Багненко<sup>1,2</sup>, А.О. Гриненко<sup>1</sup>

## УРОВЕНЬ НЕВРОТИЗАЦИИ ЖЕНЩИН С КОСМЕТОЛОГИЧЕСКИМИ ПРОБЛЕМАМИ КОЖИ ЛИЦА

<sup>1</sup> Санкт-Петербургский институт красоты «Галактика» (Россия, Санкт-Петербург, Пироговская наб., д. 5/2);

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

*Актуальность* определяется недостаточной изученностью пациенток косметологической клиники в психологическом плане, хотя роль психологических факторов в возникновении проблем кожи лица, течении и лечении подобных заболеваний доказывается клиническим опытом и рядом зарубежных исследований. Среди психологических факторов потенциально наибольшее значение имеют эмоциональное состояние пациенток и личностные ресурсы совладения со стрессом.

*Цель* – анализ показателей невротизации, воспринимаемого стресса и психологического благополучия в группах женщин с различной степенью выраженности дефектов кожи лица, а также динамики этих показателей в процессе косметологического лечения.

*Методология.* С помощью стандартизованного интервью и комплекса психодиагностических методов («Уровень невротизации, УН», «Шкала воспринимаемого стресса, ШВС-10», «Индекс хорошего самочувствия, WHO-5») обследованы 188 пациенток косметологической клиники со средним возрастом ( $39,9 \pm 0,8$ ) года, разделенных на основе экспертной оценки врача дерматолога-косметолога на группы со слабой, средней и значительной выраженностью дефектов кожи лица. Использованы методы математико-статистического анализа данных:  $\chi^2$  Пирсона, однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA), одновыборочный Т-критерий.

*Результаты и их анализ.* Результаты исследования не подтвердили предположение о связи уровня невротизации, переживаемого стресса и психологического благополучия с выраженностью косметологической проблемы, хотя сформированные группы статистически значимо различаются между собой по характеру клинической симптоматики и ее длительности. Измеренный показатель методики УН во всех группах пациенток как до начала лечения, так и по его окончании указывал на вероятность наличия невротизации, равную 0,13, а вероятность ее отсутствия – 0,87. Одновременно в каждой группе пациентов и в группе в целом был выявлен общий уровень воспринимаемого стресса и показателя «Перенапряжение» по ШВС-10, существенно превышающий нормативные значения ( $p = 0,001$ ), а также уровень противодействия стрессу, значительно меньший ( $p = 0,001$ ), чем нормативный тестовый показатель. Совокупность этих данных указывает на эмоциональную устойчивость личности и хорошие ресурсы копинга обследованных женщин, несмотря на выраженное переживание стрессовой или психотравмирующей ситуации у 9 обследованных женщин. Во всех группах отмечена статистически значимая положительная динамика психодиагностических показателей по окончании курса лечебной коррекции.

✉ Багненко Елена Сергеевна – канд. мед. наук, ассистент каф. пластич. хирургии, Первый С.-Петерб. гос. мед. ун-т им. И.П. Павлова (Россия, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8); врач-дерматолог-косметолог, С.-Петерб. ин-т красоты «Галактика» (Россия, 194044, Санкт-Петербург, Пироговская наб., д. 5/2), ORCID: 0000-0003-4584-7005, e-mail: e\_bagненко@mail.ru;

Гриненко Анна Олеговна – студентка, Первый С.-Петерб. гос. мед. ун-т им. И.П. Павлова (Россия, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8), ORCID: 0000-0002-4453-8879, e-mail: 5814411@mail.ru

**Заключение.** Психологическое обследование пациенток клиники эстетической медицины выявило невысокий уровень невротизации в группах женщин со слабой, средней и значительной выраженностью косметологических проблем кожи лица, а также отсутствие различий между группами по этому показателю. Одновременно выявлены повышение показателей субъективного переживания стресса, связанного с неудовлетворенностью своей внешностью, и их динамика (снижение) в процессе лечения. Полученные данные позволяют определить основные направления и ресурсы психологической помощи пациенткам косметологической клиники. Ограничения исследования, одновременно представляющие его перспективы, связаны с получением по всем психологическим тестам (не только по данным ШВС) результатов сравнительного анализа показателей пациенток косметологической клиники с нормативными данными, а также с расширением спектра изучаемых психологических характеристик.

**Ключевые слова:** клиническая психология, психологическая диагностика, лечебная косметология, дефекты кожи лица, уровень невротизации, уровень стресса, индекс психологического благополучия.

### Введение

В последние годы одной из наиболее значимых профессиональных задач врачей разных специальностей является профилактика нарушений психической адаптации в связи с действием стресс-факторов, связанных с болезнью и лечением, а также с социально- и индивидуально-психологическими характеристиками больных [13]. Нарушение психической адаптации под влиянием стрессовых факторов может с высокой вероятностью привести к невротическим или психосоматическим расстройствам с клинически очерченной симптоматикой [3, 4, 7]. Однако в большинстве случаев нарушения психической адаптации выступают как субклинические или предболезненные состояния, сходные с невротическими или невротоподобными расстройствами с полиморфной слабовыраженной тревожной, депрессивной, фобической, ипохондрической и др. симптоматикой [8, 17].

Опыт практической работы в области косметологической коррекции убеждает, что дефекты кожи лица, как правило, не несут тяжелых осложнений для здоровья или витальной угрозы, тем не менее, значительно влияют на эмоциональное состояние и в целом на качество жизни пациента. Это обусловлено, в первую очередь, важностью внешнего вида человека для его самооценки (эмоционально-ценностного отношения к себе), Я-концепции [6] и уверенности в себе при социальном взаимодействии. Так, результаты ряда исследований показывают, что

неудовлетворенность собственной внешностью негативно отражается на психологическом состоянии человека, его самосознании, поведении и социальных отношениях [15, 29, 30] является причиной хронического стрессового состояния [12] и фактором риска психической дезадаптации [7, 9, 16, 20]. Такая неудовлетворенность нередко рассматривается как следствие субъективной неспособности человека конструктивно разрешать трудные жизненные ситуации и внутриличностные конфликты, а также, возможно, связана с выраженностью косметического дефекта. В ряде исследований показано, что устранение косметического дефекта средствами лечебной косметологии приводит к оптимизации эмоционального состояния и качества жизни пациентов [18, 23, 34].

Цель – анализ показателей невротизации, воспринимаемого стресса и психологического благополучия в группах женщин с различной степенью выраженности дефектов кожи лица, а также динамики этих показателей в процессе косметологического лечения.

### Материал и методы

Провели психологическое обследование 188 женщин, средний возраст –  $(39,1 \pm 0,8)$  года, обратившихся в Санкт-Петербургский институт красоты «Галактика» с субъективными жалобами и объективными косметологическими проблемами. От каждой пациентки получено письменное информированное согласие на участие в психологическом исследовании.

довании, проведение которого было согласовано с Этическим комитетом Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова.

В соответствии с целью исследования пациенток разделили на 3 группы в зависимости от степени выраженности косметологической проблемы, определяемой экспертным (клиническим) путем. При первичном осмотре лечащий врач дерматолог-косметолог оценивал морфотип старения, изотип лица, тип кожи, фототип по Фитцпатрику, а также состояние кожи лица, ее тургор, эластичность, гидратацию. Проводили оценку выраженности дисхромии, протрузии жировых пакетов и выраженность пастозности тканей. В информационной базе исследования для каждой пациентки кодировалась качественная градация косметологической проблемы: слабая (1 балл), средняя (2 балла) и значительная (3 балла) степень выраженности, которые позволили создать группы:

1-я группа (n = 51) – со слабой выраженностью косметологической проблемы, средний возраст – (33,4 ± 8,4) года;

2-я группа (n = 65) – со средней выраженностью косметологической проблемы, средний возраст – (44,9 ± 9,3) года;

3-я группа (n = 72) – со значительной выраженностью косметологической проблемы, средний возраст – (40 ± 13) лет.

Различия значений среднего возраста между пациентками 1-й и 2-й групп, а также 1-й и 3-й групп статистически значимы (p = 0,001): в 1-ю группу вошли пациентки более молодого возраста.

На этапе первичного осмотра лечащим врачом дерматологов-косметологом были определены следующие клинические симптомы, подлежащие лечебной коррекции (табл. 1). Сумма в процентах в таблице превышает 100 в связи с тем, что у одной пациентки выявлялось одновременно несколько симптомов, подлежащих лечебной коррекции.

Таблица 1

**Основные симптомы, выявляемые при клиническом обследовании и подлежащие лечебной коррекции, n (%)**

Клинический симптом	Группа			
	общая	1-я	2-я	3-я
Гравитационный птоз	63 (32,6)	10 (19,2)	30 (46,2)	23 (30,3)
$\chi^2 = 9,85; p = 0,007$				
Деволюмизация	25 (13,0)	4 (7,7)	12 (18,5)	9 (11,8)
Мимические морщины	99 (51,3)	31 (59,6)	43 (66,2)	25 (32,9)
$\chi^2 = 17,49; p = 0,000$				
Борозды и складки	53 (27,5)	5 (9,6)	22 (33,8)	26 (34,8)
$\chi^2 = 11,38; p = 0,003$				
Снижение тургора кожи	39 (20,2)	8 (15,4)	20 (30,8)	11 (14,5)
$\chi^2 = 6,80; p = 0,033$				
Воспалительные элементы	29 (15,0)	2 (3,8)	6 (9,2)	21 (27,6)
$\chi^2 = 16,26; p = 0,000$				
Дегидратация кожи	31 (16,1)	10 (19,2)	9 (13,8)	12 (15,8)
Дисплазия соединительной ткани	18 (9,3)	5 (9,6)	7 (10,8)	6 (7,9)
Сосудистая патология кожи	47 (24,4)	12 (23,1)	20 (30,8)	15 (19,7)
Розацеа	21 (10,9)	3 (5,8)	6 (9,2)	12 (15,8)
Гиперпигментация	43 (22,3)	11 (21,2)	16 (24,6)	16 (21,1)
Гипертрихоз	26 (13,5)	5 (9,6)	6 (9,2)	15 (19,7)
Рубцы	25 (13,0)	5 (9,6)	3 (4,6)	17 (22,4)
$\chi^2 = 10,50; p = 0,005$				

Наиболее часто встречающимися клиническими симптомами в исследованной группе женщин были: мимические морщины, гравитационный птоз, борозды и складки. По каждому из этих симптомов выявлены высоко статистически значимые различия между группами по частоте встречаемости. Гравитационный птоз, а также борозды и складки чаще встречались во 2-й и 3-й группах (то есть в группах женщин более старшего возраста, по сравнению с 1-й группой пациенток). Частота встречаемости воспалительных элементов и рубцов в 3-й группе женщин существенно превышает соответствующий показатель в 1-й и 2-й группах.

Анализ длительности косметологической проблемы показал, что в целом по группе (34,2%), а также в 3-й группе женщин (50%) встретился наибольший процент лиц, имеющих эту проблему более 5 лет; во 2-й группе женщин (32,3%), а также 1-й (36,5%) наибольшее число пациенток попадало в интервал от 1 до 3 лет; минимальная длительность проблемы (менее 1 месяца) встретилась в 1-й (9,6%) и 2-й (2,6%) группах. Различия между группами по этому показателю (длительность косметологической проблемы) статистически значимы ( $\chi^2 = 25,83$ ;  $p = 0,001$ ).

Анализ социально-демографических характеристик показал, что большинство женщин, обращающихся за косметологической помощью в Институт красоты, составляют образованные, социально активные, разделяющие семейные ценности женщины. Так, подавляющее большинство изученных пациенток – это лица молодого и среднего возраста, имеющие высшее образование (76,3%), работающие постоянно (72%), преимущественно в таких социально-значимых областях, как наука и образование (23%), частный бизнес (41,4%); большинство исследованных женщин имеют семью (61,3%) и детей (72%); по этим характеристикам сравниваемые группы женщин статистически не различаются.

Методы психологического исследования были представлены техниками клинико-психологического (структурированное интервью) и психометрического методов.

Авторское структурированное интервью проводили в начале курса лечебной коррекции. Оно включало 50 пунктов, организованных в несколько блоков: социально-демографические характеристики, клинические данные, социально-психологические и клинико-психологические характеристики. В настоящей работе анализировались фрагменты интервью, релевантные цели исследования, а именно: а) степень влияния косметологической проблемы на жизнедеятельность; б) наличие и характер (острый или хронический) актуальной психотравмирующей ситуации. Заключение о степени влияния косметологической проблемы на качество жизни пациентки и о наличии/характере психотравмирующей ситуации формировалось лечащим врачом в процессе предварительной анамнестической беседы и структурированного интервью. Результаты применения названных техник клинико-психологического метода (беседы и интервью) фиксировали в формализованном (закодированном) виде в информационной базе исследования для дальнейшего анализа частоты встречаемости отдельных градаций признака: «Влияние на жизнедеятельность» – скорее не влияет (1 балл), скорее влияет (2 балла), значительно влияет (3 балла); «Наличие и специфика актуальной психотравмирующей ситуации» – в настоящее время психотравмирующие ситуации отсутствуют (1 балл), наличие острого стресса (2 балла), затяжная психотравмирующая ситуация (3 балла).

Психодиагностические методы использовали дважды: в начале и по окончании курса лечебной коррекции, который в среднем составлял 3–6 мес.

1. Методика «Уровень невротизации» (УН), разработанная в лаборатории клинической психологии и психодиагностики Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева на основе современных принципов конструирования специализированных опросников и технологии работы с ними [10]. Методология определения уровня невротизации заключается в поиске

психологических особенностей, различающих группы людей – психически здоровых и больных – распространенными формами пограничной психической патологии. При этом авторами методики УН особо подчеркивается, что «невротизация» не тождественна диагнозу «невроз»; это некая предрасположенность, фактор риска, актуализирующийся при невозможности конструктивного разрешения внутриличностного конфликта или в стрессовых (конфликтных, проблемных) ситуациях, потенциально значимых для развития психогений и невротических расстройств.

2. «Шкала воспринимаемого стресса-10» (ШВС-10) является адаптированным вариантом методики «The Perceived Stress Scale-10» (PSS-10), предназначенной для субъективной оценки респондентами уровня напряженности, стрессогенности своей жизненной ситуации в течение последнего месяца [21]. Шкала содержит 10 утверждений, ответы на которые оцениваются по 5-балльной системе оценок: от 1 балла – «никогда» до 5 – «часто». На кафедре медицинской психологии и психофизиологии Санкт-Петербургского государственного университета проведена полная психометрическая проверка, доказаны валидность и надежность, а также получены средние нормативные оценки для шкал методики ШВС-10 на российской выборке ( $n = 175$ ) мужчин и женщин в возрасте от 18 до 54 лет [1]. Методика ШВС-10 включает две субшкалы, одна из которых измеряет субъективно воспринимаемый уровень напряженности ситуации (шкала «Перенапряжение»), а вторая – уровень усилий, прилагаемых для преодоления этой ситуации (шкала «Противодействие стрессу»), вычисляется также общая оценка ШВС-10.

3. «Индекс хорошего самочувствия» (WHO-5, Well-Being Index) [19] разработана и рекомендована ВОЗ для количественной оценки общего – психического и физического – самочувствия различных категорий пациентов; включает 5 утверждений, касающихся различных аспектов самочувствия, таких как настроение, активность, интерес к окружающему, а также инструкцию вы-

брать один из 6 возможных вариантов ответа, соответствующих актуальному состоянию пациента; максимальная оценка – 100. Полученные результаты хотя и не могут сравниваться с нормативными показателями, позволяют в скрининговом формате оценить субъективное восприятие пациентом своего состояния: от хорошего настроения, активности, бодрости, заинтересованности в окружающем до подавленности, пассивности, проявлений астении и апатии.

Распределение по ряду показателей отличалось от нормального: например, значения в переменных методики «Уровень невротизации» имели отрицательные значения [10]. Полагаем, что для читателей статьи средние значения будут понятнее медиан. Статистическую обработку данных провели с применением частотного анализа градаций номинальных и ранговых признаков с помощью  $\chi^2$  Пирсона и однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA) для определения различий средних значений количественных психодиагностических показателей в независимых выборках пациенток с различной выраженностью косметологической проблемы. Для парных сравнений «до/после» использовали «более осторожный» непараметрический критерий Вилкоксона.

## Результаты и их анализ

На 1-м этапе исследования анализировалась степень влияния косметологической проблемы на жизнедеятельность, которая определялась в ходе клинико-психологического интервью на основе самоотчета пациенток (табл. 2).

Результаты исследования, представленные в табл. 2, с одной стороны, имеют закономерный характер, так как большинство пациенток в 3-й группе считают, что проблема существенно влияет на их жизнь, в то время как в 1-й и 2-й группе пациенток со средней и со слабой выраженностью косметологической проблемы встретился существенно меньший процент подобных ответов. Одновременно в сравниваемых группах отмечалась поляризация ответов, так как

Таблица 2

**Влияние косметологической проблемы кожи лица на жизнедеятельность женщин в группах (по данным клинико-психологического интервью), n (%)**

Влияние на жизнедеятельность	Группа			
	общая	1-я	2-я	3-я
Скорее не влияет	70 (36,3)	22 (42,3)	26 (40,0)	22 (28,9)
Скорее влияет	32 (16,6)	9 (17,3)	17 (26,2)	6 (7,9)
Значительно влияет	91 (47,2)	21 (40,4)	22 (33,8)	48 (63,2)
$\chi^2 = 16,04; p = 0,003$				

Таблица 3

**Уровень невротизации до и после косметологической коррекции в группах женщин, (M ± SD) балл**

Период обследования	Группа			
	общая	1-я	2-я	3-я
До лечения	45,7 ± 44,4	53,7 ± 45,9	42,1 ± 44,1	42,3 ± 44,1
После лечения	55,6 ± 34,3	56,7 ± 40,0	54,4 ± 36,8	55,08 ± 26,6
p =	0,010	0,657	0,070	0,072

более 25 % женщин из 3-й группы, а также 40 % женщин из 2-й и 42,3 % – из 3-й группы считают, что косметологическая проблема не оказывает влияние на успешность их социального, ролевого и личностного функционирования.

В дальнейшем были изучены наличие и характер (острый или хронический) актуальной психотравмирующей ситуации. Большинство пациенток в целом (68,3 %) и в каждой группе отметили отсутствие в настоящий момент психотравмирующей ситуации. В то же время 22,6 % всех женщин отметили наличие затяжной психотравмирующей ситуации, которая наиболее часто встретилась во 2-й (25,4 %) и 3-й (23,6 %) группе пациенток. Различия между группами по этим показателям (наличие и характер психотравмирующей ситуации) не значимы. Важно отметить, что в каждой группе встретилось от 4 до 7 женщин, переживающих в настоящее время острую стрессовую ситуацию (в целом у 9,1 %).

На следующем этапе анализировались показатели невротизации исследованных пациенток до и после косметологического лечения. Результаты сравнительного анализа итоговых показателей уровня невротизации по методике УН у женщин, входящих в груп-

пы с различной выраженностью косметологической проблемы, представлены в табл. 3.

До начала лечения так же, как и по окончании лечения, не было выявлено статистически значимых различий по абсолютному психометрическому показателю УН между пациентками трех сравниваемых групп. В каждой из этих групп, а также во всей группе пациенток показатели УН до и после лечения соответствовали градации «низкий уровень невротизации» (от +41 до +80), и вероятность наличия невротизации оценивалась как 0,13, вероятность отсутствия невротизации – 0,87, согласно распределению уровней и оценок вероятности невротизации в российской женской выборке, полученных авторами по методике «Уровень невротизации» [10, с. 167].

При изучении динамики уровня невротизации статистически значимые различия между показателями УН в периоды «до начала лечения» и «по окончании лечения» получены для всей группы женщин; во 2-й и 3-й группах получены близкие к статистической значимости различия между периодами до и после лечения; в группе со слабой степенью выраженности проблемы таких различий не получено (см. табл. 3). В каждом случае отмечалась положительная динамика

Таблица 4

**Уровень воспринимаемого стресса до и после косметологической коррекции в группах женщин, по данным ШВС-10, (M ± SD) балл**

Период обследования	Группа			
	общая	1-я	2-я	3-я
<b>Общий балл</b>				
До лечения	26,5 ± 7,4	25,4 ± 7,5	28,5 ± 7,7	25,4 ± 7,0
После лечения	23,8 ± 6,8	23,8 ± 6,4	24,1 ± 7,0	23,7 ± 7,0
p =	0,005	0,178	0,007	0,639
<b>Перенапряжение</b>				
До лечения	17,4 ± 5,7	16,8 ± 5,6	18,5 ± 5,9	16,9 ± 5,8
После лечения	15,4 ± 5,4	15,2 ± 5,3	15,3 ± 5,6	15,7 ± 5,4
p =	0,003	0,062	0,005	0,416
<b>Противодействие стрессу</b>				
До лечения	9,0 ± 2,7	8,6 ± 2,7	10 ± 3	8,6 ± 2,5
После лечения	8,5 ± 2,5	8,6 ± 2,3	8,8 ± 2,7	8,1 ± 2,4
p =	0,126	0,938	0,155	0,418

показателя УН (чем выше значение УН, тем меньше выражена невротизация).

В табл. 4 приведены результаты сравнительного анализа субъективной оценки стрессогенности своей жизненной ситуации в течение последнего месяца по методике ШВС-10 женщин, входящих в группы с различной выраженностью косметологической проблемы, в периоды до и после косметологической коррекции.

Так же, как в случае невротизации, не было выявлено статистически значимых различий между сравниваемыми группами женщин по показателям методики ШВС-10 как до, так и после косметологического лечения. В то же время во всей выборке и в отдельных группах женщин, за исключением 3-й, получена отчетливая динамика двух показателей («Общий балл» и «Перенапряжение»), отражающая снижение уровня воспринимаемого

стресса после лечения по сравнению с периодом «до начала лечения».

Методика ШВС-10 имеет нормативные данные, полученными авторами методики на отечественной выборке (n = 175) [1]. Это позволило дополнительно к основной программе исследования с помощью одновыборочного T-критерия провести сравнительный анализ шкальных показателей ШВС-10 пациенток косметологической клиники с тестовой «нормой». Результаты сравнительного анализа представлены в табл. 5.

Обобщая данные методики ШВС-10 и ответы пациенток на вопросы интервью о наличии и характере актуальной психотравмирующей ситуации, можно сделать вывод о переживании многими пациентками ощущения внутреннего напряжения и фрустрации. Однако низкий уровень показателя невротизации по методике УН и противодействия

Таблица 5

**Сравнение показателей ШВС-10 общей группы пациентов и нормативных данных, (M ± SD) балл**

Показатель шкалы	Нормативные данные	Общая группа	p =
Общий балл	24,4 ± 6,6	26,5 ± 7,4	0,001
Перенапряжение	13,6 ± 2,8	17,4 ± 5,7	0,001
Противодействие стрессу	10,8 ± 4,3	9 ± 2,7	0,001

**Индекс психологического благополучия по методике WHO-5 в группах женщин,  
(M ± SD) балл**

Период обследования	Группа			
	общая	1-я	2-я	3-я
До лечения	65,1 ± 22,4	65,7 ± 24,7	60,9 ± 22,7	66,7 ± 21,4
После лечения	75,7 ± 17,2	79,7 ± 17,0	73,0 ± 18,2	75,3 ± 16,6
p =	0,001	0,003	0,023	0,071

стрессу по ШВС-10 показывают устойчивость личности и эффективность ресурсов совладания (копинга) исследованных женщин.

В табл. 6 приведены результаты сравнительного анализа показателей уровня психологического благополучия по методике «Индекс хорошего самочувствия – WHO-5» женщин, входящих в группы с различной выраженностью косметологической проблемы, в периоды до и после косметологической коррекции.

Статистически значимых различий между группами по итоговому показателю методики WHO-5 в периоды до, а также после косметологической коррекции выявлено не было. В то же время в 1-й и 2-й группах и во всей группе исследованных женщин получено статистически высоко значимое возрастание показателя психологического благополучия в период «после лечения» по сравнению с периодом «до лечения»; в 3-й группе со значительной выраженностью косметологической проблемы такое возрастание достигло уровня, близкого к статистической значимости.

Таким образом, результаты сравнительного психометрического исследования не обнаружили статистически значимых различий между группами женщин с различной степенью выраженности косметологической проблемы по показателям, характеризующим эмоциональное состояние (показателям методик «Уровень невротизации», «Шкала воспринимаемого стресса», «Индекс хорошего самочувствия»), измеренных в периоды, как до, так и после косметологического лечения. Одновременно в каждой из этих групп и во всей выборке выявлена положительная динамика названных показателей в процессе косметологического лечения, то

есть в период «после лечения» по сравнению с периодом «до лечения».

**Обсуждение результатов.** В настоящее время медицинская психология включена в решение актуальных задач не только в клинической медицине, но и в профилактике предболезненных и патологических состояний, связанных с влиянием социальной фрустрированности и стресса [8]. Особенностью указанных состояний является слабоструктурированная полиморфная симптоматика, не имеющая четкой синдромологической и нозологической очерченности. Частота их встречаемости у населения варьирует в диапазоне от 22 до 89,7% и имеет тенденцию к увеличению [3]. Область лечебной косметологии не является в этом смысле исключением: здесь предболезненные состояния, соответствующие таксону F43.2 по МКБ-10 [14], особенно в виде нарушений аффективного спектра [11], встречаются в практике врача дерматолога-косметолога и выявляются в ряде специально проведенных скрининговых исследований. Так, по данным E. Özkur и соавт. [26], у пациентов, получавших косметологическое лечение, оказался достоверно выше индекс общей тяжести состояния, тревожности, депрессии, межперсональной чувствительности и ниже показатель самооценки уровня социальной адаптации, по сравнению с лицами того же возраста, никогда не обращавшихся к косметологу. В ряде исследований сообщается о частоте встречаемости дисморфофобических нарушений [27, 33] и расстройств личности [30] у пациентов косметологической клиники, существенно превышающей популяционные показатели. Одновременно обращает на себя внимание противоречивость данных о психических нарушениях у женщин, обращающихся в кос-



методическую клинику, поскольку в других специально проведенных исследованиях такие расстройства не выявляются [31].

В связи с этим основной целью настоящего исследования пациенток косметологической клиники было выявление уровня невротизации, уровня субъективно воспринимаемого эмоционального напряжения и, напротив, уровня психологического благополучия, проявляющегося положительным фоном настроения, оптимизмом, ощущением бодрости и интересом к окружающему. Поскольку во многих работах указывается на психическую травматизацию, обусловленную дефектами кожи лица, было сделано предположение о существовании закономерной связи между выраженностью косметического дефекта и нарушением эмоционального состояния; в связи с этим было проведено сравнительное психометрическое исследование групп женщин с различной (слабой, средней и значительной) выраженностью косметологической проблемы. Кроме того, в связи с данными литературы о динамическом характере психологических проблем и состояний у женщин, проходящих курс лечебной косметологической коррекции, в частности о том, что устранение проблем кожи лица положительно влияет на эмоциональное состояние, социальную успешность и качество жизни в целом, были сопоставлены психометрические показатели женщин трех групп, полученные в периоды «до начала лечения» и «после окончания лечения».

Результаты исследования показали, что во всех группах женщин как до начала лечения, так и по его окончании отмечался низкий уровень невротизации. Согласно представлению авторов-разработчиков метода «Уровень невротизации» [10], это отражает эмоциональную устойчивость, фрустрационную толерантность, социальную уверенность, активность, свободную самореализацию (отсутствие неуверенности и избыточного самоконтроля). По результатам динамического исследования, эти качества, изначально характеризующие пациенток, достоверно усиливаются по мере снятия косметологической проблемы (после курса ле-

чебной коррекции). Полученные результаты согласуются с данными D. Scharschmidt и соавт. [31] о том, что исследованные ими 145 немецких женщин, обратившихся за мининвазивными косметическими процедурами и омоложением кожи, – высокообразованные и в большинстве своем работающие, обладающие высокими показателями качества жизни; им свойственен более высокий уровень экстравертности, доброжелательности, открытости по отношению ко всему новому по сравнению с женщинами из контрольной группы; в определенной степени это соответствует социально-демографическим характеристикам изученных нами пациенток, из которых подавляющее большинство имеют высшее образование, постоянно работают, имеют семью, проявляют социальную активность и внимание к здоровью.

Несмотря на низкий уровень невротизации (то есть риска развития невротических и других пограничных психических расстройств), в ходе клинко-психологического интервью в каждой группе около одной четверти женщин отметили наличие затяжной психотравмирующей ситуации; 17 пациенток отметили, что переживают в настоящее время острую стрессовую ситуацию. Данные о том, что женщины, обратившиеся за косметологической помощью, имеют в анамнезе психические травмы, приведены также в работах J.F. Sobanko и соавт. [32], S. Dadkhahfar и соавт. [22]. Анализ психометрических показателей методики ШВС-10 позволил сделать заключение о том, что общий уровень субъективно воспринимаемого в течение последнего месяца стресса, а также показатель «Перенапряжение» в исследованных группах женщин превышают соответствующие нормативные показатели, полученные авторами методики на российской выборке [1], в то время как показатель «Противодействие стрессу», напротив, ниже, чем в нормативной выборке, и по этим показателям сравниваемые группы женщин существенно не отличаются. Это свидетельствует о том, что изученные группы пациенток вне зависимости от выраженности косметологической проблемы затрачивают меньшие усилия для

преодоления объективно существующих и субъективно воспринимаемых стрессовых ситуаций. Таким образом, результаты настоящего исследования подтверждают ранее полученные данные о наличии значительных личностных ресурсов копинга у большинства пациенток косметологической клиники, в совокупности отражающих зрелость и адаптивность личности [2, 5].

В динамическом исследовании выявлено статистически значимое снижение показателей «Общий уровень воспринимаемого стресса» и «Перенапряжение» (методика ШВС-10) в период «после лечения», по сравнению с периодом «до начала лечения». Одновременно в каждой из сравниваемых группах женщин и во всей выборке выявлено статистически значимое повышение «Индекса психологического благополучия» (методика WHO-5). В совокупности эти результаты отражают позитивное влияние проведенного лечения не только на состояние кожи лица, но и на психоэмоциональное состояние пациенток. Это согласуется с данными зарубежных работ, в которых, например, отмечено достоверное увеличение параметров качества жизни через месяц после косметологической процедуры по сравнению с начальным периодом лечения [28], высоко статистически значимое снижение показателя депрессии после курса косметологических процедур [24]; по данным А. Kurtti [25] через 2 мес. после комбинированного использования филлеров и ботулотоксина женщины отмечали существенное улучшение ( $p = 0,001$ ) не только в отношении морщин и самооощущения своего возраста, но и в отношении психологического состояния и социального функционирования.

## Заключение

Проведенное психологическое обследование 188 женщин, получавших курс лечебной коррекции дефектов кожи лица, не выявило повышение уровня невротизации (эмоциональной возбудимости и неустойчивости, тревожности, ипохондрической фиксации и личностной незрелости как факторов риска развития невротических расстройств). Напротив, вопреки ожиданиям, основанным на анализе современной научной литературы, акцентирующей психологическое неблагополучие и даже расстройства личности и адаптации у посетительниц клиники эстетической медицины, в настоящем исследовании выявлен низкий уровень невротизации и отсутствие взаимосвязи этого показателя со степенью выраженности косметологической проблемы кожи лица. В то же время, согласно субъективной оценке, уровень воспринимаемого стресса и «перенапряжения» по методике ШВС-10 у исследованных женщин довольно высок (превышает средне-нормативные значения). Можно предположить, что низкий уровень невротизации (устойчивость личности) и хорошие (выше среднего) значения «индекса психологического благополучия» являются эффективными ресурсами совладания со стрессом у данной категории женщин.

Важно отметить, что все изученные психометрические показатели (уровень невротизации, уровень воспринимаемого стресса и индекс психологического благополучия) имеют положительную динамику в группах пациенток с различной выраженностью проблем кожи лица, выявленную при сравнении этих показателей в периоды до и после косметологического лечения.

## Литература

1. Абабков В.А., Барышникова К., Воронцова-Венгер О.В. [и др.]. Валидизация русскоязычной версии опросника «Шкала воспринимаемого стресса-10» // Вестн. СПбГУ. Серия 16: Психология. Педагогика. 2016. № 2. С. 6–15. DOI: 10.21638/11701/spbu16.2016.202.
2. Александров А.А., Багненко Е.С. Психологические характеристики женщин с косметическими дефектами кожи лица // Вестник психотерапии. 2012. № 41 (46). С. 52–66.
3. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. 552 с.
4. Александровский Ю.А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация. М.: Наука, 1976. 272 с.

5. Багненко Е.С., Аравийская Е.Р., Богатенков А.И., Багненко С.С. Взаимосвязь клинических и психологических характеристик женщин, обращающихся за косметологической помощью // Вестн. дерматологии и венерологии. 2021. Т. 97, № 5. С. 66–75. DOI: 10.25208/vdv1246.
6. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание: пер. с англ. М.: Прогресс, 1986. 422 с.
7. Васильева А.В., Караваева Т.А. Психосоциальные факторы профилактики и терапии невротических расстройств в мегаполисе: мишени интервенций в здоровом городе // Обзор. психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. 2020. № 2. С. 95–104. DOI: 10.31363/2313-7053-2021-56-3-62-72.
8. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю., Дубинина Е.А. [и др.]. Социальная фрустрированность как фактор психогенеза расстройств психической адаптации // Обзор. психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. 2021. Т. 55, № 3. С. 8–18. DOI: 10.31363/2313-7053-2021-56-3-8-18.
9. Караваева Т.А., Королькова Т.Н. Психологические механизмы и психосоматические соотношения при различных дерматозах // Клинич. дерматология и венерология. 2018. Т. 17, № 5. С. 7–17. DOI: 10.17116/klinderma2018170517.
10. Карпова Э.Б., Иовлев Б.В., Вукс А.Я. Психологическая диагностика уровня невротизации // Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы и личности: монография / науч. ред. Л.И. Вассерман, О.Ю. Щелкова. СПб.: Скифия-принт, 2014. С. 154–170.
11. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. М.: Практ. медицина, 2011. 432 с.
12. Куликов Л.В. Эмоциональная устойчивость личности. СПб.: СПбГУ, 2008. 41 с.
13. Незнанов Н.Г., Васильева А.В. Возможности психодинамического подхода в мультидименсиональной модели этиопатогенеза дерматологических заболеваний // Психич. расстройства в общей медицине. 2015. Т. 4. С. 16–21.
14. Попов Ю.М., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. СПб.: Речь, 2002. 400 с.
15. Сац Е.А. Особенности самосознания женщин, недовольных собственной внешностью: автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 2015. 28 с.
16. Святенко Л. В. Психологические факторы расстройств адаптации женщин с избыточным весом: автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2012. 25 с.
17. Семичов С.Б. Предболезненные психические расстройства. Л.: Медицина, 1987. 181 с.
18. Фаустова А.Г. Динамика самоотношения при изменении внешности: автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 2017. 28 с.
19. Bech P. Measuring the dimension of Psychological General Well-Being by the WHO-5 // Quality of Life Newsletter. 2004. Vol. 32. P. 15–16.
20. Carrard I., Argyrides M., Ioannou X. [et al.]. Associations between body dissatisfaction, importance of appearance, and aging anxiety with depression, and appearance-related behaviors in women in mid-life // J. Women Aging. 2021. Vol. 33, N 1. P. 70–83. DOI: 10.1080/08952841.2019.1681882.
21. Cohen S., Kamarck T., Mermelstein R. A global measure of perceived stress // J. Health. Soc. Behav. 1983. Vol. 24, N 4. P. 385–396. DOI: 10.2307/2136404.
22. Dadkhahfar S., Gheisari M., Kalantari Y. [et al.]. Motivations and characteristics of patients seeking minimally invasive cosmetic procedures in two Iranian dermatology centers: A cross-sectional study // Int. J. Womens Dermatol. 2021. Vol. 7, N 5 (Part B). P. 737–742. DOI: 10.1016/j.ijwd.2021.07.001/
23. Hibler B.P., Schwitzer J., Rossi A.M. Assessing Improvement of Facial Appearance and Quality of Life after Minimally-Invasive Cosmetic Dermatology Procedures Using the FACE-Q Scales // J. Drugs Dermatol. 2016. Vol. 15, N 1. P. 62–67.
24. Khademi M., Roohaninasab M., Goodarzi A. [et al.]. The healing effects of facial BOTOX injection on symptoms of depression alongside its effects on beauty preservation // J. Cosmet. Dermatol. 2021. Vol. 20, N 5. P. 1411–1415. DOI: 10.1111/jocd.13990.
25. Kurtti A., Charles C., Jagedo J. Combination Facial Aesthetic Treatment in Millennials // J. Drugs Dermatol. 2022. Vol. 21 N 1. P. 37–42. DOI: 10.36849/JDD.2022.6425.
26. Özkur E., Altunay İ.K., Aydın Ç. Psychopathology among individuals seeking minimally invasive cosmetic procedures // J. Cosmet. Dermatol. 2020. Vol. 19, N 4. P. 939–945. DOI: 10.1111/jocd.13101.
27. Pikoos T.D., Rossell S.L., Tzimas N., Buzwell S. Assessing Unrealistic Expectations in Clients Undertaking Minor Cosmetic Procedures: The Development of the Aesthetic Procedure Expectations Scale // Facial Plast. Surg. Aesthet. Med. 2021. Vol. 23, N 4. P. 263–269. DOI: 10.1089/fpsam.2020.0247/
28. Ribeiro F., Steiner D. Quality of life before and after cosmetic procedures on the face: A cross-sectional study in a public service // J. Cosmet. Dermatol. 2018. Vol. 17, N 5. P. 688–692. DOI: 10.1111/jocd.12723.
29. Rumsey N., Harcourt D. The Psychology of Appearance. McGraw-Hill: Open University Press, 2005. 256 p.
30. Sarwer D.B. Body image, cosmetic surgery, and minimally invasive treatments // Body Image. 2019. Vol. 31. P. 302–308. DOI: 10.1016/j.bodyim.2019.01.009.

31. Scharschmidt D., Mirastschijski U., Preiss S. [et al.]. Body Image, Personality Traits, and Quality of Life in Botulinum Toxin A and Dermal Filler Patients // *Aesthetic Plast. Surg.* 2018. Vol. 42, N 4. P. 1119–1125. DOI: 10.1007/s00266-018-1165-3.
32. Sobanko J.F., Taglienti A.J., Wilson A.J. [et al.]. Motivations for seeking minimally invasive cosmetic procedures in an academic outpatient setting // *Aesthet. Surg J.* 2015. Vol. 35, N 8. P. 1014–1020. DOI: 10.1093/asj/sjv094.
33. Wang Q., Cao C., Guo R. [et al.]. Avoiding Psychological Pitfalls in Aesthetic Medical Procedures // *Aesthetic Plast. Surg.* 2016. Vol. 40, N 6. P. 954–961. DOI: 10.1007/s00266-016-0715-9.
34. Weinkle S.H., Werschler W.P., Teller C.F. [et al.]. Impact of Comprehensive, Minimally Invasive, Multimodal Aesthetic Treatment on Satisfaction with Facial Appearance: The HARMONY Study // *Aesthet. Surg. J.* 2018. Vol. 38, N 5. P. 540–556. DOI: 10.1093/asj/sjx179.

---

Поступила 03.05.2022 г.

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

**Участие авторов:** Е.С. Багненко – анализ литературы по теме исследования, разработка программы, дизайн, а также организация и проведение эмпирического исследования, анализ результатов, написание текста статьи; А.О. Гриненко – сбор первичных данных, первичная и статистическая обработка данных психологических методик, редактирование и оформление текста статьи.

**Для цитирования.** Багненко Е.С., Гриненко А.О. Уровень невротизации женщин с косметологическими проблемами кожи лица // *Вестник психотерапии*. 2022. № 84. С. 31–45. DOI: 10.25016/2782-652X-2022-0-84-31-45

---

E.S. Bagnenko<sup>1,2</sup>, A.O. Grinenko<sup>1</sup>

## The level of neuroticism in women with cosmetic skin problems

<sup>1</sup> Saint Petersburg Beauty Institute “Galaktika” (5/2, Pirogovskaya embank., St. Petersburg, 194044, Russia)

<sup>2</sup> Pavlov First Saint Petersburg State Medical University (6-8, L’va Tolstogo Str., St. Petersburg, 197022, Russia)

✉ Elena Sergeevna Bagnenko – PhD Med. Sci., Assistant of the Department of Plastic Surgery, Pavlov First Saint Petersburg State Medical University (6-8, L’va Tolstogo Str., St. Petersburg, 197022, Russia); dermatologist-cosmetologist, Saint Petersburg Beauty Institute “Galaktika” (5/2, Pirogovskaya embank., St. Petersburg, 194044, Russia), ORCID: 0000-0003-4584-7005, e-mail: e\_bagnenko@mail.ru;

Anna Olegovna Grinenko – student, Pavlov First Saint Petersburg State Medical University (6-8, L’va Tolstogo Str., St. Petersburg, 197022, Russia), ORCID: 0000-0002-4453-8879, e-mail: 5814411@mail.ru

### Abstract

**Relevance.** There is a lack of psychological knowledge of patients of cosmetology clinics, although the role of psychological factors in the occurrence, course and treatment of facial skin problems is proved by clinical experience and a number of foreign studies. Among the psychological factors, the emotional state of patients and personal resources of coping with stress are potentially of the greatest importance.

**Intention:** To determine and compare the level of neuroticism, the level of perceived stress and the level of psychological well-being in groups of women with varying degrees of facial skin defects, as well as the dynamics of these indicators in the process of cosmetic treatment.

**Methodology.** Using a standardized interview and a set of psychodiagnostic methods: “Level of neuroticism” (UN), “Scale of perceived stress” (ShVS-10), “Index of well-being” (WHO-5), 188 patients of the cosmetology clinic (mean age 40.0 ± 0.8) were divided into groups with low,

medium and significant facial skin defects based on the dermatologist's expert evaluation. Methods of mathematical and statistical data analysis were used: Pearson's  $\chi^2$ , one-way analysis of variance (ANOVA), one-sample T-test.

*Results and Discussion.* The results of the study didn't confirm the assumption that the level of neuroticism, experienced stress and psychological well-being are related to the severity of the cosmetic problem, although the groups differ statistically significantly in the nature of clinical symptoms and their duration. The measured indicator of the UN technique in all groups of patients both before the start of treatment and after it indicated the probability of neuroticism as 0.13, while the probability of its absence was 0.87. At the same time, in each group of patients and in general, the overall level of perceived stress and the "overstrain" indicator (ShVS-10) were significantly higher than normative values ( $p = 0.001$ ), as well as the level of stress resistance was significantly lower ( $p = 0.001$ ) than the normative test indicator. All these data combined show the emotional stability of the personality and good coping resources of the studied women, despite experiencing stressful or traumatic (9 people) situation. In all groups, there was a statistically significant positive dynamics of psychodiagnostic indicators at the end of the course of therapeutic correction.

*Conclusion.* A psychological examination of the patients of the aesthetic medicine clinic revealed a low level of neuroticism in groups of women with mild, moderate and significant facial skin cosmetic problems, as well as the absence of differences between groups in this indicator. At the same time, indicators of subjective experience of stress associated with dissatisfaction with one's appearance were increased, with their downward dynamics in the course of treatment. The data obtained allow us to determine the main directions and resources of psychological assistance to patients of the cosmetology clinic. The limitations of the study, which at the same time represent its prospects, are associated with obtaining the results of a comparative analysis of the parameters of patients in a cosmetology clinic with normative data for all psychological tests (not only according to the ShVS), as well as with expanding the range of studied psychological characteristics.

**Keywords:** clinical psychology, psychological diagnostics, medical cosmetology, facial skin defects, level of neuroticism, stress level, index of psychological well-being.

## References

1. Ababkov V.A., Baryshnikova K., Vorontsova-Venger O.V. [et al.]. Validizatsiya russkoyazychnoi versii oprosnika «Shkala vosprinimaemogo stressa-10» [Validation of the russian version of the questionnaire "Scale of perceived stress-10"]. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya 16: Psikhologiya. Pedagogika* [Bulletin of Saint-Petersburg State University. Seriya 16. Psychology. Pedagogy]. 2016; (2):6–15. DOI: 10.21638/11701/spbu16.2016.202. (In Russ.)
2. Aleksandrov A.A., Bagnenko E.S. Psikhologicheskie kharakteristiki zhenshchin s kosmeticheskimi defektami kozhi litsa [Psychological characteristics of females with face skin defects]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2012; (41):52–66. (In Russ.)
3. Aleksandrovskii Yu.A. Pogranichnye psikhicheskie rasstroistva [Borderline mental disorders]. Moscow. 2021. 552 p. (In Russ.)
4. Aleksandrovskii Yu.A. Sostoyaniya psikhicheskoi dezadaptatsii i ikh kompensatsiya [States of mental disadaptation and their compensation]. Moscow. 1976. 272 p. (In Russ.)
5. Bagnenko E.S., Araviiskaya E.R., Bogatenkov A.I., Bagnenko S.S. Vzaimosvyaz' klinicheskikh i psikhologicheskikh kharakteristik zhenshchin, obrashchayushchikhsya za kosmetologicheskoi pomoshch'yu [The correlation of clinical and psychological characteristics of women seeking cosmetic help] *Vestnik dermatologii i venerologii* [Bulletin of Dermatology and Venereology]. 2021; 97(5):66–75. DOI: 10.25208/vdv1246. (In Russ.)
6. Berns R. Razvitie Ya-kontseptsii i vospitanie [Self-concept development and education]. Moscow. 1986. 422 p. (In Russ.)
7. Vasil'eva A.V., Karavaeva T.A. Psikhosotsial'nye faktory profilaktiki i terapii nevroticheskikh rasstroistv v megapolise: misheni interventsii v zdorovom gorode [Psychosocial factors of the neurotic disorders treatment and prevention in metropolis]. *Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology]. 2020; 54(2):95–104. DOI: 10.31363/2313-7053-2021-56-3-62-72. (In Russ.)
8. Vasserman L.I., Shchelkova O.Yu., Dubinina E.A. [et al.]. Sotsial'naya frustrirovannost' kak faktor psikhogeneza rasstroistv psikhicheskoi adaptatsii [Social frustratedness as a psychogenesis factor of adjustment disorders]. *Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology]. 2021; 55(3):8–18. DOI: 10.31363/2313-7053-2021-56-3-8-18. (In Russ.)

9. Karavaeva T.A., Korol'kova T.N. Psikhologicheskie mekhanizmy i psikhosomaticheskie sootnosheniya pri razlichnykh dermatozakh [Psychological mechanisms and psychosomatic relationships in various dermatoses]. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya* [Russian journal of clinical dermatology and venereology]. 2018; 17(5):7–17. DOI: 10.17116/klinderma2018170517. (In Russ.)
10. Karpova E.B., Iovlev B.V., Vuks A.Ya. Psikhologicheskaya diagnostika urovnya nevrotizatsii [Psychological diagnosis of the level of neuroticization]. *Psikhologicheskaya diagnostika rasstroistv emotsional'noi sfery i lichnosti* [Psychological diagnosis of disorders of the emotional sphere and personality: monograph]. Eds.: L.I. Vasserman, O.Yu. Shchelkova. St. Petersburg. 2014. Pp. 154–170. (In Russ.)
11. Krasnov V.N. Rasstroistva affektivnogo spectra [Affective spectrum disorders]. Moscow. 2011. 432 p. (In Russ.)
12. Kulikov L.V. Emotsional'naya ustoichivost' lichnosti [Emotional stability of the personality]. St. Petersburg. 2008. 41 p. (In Russ.)
13. Neznanov N.G., Vasil'eva A.V. Vozmozhnosti psikhodinamicheskogo podkhoda v mul'tidimensional'noi modeli etiopatogeneza dermatologicheskikh zabolevaniy [Potentialities of the psychodynamic approach in multidimensional model of the dermatological diseases etiopathogenesis]. *Psikhicheskie rasstroistva v obshchei meditsine* [Mental disorders in general medicine]. 2015; 4(16–21). (In Russ.)
14. Popov Yu.M., Vid V.D. Sovremennaya klinicheskaya psikhatriya [Modern clinical psychiatry]. St. Petersburg. 2002. 400 p. (In Russ.)
15. Sats E.A. Osobennosti samosoznaniya zhenshchin, nedovol'nykh sobstvennoi vneshnost'yu [Peculiarities of self-consciousness of women unsatisfied with their appearance]: Abstract dissertation PhD Psychol. Sci. Moscow. 2015. 28 p. (In Russ.)
16. Svyatenko L. V. Psikhologicheskie faktory rasstroistv adaptatsii zhenshchin s izbytochnym vesom [Psychological factors of adaptation disorders of overweight women]: Abstract dissertation PhD Psychol. Sci. St. Petersburg. 2012. 25 p. (In Russ.)
17. Semichov S.B. Predbolezennyye psikhicheskie rasstroistva [Pre-nosology mental disorders]. Leningrad. 1987. 181 p. (In Russ.)
18. Faustova A.G. Dinamika samootnosheniya pri izmenenii vneshnosti [Dynamics of self-attitude when changing appearance]: Abstract dissertation PhD Psychol. Sci. Moscow. 2017. 28 p. (In Russ.)
19. Bech P. Measuring the dimension of Psychological General Well-Being by the WHO-5. *Quality of Life Newsletter*. 2004; 32:15–16.
20. Carrard I., Argyrides M., Ioannou X. [et al.]. Associations between body dissatisfaction, importance of appearance, and aging anxiety with depression, and appearance-related behaviors in women in mid-life. *J. Women Aging*. 2021; 33(1):70–83. DOI: 10.1080/08952841.2019.1681882.
21. Cohen S., Kamarck T., Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J. Health. Soc. Behav.* 1983; 24(4):385–396. DOI: 10.2307/2136404.
22. Dadkhahfar S., Gheisari M., Kalantari Y. [et al.]. Motivations and characteristics of patients seeking minimally invasive cosmetic procedures in two Iranian dermatology centers: A cross-sectional study. *Int. J. Womens Dermatol.* 2021; 7(5, Pt. B):737–742. DOI: 10.1016/j.ijwd.2021.07.001.
23. Hibler B.P., Schwitzer J., Rossi A.M. Assessing Improvement of Facial Appearance and Quality of Life after Minimally-Invasive Cosmetic Dermatology Procedures Using the FACE-Q Scales. *J. Drugs Dermatol.* 2016; 15(1):62–67.
24. Khademi M., Roohaninasab M., Goodarzi A. [et al.]. The healing effects of facial BOTOX injection on symptoms of depression alongside its effects on beauty preservation. *J. Cosmet. Dermatol.* 2021; 20(5):1411–1415. DOI: 10.1111/jocd.13990.
25. Kurtti A., Charles C., Jagedo J. Combination Facial Aesthetic Treatment in Millennials. *J. Drugs Dermatol.* 2022; 21(1):37–42. DOI: 10.36849/JDD.2022.6425.
26. Özkur E., Altunay İ.K., Aydın Ç. Psychopathology among individuals seeking minimally invasive cosmetic procedures. *J. Cosmet. Dermatol.* 2020; 19(4):939–945. DOI: 10.1111/jocd.13101.
27. Pikoos T.D., Rossell S.L., Tzimas N., Buzwell S. Assessing Unrealistic Expectations in Clients Undertaking Minor Cosmetic Procedures: The Development of the Aesthetic Procedure Expectations Scale. *Facial Plast. Surg. Aesthet. Med.* 2021; 23(4):263–269. DOI: 10.1089/fpsam.2020.0247.
28. Ribeiro F., Steiner D. Quality of life before and after cosmetic procedures on the face: A cross-sectional study in a public service. *J. Cosmet. Dermatol.* 2018; 17(5):688–692. DOI: 10.1111/jocd.12723.
29. Rumsey N., Harcourt D. *The Psychology of Appearance*. McGraw-Hill: Open University Press, 2005. 256 p.
30. Sarwer D.B. Body image, cosmetic surgery, and minimally invasive treatments. *Body Image*. 2019; 31:302–308. DOI: 10.1016/j.bodyim.2019.01.009.
31. Scharschmidt D., Mirastschijski U., Preiss S. [et al.]. Body Image, Personality Traits, and Quality of Life in Botulinum Toxin A and Dermal Filler Patients. *Aesthetic Plast. Surg.* 2018; 42(4):1119–1125. DOI: 10.1007/s00266-018-1165-3.
32. Sobanko J.F., Taglienti A.J., Wilson A.J. [et al.]. Motivations for seeking minimally invasive cosmetic procedures in an academic outpatient setting. *Aesthet. Surg J.* 2015; 35(8):1014–1020. DOI: 10.1093/asj/sjv094.

- 
33. Wang Q., Cao C., Guo R. [et al.]. Avoiding Psychological Pitfalls in Aesthetic Medical Procedures. *Aesthetic Plast. Surg.* 2016; 40(6):954–961. DOI: 10.1007/s00266-016-0715-9.
34. Weinkle S.H., Werschler W.P., Teller C.F. [et al.]. Impact of Comprehensive, Minimally Invasive, Multimodal Aesthetic Treatment on Satisfaction with Facial Appearance: The HARMONY Study. *Aesthet. Surg. J.* 2018; 38(5):540–556. DOI: 10.1093/asj/sjx179.
- 

Received 03.05.2022

**For citing:** Bagnenko E.S., Grinenko A.O. Uroven' nevrotizatsii zhenshchin s kosmetologicheskimi problemami kozhi litsa. *Vestnik psikhoterapii*. 2022; (84):31–45. **(In Russ.)**

Bagnenko E.S., Grinenko A.O. The level of neuroticism in women with cosmetic skin problems. *Bulletin of Psychotherapy*. 2022; (84):31–45. DOI: 10.25016/2782-652X-2022-0-84-31-45

---

А.А. Емельянова

## ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КОНЦЕПЦИИ АДАПТАЦИИ ПРИМЕНИТЕЛЬНО К МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

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

*Актуальность.* Современные условия функционирования общества, изменение образовательных и профессиональных стандартов актуализируют понятие адаптации. Сегодня для эффективного функционирования в социуме и сохранения привычного качества жизни необходимо значительное напряжение адаптационного потенциала человека. Проблема нарушения адаптации является предметом обсуждения во многих исследованиях, однако актуальным остается поиск маркеров психического неблагополучия личности, возникающих при нарушении психической адаптации, а также способов нивелирования этих нарушений.

*Цель.* В результате обобщения знаний о феномене адаптации показать психическую основу адаптационной функциональной системы, выделить особенности психики индивида, способные выступить факторами риска нарушения адаптационного процесса.

*Методология.* Проведен теоретический анализ феномена «адаптация». Путем сопоставления данных исследований в физиологическом, медицинском и психологическом подходах, сделаны попытки определить донозологические маркеры нарушений психической адаптации. Особый интерес представляет психическая природа процесса адаптации и его нарушений.

*Результаты и их анализ.* В статье дается теоретический обзор феномена адаптации. Рассматриваются трудности его определения и противоречия (проблемы), возникающие при работе с таким общим для целого ряда наук (психологии, биологии, физиологии и т.д.) концептом. Автор анализирует генезис и динамику данного процесса, критерии адаптированности, а также формы компенсаторного поведения при нарушениях адаптации.

*Заключение.* Междисциплинарный интерес к проблеме объясняется сложной полисистемной структурой явления адаптации, механизмы которого до сих пор не изучены полностью. Многогранность проявления, затрагивающего одновременно биологический, физиологический, психический и социальный аспекты, недостаточность методологической разработанности вносят разночтения и путаницу в исследование данного феномена. Результаты анализа позволят выделить факторы риска и маркеры донозологических нарушений психической адаптации, что может учитываться в процессе организации психопрофилактических мероприятий.

**Ключевые слова:** стресс, адаптация, пограничные расстройства, компенсации, клиническая психология.

**Введение.** Адаптация – это сложный процесс, синонимичный не только понятию «приспособление», но и понятию «жизнь» в целом. Можно сказать, что на протяжении всей своей жизни человек адаптируется к из-

менчивой среде, чтобы приблизиться к пониманию концепта адаптации. Необходимо сформировать определенную позицию по ряду противоречий, открывающихся при проведении исследования данного феномена



[9]. Например, одной из ключевых проблем является то, что адаптация рассматривается не как один многогранный процесс, а изолированно, только с основных позиций той науки, в рамках которой проводится исследование.

**Подходы к исследованию феномена «адаптация».** Термин «адаптация» встречается в различных дисциплинах: философии, биологии, физиологии, социологии и, наконец, в психологии [1, 2, 12]. С точки зрения философии адаптация характеризуется установлением баланса между организмом и окружающим миром. Философское представление о феномене адаптации несколько теологично, но в более поздний период может быть выражено в высказывании Ж.-П. Сартра о том, что посредством взаимодействия с материей человек формирует собственную индивидуальность [3, 1, 16]. Исходя из этой трактовки, помимо общепhilosophического появляется еще один подход к адаптации – как к процессу эволюции живой природы. Такое понимание феномена перекликается с рациональным, с позиции естественного отбора и эволюционной теории Ч. Дарвина, истолкованием адаптации, данным в рамках биологической науки. Индивид, с точки зрения биологии, неразрывно взаимодействует со средой, представляющей огромное количество раздражителей, на которые организм ориентируется и с которыми должен совладать (например, с помощью адаптивных рефлекторных реакций). Отмечается, что если адаптивная рефлекторная реакция достигает цели восстановления гомеостаза, то она подкрепляется (между ней и организмом устанавливается связь) [2]. Так, в поздних работах И.П. Павлова отмечается не только биолого-физиологическая природа адаптивной рефлекторной реакции, но и психическая [3, 7, 12, 14, 15].

**Анализ психофизиологических теорий адаптации.** В физиологии адаптация рассматривается как некий баланс, который носит название «гомеостаз» и обозначает постоянство ряда внутренних показателей, поддерживающих жизнедеятельность организма [10]. Согласно Н.А. Фомину, адап-

тация есть балансирование между: изменениями, затрагивающими органы/системы, и показателями, отображающими неизменность/стабильность/гомеостаз внутренних показателей организма (температуры тела, давления и т.д.).

Известно, что существует определенная зависимость между стрессовой реакцией и психической адаптацией: физиологический механизм адаптационного синдрома, подробно описанный еще Г. Селье, тесно связан с психическим [3, 14]. Универсальность адаптационного процесса дает возможность рассматривать его во взаимосвязи физических и психических аспектов. Психика оказывает существенное воздействие на физиологические системы организма посредством включения ее компонентов в функционирование общих интегративных систем [16]. Сопоставив представления об адаптационном синдроме Г. Селье с трудами советских физиологов и психологов, можно отметить, что стрессовая реакция начинается с тревоги, (включается первая сигнальная система подкорковой стимуляции, определяющая базовые инстинкты, потребности, тревоги, страхи, механизмы психологической защиты) [12, 14, 17].

Затем посредством ощущения, восприятия, зрения и т.д. (второй сигнальной системы) воспринимаются внешние изменения, вызвавшие нарушение гомеостаза. Связь между внешним миром и организмом осуществляется посредством не только анализаторов, но и психики, которая, как известно, является высшей формой взаимосвязи живых существ с предметным миром. Посредством третьей сигнальной системы осуществляется регуляция и контроль за протеканием психических процессов, вовлеченных в адаптационный процесс (можно предположить, что данная система проявляется в поведении: например, когнитивная оценка сложившейся ситуации, возможности удовлетворить потребность, вызвавшую нарушения гомеостатического психического равновесия, – или в положительных эмоциональных реакциях, подкрепляющих успешные адаптационные механизмы) [11, 18].

Таким образом, процесс адаптации также непосредственно связан с функционированием психического аппарата (содержательная сторона психики определяется принципом динамического стереотипа И.П. Павлова, ее динамика – доминантой А.А. Ухтомского, а соотношение знак/значение Л.С. Выготского формирует структуру). В процессе исследования адаптации на уровне психики интересен такой вопрос: что именно может вызывать нарушения адаптационного процесса? что выступает в роли факторов риска? Рассмотрим подробнее роль психики в процессе адаптации и появления нарушений [20].

Одной из основных задач психики является стремление к стабильности и экономности. Это прослеживается через динамический стереотип, описанный разными исследователями (установка / паттерн поведения / ограниченный набор поведенческих реакций) [14]. Динамические стереотипы – это прижизненные формирования, базирующиеся на инстинктах (инстинкт самосохранения) и побуждениях (то, что в действительности лежит в основе поведения). В отличие от детей, чье поведение, как известно, ситуативно, так как у них еще не имеется набора стереотипов, адаптация в более позднем возрасте детерминирована опытом (набором установок/паттернов). Так, изначально рефлекторная бессознательная реакция, проходя через призму сложной трехуровневой организации психики, частично осознается. С помощью системы соотношения «знак – значение» бессознательное побуждение, выступающее мотивом поведения, переосмысливается (когнитивный компонент адаптации). На этом этапе возможен диссонанс между неосознаваемым побуждением (тем, что хочу) и возможностью реализации (как я это вижу / как я это могу осуществить) – невротическая реакция [18].

Знаки, функционирующие по языковым правилам, формируют картину мира человека, создавая определенные доминанты и переживания, которые, в свою очередь, влияют на поведение и могут нарушать адаптацию. В процессе осознания потребности и наде-

лением ее значением для ее реализации из набора поведенческих реакций выбирается наиболее успешно зарекомендовавший себя ранее (адаптивный, подкрепленный ранее положительной эмоциональной реакцией) паттерн поведения (доминанта). У. Кенон отмечает, что базовые эмоции являются рычагами управления динамическим стереотипом. П.К. Анохин говорит о том, что эмоции являются системой подкрепления поведенческих паттернов, если стереотип успешен и достигает цели сохранения или возвращения утраченной стабильности, то этот стереотип подкрепляется [7]. С момента формирования доминанты включается торможение других, менее актуальных процессов, так как вся психическая активность, все процессы подчинены данной доминанте. На этом этапе также возможны появления нарушений: ранее успешно использованный паттерн поведения в изменившихся условиях перестает служить конечной цели начала адаптационного процесса – восстановления гомеостаза. Если стереотип оказывается не успешен, то включаются эмоции, являющиеся индикаторами, сигнализирующими о неуспешности данного поведенческого стереотипа и направленные на формирование новых паттернов поведения. Эмоциональная регуляция осуществляется или до восстановления стабильности, или до истощения ресурсов организма и появления нарушений. Следовательно, из-за изменения внешних условий и неуспешности паттерна сначала включается тревожная реакция, а затем психика вынуждена изменять свои способы реагирования (ассимилироваться/адаптироваться) [3, 14].

Еще одной важной проблемой, непосредственно возникающей при исследовании адаптационного процесса, является поиск критериев адаптации. Взаимосвязь между процессом адаптации и гомеостазом, описанная выше, а также тот факт, что основой физиологической тревожно-стрессовой реакции является возникновение потребности, дает основание предположить, что в феномен адаптации должны быть включены представления о потребностях [21].

Отмечается, что проявления свойств психики, психических процессов и состояний, функционирующих в определенной иерархической последовательности, проявляются в поведении. Поведение же, в свою очередь, детерминировано актуализированными потребностями. Если обратиться к работам И.П. Павлова об «Экспериментальных неврозах», то патологический характер реакциям придает конфликт между потребностью и приемлемостью способов ее удовлетворения, поэтому можно предположить, что степень адаптивности непосредственно прослеживается в поведении (критерий адаптации).

Однако важным является вопрос: можно ли считать адаптивным поведение, которое хотя и достигает цели – снижения тревоги и достижения временной адаптации за счет компенсаторных процессов, но сопряжено с высоким психическим напряжением и несет прямую или косвенную угрозу для жизни (например: невротическое, аутоагрессивное, героическое, суицидальное и т.д.)? Если рассматривать в таком ракурсе поведение как показатель адаптивности, возникает необходимость в дополнении критерия [9].

В поздних работах Г. Селье говорится о проблеме роли индивидуального восприятия в формировании реакции на внешний стимул, признается актуальность психических факторов в генезисе нарушений адаптации (в частности, идет речь об эмоциональной стрессовой реакции) [3, 14, 17]. Учет особенностей протекания стресс-реакции влияет на выбор направлений профилактики, так как имеются неспецифические закономерности, связанные со спецификой синдромов стресса (вегетативным, когнитивным, эмоционально-поведенческим и т.д.).

В совокупности с представлениями других исследователей можно отметить, что механизм эмоционального реагирования на нарушение гомеостатического равновесия не подразумевает только психофизиологическую стресс-реакцию (тревоги). В первую очередь это когнитивно-эмотивная реакция на возможность удовлетворить актуальную потребность, которая влияет на протекание всего адаптационного процесса. А.Н. Але-

хин подчеркивает, что ситуация сама по себе может быть нейтральна, однако отношение к ней, ее переживание формируются через призму опыта восприятия и реагирования на аналогичные ситуации в прошлом, то есть трансформация опыта в процессе переживания становится формой реагирования. Только тогда, когда предыдущий опыт рефлексирован, возможно дальнейшее движение и формирование нового опыта. Таким образом, еще одной мерой адаптации может быть эмоциональная реакция на результаты собственного поведения (степень удовлетворенности) [6, 11].

Если обратиться к исследованиям П.К. Анохина, то адаптация, в его понимании, это сложная, саморегулируемая функциональная система, которая должна рассматриваться как совокупность составляющих и как иерархичная система, призванная выполнять единую функцию, где дисфункция одного компонента приводит к нарушению всего процесса. Однако эта система не функционирует изолировано, а находится в непрерывном взаимодействии с другими системами (открытая сообщающаяся система). Тогда одно и то же поведение – героическое, например – с позиции разных систем (организма и среды) может быть как адаптивным, так и дезадаптивным. Что снова нас возвращает к проблеме относительности критериев психической адаптации и необходимость рассмотрения адаптационного процесса в целом [3, 7, 14].

**Анализ подходов к пониманию феномена «психическая адаптация».** Если говорить о психике как механизме адаптации, в первую очередь речь идет о психических состояниях. Психическое состояние может быть определено проявлением всех компонентов психики, выражающих степень гомеостатического равновесия между человеком и окружающей средой в конкретный период времени. Здесь хотелось бы обратить внимание на четвертую проблему в исследовании адаптации. Можно ли говорить об адаптации как о результате или логичнее предположить, что речь все же идет о процессе?! Приспособление – непрерывно и синонимично

пониманию жизни в целом, тогда адаптация – это процесс, длящийся от рождения до смерти. Однако исследовать такой временной отрезок не представляется возможным, поэтому, исследуя адаптацию, следует иметь в виду процесс, но происходящий в конкретном (исследуемом) временном отрезке [14].

Факторами риска нарушений адаптации может выступать такое ядро психики, как психические свойства. Известно, что тип высшей нервной деятельности является врожденным психофизиологическим свойством организма, где скорость процессов возбуждения и торможения будут взаимосвязаны с особенностями стрессового реагирования, а значит, и механизмами адаптации. Экстраверсия/интроверсия связаны с показателями невротизации / эмоциональной устойчивости, а значит, накладывают отпечаток на особенности эмоционального реагирования на нарушение психического баланса [4, 14].

Если обратиться к понятию системы, то в нормальном функционировании психики существует некая точка бифуркации, уязвимая в кризисные периоды жизни (например, в подростковом возрасте), предполагающая, что после ее прохождения у системы есть несколько разных путей дальнейшего развития и жизни. Даже если собрать в один ряд множество признаков, характеризующих состояние системы, и пытаться строить прогноз, всегда будет существовать элемент неопределенности перед точкой бифуркации. Для психической системы предположение о том, по какому пути развития пойдет индивид, сделать сложно [15].

Такой точкой бифуркации часто становятся акцентуации характера, наиболее ярко проявляющиеся в подростковом возрасте, но обычно сглаживающиеся в процессе взросления. Такое прижизненное формирование, как характер, его доминирующие черты (акценты) активно включены в процесс адаптации и влияют на него [14, 20]. Акценты в характере также можно рассматривать как факторы риска нарушений адаптации. При описании акцентуаций используются названия, аналогичные терминам, описывающим

пограничные психические расстройства [2, 5]. В своих исследованиях процесса адаптации А.Н. Алехин подчеркивает, что в медицинской психологии терминологический аппарат для анализа психической адаптации заимствован из психопатологии пограничных психических расстройств. Такое заимствование вносит диссонанс в исследование адаптации. Известно, что акцентуации – это доминирующие черты характера индивида, находящиеся на стыке нормы и патологии, имеющие определенные сензитивные периоды формирования и собственное «слабое звено». Это звено не устойчиво к воздействию какого-то определенного фактора, в то время как другие воздействия переносятся нормально. Если воздействие неблагоприятного фактора происходит в «благоприятный» для данной акцентуации характера период и приходится на место наименьшего сопротивления, то это приводит к сохранению ярко выраженных акцентуаций характера, нарушениям в адаптационном процессе, появлению компенсаций и развитию пограничных психических расстройств. Следует еще раз обратить внимание, что травмирующим может стать любой раздражитель (фактор), который в силу особенностей личностного восприятия и опыта наделяется определенным значением для человека [15].

**Обобщение результатов.** Резюмируя все написанное выше, следует отметить, что адаптация не сводится к совокупности реакций организма (и в частности психики) на внешние факторы. Прежде всего, это многокомпонентный процесс, единовременно происходящий в нескольких плоскостях: морфологической, физиологической и психической. Психическая адаптация – это сложная функциональная система, в основе которой лежит структурно-уровневая организация психики, где в психогенезе нарушений адаптации пусковым механизмом становится не столько неблагоприятные воздействия внешней среды, а, скорее, индивидуальные закономерности психической организации личности, которые обычно не выражены, но могут проявлять себя в процессе воздействия определенно-

го фактора. Этот сам по себе относительно нейтральный фактор, воздействующий на неочевидные маркеры психического неблагополучия, может привести к появлению нервно-психического напряжения, развитию компенсаторного поведения.

На основании теоретического анализа, можно выделить следующие факторы риска нарушений психической адаптации (донозологические формы):

1) так как когнитивный компонент психики активно участвует в процессе оценки ситуации как стрессовой, то особенности когнитивной сферы могут восприниматься как фактор риска (когнитивные стратегии адаптации, когнитивная ригидность, неспособность изменить представления об окружающей среде в соответствии с действительными изменениями этой среды, фиксированные когнитивные установки и т.д.);

2) в связи с тем, что эмоции выполняют функцию системы индикации нарушения психического гомеостаза, то изначальные особенности эмоциональной сферы (лабильность и ригидность эмоций, уровень нейротизма) также могут служить донозологическими маркерами;

3) опыт предыдущего реагирования: так реакция, возникающая на действие определенного стимула, влияет на реакцию, которая возникает в ответ на последующие стимулы (может осознаваться или не осознаваться человеком), при этом негативные паттерны поведения приводят к замедлению обработки стимула, а позитивные – к ускорению. Таким образом, особенности предыдущего реагирования (опыт, паттерны поведения), трансформация опыта в процессе переживания (особенно если он был негативным) влекут за собой искажение процесса адаптации в настоящем;

4) особенности межличностного взаимодействия также могут быть показателем напряжения психических возможностей организма, проявляющихся в поведении наличием конфликтов в межличностных отношениях (особенно в подростковом возрасте).

Понимание факторов риска позволит повысить эффективность психопрофилакти-

ческих программ адаптации студентов, построить профилактическую работу, где мишенями воздействия будут выделенные выше маркеры.

Ф.Б. Березин подчеркивает, что психическую адаптацию нельзя считать нормальной, если чрезмерное напряжение механизмов ведет к нарушению нормального функционирования организма физиологического или психического здоровья [10]. Критериями нарушенной адаптации можно считать следующие показатели:

1) наличие проблем в эмоциональной сфере (повышенный уровень тревожности, фрустрационная напряженность, сниженный фон настроения, повышенная раздражительность). Эмоциональное реагирование объясняет ее компенсаторную (замещающую недостаток информации) функцию. Однако на этом компенсаторная функция эмоций не заканчивается. Так, возникновение напряжения сопровождается переходом к другим формам поведения, влияет на механизм оценки внешних сигналов и реагирование на них;

2) недостаток информации или недостаточный уровень когнитивных возможностей индивида (пограничные значения показателей мышления) приводят к негативной окраски воспринимаемой ситуации (ее катастрофизация), а непонимание способов удовлетворения потребности приводит к вынужденному обесцениванию потребности, интрапсихическому конфликту, невротической реакции;

3) поведенческие нарушения. Саморазрушающее поведение может рассматриваться как попытка ситуативного совладания со стрессом. Примером компенсаторного поведения при нарушенной психической адаптации могут являться аддиктивное и девиантное поведение. В данном случае индивид прибегает к деструктивным действиям как к способу снижения психического напряжения, компенсаторной форме приспособительной реакции;

4) заострение акцентов характера, развитие психопатий. При психопатиях наблюдается общее снижение тенденции выживания.

Также появляются аутодеструктивные процессы, носящие компенсаторный характер;

5) соматизация. Развитие соматоформных расстройств может служить еще одним критерием нарушенной адаптации, а «уход в болезнь» рассматривается как еще одна форма компенсаторного поведения.

Таким образом, показателями нарушений адаптационного процесса могут выступать тревожно-депрессивные, психосоматические и поведенческие расстройства, невротические зависимости. Компенсаторное поведение развивается при отсутствии конструктивных способов реагирования или низком уровне психического потенциала индивида, необходимого для протекания процесса адаптации без нарушений.

Теоретический анализ концепции психической адаптации позволил сформировать подход к исследованию данного феномена, а на основе выделенных факторов риска и критериев нарушений психической адаптации удалось подобрать психодиагностический инструментарий для построения дальнейшего эмпирического исследования. Формулирование критериев нарушения адаптации, в свою очередь, позволяет использовать их как мишени при построении индивидуальной психокоррекционной работы.

На основе вышеизложенного нам удалось сформулировать и определить критерии адаптированности. К таким критериям можно отнести следующие:

1) субъективная оценка человеком своих переживаний, ощущений, действий, качество этого переживания: степень удовлетворенности собой, миром, людьми, согласно исследованиям А.Н. Алехина, может считаться достоверным критерием адаптированности;

2) объем интеграции со средой, реализация личностного потенциала также могут служить показателями адаптированности индивида.

Следует отметить, что индивидуальные психические особенности могут выступать не только как факторы риска, но и как личностный ресурс, который, в совокупности

с критериями адаптивности, можно учитывать при составлении программы профилактики и коррекции нарушений адаптации.

## Заключение

Таким образом, нарушения в когнитивной, эмоционально-волевой, мотивационной и поведенческой сфере, возникающие в ответ на неблагоприятное протекание адаптационного процесса, определяют особое значение психики в успешном функционировании данного механизма. Воздействие стрессовых факторов в совокупности с личностными психологическими характеристиками (выступающими как дополнительные факторы риска) приводят к нарушениям адаптационного процесса. Вследствие нарушенного процесса адаптации организм вынужден прибегать к компенсаторным формам поведения, проявляющихся в соматизации, поведенческих нарушениях, пограничных расстройствах личности. При нарушении адаптации возникает необходимость в компенсации травматичности этого процесса, снижении психического напряжения и достижении гомеостаза любыми способами, включая поведение, несущее деструктивный и аутодеструктивный характер [14].

Следует отметить, что организм – это сложная многоуровневая саморегулируемая система, которая, однако, находится в непрерывном взаимодействии с другими системами (открытая сообщающаяся система), вследствие чего одно и то же адаптационное поведение под разными углами зрения (с позиции разных систем: организма и среды) может одновременно носить как адаптивный, так и дезадаптивный характер. Такая относительность данного процесса еще раз возвращает нас к проблеме определения критериев адаптации [4, 13].

Понятно, что данный феномен сложно рассматривать всеобъемлюще, однако, узкоспециализированный подход порождает искажения в восприятии всей картины адаптационного процесса [8, 9]. Описывая один и тот же процесс с разных точек зрения, называя одни и те же явления разными термина-

ми, упускают важные детали, вносят путаницу в процесс изучения вопроса. Становится понятным и междисциплинарный интерес к проблеме (биология, психология, физиология), который объясняется сложной полисистемной структурой феномена адаптации, механизмы которого до сих пор не изучены полностью; многогранностью проявления данного процесса, затрагивающего одновре-

менно биологический, физиологический, психический и социальный аспекты [14].

Выводы, сделанные на основе теоретического анализа феномена «адаптация», имеют большую значимость для обоснования методик, используемых при проведении дальнейшего исследования, а также для выявления «групп риска» и организации психопрофилактических мероприятий адаптации [19].

### Литература

1. Александров И.А. Понятие адаптации с точки зрения психологии // Молодой ученый. 2018. № 22 (208). Ч. 3. С. 283–285.
2. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: учеб. пособие. М.: Медицина, 2000. 496 с.
3. Александровский Ю.А. Состояние психической дезадаптации и их компенсация: (пограничные нервно-психические расстройства). М.: Наука, 1976. 272 с.
4. Алехин А.Н. Клинико-психологические феномены психической адаптации человека в меняющейся социокультурной среде // Изв. Рос. гос. пед. ун-та им. А.И. Герцена. 2009. № 100. С. 87–96. 2018. № 187. С. 50–58.
5. Алехин А.Н. О предмете медицинской психологии. Исторический аспект // Изв. Рос. гос. пед. ун-та им. А.И. Герцена. 2009. № 100. С. 87–96.
6. Алехин А.Н., Вертячих Н.Н. Методологические основания исследований нарушений адаптации // Актуальные проблемы клинической и прикладной психологии: материалы первой междунар. науч.-практ. конф. Владивосток: Владивосток. гос. мед. ун-т, 2009. С. 17–23.
7. Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем. М.: Книга по требованию, 2021. 450 с.
8. Березин М. А. К вопросу о терминах, связанных с феноменологией психической адаптации // Методологические проблемы современной психологии: иллюзии и реальность: материалы Сиб. психол. форума. Томск: Томск. гос. ун-т, 2004. С. 341–345.
9. Березин М.А. Диалектические системные основания для разработки теории психической адаптации личности в медицинской психологии // Вестн. Юж.-Урал. гос. ун-та. Сер. психология. 2009. № 42 (175). С. 26–41.
10. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека: монография. Л.: Наука, 1988. 270 с.
11. Васильюк Ф.Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций): монография. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. 200 с.
12. Казначеев В.П. Современные аспекты адаптации: монография. Новосибирск: Наука, Сиб. отд-ние, 1980. 191 с.
13. Компоненты адаптационного процесса / под ред. В.И. Медведева. Л.: Наука, Ленингр. отд-ние, 1984. 110 с.
14. Кузьмина В.Е., Беляков В.И. Основы адаптологии: учеб. пособие. 2-е изд. Самара: Изд-во Самар. ун-та, 2013. 236 с.
15. Медведев В.И. Адаптация человека: монография. СПб., 2003. 551 с.
16. Мирошников М.П. Одна из концепций психического стресса по данным зарубежных исследований // Проблемы психологии спорта. М., 1971. Вып. 1. С. 137–165.
17. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме: пер. с англ. М.: Медгиз, 1960. 254 с.
18. Суханов А.А. Анализ понимания адаптации человека в отечественных психологических исследованиях // Гуманит. вектор. 2011. № 2. С. 201–205.
19. Суханов А.А. Понятие адаптации: два дискуссионных вопроса // Гуманит. вектор. 2015. № 1 (41). С. 104–110.
20. Яницкий М.С. Адаптационный процесс: психологические механизмы и закономерности динамики: учеб. пособие. Кемерово: Кемеров. гос. ун-т, 1999. 84 с.
21. Mace C.A. Homeostasis, needs and values // *Brit. J. Psychol.* 1953. Vol. 44. P. 200–210.

---

Поступила 30.10.2022 г.

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

**Для цитирования:** Емельянова А.А. Теоретический анализ концепции адаптации применительно к медицинской психологии // Вестник психотерапии. 2022. № 84. С. 46–55. DOI: 10.25016/2782-652X-2022-0-84-46-55

---

A.A. Emelianova

## Theoretical analysis of adaptation concept with respect to medical psychology

The Herzen State Pedagogical University of Russia (48, Moika Embankment, St. Petersburg, 191186, Russia)

✉ Anna Alexandrovna Emelianova — PhD Student, Department of Clinical psychology and population's psychological aid, The Herzen State Pedagogical University of Russia (48, Moika Embankment, St. Petersburg, 191186, Russia), e-mail: Anna.Emeljanova777@mail.ru

### Abstract

*Relevance.* Modern conditions of society functioning, change of educational and professional standards demand to update the concept of adjustment. Nowadays, the efficient functioning in society as well as maintaining a customary life quality requires a significant stretch of one's adaptation potential. Problem of adjustment disorder is a discussion matter in many researches; however, the most significant challenge is a search for personality's mental ill-being markers associated with psychological adjustment disorders, as well as the ways to neutralize these disorders.

*Intention.* Via generalization of adjustment phenomenon knowledge, to demonstrate the psychological basis of adjustment functional system; highlight the traits of individual's psychology capable of being the risk factors in adjustment disorder.

*Methodology.* The theoretical analysis of «adjustment» phenomenon has been conducted. By comparison of the research data in physiological, medical and psychological approaches, the determination of pre-nosological markers of psychological adjustment disorder has been attempted. The mental (psychological) nature of adjustment process and its disorders is of particular interest.

*Results and Discussion.* The article presents the theoretical review of adaptation phenomenon. Subject to analysis are the difficulties of its definition and contradictions that appear when working with this concept, which is common for a number of studies (psychology, biology, physics etc.). The author looks into the genesis and dynamics of this process, adaptedness criteria, as well as the forms of compensatory behavior in case of adaptation (adjustment) disorder.

*Conclusion.* Interdisciplinary interest in the problem is explained by the complex polysystem structure of the adaptation phenomenon, the mechanisms of which have not yet been fully studied. Versatility of manifestations, which simultaneously affect biological, physiological, mental and social aspects, the lack of methodological elaboration introduces discrepancies and confusion into the study of this phenomenon. The results of the analysis will allow us to identify risk factors and markers of pre-nosological disorders of mental adaptation, which can be taken into account in the process of organizing psychoprophylactic measures.

**Keywords:** stress, adaptation, borderline disorders, compensation, clinical psychology.

### References

1. Aleksandrov I.A. Ponjatie adaptacii s točki zrenija psihologii [The concept of adaptation from the point of view of psychology]. *Molodoj uchenyj* [Young scientist]. 2018; (22, Pt. 3): 283–285. (In Russ.)
2. Aleksandrovskij A.Ju. Pogranichnye psihicheskie rasstrojstva [Borderline mental disorders]. Moscow. 2000. 496 p. (In Russ.)
3. Aleksandrovskij Ju.A. Sostojanie psihicheskoj dezadaptacii i ih kompensacija: pogranichnye nervno-psihicheskie rasstrojstva [The state of mental maladaptation and their compensation: borderline neuropsychiatric disorders]. Moscow. 1976. 272 p. (In Russ.)
4. Alekhin A.N. Kliniko-psihologicheskie fenomeny psihicheskoj adaptacii cheloveka v menjajushhejsja sociokul'turnoj srede [Clinico-psychological phenomena of mental adaptation in the changing sociocultural environment]. *Izvestija Rossijskogo gosudarstvennogo pedagogičeskogo universiteta imeni A.I. Gercena* [Izvestia: Herzen university journal of humanities & sciences]. 2018; (187): 50–58. (In Russ.)
5. Aliokhin A.N. O predmete medicinskoj psihologii. Istoričeskij aspekt [On the object of medical psychology. Historical aspect]. *Izvestija Rossijskogo gosudarstvennogo pedagogičeskogo universiteta imeni A.I. Gercena* [Izvestia: Herzen university journal of humanities & sciences]. 2009; (100): 87–96. (In Russ.)



6. Alekhin A.N., Vertjachih N.N. Metodologicheskie osnovanija issledovanij narushenij adaptacii [Methodological foundations of studies of adaptation disorders]. *Aktual'nye problemy klinicheskoj i prikladnoj psihologii: Scientific [Actual problems of clinical and applied psychology]: Conf. Proceedings. Vladivostok. 2009. Pp. 17–23. (In Russ.)*
7. Anohin P.K. Ocherki po fiziologii funkcional'nyh sistem [Essays on the physiology of functional systems]. Moscow. 2021. 450 p. (In Russ.)
8. Berebin M. A. K voprosu o terminah, svjazannyh s fenomenologiej psihicheskoj adaptacii [On the question of terms related to the phenomenology of mental adaptation]. *Metodologicheskie problemy sovremennoj psihologii: illjuzii i real'nost'* [Methodological problems of modern psychology: illusions and reality]: Scientific. Conf. Proceedings. Tomsk. 2004. Pp. 341–345. (In Russ.)
9. Berebin M.A. Dialekticheskie sistemnye osnovanija dlja razrabotki teorii psihicheskoj adaptacii lichnosti v medicinskoj psihologii [Dialectic system bases for development of the theory of mental adaptation of the person in medical psychology]. *Vestnik Juzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta. Serija: psihologija* [Vestnik Yuzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Psychology]. 2009; (42): 26–41. (In Russ.)
10. Berezin F.B. Psihicheskaja i psihofiziologicheskaja adaptacija cheloveka [Mental and psychophysiological adaptation of a person]: monograph. Leningrad. 1988. 270 p. (In Russ.)
11. Vasiljuk F.E. Psihologija perezhivanija (analiz preodolenija kriticheskikh situacij) [Psychology of experience (analysis of overcoming critical situations)]: monograph. Moscow. 1984. 200 p. (In Russ.)
12. Kaznacheev V.P. Sovremennye aspekty adaptacii [Modern aspects of adaptation]: monograph. Novosibirsk. 1980. 191 p. (In Russ.)
13. Komponenty adaptacionnogo processa [Components of the adaptation process]. Eds. V.I. Medvedev. Leningrad. 1984. 110 p. (In Russ.)
14. Kuz'mina V.E., Beljakov V.I. Osnovy adaptologii [Fundamentals of adaptology]. Samara. 2013. 236 p. (In Russ.)
15. Medvedev V.I. Adaptacija cheloveka [Human adaptation]: monograph. St. Petersburg. 2003. 551 p. (In Russ.)
16. Miroshnikov M.P. Odnazh koncepcij psihicheskogo stressa po dannym zarubezhnyh issledovanij [One of the concepts of mental stress according to foreign studies]. *Problemy psihologii sporta* [Problems of psychology of sports]. Moscow. 1971. Iss. 1. Pp. 137–165. (In Russ.)
17. Selye H. Ocherki ob adaptacionnom sindrome [The Story of the adaptation syndrome]. Moscow. 1960. 254 p. (In Russ.)
18. Sukhanov A.A. Analiz ponimanija adaptacii cheloveka v otechestvennyh psihologicheskikh issledovanijah [Understanding the problem of man's adaptation as viewed in our country's psychological resources: review]. *Gumanitarnyj vektor* [Humanitarian vector]. 2011; (2): 201–205. (In Russ.)
19. Suhanov A.A. Ponjatie adaptacii: dva diskussionnyh voprosa [Concept of adaptation: two debating points]. *Gumanitarnyj vektor* [Humanitarian vector]. 2015; (1): 104–110. (In Russ.)
20. Janicky M.S. Adaptacionnyj process: psihologicheskie mehanizmy i zakonomernosti dinamiki [Adaptation process: psychological mechanisms and patterns of dynamics]. Kemerovo. 1999. 84 p. (In Russ.)
21. Mace C.A. Homeostasis, needs and values. *Brit. J. Psychol.* 1953; 44: 200–210.

---

Received 30.10.2022

**For citing:** Emelianova A.A. Teoreticheskij analiz koncepcii adaptacii primenitel'no k medicinskoj psihologii. *Vestnik psihoterapii*. 2022; (84):46–55. (In Russ.)

Emelianova A.A. Theoretical analysis of adaptation concept with respect to medical psychology. *Bulletin of Psychotherapy*. 2022; (84):46–55. DOI: 10.25016/2782-652X-2022-0-84-46-55

---

А.М. Лановая

## ОСОБЕННОСТИ ЭМПАТИИ ПОДРОСТКОВ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ВЫРАЖЕННОСТИ ПРИЗНАКОВ ПРОБЛЕМНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ

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

*Введение.* Изучение проявлений эмпатии у подростков, использующих социальные сети, позволяет выявить специфические компоненты социальных компетенций в межличностном общении. Такие компоненты эмпатии, как сочувствие, эмоциональная чувствительность, уважение чувств других людей, могут быть связаны с выраженностью признаков проблемного использования социальных сетей.

*Цель* – изучение особенностей эмпатии подростков с разным уровнем выраженности признаков проблемного использования социальных сетей.

*Методология.* В исследовании приняли участие 90 учащихся в возрасте 15 лет (48,9% юношей и 51,1% девушек). Применялись психодиагностические методики: Опросник проблемного использования социальных сетей (Problematic Facebook Use Scale – PFUS); Опросник эмоциональной эмпатии (Emotional Empathic Tendency Scale – EETS). Использовались методы математической статистики: кластерный анализ, коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Результаты были проверены на нормальность распределения признаков. В статье представлены средние арифметические показатели и их среднеквадратические отклонения ( $M \pm SD$ ).

*Результаты и их анализ.* По результатам проведенного исследования у подростков с выраженными признаками проблемного использования социальных сетей отмечались более развитые навыки проявления сочувствия, которые имели тенденцию к снижению при наличии навязчивых мыслей об использовании социальных сетей и негативных последствий при их чрезмерном использовании. Наблюдалась более высокая оценка своих способностей к эмпатии при использовании социальных сетей для регуляции эмоционального состояния. Также отмечалось снижение эмоциональной чувствительности при неблагоприятных последствиях вследствие приоритетного использования социальных сетей. У подростков с меньшей выраженностью признаков проблемного использования социальных сетей отмечались более высокая эмоциональная чувствительность, снижение способности перенимать психоэмоциональное состояние другого человека при использовании социальных сетей как средства для эмоциональной регуляции. Была выявлена ограниченная способность к проявлению эмоционального отклика при наличии навязчивых мыслей об использовании социальных сетей, а также для данной группы была характерна более высокая оценка собственных навыков понимания и уважения чувств других людей при трудностях контроля продолжительности использования социальных сетей.

---

✉ Лановая Алеся Михайловна – науч. сотр. отд-ния организации профилактической помощи в наркологии, Нац. науч. центр наркологии – филиал Нац. мед. исслед. центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского (Россия, 119002, Москва, Малый Могильцевский пер., д.3), ORCID: 0000-0002-4255-7953, e-mail: alesya.lan@gmail.com

**Заключение.** Полученные результаты изучения особенностей эмпатии среди подростков с разной выраженностью признаков проблемного использования социальных сетей могут быть использованы при разработке программ профилактики на универсальном, селективном и индикативном уровнях. Указанные программы, помимо предотвращения формирования проблемного использования социальных сетей как одного из видов аддиктивного поведения, могут включать мероприятия по развитию навыков социальной коммуникации и эмпатии.

**Ключевые слова:** эмпатия, подростки, проблемное использование социальных сетей, аддиктивное поведение, Интернет.

## Введение

Использование социальных сетей имеет особую значимость для подростков и тесно переплетено с ведущей в данном возрастном периоде деятельностью. Для подростков социальные сети связаны с развитием самосознания и «образа Я», а виртуальная социализация имеет особую смысловую ценность в связи с тем, что погружение в пространство Интернета происходит фактически в самом начале жизни человека [5]. Согласно последним данным медиаисследований, наибольшее количество времени проводят в Интернете российские пользователи в возрасте от 12 до 17 лет (около 6 ч в день), причем на социальные сети отводится не менее 19 % от данного времени [3]. Мотивы использования социальных сетей подростками заключаются, в первую очередь, в поддержании и развитии социальных отношений, которые безусловно включают способность человека к восприятию и пониманию чувств и эмоций других людей [9]. Изучение проявлений эмпатии у подростков, использующих социальные сети, позволяет выявить специфические компоненты социальных компетенций в межличностном общении.

Тем не менее чрезмерное использование социальных сетей может приводить к формированию аддиктивного поведения – проблемного использования социальных сетей, которое может проявляться в таких признаках зависимости, как трудности контроля и эмоциональной саморегуляции, когнитивная поглощенность, использование вопреки неблагоприятным последствиям, рост толерантности, симптомы отмены, возникающие при внезапном снижении или полном прекращении использования социальных сетей [6, 10, 11].

Согласно последним исследованиям, проблемное использование социальных сетей положительно коррелирует с эмпатией [9, 12], однако в то же время исследователями выявлены отрицательные взаимосвязи данного поведения с эмоциональным интеллектом [8], что требует более подробного изучения проблематики влияния отдельных признаков зависимого поведения в отношении использования социальных сетей на способности к сочувствию и эмоциональной включенности.

На настоящий момент остается актуальной задача не только обозначить вектор положительного влияния цифровизации на разные сферы жизни подростка, включая сферу межличностного общения как ведущую форму деятельности в подростковом возрасте [4, 7], но и подробно проанализировать взаимосвязь признаков проблемного использования социальных сетей со способностями подростков к проявлению эмпатии как одного из ключевых факторов социальной компетентности в межличностном общении.

**Цель** – изучение особенностей эмпатии подростков с разным уровнем выраженности признаков проблемного использования социальных сетей.

## Материал и методы

В психодиагностических мероприятиях приняли участие 90 учащихся образовательного учреждения Московской области в возрасте 15 лет. Юношей было 44 (48,9%), девушек – 46 (51,1 %).

В обследовании подростков применяли следующие методики:

- опросник проблемного использования социальных сетей (Problematic Facebook Use

Scale – PFUS) [13] в модификации Н.А. Сирота, Д.В. Московченко, В.М. Ялтонского и А.В. Ялтонской [6]. Опросник состоит из 15 утверждений, оцениваемых респондентами от 1 (абсолютно не согласен) до 7 (полностью согласен) баллов, и включает 5 шкал;

- опросник эмоциональной эмпатии (Emotional Empathic Tendency Scale, EETS) [15] в адаптации Ю.М. Орлова и Ю.Н. Емельянова [1]. Опросник включает 25 вопросов с четырьмя вариантами ответов (Likert scale), сгруппированных в 7 шкал.

Статистический анализ проводили при помощи программы IBM SPSS Statics 26. В статье представлены средние арифметические показатели и их среднеквадратические отклонения ( $M \pm SD$ ). Данные проверили на нормальность распределения признаков. Результаты позволили сформировать 2 группы подростков, достоверно различающихся по показателям опросника «Проблемное использование социальных сетей», для чего был использован двухэтапный кластерный анализ (силуэтная мера связности – 0,5):

1-я группа – 62 (68,9%) учащихся, получившие более высокие показатели: для них использование социальных сетей является проблемным;

2-я группа – 28 (31,1%) участников исследования, считавших, что использование ими социальных сетей не является проблемным.

Для выявления корреляционных шкал опросника был применен коэффициент ранговой корреляции Спирмена, для сравнения показателей по опросникам – критерий Манна–Уитни.

## Результаты и их анализ

Результаты кластерного анализа подтвердили достоверно более высокие баллы в 1-й группе по всем шкалам опросника проблемного использования социальных сетей (PFUS), согласно которому в данную группу вошли учащиеся, чьи результаты свидетельствовали о выраженных признаках проблемного использования социальных сетей (табл. 1).

По опроснику EETS достоверно более высокие баллы отмечались во 2-й группе по шкале «Сильно выраженная эмоциональная чувствительность» и значимо меньшие – по шкале «Сочувствие» (табл. 2). Можно предположить, что подростки с меньшей выраженностью аддиктивного поведения в плане использования социальных сетей характеризовались большей чувствительностью, восприимчивостью к внешним воздействиям, в то время как подростки с более выраженными признаками проблемного использования социальных сетей – высокими способностями к сочувствию. Также в 1-й группе были выявлены более высокие баллы по общему показателю эмпатии на уровне тенденции. Вероятно, подростки с выраженными признаками проблемного использования социальных сетей оценивают свои способности к восприятию внутреннего мира, состояний других людей как более высокие, чем подростки с меньшей выраженностью признаков проблемного использования социальных сетей.

Проведенный анализ корреляционных связей между показателями опросников EETS и PFUS позволил выявить ряд особенностей эмпатии подростков с разным уровнем выраженности признаков проблемного использования социальных сетей.

**1-я группа.** Приверженность подростков данной группы к эмоциональной регуляции при помощи социальных сетей по опроснику PFUS была достоверно связана со способностью к проявлению эмпатии по опроснику EETS ( $r = 0,347$ ;  $p \leq 0,01$ ). Можно предположить, что у подростков данной группы, чаще прибегающих к стабилизации своего эмоционального состояния посредством использования социальных сетей, могут быть более развиты навыки вербального или эмоционального выражения своего состояния в отношении переживаний другого человека.

Были выявлены отрицательные корреляции шкалы «Сочувствие» опросника EETS с некоторыми шкалами опросника PFUS: с общим показателем проблемного использования социальных сетей ( $r = -0,455$ ;  $p \leq 0,01$ ), со шкалой «Негативные последствия из-за использо-

Таблица 1

**Показатели проблемного использования социальных сетей  
по тексту PFUS в группах, (M ± SD) балл**

Шкала	Группа		p <
	1-я	2-я	
Предпочтение онлайн-общения	7,0 ± 3,7	5,2 ± 2,2	0,05
Регуляция эмоций	14,4 ± 4,1	6,8 ± 3,6	0,001
Когнитивная поглощенность	11,3 ± 4,0	5,4 ± 2,8	0,001
Компульсивное использование	10,6 ± 3,1	7,2 ± 3,0	0,001
Негативные последствия	11 ± 4,0	5,4 ± 2,4	0,001
Общий балл	54,6 ± 10,9	30,4 ± 7,7	0,001

Таблица 2

**Показатели эмоциональной эмпатии по опроснику EETS в группах, (M ± SD) балл**

Шкала	Группа		p <
	1-я	2-я	
Подверженность эмоциональному заражению	4,5 ± 1,3	4,7 ± 0,9	
Сильно выраженная эмоциональная чувствительность	2,2 ± 1,0	2,9 ± 1,2	0,005
Понимание и уважение чувств других людей	2,9 ± 1,0	3,1 ± 0,9	
Эмоциональный отклик на чужой эмоциональный опыт	7,7 ± 1,7	7,8 ± 1,9	
Готовность включаться в проблемы других людей	2,6 ± 1,0	2,4 ± 1,0	
Сочувствие	5,7 ± 1,4	4,9 ± 1,4	0,02
Эмпатия	68,7 ± 10,2	64,3 ± 11	

вания социальных сетей» ( $r = -0,375$ ;  $p \leq 0,01$ ) и со шкалой «Когнитивная поглощенность» ( $r = -0,249$ ;  $p \leq 0,05$ ), что может свидетельствовать о том, что более выраженные признаки зависимости от социальных сетей, в особенности проявляющиеся в навязчивых мыслях и связанных с использованием социальных сетей негативных последствиях в жизни подростка, сопряжены со сниженными навыками сочувствия как направленности на благополучие других людей и сострадание [2]. Тем не менее ранее отмечалось, что в 1-й группе баллы по шкале «Сочувствие» были выше: подобный результат можно связать с тем, что в целом подростки с выраженными признаками проблемного использования социальных сетей характеризуются достаточно развитыми навыками сочувствия другим людям, однако, данные навыки могут ухудшаться при более устойчивых паттернах зависимого поведения, в особенности при наличии навязчивых мыслей об использовании социальных сетей и негативных последствий от их использования.

На уровне тенденции в данной группе можно отметить отрицательную связь между шкалой «Сильно выраженная эмоциональная чувствительность» по опроснику EETS и показателем «Негативные последствия» по опроснику PFUS из-за использования социальных сетей ( $r = -0,230$ ,  $p = 0,072$ ). Вероятно, проявление особой чувствительности и восприимчивости к состоянию других людей может снижаться при наличии в жизни подростков выраженных признаков проблемного использования социальных сетей и неблагоприятных последствий вследствие их приоритетного использования.

Важно отметить, что и в других исследованиях отмечалась прямая связь между способностями к эмпатии и выраженностью проблемного использования социальных сетей [8, 11]. Вероятно, использование социальных сетей для регуляции эмоций взаимосвязано с субъективной уверенностью в более высоких способностях к проявлению эмпатии именно среди подростков

с выраженными признаками проблемного использования социальных сетей. Однако такие составляющие эмпатии, как способность проявлять сочувствие и эмоциональная чувствительность, могут быть снижены при когнитивной поглощенности использованием социальных сетей и негативных последствиях из-за их чрезмерного использования.

**2-я группа.** В данной группе показатели шкалы «Подверженность эмоциональному заражению» по опроснику EETS коррелировали со следующими шкалами по опроснику PFUS: с общим показателем проблемного использования социальных сетей ( $r = -0,407$ ;  $p \leq 0,05$ ) и со шкалой «Регуляция эмоций» ( $r = -0,375$ ;  $p \leq 0,05$ ), что может свидетельствовать о том, что у подростков с менее выраженными признаками зависимости от социальных сетей и в меньшей степени использующих социальные сети для того, чтобы справиться с эмоциональными переживаниями, более развита восприимчивость к эмоциональному состоянию другого человека и способность быть сопричастным. Также во 2-й группе была выявлена отрицательная взаимосвязь между шкалами «Эмоциональный отклик» по опроснику EETS и «Когнитивная поглощенность» по опроснику PFUS ( $r = -0,446$ ;  $p \leq 0,05$ ). Можно предположить, что способность подростков к эмоциональному отклику в процессе восприятия в данной группе снижается при возникновении повторяющихся мыслей о том, что нужно заходить и проверять социальные сети. Наличие положительной взаимосвязи на уровне тенденции ( $r = 0,323$ ;  $p = 0,093$ ) между шкалами «Понимание и уважение чувств других людей» по опроснику EETS и «Компульсивное использование» по опроснику PFUS может свидетельствовать в данном случае о том, что для подростков, среди которых были выявлены минимальные признаки зависимости от социальных сетей, желание зайти и проверить социальные сети, вероятно, сопряжено с соблюдением социальных норм виртуальной реальности, заключающихся в доступности и мгновенном реагировании на сообщения друзей и знакомых как про-

явлении уважения и внимательности к собеседнику [14].

Исходя из проведенного анализа, можно отметить, что способности к эмпатии среди подростков обеих групп достоверно отрицательно связаны с более высокими показателями выраженности признаков проблемного использования социальных сетей, в особенности с таким признаком аддиктивного поведения, как когнитивная поглощенность. Среди подростков 1-й группы показатели эмпатии снижались также при продолжении использования социальных сетей, несмотря на возникновение негативных последствий, а среди подростков 2-й группы – при использовании социальных сетей для регуляции эмоционального состояния. Примечательно, что для подростков 1-й группы использование социальных сетей для регуляции эмоций, наоборот, было сопряжено с более высокими показателями эмпатии: данный результат может свидетельствовать о том, что потребность в использовании социальных сетей в качестве средства для стабилизации эмоционального состояния для подростков с выраженными признаками проблемного использования социальных сетей является частью понимания эмоций и чувств других людей, а для подростков с меньшей выраженностью данной формы аддиктивного поведения – наоборот, мешает отождествлению себя с эмпатизируемым объектом.

Полученные результаты изучения особенностей эмпатии среди подростков с разной выраженностью признаков проблемного использования социальных сетей могут быть использованы при разработке программ, включающих проведение профилактических мероприятий, направленных на предотвращение формирования аддиктивного поведения на универсальном, селективном и индикативном уровнях.

На универсальном уровне профилактики мишенями психологического воздействия могут быть: формирование навыков цифровой компетентности и управления собственным временем; развитие навыков предоставления обратной связи, включающей когнитивный и эмоциональный ком-

понент; обучение альтернативным навыкам саморегуляции.

На селективном и индикативном уровнях – развитие навыков открытого слушания, социальной компетентности; обучение навыкам осознанности и рефлексии; предоставление возможностей для выбора хобби и других видов активности. Таким образом, профилактические программы помимо предотвращения формирования проблемного использования социальных сетей как одного из видов аддиктивного поведения могут включать мероприятия по развитию навыков социальной коммуникации и эмпатии.

### Выводы

Изучение особенностей эмпатии подростков с разной выраженностью признаков проблемного использования социальных сетей позволило определить, что:

1) у подростков с выраженными признаками проблемного использования социальных сетей отмечались: более развитые навыки проявления сочувствия, которые имели тен-

денцию к снижению при наличии навязчивых мыслей об использовании социальных сетей и негативных последствий при их чрезмерном использовании; более высокая оценка своих способностей к эмпатии при использовании социальных сетей для регуляции эмоционального состояния, а также снижение эмоциональной чувствительности при неблагоприятных последствиях вследствие приоритетного использования социальных сетей;

2) у подростков с меньшей выраженностью признаков проблемного использования социальных сетей отмечались: более выраженная эмоциональная чувствительность; снижение способностей перенимать эмоциональное состояние другого человека при использовании социальных сетей как средства для эмоциональной регуляции; более низкие навыки проявления эмоционального отклика при наличии навязчивых мыслей об использовании социальных сетей, а также более высокая оценка собственных навыков понимания и уважения чувств других людей при трудностях контроля продолжительности использования социальных сетей.

### Литература

1. Гудименко О.В., Шилова И.М. Социальная психология: учеб. пособие. Омск: Изд-во ОмГПУ, 2010. 182 с.
2. Долгова В.И., Мельник Е.В., Петрова Н.М. Феномен эмпатии в психологических исследованиях // Научно-методический электронный журнал Концепт. 2015. Т. 31. С. 86–90.
3. Исследовательская компания Mediascope. URL: <https://mediascope.net/> (дата обращения: 24.10.2022).
4. Обухова Л.Ф., Шаповаленко И.В. Возрастная психология. М.: Юрайт, 2013. 460 с.
5. Рубцова О.В., Посакалова Т.А., Ширяева Е.И. Особенности поведения в виртуальной среде подростков с разным уровнем сформированности «образа Я» // Психологическая наука и образование. 2021. Т. 26, № 4. С. 20–33. DOI: 10.17759/pse.2021260402.
6. Сирота Н.А., Московченко Д.В., Ялтонский В.М., Ялтонская А.В. Разработка русскоязычной версии опросника проблемного использования социальных сетей // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Т. 26, № 3. С. 33–55. DOI: 10.17759/cpp.2018260303.
7. Эльконин Б.Д. К проблеме периодизации психического развития в детском возрасте // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2004. Т. 4, № 1. С. 68–77.
8. Arrivillaga C., Rey L., Extremera N. A mediated path from emotional intelligence to problematic social media use in adolescents: The serial mediation of perceived stress and depressive symptoms // Addictive Behaviors. 2022. Vol. 124. P. 107095. DOI: 10.1016/j.addbeh.2021.107095.
9. Dalvi-Esfahani M., Niknafs A., Alaedini Z., Barati H. Social Media Addiction and Empathy: Moderating impact of personality traits among high school students // Telematics and Informatics. 2020. Vol. 57, № 6. P. 101516. DOI: 10.1016/j.tele.2020.101516.
10. Griffiths M. Internet addiction: Does it really exist? San Diego: Academic Press, 1998. 149 p.
11. Kuss D., Griffiths M. Social Networking Sites and Addiction: Ten Lessons Learned // International Journal of Environmental Research and Public Health. 2017. Vol. 14, № 3. P. 311. DOI: 10.3390/ijerph14030311.
12. Luo Y., Jiang Y. The Influence of Problematic Mobile Social Media Use on Adolescent Empathy and the Moderating Effect of Peer Attachment // American Journal of Applied Psychology. 2021. Vol. 16, № 6. P. 178. DOI: 10.11648/j.ajap.20211006.17.

13. Marino C., Vieno A., Altoè G., Spada M. [et al.]. Factorial validity of the Problematic Facebook Use Scale for adolescents and young adults // *Journal of Behavioral Addictions*. 2016. Vol. 6, № 1. P. 5–10. DOI: 10.1556/2006.6.2017.004.
14. Marino C., Gini G., Angelini F. [et al.]. Social norms and e-motions in problematic social media use among adolescents // *Addictive Behaviors Reports*. 2020. Vol. 11. P. 100250. DOI: 10.1016/j.abrep.2020.100250.
15. Mehrabian A., Epstein N. A measure of emotional empathy // *Journal of Personality*. 1972. Vol. 40, № 4. P. 525–543.

---

Поступила 17.11.2022 г.

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

**Для цитирования.** Лановая А.М. Особенности эмпатии подростков с разным уровнем выраженности признаков проблемного использования социальных сетей // *Вестник психотерапии*. 2022. № 84. С. 56–63. DOI: 10.25016/2782-652X-2022-0-84-56-63

---

A.M. Lanovaya

## Features of empathy among adolescents with different level of problematic social networks use

National Research Center on Addictions – branch, Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry (3, Malyi Mogil'tsevskii lane, Moscow, 119002, Russia)

✉ Alesya Mikhailovna Lanovaya – Research Associate, Department of Preventive Care, National Research Center on Addictions – branch, Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry (3, Malyi Mogil'tsevskii lane, Moscow, 119002, Russia), ORCID: 0000-0002-4255-7953, e-mail: alesya.lan@gmail.com

### Abstract

*Relevance.* The study of empathy features in adolescents using social networks makes it possible to identify specific components of social competencies in interpersonal communication. Empathy components such as emotional response and sensitivity, respect for the feelings of others may be associated with the severity of problematic social networks use signs.

*Intention* was to study the empathy features of adolescents with different levels of problematic social networks use signs.

*Methodology.* The study involved 90 school students aged 15 years (48.9% boys and 51.1% girls). The study was carried out using the following psychological methods: Problematic Facebook Use Scale – PFUS; Emotional Empathic Tendency Scale – EETS. Methods of mathematical statistics were as follows: cluster analysis, Spearman's rank correlation coefficient. The results were checked for the normal distribution of data. The article presents the arithmetic means and their standard deviations ( $M \pm SD$ ).

*Results and Discussion.* According to the results of the study, adolescents with pronounced signs of problematic social networks use showed more developed empathy skills, which tended to decrease in the presence of obsessive thoughts about the use of social networks and the negative consequences of their excessive use. There was a higher self-assessment of their empathic abilities when using social networks to regulate their emotional state. There was also a decrease in emotional sensitivity with adverse consequences due to the priority use of social networks. Adolescents with less severe signs of problematic networks use showed higher emotional sensitivity and a decrease in the ability to adopt the psycho-emotional state of another person when using social networks as a means for emotional regulation. A limited ability to express an emotional response in the presence of



obsessive thoughts about the use of social networks was revealed. Also, this group was characterized by higher self-assessment of their own skills of respectful understanding the feelings of other people while having difficulties in controlling the duration of social networks use.

**Conclusion.** The results of studying the characteristics of empathy among adolescents with different severity of signs of problematic social networks use could be used for developing prevention programs at the universal, selective and indicative levels. In addition to preventing the formation of problematic social networks use as a type of addictive behavior, preventive programs may include activities aimed to develop social communication skills and empathy.

**Keywords:** empathy, adolescents, problematic social networks use, addictive behavior, Internet.

## References

1. Gudimenko O.V., Shilova I.M. *Sotsial'naya psikhologiya* [Social Psychology]. Omsk. 2010. 182 p. (In Russ.)
2. Dolgova V.I., Mel'nik E.V., Petrova N.M. Fenomen empatii v psikhologicheskikh issledovaniyakh [Empathy phenomenon in psychological research]. *Nauchno-metodicheskii elektronnyi zhurnal Kontsept* [Scientific and methodological electronic journal Concept]. 2015; 31: 86–90. (In Russ.)
3. Issledovatel'skaya kompaniya Mediascope [Mediascope research company]. URL: <https://mediascope.net/> (In Russ.)
4. Obukhova L.F., Shapovalenko I.V. *Vozrastnaya psikhologiya* [Developmental Psychology]. Moscow. 2013. 460 p. (In Russ.)
5. Rubtsova O.V., Poskakalova T.A., Shiryaeva E.I. Osobennosti povedeniya v virtual'noi srede podrostkov s raznym urovnem sformirovannosti «obraza Ya» [Features of on-line behavior in adolescents with different levels of self-concept clarity]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie* [Psychological science and education]. 2021; 26 (4): 20–33. DOI: 10.17759/pse.2021260402. (In Russ.)
6. Sirota N.A., Moskovchenko D.V., Yaltonsky V.M. Razrabotka russkoyazychnoi versii oprosnika problemnogo ispol'zovaniya sotsial'nykh setei [Development of the Russian version of the questionnaire for the problematic use of social networks]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling psychology and psychotherapy]. 2018; 26 (3): 33–55. DOI: 10.17759/cpp.2018260303. (In Russ.)
7. El'konin B.D. K probleme periodizatsii psikhicheskogo razvitiya v detskom vozraste [To the problem of periodization of mental development in childhood]. *Voprosy psikhicheskogo zdorov'ya detei i podrostkov* [Mental Health of Children and Adolescents]. 2004; 4 (1) 68–77. (In Russ.)
8. Arrivillaga C., Rey L., Extremera N. A mediated path from emotional intelligence to problematic social media use in adolescents: The serial mediation of perceived stress and depressive symptoms. *Addictive Behaviors*. 2022; 124:107095. DOI: 10.1016/j.addbeh.2021.107095.
9. Dalvi-Esfahani M., Niknafs A., Alaedini Z., Barati H. Social Media Addiction and Empathy: Moderating impact of personality traits among high school students // *Telematics and Informatics*. 2020. Vol. 57, № 6. P. 101516. DOI: 10.1016/j.tele.2020.101516.
10. Griffiths M. *Internet addiction: Does it really exist?* San Diego: Academic Press. 1998. 149 p.
11. Kuss D., Griffiths M. Social Networking Sites and Addiction: Ten Lessons Learned. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2017; 14 (3): 311. DOI: 10.3390/ijerph14030311.
12. Luo Y., Jiang Y. The Influence of Problematic Mobile Social Media Use on Adolescent Empathy and the Moderating Effect of Peer Attachment. *American Journal of Applied Psychology*. 2021; 16 (6): 178. DOI: 10.11648/j.ajap.20211006.17.
13. Marino C., Vieno A., Altoè G., Spada M. [et al.]. Factorial validity of the Problematic Facebook Use Scale for adolescents and young adults. *Journal of Behavioral Addictions*. 2016; 6 (1): 5–10. DOI: 10.1556/2006.6.2017.004.
14. Marino C., Gini G., Angelini F. [et al.]. Social norms and e-motions in problematic social media use among adolescents. *Addictive Behaviors Reports*. 2020; 11: 100250. DOI: 10.1016/j.abrep.2020.100250.
15. Mehrabian A., Epstein N. A measure of emotional empathy. *Journal of Personality*. 1972; 40 (4): 525–543.

---

Received 17.11.2022

**For citing:** Lanovaya A.M. Osobennosti empatii podrostkov s raznym urovnem vyrazhennosti priznakov problemnogo ispol'zovaniya social'nykh setej. *Bulletin of Psychotherapy*. 2022. № 84. Pp. 56–63. (In Russ.)

Lanovaya A.M., Fadeeva E.V. Features of empathy among adolescents with different level of problematic social networks use. *Bulletin of Psychotherapy*. 2022. № 84. Pp. 56–63. DOI: 10.25016/2782-652X-2022-0-84-56-63

---

И.М. Улюкин, С.Г. Григорьев, А.А. Сечин, Е.С. Орлова

## ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕЗИДУАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 («LONG COVID», «LONG HAULERS COVID») И ИХ ВОЗМОЖНЫЕ ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ

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

*Актуальность.* Исследование является актуальным в связи с тем, что у пациентов увеличивается количество клинических признаков заболевания, сохраняющихся в течение 60 суток и более после перенесенной острой инфекции COVID-19.

*Цель* – оценить клинико-лабораторные особенности лиц, переносящих длительно текущие последствия инфекции COVID-19, с целью улучшения их медико-психологического сопровождения и поддержания санитарно-эпидемиологического благополучия общества.

*Методология.* При проведении исследования в соответствии с его целью использовались подобранные по методологии поиска научные статьи, опубликованные в период с 2010 г. по 2022 г. в электронных базах данных Google Scholar, PubMed, Cochrane review, e-Library. В поисковый запрос были включены следующие ключевые слова и их комбинации: pandemic, SARS-CoV, MERS-CoV, SARS-CoV-2, COVID-19, long COVID, post COVID, long haul, chronic COVID, post-acute sequelae of SARS-CoV-2, post-acute COVID syndrome, persisting COVID, COVID complications, SARS-CoV-2 complications, lingering COVID, пандемия, подострый синдром инфекции COVID-19, длительное течение COVID-19.

*Результаты и их анализ.* Рассмотрены особенности психоневрологических нарушений у пациентов с резидуальными нарушениями после перенесенной инфекции COVID-19, с точки зрения улучшения их медико-психологического сопровождения и поддержания санитарно-эпидемиологического благополучия общества, и их возможные патофизиологические механизмы. Клинические проявления и предполагаемые патофизиологические механизмы, способствующие поражению нервной системы при COVID-19, рассмотрены в свете параллелей с патофизиологией острого COVID-19. Проанализированы взаимосвязи расы / этнической принадлежности и COVID-19, а также факты, влияющие на умонастроение, а значит, и на психическое благополучие общества во время текущей пандемии инфекции COVID-19.

*Заключение.* С учетом масштабов пандемии считается, что даже небольшая доля лиц с длительным течением COVID будет создавать серьезное бремя непрекращающихся заболеваний. Поэтому на сегодняшний день полагают, что подход к лечению больных постковидным синдромом должен быть индивидуальным в соответствии с диагностированными кли-

---

✉ Улюкин Игорь Михайлович – канд. мед. наук, науч. сотр., Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), ORCID: 0000-0001-8911-4458, e-mail: igor\_ulyukin@mail.ru;

Григорьев Степан Григорьевич – д-р мед. наук проф., ст. науч. сотр., Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), ORCID: 0000-0003-1095-1216, e-mail: gsg\_rj@mail.ru;

Сечин Алексей Александрович – нач. науч.-исслед. лаб. Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), ORCID: 0000-0001-6832-6988, e-mail: sechinaalex@rambler.ru;

Орлова Елена Станиславовна – канд. мед. наук, ст. науч. сотр., Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), ORCID: 0000-0003-1586-663, e-mail: oes17@yandex.ru.

ническими признаками и синдромами на основании действующих нормативных документов. Однако текущее представление о долгосрочных факторах риска COVID и их частоты по-прежнему не удовлетворяет потребности общества, что препятствует пониманию ситуации, а также влиянию на нее посредством исполнения требуемых медико-психологических интервенций на основе имеющихся фактических показателей.

**Ключевые слова:** клиническая психология, пандемия, SARS-CoV-2, COVID-19, long COVID, post COVID, long haul, chronic COVID, post-acute sequelae of SARS-CoV-2, post-acute COVID, центральная нервная система, медико-психологическое сопровождение, санитарно-эпидемиологическое благополучие.

## Введение

Известно, что с декабря 2019 года в мире идет пандемия заболевания, вызванного коронавирусом SARS-CoV-2 (инфекция COVID-19), на фоне которой [7] появляются доказательства того, что в ряде случаев люди, заразившиеся этой болезнью, не выздоравливают быстро или полностью, – это так называемый «длительный COVID» («дальнобойщик», «long covid», «long haulers») [8], что также нашло свое отражение в термине «постковидный синдром» [9]. Так, отмеченные клинические признаки сохраняются и через 60 дней после раннего начала заболевания инфекцией COVID-19 в качестве трех и или более пост-COVID-симптомов [10].

По разным данным, подострый синдром инфекции COVID-19 определяется как продолжающееся симптоматическое заболевание у пациентов, выздоровевших от первоначальной инфекции COVID-19 [11]; вместе с тем клинические проявления стойких симптомов, их распространенность, продолжительность и тяжесть после выздоровления от COVID-19, а также факторы риска, вызывающие их, все еще точно не определены. По разным данным, отмечен широкий спектр стойких симптомов после госпитализации COVID-19, а также после амбулаторного выздоровления, который включал утомляемость, одышку, anosмию, проблемы со сном, боль в груди, головную боль, кашель и проблемы с психическим здоровьем [3].

Стойкие симптомы после этой поствирусной инфекции не являются чем-то новым, есть данные об аналогичных эффектах после другой коронавирусной патологии – как после SARS-инфекции (пациенты часто испытывали длительную усталость, миалгию, энцефаломиелит, анорексию и ги-

покортицизм) [12], так и после MERS-инфекции [13]. Эти долговременные симптомы могут оказывать существенное влияние на качество жизни и вызывать, в частности, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) [14].

Ранее были исследованы когнитивные нарушения и состояния сниженной работоспособности и результативности профессиональной деятельности после перенесенного заболевания [5, 6]. Вместе с тем долгосрочные эффекты COVID-19 после прекращения острой фазы заболевания пока еще в должной мере не описаны [4].

**Цель** – оценить клинико-лабораторные особенности лиц, переносящих длительно текущие последствия инфекции COVID-19, с целью улучшения их медико-психологического сопровождения и поддержания санитарно-эпидемиологического благополучия общества.

## Материал и методы

При проведении исследования в соответствии с его целью использовались подобранные по методологии поиска научные статьи, опубликованные в период с 2010 по 2022 гг. в электронных базах данных Google Scholar, PubMed, Cochrane review, e-Library. В поисковый запрос были включены следующие ключевые слова и их комбинации: pandemic, SARS-CoV, MERS-CoV, SARS-CoV-2, COVID-19, long COVID, post COVID, long haul, chronic COVID, post-acute sequelae of SARS-CoV-2, post-acute COVID syndrome, persisting COVID, COVID complications, SARS-CoV-2 complications, lingering COVID, пандемия, подострый синдром инфекции COVID-19, длительное течение COVID-19.

## Результаты и обсуждение

По мере развития пандемии и появления новых данных спектр клинических характеристик «длительного COVID» продолжает расширяться, хотя в отношении его неврологических проявлений на сегодняшний день имеется небольшое количество эпидемиологических данных о частоте неврологических расстройств в популяциях с предшествующей острой инфекцией, вызванной вирусом SARS-CoV-2 [15]. И наоборот, существуют и другие исследования [16], в которых сообщается о сильно различающихся оценках распространенности различных неврологических симптомов среди пациентов с длительным течением COVID-19 [17].

Важно подчеркнуть, что симптомы поражения центральной нервной системы (ЦНС) часто неотделимы от проявлений «длительного COVID», которые затрагивают другие органы и системы, в то время как неспецифические симптомы (в т.ч. усталость, «мозговой туман», пост-нагрузочное недомогание, нарушения сна) могут включать в себя эпифеномены сопутствующих респираторных, сердечно-сосудистых, эндокринных, почечных, гематологических, аутоиммунных и/или психических заболеваний [18]; это требует осторожности при характеристике неврологических последствий «длительного COVID». Разработана и гипотеза о том, что «синдром усталости COVID-19» может быть результатом повреждения обонятельных чувствительных нейронов, что приводит к уменьшению оттока спинномозговой жидкости через решетчатую пластинку и, в дальнейшем, к перегрузке глимфатической системы с последующим накоплением токсических веществ в ЦНС. Поскольку острый COVID-19 связан с нарушением нейротрансмиссии и дисфункцией верхних слоев коры [19], их длительное восстановление может лежать в основе неврологического и когнитивного дефицита у пациентов с затяжным течением COVID.

Считается, что у пациентов с синдромом «длительного COVID» может происходить вовлечение в процесс как ЦНС, так и периферической нервной системы (ПНС)

[20]. Так, 76 % пациентов с лабораторно подтвержденной инфекцией COVID-19 сообщили через 6 мес после острой фазы заболевания по крайней мере об одном из следующих симптомов: утомляемость или мышечная слабость – в 63 % случаев, нарушения сна – в 26 %, нарушение обоняния или вкуса – в 11 и 7 % соответственно; миалгии – в 2 %, головная боль – в 2 %. Сходные данные были получены у пациентов с предшествующим поражением вирусом SARS-CoV-2 и через 1 год наблюдения: неврологические симптомы включали утомляемость (в 30 % случаев), миалгию (8 %), головокружение (3 %), головную боль (2 %), нарушение вкуса/обоняния (1 %) [21].

Однако, по данным разных авторов, отмечена более высокая распространенность неврологических проявлений, затрагивающих ЦНС и ПНС: так, в первые 6 мес после острой фазы COVID-19 больные наиболее часто сообщали о сенсомоторных расстройствах (91 % случаев), эмоциональных/аффективных расстройствах (88 %), когнитивной дисфункции (85 %), нарушениях сна (79 %), головной боли (77 %), ухудшении памяти (73 %), нарушении обоняния/вкуса (58 %). Отмечено и наличие у больных депрессии/тревоги (27 % случаев), одышки (21 %), нарушения зрения (20 %), онемения/покалывания (19 %), гипосмии/гипогевзии (16 %), нарушения мочеиспускания (14 %), спутанности сознания/головокружения (13 %), головной боли (10 %), постуральной нестабильности (9 %), трудности с глотанием (6 %), когнитивных нарушений (18 %), постурального тремора (14 %), двигательных/сенсорных нарушений (8 %) [22].

Кроме того, показано, что в течение 6 мес после острой инфекции COVID-19 могут выявляться поражения нервов/нервных корешков/сплетений (в 2,9 % случаев), бессонница (2,7 %), ишемический инсульт (0,8 %), деменция (0,7 %), поражение нервно-мышечных синапсов или мышц (0,5 %), внутричерепное кровоизлияние (0,3 %), паркинсонизм (0,1 %), энцефалит (0,1 %), синдром Гийена – Барре (0,1 %) [23]. Кроме того, отмечено, что острая критическая миопатия и нейропа-

тии, возникающие во время острого течения COVID-19, могут сохранять остаточные симптомы в течение нескольких недель или месяцев.

Вместе с тем биологические основы неврологических последствий «длительного COVID-19», в отличие от острых неврологических проявлений острой его фазы, на сегодняшний день изучены недостаточно, и предполагаемые патофизиологические механизмы неврологических последствий «длительного COVID-19» обсуждают, проводя параллели с патофизиологией острого COVID-19 (так как патофизиологические процессы, связанные с поражением ЦНС и ПНС при остром COVID-19, как считается, достаточно подробно изучены в научной литературе); хорошо охарактеризованными осложнениями острого COVID-19 также являются респираторные, сердечно-сосудистые, почечные, желудочно-кишечные поражения с дисфункцией печени и поджелудочной железы [24].

Механизмы, способствующие поражению нервной системы при COVID-19, можно сгруппировать в перекрывающиеся категории: тяжелое системное воспаление – нейровоспаление – микроваскулярный тромбоз – нейродегенерация [25].

Полагают, что патогенетические инструменты неврологических проявлений острого COVID-19 включают вирусную нейроинвазию, сопровождающуюся aberrантными нейроиммунологическими реакциями; эндотелиопатию, связанную с дисфункцией гематоэнцефалического барьера; коагулопатии, которые провоцируют гипоксически-ишемическое повреждение нейронов ЦНС и ПНС; метаболические дисбалансы; окислительные реакции; каскады стресса и клеточный апоптоз [26].

В настоящее время установлено, что прямые нейротропные эффекты вируса SARS-CoV-2 играют второстепенную роль в патогенезе «длительного COVID», аналогично ограниченной роли прямой нейроинвазии при острой фазе этой болезни, хотя вирус обнаруживается при анализе спинномозговой жидкости, при биопсии головного мозга

(ГМ) и скелетных мышц пациентов на клинически выраженных стадиях инфекции COVID-19 [27]. Разными авторами показано, что проникновение вируса SARS-CoV-2 в ЦНС и ПНС происходит гематогенным или транссинаптическим путями за счет вовлечения рецептора ангиотензинпревращающего фермента 2, который расположен на поверхности различных типов клеток (нейроны, астроциты, эндотелиальные и гладкомышечные клетки церебральных кровеносных сосудов, клетки скелетных мышц); полагают, что указанные рецепторы в ЦНС преимущественно находятся в обонятельной луковице, миндалевидном теле, гиппокампе, средней височной извилине, задней поясной извилине и стволе ГМ [28, 29].

Вместе с тем вопрос о том, могут ли клеточные резервуары вируса SARS-CoV-2 сохранять хроническую инфекцию в ЦНС или ПНС, остается нерешенным. Однако по аналогии с нейропатологическими проблемами острой инфекции COVID-19 считается, что вирус-индуцированные нейровоспалительные, протромботические, гипоксические, метаболические и апоптотические каскады преобладают в распространении неврологических симптомов в контексте «длительного COVID», а неврологические симптомы, встречающихся у пациентов с длительным течением COVID-19 (включая гипосмию, расстройства настроения, когнитивные нарушения, нарушения сна и дизавтономию) были связаны с дисфункцией областей ГМ, богатых указанными рецепторами [30].

При нейровизуализационных исследованиях с использованием позитронно-эмиссионной томографии ГМ с фтордезоксиглюкозой (18F-ФДГ) разными авторами показана картина гипометаболизма у пациентов с длительным течением COVID-19 в областях, включающих прямую, орбитальную, обонятельную извилины, височную долю, миндалевидное тело, гиппокамп, гипоталамус, таламус, и далее к стволу ГМ и мозжечку, и было высказано предположение, что снижение метаболизма глюкозы, наблюдаемое в этих областях ГМ, могло быть связано с окислительным стрессом,

митохондриальной дисфункцией, дегенерацией нейронов, нарушением церебральной ауторегуляции, которые являются вторичными по отношению к инфекции COVID-19. У таких больных важно отметить и тот факт, что затянувшаяся эндотелиальная дисфункция и сосудистое воспаление также связаны с синдромом «длительного COVID» [31], хотя на позитронно-эмиссионных томограммах с <sup>18</sup>F-ФДГ не было выявлено участков гиперметаболизма ГМ, как можно было бы ожидать в случае его неутраченного воспаления.

Считается, что вовлечение этих областей ГМ может лежать в основе нескольких неврологических проявлений «длительного COVID», которые имеют сходство с миалгическим энцефаломиелитом или синдромом хронической усталости и синдромом постуральной ортостатической тахикардии.

Отмечено, что, подобно другим критическим заболеваниям, осложнения острого COVID-19 (например, ишемический или геморрагический инсульт, гипоксически-аноксическое повреждение, синдром задней обратимой энцефалопатии, острый диссеминированный миелит) могут приводить к затяжному или постоянному неврологическому дефициту: так, в ходе аутопсии было показано, что вирус SARS-CoV-2 может вызывать изменения в паренхиме и сосудах головного мозга, возможно, после проникновения и за счет воздействия на гематоэнцефалический барьер, что приводит к воспалению в нейронах и клетках сосудов ГМ [32].

В свою очередь, гипотеза о преимущественной вегетативной дисфункции при «длительном COVID» недавно была отчасти подтверждена данными о нарушении регуляции вариабельности сердечного ритма у пациентов с «длительным COVID». На основании ранее полученных данных о поражении ствола ГМ предполагают, что в афферентных и эфферентных путях блуждающего и языкоглоточного нервов (которые также вовлечены в острую фазу инфекции COVID-19) могут происходить демиелинизирующие процессы валлеровой дегенерации, вторичные по отношению к вирусному

поражению. Кроме того, атрофия нейронов и дегенерация других черепно-мозговых нервов, включая обонятельный нерв и прилегающую обонятельную луковицу, ранее были описаны у пациентов с персистирующей гипосмией или anosмией после разрешения острого COVID-19 [33].

Показано, что нейроиммунологические и продолжающиеся процессы окислительного стресса преобладают в распространении неврологических симптомов у пациентов с состоянием «длительного COVID» [27, 30]; считается (по аналогии с острой инфекцией COVID-19, когда при аутопсии выявили вторичное воспалительное повреждение ткани ГМ, связанное с сосудами и инфекцией), что необходимо проведение подробных исследований для оценки возможности этих эффектов создавать гистопатологический субстрат длительного «COVID-неврологического» последствия».

Кроме этого, разными исследованиями показано, что аномальные гуморальные и клеточные иммунные реакции и маркеры системного воспаления (такие как интерлейкин-6; аутоантитела, нацеленные на клеточные рецепторы) также могут быть причастны к системным и неврологическим последствиям «длительного COVID». Отмечена и независимая связь между инфекцией COVID-19, окислительным стрессом и эндотелиальной/сосудистой дисфункцией, которая была соотнесена с нарушением работы сердца и сохранением симптомов, связанных с COVID, через 4 мес после перенесенного заболевания [31]. Важно отметить и тот факт, что у пациентов с персистирующим неврологическим дефицитом в течение более 6 нед после острой инфекции COVID-19 было отмечено снижение экспрессии эффекторных молекул в Т-лимфоцитах памяти, что было достоверно связано с тяжестью когнитивных нарушений [34].

Кроме того, известно, что люди, перенесшие инфекцию COVID-19, испытывают ряд психических симптомов, сохраняющихся или проявляющихся через несколько месяцев после первоначального заражения вирусом SARS-CoV-2.

Так, показано, что через 1 мес после госпитализации примерно 56 % пациентов дали положительный результат по крайней мере в одном из доменов, оцененных на предмет психических последствий (ПТСР, депрессия, тревога, бессонница и симптоматика обсессивно-компульсивного расстройства) [35].

Эти психические нарушения оцениваются неоднозначно, что, возможно, зависит от демографических особенностей обследованных лиц. Примечательно, что клинически значимые симптомы ПТСР были зарегистрированы приблизительно у 30 % пациентов с COVID-19, требовавших госпитализации; они могут проявиться как на ранней стадии острой инфекции, так и спустя несколько месяцев [35, 36].

Считается, что симптомы, наблюдаемые у пациентов после острого COVID-19, частично напоминают известный синдром хронической усталости, который включает в себя наличие тяжелой «инвалидизирующей усталости»; нейрокогнитивных нарушений; симптомов, указывающих на вегетативную дисфункцию; нарушения сна; боли и ухудшение показателей организма после незначительного увеличения физической и/или умственной нагрузки. Когнитивные нарушения с колебаниями или без них, в том числе «мозговой туман» (иногда описываемый как заторможенное мышление), могут проявляться в виде трудностей с концентрацией внимания, памятью, рецептивной речью и/или исполнительной функцией [37].

Есть мнение, что «мозговой туман» после COVID-19 у тяжелобольных пациентов может развиваться, в частности, из-за таких механизмов, как декондиционирование (это состояние, которое из-за уменьшения физических усилий приводит к потере мышечной массы, включая сердечные мышцы), либо из-за ПТСР. Однако сообщения о «мозговом тумане» после легкой формы инфекции COVID-19 предполагают, что дизавтономия (недостаточность или повышенная активность симпатических или парасимпатических компонентов вегетативной нервной системы) также может способствовать этому.

Кроме того, долгосрочные когнитивные нарушения хорошо распознаются в пост-критических состояниях у 20–40 % пациентов, выписанных из отделений интенсивной терапии [38].

Разными исследованиями показано, что частота первого и рецидивирующего психического нарушения между 14-ми и 90-ми сутками после постановки диагноза составляет 18,1 %, при этом общая вероятность диагностики нового психического заболевания в течение 90 сут после постановки диагноза COVID-19 составляет 5,8 % (тревожное расстройство – 4,7 %; расстройство настроения – 2 %; бессонница – 1,9 %; деменция среди лиц старше 65 лет – 1,6 %); все эти показатели были значительно выше, чем в сопоставимых контрольных группах пациентов с диагнозом «грипп» и другими инфекциями дыхательных путей.

Более того, ранее другими примерами было показано, что уровень иммунной активации напрямую коррелирует с когнитивно-поведенческими изменениями, поэтому в настоящее время полагают, что хроническое низкоуровневое воспаление ГМ, наряду со сниженной способностью реагировать на новые антигены и накоплением Т-клеток памяти (признаки старения иммунитета при старении и повреждении тканей), также может играть роль в стойких эффектах COVID-19. Биомаркеры церебрального повреждения (такие как повышенный уровень легкой цепи нейрофиламента в периферической крови) были обнаружены у пациентов с COVID-19 и при устойчивом росте тяжелых инфекций, что считают возможностью длительного повреждения нейронов

Важно отметить еще следующие факты, влияющие на умонастроение, а значит, и на психическое благополучие общества. Так, было признано, что острый COVID-19 непропорционально сильно влияет на «цветные» сообщества [39]; вследствие этого в когорты обследования лиц, перенесших инфекцию COVID-19, в США попадают по большей части чернокожие пациенты (до 51,6 %), в то время как группа BAME (группа, куда относят чернокожих, азиатов и этниче-

ские меньшинства) составляла 19,0–20,9 % в исследованиях в Великобритании. В ходе выявления взаимосвязи расы / этнической принадлежности и COVID-19 отмечено, что лица, принадлежащие к этой группе, чаще испытывали одышку, чем представители белой расы (42,1 и 25 %, соответственно) через 4–8 нед после выписки, при том что частота ПТСР в обеих группах была одинаковой. Есть данные и о том, что COVID-19-ассоциированная нефропатия может быть преобладающим типом почечной недостаточности у лиц именно африканского происхождения.

Также разными исследователями показано, что мультисистемный воспалительный синдром непропорционально сильно поражает детей и подростков африканского, афро-карибского, латиноамериканского происхождения, что требует более масштабных исследований для установления взаимосвязи между последствиями инфекции COVID-19 и расой / этнической принадлежностью (которая может быть связана с несколькими факторами, включая социально-экономические детерминанты; вероятные различия в выражении факторов, участвующих в патогенезе инфекции COVID-19; сопутствующие заболевания, – но не ограничиваясь ими). Есть мнение о том, что для предотвращения неточной контекстуализации необходимо объединять и анализировать информацию по нескольким направлениям (например, клинические и социально-экономические оси, дефицит ресурсов, внешние стрессовые факторы, с целью определения краткосрочных и долгосрочных последствий COVID-19 для здоровья и понимания того, как можно уменьшить различия в показателях между расовыми и этническими группами; в частности, недоедание было отмечено у 26–45 % пациентов). Поэтому продолжается совершенствование нормативных документов для обеспечения нутритивной поддержки таких пациентов (многие из которых страдали респираторным дистрессом, тошнотой, диареей и анорексией, что и привело к снижению потребления пищи); в некоторых исследованиях уже оценивают показатели выживших

после острого COVID-19 на предмет функции глотания, нутритивного статуса, показателей функциональной независимости.

Все это требует активного медико-психологического сопровождения больных и переболевших (за рубежом, в частности, такая работа проводится силами организаций, в том числе и негосударственных, таких как COVID Care Resource Center, Body Politic COVID-19, Survivor Corps, Patient-Led Research for COVID-19). Важно подчеркнуть, что исследования, проведенные этими структурами, сыграли важную роль в выявлении персистенции симптомов у пациентов с заболеванием легкой и средней степени тяжести, которым не потребовалась госпитализация.

## Заключение

Учитывая масштабы пандемии, принято считать, что даже небольшая доля лиц с длительным течением COVID будет создавать серьезное бремя непрекращающихся заболеваний [40]. На сегодняшний день считается, что подход к лечению больных постковидным синдромом должен быть индивидуальным, в соответствии с диагностированными клиническими признаками и синдромами, на основании действующих нормативных документов [1, 2].

Однако текущее представление о долгосрочных факторах риска COVID и их частоты все еще не удовлетворяет потребности общества, что препятствует пониманию ситуации, а также влиянию на нее посредством исполнения потребных медико-психологических интервенций на основе имеющихся фактических показателей. Появляющиеся данные указывают на такие факторы риска длительного COVID-19, как демографические характеристики, наличие сопутствующих заболеваний и иммунологический ответ, хотя для более точных оценок риска требуется анализ и допандемических характеристик пациентов. Вместе с тем есть мнение, что, несмотря на разнообразие клинической симптоматики, в большинстве случаев нарушения носят функциональный характер, обусловленный астеновегетативными расстройствами.



## Литература / References

1. Временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)». Версия 16 (18.08.2022). М.: Минздрав России, 2022. 249 с.
2. Рекомендации для поддержки самостоятельной реабилитации после болезни, вызванной COVID-19. Copenhagen: ВОЗ, Европ. регион. бюро, 2020. 27 с.
3. Канорский С.Г. Постковидный синдром: распространенность и патогенез органических поражений, направления коррекции. Систематический обзор // Кубан. науч. мед. вестн. 2021. Т. 28, № 6. С. 90–116. DOI: 10.25207/1608-6228-2021-28-6-90-116.
4. Рассохин В.В., Беляков Н.А., Яковлев А.А., Симакина О.Е. Психоневрологические и поведенческие расстройства у пациентов с COVID-19 // Клинич. медицина. 2022. Т. 100, № 1. С. 18–31. DOI: 10.30629/0023-2149-2022-100-1-18-31.
5. Улюкин И.М., Сечин А.А., Рассохин В.В. [и др.]. Дифференциальная диагностика состояний работоспособности у лиц молодого возраста, перенесших COVID-19 инфекцию // Изв. Рос. Воен.-мед. акад. 2021. Т. 40, № 2. С. 69–75. DOI: 10.17816/rmmar79416.
6. Улюкин И.М., Григорьев С.Г., Орлова Е.С., Сечин А.А. Особенности когнитивных нарушений в динамике инфекции COVID-19 // Вестн. психотерапии. 2022. № 83. С. 62–72. DOI: 10.25016/2782-652X-2022-0-83-62-72.
7. Manchia M., Gathier A.W., Yapici-Eser H. [et al.]. The impact of the prolonged COVID-19 pandemic on stress resilience and mental health: A critical review across waves. *Eur. Neuropsychopharmacol.* 2022; (55):22–83. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2021.10.864.
8. Callard F, Perego E. How and why patients made Long Covid. *Soc. Sci. Med.* 2021; (268):113426. DOI: 10.1016/j.socscimed.2020.113426.
9. Nalbandian A., Sehgal K., Gupta A. [et al.]. Post-acute COVID-19 syndrome. *Nat. Med.* 2021; 27(4):601–615. DOI: 10.1038/s41591-021-01283-z.
10. Carfi A., Bernabei R., Landi F. [et al.]. Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. *JAMA.* 2020; 324(6):603–605. DOI: 10.1001/jama.2020.12603.
11. Mahase E. Covid-19: What do we know about «long covid»? *BMJ.* 2020; (370):m2815. DOI: 10.1136/bmj.m2815.
12. Moldofsky H., Patcai J. Chronic widespread musculoskeletal pain, fatigue, depression and disordered sleep in chronic post-SARS syndrome; a case-controlled study. *BMC Neurol.* 2011; (11):37. DOI: 10.1186/1471-2377-11-37.
13. Batawi S., Tarazan N., Al-Raddadi R. [et al.]. Quality of life reported by survivors after hospitalization for Middle East respiratory syndrome (MERS). *Health Qual. Life Outcomes.* 2019; 17(1):101. DOI: 10.1186/s12955-019-1165-2.
14. Bellan M., Soddu D., Balbo P.E. [et al.]. Respiratory and Psychophysical Sequelae among Patients with COVID-19 Four Months After Hospital Discharge. *JAMA Netw. Open.* 2021; 4(1):e2036142. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2020.36142.
15. Chou S.H., Beghi E., Helbok R. [et al.]. Global Incidence of Neurological Manifestations among Patients Hospitalized with COVID-19 – A Report for the GCS-NeuroCOVID Consortium and the ENERGY Consortium. *JAMA Netw. Open.* 2021; 4(5):e2112131. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2021.12131.
16. Van Herck M., Goertz Y.M.J., Houben-Wilke S. [et al.]. Severe Fatigue in Long COVID: Web-Based Quantitative Follow-up Study in Members of Online Long COVID Support Groups. *J. Med. Internet Res.* 2021; 23(9):e30274. DOI: 10.2196/30274.
1. Vremennye metodicheskie rekomendatsii «Profilaktika, diagnostika i lechenie novoi koronavirusnoi infektsii (COVID-19)». Versiya 16 [Interim methodological recommendations. Prevention, diagnosis and treatment of new coronavirus infection (COVID-19). Version 16 (18.08.2022)]. Moscow. 2022. 249 p. (In Russ.)
2. Support for Rehabilitation Self-Management after COVID-19-Related Illness. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 2020. 23 p.
3. Kanorskii S.G. Postkovidnyi sindrom: rasprostranennost' i patogenez organnykh porazhenii, napravleniya korrektsii. Sistematičeskii obzor [Post-COVID syndrome: prevalence, organ pathogenesis and routes of correction. A systematic review]. *Kubanskii nauchnyi meditsinskii vestnik* [Kuban Scientific Medical Bulletin]. 2021; 28(6):90–116. DOI: 10.25207/1608-6228-2021-28-6-90-116. (In Russ.)
4. Rassokhin V.V., Belyakov N.A., Yakovlev A.A., Simakina O.E. Psikhonevrologicheskie i povedencheskie rasstroistva u patsientov s COVID-19 [Neuropsychiatric and behavioral disorders in patients with COVID-19]. *Klinicheskaya meditsina* [Clinical Medicine (Russian Journal)]. 2022; 100(1):18–31. DOI: 10.30629/0023-2149-2022-100-1-18-31. (In Russ.)
5. Ulyukin I.M., Sechin A.A., Rassokhin V.V. [et al.]. Differentsial'naya diagnostika sostoyanii rabotosposobnosti u lits molodogo vozrasta, perenessikh COVID-19 infektsiyu [Differential diagnosis of states of operability in young people who have had COVID-19 infection]. *Izvestiya Rossiiskoi Voenno-meditsinskoi akademii* [Russian Military Medical Academy Reports]. 2021; 40(2):69–75. DOI: 10.17816/rmmar79416. (In Russ.)
6. Ulyukin I.M., Grigor'ev S.G., Orlova E.S., Sechin A.A. Osobennosti kognitivnykh narushenii v dinamike infektsii COVID-19 [Features of cognitive disorders in the dynamics of COVID-19 infection]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2022; (83):62–72. DOI: 10.25016/2782-652X-2022-0-83-62-72. (In Russ.)

17. Mandal S., Barnett J., Brill S.E. [et al.]. «Long-COVID»: a cross-sectional study of persisting symptoms, biomarker and imaging abnormalities following hospitalisation for COVID-19. *Thorax*. 2021; 76(4):396–398. DOI: 10.1136/thoraxjnl-2020-215818.
18. Shah W., Hillman T., Playford E.D., Hishmeh L. Managing the long term effects of covid-19: summary of NICE, SIGN, and RCGP rapid guideline. *BMJ*. 2021; (372):n136. DOI: 10.1136/bmj.n136.
19. Yang A.C., Kern F., Losada P.M. [et al.]. Dysregulation of brain and choroid plexus cell types in severe COVID-19. *Nature*. 2021; 595(7868):565–571. DOI: 10.1038/s41586-021-03710-0.
20. Jarrahi A., Ahluwalia M., Khodadadi H. [et al.]. Neurological consequences of COVID-19: what have we learned and where do we go from here? *J. Neuroinflammation*. 2020; 17(1):286. DOI: 10.1186/s12974-020-01957-4.
21. Zhang X., Wang F., Shen Y. [et al.]. Symptoms and Health Outcomes Among Survivors of COVID-19 Infection 1 Year After Discharge from Hospitals in Wuhan, China. *JAMA Netw. Open*. 2021; 4(9):e2127403. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2021.27403.
22. Pilotto A., Cristillo V., Cotti Piccinelli S. [et al.]. Long-term neurological manifestations of COVID-19: prevalence and predictive factors. *Neurol. Sci*. 2021; 42(12):4903–4907. DOI: 10.1007/s10072-021-05586-4.
23. Taquet M., Geddes J.R., Husain M. [et al.]. 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236379 survivors of COVID-19: a retrospective cohort study using electronic health records. *Lancet Psychiatry*. 2021; 8(5):416–427. DOI: 10.1016/S2215-0366(21)00084-5.
24. Tsatsakis A., Calina D., Falzone L. [et al.]. SARS-CoV-2 pathophysiology and its clinical implications: An integrative overview of the pharmacotherapeutic management of COVID-19. *Food Chem. Toxicol*. 2020; (146):111769. DOI: 10.1016/j.fct.2020.111769.
25. Heneka M.T., Golenbock D., Latz E. [et al.]. Immediate and long-term consequences of COVID-19 infections for the development of neurological disease. *Alzheimers Res. Ther*. 2020; 12(1):69. DOI: 10.1186/s13195-020-00640-3.
26. Brodin P. Immune determinants of COVID-19 disease presentation and severity. *Nat. Med*. 2021; (27):28–33. DOI: 10.1038/s41591-020-01202-8.
27. Balcom E.F., Nath A., Power C. Acute and chronic neurological disorders in COVID-19: potential mechanisms of disease. *Brain*. 2021; 144(12):3576–3588. DOI: 10.1093/brain/awab302.
28. Lukiw W.J., Pogue A., Hill J.M. SARS-CoV-2 Infectivity and Neurological Targets in the Brain. *Cell Mol. Neurobiol*. 2022; 42(1):217–224. DOI: 10.1007/s10571-020-00947-7.
29. Yong S.J. Long COVID or post-COVID-19 syndrome: putative pathophysiology, risk factors, and treatments. *Infect. Dis. (Lond.)*. 2021;53(10):737–754. DOI: 10.1080/23744235.2021.1924397.
30. Lambadiari V., Mitrakou A., Kountouri A. [et al.]. Association of COVID-19 with impaired endothelial glycocalyx, vascular function and myocardial deformation 4 months after infection. *Eur. J. Heart Fail*. 2021; 23(11):1916–1926. DOI: 10.1002/ejhf.2326.
31. Reichard R.R., Kashani K.B., Boire N.A. [et al.]. Neuropathology of COVID-19: a spectrum of vascular and acute disseminated encephalomyelitis (ADEM)-like pathology. *Acta Neuropathol*. 2020; 140(1):1–6. DOI: 10.1007/s00401-020-02166-2.
32. Kandemirli S.G., Altundag A., Yildirim D. [et al.]. Olfactory Bulb MRI and Paranasal Sinus CT Findings in Persistent COVID-19 Anosmia. *Acad. Radiol*. 2021; 28(1):28–35. DOI: 10.1016/j.acra.2020.10.006.
33. Visvabharathy L., Hanson B., Orban Z. [et al.]. Neuro-COVID long-haulers exhibit broad dysfunction in T cell memory generation and responses to vaccination. *medRxiv*. Preprint 2021.08.08.212617632021. DOI: 10.1101/2021.08.08.21261763.
34. Mazza M.G., De Lorenzo R., Conte C. [et al.]. Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. *Brain Behav. Immun*. 2020; (89):594–600. DOI: 10.1016/j.bbi.2020.07.037.
35. Rogers J.P., Chesney E., Oliver D. [et al.]. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*. 2020; 7(7): 611–627. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30203-0.
36. Kaseda E.T., Levine A.J. Post-traumatic stress disorder: A differential diagnostic consideration for COVID-19 survivors. *Clin. Neuropsychol*. 2020; 34(7–8):1498–1514. DOI: 10.1080/13854046.2020.1811894.
37. Sakusic A., Rabinstein A.A. Cognitive outcomes after critical illness. *Curr. Opin. Crit. Care*. 2018; 24(5):410–414. DOI: 10.1097/MCC.0000000000000527.
38. Gu T., Mack J.A., Salvatore M. [et al.]. Characteristics Associated with Racial/Ethnic Disparities in COVID-19 Outcomes in an Academic Health Care System. *JAMA Netw. Open*. 2020; 3(10):e2025197. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2020.25197.
39. Maxwell E. Living with COVID-19. A dynamic review of the evidence around ongoing COVID-19 symptoms (often called Long Covid). London: NIHR, 2020. 30 p. DOI: 10.3310/themedreview\_41169.
40. Amin-Chowdhury Z., Ladhani S.N. Causation or Confounding: why controls are critical for characterizing long COVID. *Nat. Med*. 2021; 27(7):1129–1130. DOI: 10.1038/s41591-021-01402-w.

Поступила 14.11.2022

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

**Участие авторов:** И.М. Улюкин — планирование и обобщение полученных результатов, редактирование окончательного варианта статьи; С.Г. Григорьев, Е.С. Орлова, А.А. Сечин — сбор эмпирического материала, подготовка первого варианта статьи, обработка результатов, связанных с публикацией статьи.

**Для цитирования:** Улюкин И.М., Григорьев С.Г., Сечин А.А., Орлова Е.С. Психоневрологические особенности у пациентов с резидуальными нарушениями после перенесенной инфекции COVID-19 («Long COVID», «Long haulers COVID») и их возможные патофизиологические механизмы // Вестник психотерапии. 2022. № 84. С. 64–74. DOI: 10.25016/2782-652X-2022-0-84-64-74

I.M. Ulyukin, S.G. Grigoriev, A.A. Sechin, E.S. Orlova

**Psycho-neurological features in patients with residual conditions after COVID-19 infection («Long COVID», «Long haulers COVID») and their possible pathophysiological mechanisms**

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

✉ Igor' Mikhailovich Ulyukin – PhD Med. Sci., Research Associate, Kirov Military Medical Academy (6, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia), ORCID: 0000-0001-8911-4458, e-mail: igor\_ulyukin@mail.ru;

Stepan Grigor'evich Grigoriev – D. Med. Sci. Senior Research Associate, Kirov Military Medical Academy (6, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia), ORCID: 0000-0003-1095-1216; e-mail: gsg\_rj@mail.ru;

Aleksei Aleksandrovich Sechin – Head of the research laboratory, Kirov Military Medical Academy (6, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia), ORCID: 0000-0001-6832-6988, e-mail: sechinalex@rambler.ru;

Elena Stanislavovna Orlova – PhD Med. Sci., Senior Research Associate, Kirov Military Medical Academy (6, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia), ORCID: 0000-0003-1586-6635, e-mail: oes17@yandex.ru

**Abstract**

*Relevance.* The study is relevant due to the fact that patients have an increase in the number of clinical signs of the disease that persist for 60 days or more after suffering an acute COVID-19 infection.

*Intention* – to assess the clinical and laboratory characteristics of persons suffering from long-term consequences of COVID-19 infection in order to improve their medical and psychological support and maintain sanitary and epidemiological well-being in society.

*Methodology.* When conducting the study in accordance with its purpose, the search methodology was used to select scientific articles published in the period from 2010 to 2022 in the electronic databases Google Scholar, PubMed, Cochrane review, e-Library. The search query included keywords and their combinations: pandemic, SARS-CoV, MERS-CoV, SARS-CoV-2, COVID-19, long COVID, post COVID, long haul, chronic COVID, post-acute sequelae of SARS-CoV-2, post-acute COVID syndrome, persisting COVID, COVID complications, SARS-CoV-2 complications, lingering COVID, pandemic, subacute COVID-19 infection syndrome, prolonged course of COVID-19.

*Results and Discussion.* The features of psycho-neurological disorders in patients with residual disorders after a COVID-19 infection are considered in terms of improving their medical and psychological support and maintaining sanitary and epidemiological well-being in society, and their possible pathophysiological mechanisms. Clinical manifestations and putative pathophysiological

mechanisms contributing to the nervous system damage in COVID-19 are reviewed in the light of parallels with the pathophysiology of acute COVID-19. Relationship between race / ethnicity and COVID-19 was analyzed, as well as the facts that affect the mentality, and hence the mental well-being of society during the current pandemic of COVID-19 infection.

**Conclusion.** Given the scale of the pandemic, it is believed that even a small proportion of individuals with long-term COVID will create a significant burden of ongoing disease. Therefore, today it is believed that the approach to the treatment of patients with post-COVID syndrome should be customized in accordance with the diagnosed clinical signs and syndromes on the basis of current regulatory documents. However, the current understanding of the long-term risk factors for COVID and their frequency remains unsatisfactory to the needs of society, which prevents understanding the situation, as well as influencing it through implementation of the required medical and psychological interventions based on the available actual indicators.

**Keywords:** clinical psychology, pandemic, SARS-CoV-2, COVID-19, long COVID, post COVID, long haul, chronic COVID, post-acute sequelae of SARS-CoV-2, post-acute COVID, central nervous system, medical and psychological support, sanitary and epidemiological well-being.

---

Received 14.11.2022

**For citing:** Ulyukin I.M., Grigoriev S.G., Sechin A.A., Orlova E.S. Psikhonevrologicheskie osobennosti u patsientov s rezidual'nymi narusheniyami posle perenesennoi infektsii COVID-19 («Long COVID», «Long haulers COVID») i ikh vozmozhnye patofiziologicheskie mekhanizmy. *Vestnik psikhoterapii*. 2022; (84):64–74. (In Russ.)

Ulyukin I.M., Grigoriev S.G., Sechin A.A., Orlova E.S. Psycho-neurological features in patients with residual conditions after COVID-19 infection («Long COVID», «Long haulers COVID») and their possible pathophysiological mechanisms. *Bulletin of Psychotherapy*. 2022; (84):64–74. DOI: 10.25016/2782-652X-2022-64-74

---

В.И. Евдокимов<sup>1,3</sup>, П.П. Сивашенко<sup>1</sup>, Д.А. Чернов<sup>2</sup>, В.К. Шамрей<sup>1</sup>, Н.А. Мухина<sup>3</sup>

## СРАВНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ОФИЦЕРОВ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ РОССИИ И РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ (2003–2020 ГГ.)

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

<sup>2</sup> Военно-медицинский институт Белорусского государственного медицинского университета (Республика Беларусь, 220083, г. Минск, пр. Дзержинского, д. 83);

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

*Актуальность.* Психическое здоровье – важный показатель профессиональной надежности военнослужащих. При этом экстремальные условия профессиональной деятельности, зачастую, способствуют снижению у них качества психического здоровья и развитию психических расстройств.

*Цель* – анализ показателей психического здоровья офицеров и прапорщиков (далее – офицеры) Вооруженных сил (ВС) России и Республики Беларусь за период с 2003 по 2020 г.

*Методология.* Проведен анализ медицинских отчетов о состоянии психического здоровья личного состава и деятельности медицинской службы по форме 3/МЕД воинских частей, в которых проходили службу не менее 80 % офицеров. Психические расстройства были соотнесены с группами (блоками) V класса «Психические расстройства и расстройства поведения» по Международной классификации болезней и расстройств поведения, 10-го пересмотра (МКБ-10). Психическая заболеваемость рассчитывалась на 10 тыс. военнослужащих.

*Результаты и анализ.* Среднегодовой уровень общей заболеваемости офицеров (прапорщиков) психическими расстройствами ВС России составил  $(73,31 \pm 7,69)$  на 10 тыс., ВС Республики Беларусь –  $(58,95 \pm 5,44)$ , первичной заболеваемости –  $(26,41 \pm 1,16)$  и  $(24,66 \pm 2,36)$  соответственно, госпитализации –  $(21,83 \pm 1,33)$  и  $(13,89 \pm 1,50)$  ( $p < 0,01$ ), дней трудопотерь –  $(450,6 \pm 29,1)$  и  $(312,2 \pm 48,0)$  ( $p < 0,05$ ), увольняемости –  $(4,77 \pm 0,59)$  и  $(2,33 \pm 0,38)$  ( $p < 0,01$ ). При этом полиномиальные тренды обобщенных видов заболеваемости демонстрировали уменьшение. Отмечалась выраженная согласованность трендов общей и первичной заболеваемости, госпитализации, дней трудопотерь и увольняемости офицеров (прапорщиков) с психическими расстройствами ВС России и ВС Республики Беларусь, что указывает на однонаправленное влияние факторов, в том числе, военно-профессиональных, определяющих ее динамику. В структуре военно-эпидемиологической значимости психических расстройств

---

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

Сивашенко Павел Павлович – канд. мед. наук доц., Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), ORCID: 0000-0001-6286-6967;

Чернов Денис Анатольевич – начальник Воен.-мед. ин-та, Белорус. гос. мед. ун-т (Республика Беларусь, 220083, г. Минск, пр. Дзержинского, д. 83), ORCID: 0000-0002-5797-0118, e-mail: chernov\_denis78@mail.ru;

Шамрей Владислав Казимирович – д-р мед. наук проф., зав. каф. психиатрии, Воен. мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), ORCID: 0000-0002-1165-6465;

Мухина Наталия Александровна – канд. мед. наук, ст. науч. сотр., Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 190044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2), ORCID: 0000-0002-5805-5309, e-mail: nata26@inbox.ru

для офицеров (прапорщиков) ВС России ведущими были показатели невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств (5-я группа, F40–F48 по МКБ-10), психических расстройств и расстройств поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ (2-я группа, F10–F19), и органических, включая симптоматические, психических расстройств (1-я группа, F00–F09), доля которых в сумме составила 81,4%. Для офицеров (прапорщиков) ВС Республики Беларусь ведущими были показатели 5-й группы, неуточненных психических расстройств (11-я группа, F99) и расстройств личности и поведения в зрелом возрасте (7-я группа, F60–F69), суммарная доля которых составила 80,1%.

**Заключение.** Оптимизация психопрофилактических мероприятий, ориентированных на раннее выявление, своевременное лечение наиболее актуальных психических расстройств у офицеров (прапорщиков) ВС России и Республики Беларусь будет способствовать сохранению психического здоровья и повышению их профессионального долголетия.

**Ключевые слова:** военная медицина, вооруженные силы, военнослужащие, психическое здоровье, психическое расстройство, заболеваемость, трудопотери, госпитализация, увольняемость, международная классификация болезней.

UDK 616.89 : 355.332 (470, 476)

DOI: 10.25016/2782-652X-2022-0-84-75-99

V.I. Evdokimov<sup>1,3</sup>, P.P. Sivashchenko<sup>1</sup>, D.A. Chernov<sup>2</sup>, V.K. Shamrei<sup>1</sup>, N.A. Mukhina<sup>3</sup>

## COMPARING INDICATORS OF MENTAL DISORDERS AMONG OFFICERS OF THE ARMED FORCES OF RUSSIA AND THE REPUBLIC OF BELARUS (2003–2020)

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

<sup>2</sup> Military Medical Institute, Belarusian State Medical University (83, Dzerzhinsky Ave., Minsk, 220083, Republic of Belarus);

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

### Abstract

**Relevance.** Mental health is an important characteristic of the professional reliability of military personnel. At the same time, extreme conditions of professional activity often contribute to deterioration of their mental health and development of mental disorders.

**Intention:** To analyze mental health indicators in officers and warrant officers (hereinafter referred to as officers) of the Armed Forces (AF) of Russia and the Republic of Belarus for the period from 2003 to 2020.

---

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

Pavel Pavlovich Sivashchenko – PhD Med. Sci. Associate Prof., Kirov Military Medical Academy (6, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia), ORCID: 0000-0001-6286-6967;

Denis Anatolevich Chernov – Head of the Military Medical Institute, Belarusian State Medical University (83, Dzerzhinsky Ave., Minsk, 220083, Republic of Belarus), ORCID: 0000-0002-5797-0118, e-mail: chernov\_denis78@mail.ru;

Vladislav Kazimirovich Shamrei – Dr. Med. Sci. Prof., Kirov Military Medical Academy Russia, Chief Psychiatrist of the Armed Forces of Russia (6, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: vmeda-nio@mail.ru.

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

*Methodology.* There were analyzed medical reports on the state of mental health of the personnel and the activities of the medical service according to Form 3 / MED in military units, where at least 80% of officers served. Mental disorders were correlated with groups (blocks) of Chapter V “Mental and behavioral disorders” according to the International Classification of Diseases and Behavioral Disorders, 10th revision (ICD-10). Mental morbidity was calculated per 10 thousand military personnel.

*Results and Discussion.* Annual overall morbidity in officers with mental disorders averaged  $(73.31 \pm 7.69)$  and  $(58.95 \pm 5.44)$  per 10 thousand in the AF of Russia and the Republic of Belarus, respectively; primary morbidity,  $(26.41 \pm 1.16)$  and  $(24.66 \pm 2.36)$ , respectively; hospitalizations,  $(21.83 \pm 1.33)$  and  $(13.89 \pm 1.50)$  ( $p < 0.01$ ), respectively; work days lost,  $(450.6 \pm 29.1)$  and  $(312.2 \pm 48.0)$  ( $p < 0.05$ ); dismissals  $(4.77 \pm 0.59)$  and  $(2.33 \pm 0.38)$  ( $p < 0.01$ ). At the same time, polynomial trends of generalized types of morbidity showed a decrease. There was a pronounced consistency in the trends of overall and primary morbidity, hospitalizations, work days lost and dismissals among officers with mental disorders in the AF of Russia and the AF of the Republic of Belarus, thus suggesting unidirectional effects, including military professional ones. In the structure of the military epidemiological significance of mental disorders for officers of the Russian AF, the following leading disorders were revealed: neurotic stress-related and somatoform disorders (Block 5, F40–F48 by ICD-10), mental disorders and behavioral disorders associated with the use of psychoactive substances (Block 2, F10–F19), as well as organic, including symptomatic, mental disorders (Block 1, F00–F09). Their total share amounted to 81.4%. For officers of the AF of the Republic of Belarus, the leading disorders were from Block 5, unspecified mental disorders (Block 11, F99) and personality and behavioral disorders in adulthood (Block 7, F60–F69); their total share was 80.1%.

*Conclusion.* Optimization of psychoprophylactic measures focused on early detection, timely treatment of the most relevant mental disorders among officers of the Armed Forces of Russia and the Republic of Belarus will help maintain mental health and increase their professional longevity.

**Keywords:** military medicine, Armed Forces, military personnel, mental health, mental disorder, morbidity, work days lost, hospitalization, dismissal, International Classification of Diseases.

## Введение

Общеизвестно, что психическое здоровье – залог надежности профессиональной деятельности военнослужащих [2]. Современная военная служба и военно-профессиональная деятельность в экстремальных условиях (при выполнении сложных военно-тактических задач [5, 17], проведении контртеррористических операций [7, 18, 24], боевом дежурстве [6] и т. д.) способствуют значительному напряжению функциональных резервов организма [11] и могут приводить к снижению качества психического здоровья военнослужащих, развитию у них различных психических расстройств, в том числе, психогенно обусловленных [3, 22].

В связи с этим своевременная и эффективная профилактика развития психических расстройств у военнослужащих становится все более актуальной для вооруженных сил (ВС) любых современных армий [18–21], в том числе, и России [8, 12]. Вместе с тем, оптимизация существующей системы психопрофилактических мероприятий предполагает проведение

## Introduction

It is well known that mental health is a prerequisite of reliable professional activity of military personnel [2]. Modern military service and military professional activity in extreme conditions (complex military tactical tasks [5, 17], counter-terrorist operations [7, 18, 24], combat duty [6], etc.) contributes to significant stress of functional reserves of the body [11] and can affect mental health of military personnel, resulting in development of various mental disorders, including psychogenic ones [3, 22].

Therefore, timely and effective prevention of mental disorders in military personnel is becoming increasingly important for the Armed Forces (AF) of any countries [18–21], including Russian AF [8, 12]. At the same time, optimization of the existing system of psychoprophylactic measures involves an appropriate analysis of the dynamics of mental health among various categories of servicemen, primarily contract ser-

соответствующего анализа динамики психического здоровья среди различных категорий военнослужащих, прежде всего, военнослужащих, проходящих военную службу по контракту, профессиональная деятельность которых в наибольшей степени сопряжена с экстремальными нагрузками.

В предыдущих публикациях нами уже были представлены обобщенные медико-статистические показатели психических расстройств у различных категорий личного состава ВС России [13–16], в которых было отмечено, в частности, разнонаправленное влияние отдельных социально-экономических факторов на психическое здоровье военнослужащих. Наряду с этим, ранее был проведен сравнительный анализ показателей психического здоровья (за период 2003–2018 гг.) военнослужащих, проходящих военную службу по призыву в ВС России и Республики Беларусь [4]. Выявлено, что различный уровень их первичной заболеваемости психическими расстройствами и, соответственно, увольняемости во многом определялся качеством призывного контингента.

**Цель** – проведение сравнительного анализа медико-статистических показателей психического здоровья офицеров и прапорщиков (далее – офицеров) ВС России и Республики Беларусь за период с 2003 по 2020 г.

## Материал и методы

Проведен анализ медицинских отчетов о состоянии здоровья личного состава и деятельности медицинской службы по форме 3/МЕД воинских частей, в которых проходили службу не менее 80 % офицеров ВС России и Республики Беларусь. Анализ проводился на основании открытых источников [9] по следующим обобщенным медико-статистическим показателям: общая заболеваемость (обращаемость), первичная заболеваемость, впервые в жизни возникшие болезни в анализируемом году, госпитализация, трудопотери в днях и увольняемость по состоянию здоровья [10]. Психические расстройства у офицеров (прапорщиков) анализировались в соответствии с группами (блоками) V класса «Психические расстройства и расстройства поведения» по Международной

vicemen, whose professional activities are most often associated with extreme loads.

In previous publications, we have already presented general medical and statistical indicators of mental disorders in various categories of personnel of the Russian AF [13–16], and noted, in particular, the multidirectional effects of specific socio-economic factors on the mental health of military personnel. Besides, mental health indicators (over 2003–2018) were compared among military personnel who were drafted into the AF of Russia and the Republic of Belarus [4]. It was revealed that different rates of mental disorders and, accordingly, dismissal rates, were largely determined by the quality of the draft contingent.

**Intention** – To compare medical and statistical indicators of mental health among officers and warrant officers (hereinafter referred to as officers) of the Russian AF and the Republic of Belarus AF for the period from 2003 to 2020.

## Methodology

We analyzed reports on the state of health of personnel and the activities of the medical service by Form 3 / MED of military units, where at least 80 % of the total number of military personnel of the Russian and the Republic of Belarus AF served. Open sources [9] were analyzed for the following medical statistical indicators: overall morbidity (medical advice seeking rates), primary morbidity (newly developed mental disorders per year), hospitalizations, work days lost and health-related dismissals [10]. Mental disorders in officers (warrant officers) were analyzed by groups (blocks) of Chapter V “Mental and Behavioural Disorders” of the International Classification of Diseases and Behavioral Disorders of the 10th revision (ICD-10) (Table 1).

Morbidity rates are typically provided per 1000 (ppm) military personnel. Due to low rates of mental disorders, primary morbidity was estimated per 10,000 officers. When calculating military epidemiologi-



классификации болезней и расстройств поведения, 10-го пересмотра (МКБ-10) (табл. 1).

Уровень заболеваемости военнослужащих традиционно представлялся на 1000 человек (промилле). В связи с невысокими показателями психическая заболеваемость рассчитывалась на 10 тыс. офицеров. При расчете военно-эпидемиологической значимости групп психических расстройств для данной категории военнослужащих доли увольняемости умножали на коэффициент 2, остальные обобщенные медико-статистические виды заболеваемости

cal significance of mental disorder blocks for this category of servicemen, dismissal shares were multiplied by 2, the rest medical statistical indicators had a factor of 1.0. The data obtained were summarized, and military epidemiological significance was calculated. The results were checked for the normality of distribution. Methods of descriptive statistics were used to determine the arithmetic means and errors of the mean ( $M \pm m$ ). As a rule, among officers of the Russian AF, disorders from Blocks 8–10

Таблица 1

### Группы (блоки) психических расстройств и расстройств поведения V класса по МКБ-10

Table 1

#### Groups (blocks) of mental and behavioural disorders, Chapter V by ICD-10

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

имели коэффициент 1. Полученные данные по группам суммировали и вычисляли структуру оценки военно-эпидемиологической значимости. Результаты проверялись на нормальность распределения признаков. Методом описательной статистики определяли средние арифметические показатели и ошибки средней величины ( $M \pm m$ ). Как правило, у офицеров ВС России показатели 8–10-й групп V класса (по МКБ-10) были незначительными, а в ВС Республики Беларусь они вообще не регистрировались, в связи с чем статистические расчеты сходства (различий) в этих группах не проводились.

Развитие данных исследовали с помощью анализа динамических рядов и расчета полиномиального тренда 2-го порядка [1]. При помощи коэффициента детерминации ( $R^2$ ) определялась связь исследуемых данных с построенной кривой (трендом), чем больше был коэффициент детерминации (максимально 1,0), тем более объективно располагался тренд, показывающий тенденции развития исследуемых явлений. Конгруэнтность (согласованность) трендов показателей психической заболеваемости офицеров (прапорщиков) ВС России и Республики Беларусь определяли коэффициентом корреляции ( $r$ ) Пирсона.

## Результаты и их анализ

**Общая заболеваемость.** Среднегодовой уровень общей заболеваемости офицеров и прапорщиков (далее – офицеров) психическими расстройствами в ВС России составил ( $73,31 \pm 7,69$ ) на 10 тыс., доля психических расстройств в структуре общей заболеваемости по всем классам по МКБ-10 – 0,7%, в ВС Республики Беларусь – ( $58,95 \pm 5,44$ ) и 0,4% соответственно. Хотя уровень психических расстройств у офицеров ВС России был больше, но статистически достоверных различий с уровнем заболеваемости психическими расстройствами офицеров ВС Беларуси не отмечено (табл. 2).

Полиномиальные тренды уровня общей заболеваемости психическими расстройствами офицеров и их доли в структуре общей заболеваемости по всем классам по МКБ-10 демонстрируют уменьшение данных (рис. 1). Например, уровень психических расстройств у офи-

(ICD-10 Chapter V) were non-significant, and in the Republic of Belarus AF they were absent. Therefore, no statistical calculations of similarities (differences) for these blocks are presented.

Data evolution over time was assessed and second-order polynomial trends were calculated [1]. With the help of determination coefficients ( $R^2$ ), the studied data was correlated with the constructed curves (trends): with higher determination coefficients (maximum 1.0), the constructed trends better represented the phenomena under study. Congruence (consistency) of trends in mental morbidity among officers (warrant officers) of the AF of Russia and the Republic of Belarus was determined using Pearson correlation coefficients ( $r$ ).

## Results and Discussion

**Overall morbidity.** Annual overall morbidity among officers (warrant officers) (hereinafter referred to as officers) with mental disorders in the Russian AF averaged ( $73.31 \pm 7.69$ ) per 10,000 and a share of mental disorders in the overall morbidity by all ICD-10 chapters was 0.7%; in the Republic of Belarus AF, ( $58.95 \pm 5.44$ ) and 0.4%, respectively. There were no statistically significant differences in mental morbidity between officers from the Belarusian and Russian AF; however, the latter had higher mental morbidity rates (Table 2).

Polynomial trends of overall mental morbidity rates among officers and their share in the structure of overall morbidity for all ICD-10 chapters demonstrate a decrease (Fig. 1). For example, the Russian officers had mental morbidity rates of 81.99 in 2003 and 41.82 in 2020 per 10,000 (2 times less); Belarusian officers, 74.59 and 20.49 per 10,000, respectively (3.6 times less). A sharp rise in the overall incidence of mental disorders among Russian officers in 2010–2011 (see Fig. 1), as was noted earlier [13], was mostly determined by unpopular organizational and staffing reforms and socio-economic factors of that time period.

Таблица 2

## Показатели общей заболеваемости психическими расстройствами офицеров ВС России и Беларуси в 2003–2020 гг.

Table 2

## Overall mental morbidity in officers from the Armed Forces of Russia and Belarus in 2003–2020

Группа / Block #	Россия / Russia					Беларусь / Belarus					P <sub>1-2</sub> <
	уровень / rate, 10,000 (1)	структура / structure, %	ранг / rank	R <sup>2</sup>	динамика / dynamics	уровень / rate, 10,000 (1)	структура / structure, %	ранг / rank	R <sup>2</sup>	динамика / dynamics	
1	4.86 ± 1.46	6.6	<b>III</b>	0.22	↘	0.47 ± 0.13	0.8	VI	0.03	↘	0.01
2	13.01 ± 2.10	17.8	<b>II</b>	0.66	↓	0.56 ± 0.12	1.0	V	0.59	↓	0.001
3	1.38 ± 0.20	1.9	VI	0.54	↓	0.36 ± 0.12	0.6	VIII	0.04	↘	0.001
4	2.89 ± 0.44	3.9	IV	0.47	↘	0.94 ± 0.23	1.6	<b>III</b>	0.41	↘	0.001
5	46.36 ± 4.92	63.2	<b>I</b>	0.16	↘	54.34 ± 4.80	92.1	<b>I</b>	0.54	↓	
6	1.68 ± 0.29	2.3	V	0.48	↘	0.41 ± 0.15	0.7	VII	0.26	↓	0.01
7	1.32 ± 0.43	1.8	VII	0.06	↘	0.80 ± 0.30	1.4	IV	0.27	↘	
8	0.01 ± 0.01	0.0				0.0 ± 0.0	0.0				
9	0.27 ± 0.21	0.4	X	0.06	↘	0.0 ± 0.0	0.0				
10	0.29 ± 0.05	0.4	IX	0.11	↓	0.0 ± 0.0	0.0				
11	1.26 ± 0.31	1.7	VIII	0.37	↘	1.07 ± 0.20	1.8	<b>II</b>	0.43	↓	
Общая / Total	73.31 ± 7.69	100.0		0.38	↓	58.95 ± 5.44	100.0		0.84	↓	

Здесь и в табл. 3–7: полужирным шрифтом выделены I–III ранг / Here and in Tables 3–7: ranks I–III are given in bold.

церов ВС России в 2003 г. был 81,99 на 10 тыс., в 2020 г. – 41,82 (уменьшение – почти в 2 раза), ВС Республики Беларусь – 74,59 и 20,49 на 10 тыс. соответственно (уменьшение – в 3,6 раза). При этом резкий подъем общей заболеваемости психическими расстройствами офицеров ВС России в 2010–2011 гг. (см. рис. 1), как уже ранее отмечалось [13], во многом определялся непопулярными организационно-штатными реформами этого периода и социально-экономическими факторами.

Согласованность трендов общей заболеваемости психическими расстройствами офицеров ВС России и Республики Беларусь и их доли в структуре всей общей заболеваемости – умеренная, положительная и статистически достоверная ( $r = 0,548$  и  $0,486$ ;  $p < 0,05$  для обоих показателей), что может указывать на однонаправленное влияние факторов, в том числе, военно-профессиональных, обуславливающих ее развитие. При этом 1-й ранг значимости у офицеров ВС России составили показатели

Consistency of trends in the mental morbidity among officers of the AF of Russia and the Republic of Belarus and their shares in the structure of the overall morbidity is moderately positive and statistically significant ( $r = 0.548$  and  $0.486$ ;  $p < 0.05$  for both indicators), thus suggesting unidirectional effects, including military professional ones. In Russian officers, neurotic, stress-related and somatoform disorders (Block 5) ranked 1<sup>st</sup> in significance ( $46.36 \pm 4.92$ ) per 10,000 with a share of 63.2%; mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use (Block 2) ranked 2<sup>nd</sup> ( $13.01 \pm 2.10$  and 17.8%, respectively); organic, including symptomatic, mental disorders (Block 1) ranked 3<sup>rd</sup> ( $4.86 \pm 1.46$  and 6.6%, respectively) (see Table 2). The above rank indicators in total comprised 87.6% of overall mental morbidity.

Significance ranks of mental disorders for Belarusian officers somewhat differed:

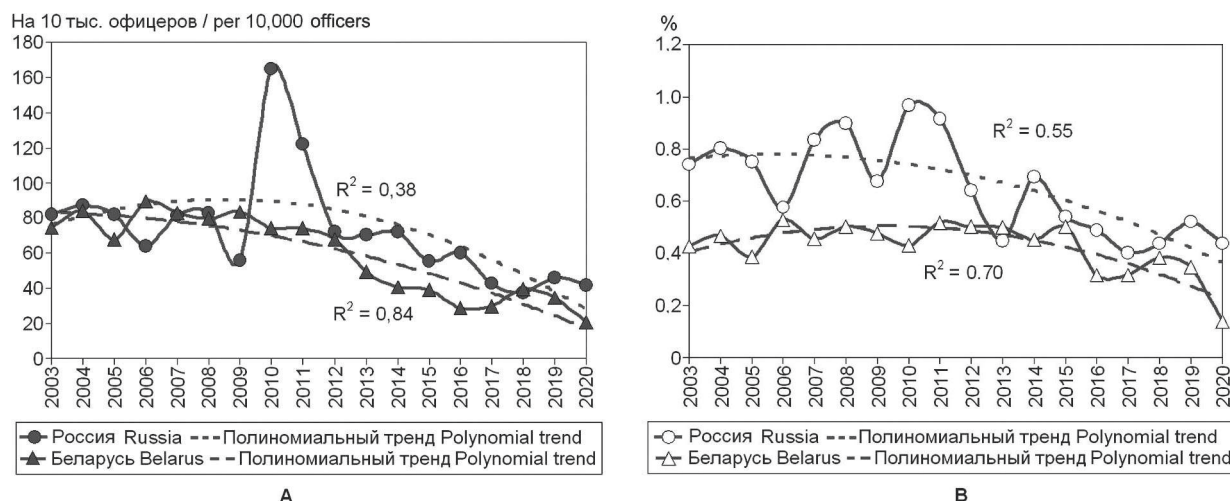


Рис. 1. Уровень общей заболеваемости (А) офицеров психическими расстройствами и доля (В) в структуре общей заболеваемости по всем классам по МКБ-10.

Fig. 1. Overall morbidity (A) in officers with mental disorders and their share (B) in the structure of all-cause morbidity by all ICD-10 chapters.

заболеваемости невротическими, связанными со стрессом, и соматоформными расстройствами (5-я группа) с уровнем ( $46,36 \pm 4,92$ ) на 10 тыс. и долей 63,2%; 2-й ранг – расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ, (2-я группа) – ( $13,01 \pm 2,10$ ) и 17,8% соответственно; 3-й ранг – органические, включая симптоматические, психические расстройства, (1-я группа) – ( $4,86 \pm 1,46$ ) и 6,6% соответственно (см. табл. 2). Сумма ранговых показателей перечисленных групп расстройств составила 87,6% от общей структуры психической заболеваемости.

Ранги значимости психических расстройств для офицеров ВС Республики Беларусь были несколько иными: 1-й ранг составили показатели невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств (5-я группа) с уровнем ( $54,34 \pm 4,80$ ) на 10 тыс. и долей 92,1%; 2-й ранг – неуточненных психических расстройств (11-я группа) – ( $1,07 \pm 0,20$ ) и 1,8% соответственно; 3-й ранг – расстройств настроения (4-я группа) – ( $0,94 \pm 0,23$ ) и 1,6% соответственно (см. табл. 2). В сумме показатели перечисленных трех групп составили 95,5%.

Уровень общей заболеваемости психическими расстройствами офицеров ВС России (по сравнению с офицерами ВС Беларуси) был статистически достоверно больше по нозологическим формам 1- (p < 0,01), 2-, 3-й и 4-й групп

neurotic, stress-related and somatoform disorders (Block 5) ranked 1<sup>st</sup> ( $54.34 \pm 4.80$  per 10,000 and share of 92.1%); unspecified mental disorders (Block 11) ranked 2<sup>nd</sup> ( $1.07 \pm 0.20$  and 1.8%, respectively); mood [affective] disorders (Block 4) ranked 3<sup>rd</sup> ( $0.94 \pm 0.23$  and 1.6%, respectively) (see Table 2). In total, a sum of the above 3 blocks comprised 95.5%.

Mental morbidity among Russian officers (compared to Belarusian officers) was statistically significantly higher for disorders from Block 1 (p < 0.01), Blocks 2, 3 and 4 (p < 0.001 for the three blocks) and lower for Block 5 disorders (p < 0.01) (see Table 2).

**Primary morbidity.** Annual primary mental morbidity among Russian officers averaged ( $26.41 \pm 1.16$ ) per 10,000, with 0.6% share of mental disorders within overall primary morbidity (by ICD-10); among Belarusian officers, ( $24.66 \pm 2.36$ ) and 0.4%, respectively. Mental disorder rates in Russian and Belarusian officers were virtually similar (Table 3).

Polynomial trends in primary mental morbidity among officers and their shares in the structure of primary morbidity by all ICD-10 chapters show a decrease (Fig. 2). For example, mental disorders among officers from the Russian AF amounted to 30.6

Таблица 3

**Показатели первичной заболеваемости психическими расстройствами офицеров  
ВС России и Беларуси в 2003–2020 гг.**

Table 3

**Primary mental morbidity in officers from the Armed Forces of Russia and Belarus in 2003–2020**

Группа / Block #	Россия / Russia					Беларусь / Belarus					P <sub>1-2</sub> <
	уровень / rate, 10,000 (1)	струк- тура / structure, %	ранг / rank	R <sup>2</sup>	дина- мика / dynamics	уровень / rate, 10,000 (1)	струк- тура / structure, %	ранг / rank	R <sup>2</sup>	дина- мика / dynamics	
1	1.73 ± 0.28	6.6	III	0.45	↘	0.39 ± 0.10	1.6	VI	0.07	↓	0.001
2	5.67 ± 0.66	21.5	II	0.60	↓	0.56 ± 0.12	2.3	IV	0.59	↓	0.001
3	0.75 ± 0.10	2.8	V	0.61	↓	0.26 ± 0.11	1.1	VII	0.02	→	0.01
4	1.22 ± 0.18	4.6	IV	0.30	↘	0.76 ± 0.20	3.1	III	0.47	↓	
5	15.26 ± 0.91	57.8	I	0.17	↑	20.94 ± 1.95	84.8	I	0.72	↓	0.05
6	0.43 ± 0.10	1.6	VIII	0.09	↘	0.24 ± 0.07	1.0	VIII	0.31	↘	
7	0.48 ± 0.05	1.8	VII	0.04	↓	0.55 ± 0.18	2.2	V	0.33	↘	
8	0.00 ± 0.00	0.0				0.0 ± 0.0	0.0				
9	0.09 ± 0.05	0.3	X	0.04	↘	0.0 ± 0.0	0.0				
10	0.13 ± 0.02	0.5	IX	0.02	↓	0.0 ± 0.0	0.0				
11	0.65 ± 0.17	2.5	VI	0.30	↘	0.97 ± 0.15	3.9	II	0.51	↓	
Общая / Total	26.41 ± 1.16	100.0		0.39	↓	24.66 ± 2.36	100.0		0.79	↓	

пами ( $p < 0,001$  для трех групп) и меньше – по нозологическим формам 5-й группы ( $p < 0,01$ ) (см. табл. 2).

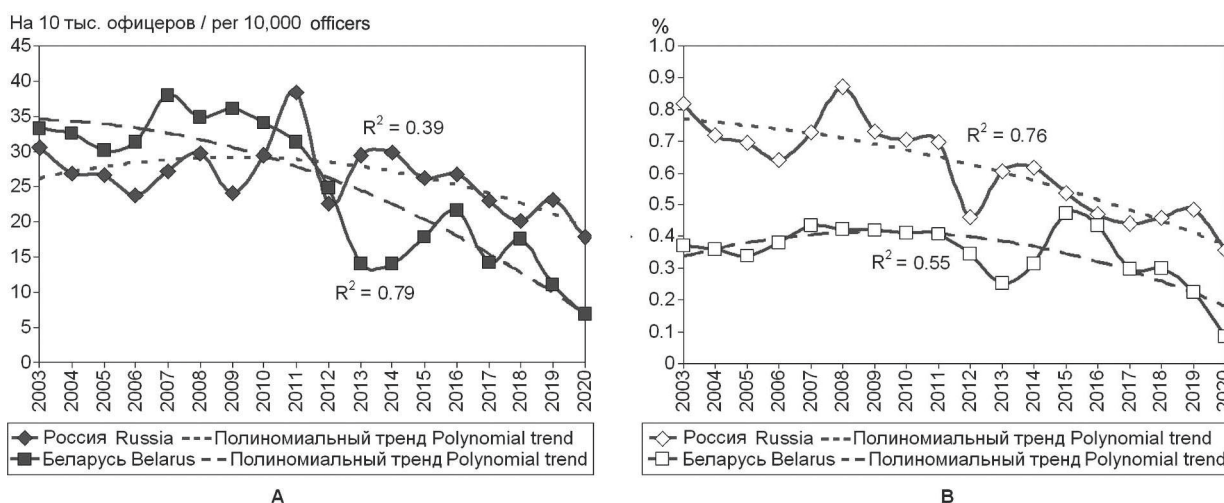
**Первичная заболеваемость.** Среднегодовой уровень первичной заболеваемости психическими расстройствами офицеров ВС России составил ( $26,41 \pm 1,16$ ) на 10 тыс., доля психических расстройств в структуре первичной заболеваемости по всем классам (по МКБ-10) – 0,6%, ВС Республики Беларусь – ( $24,66 \pm 2,36$ ) и 0,4% соответственно. При этом уровень психических расстройств у офицеров ВС России и Республики Беларусь был практически сопоставимым (табл. 3).

Полиномиальные тренды уровня первичной заболеваемости психическими расстройствами офицеров и их доли в структуре первичной заболеваемости по всем классам (по МКБ-10) демонстрируют уменьшение данных (рис. 2). Например, уровень психических расстройств у офицеров ВС России в 2003 г. был 30,6 на 10 тыс., в 2020 г. – 17,87 (уменьшение – в 1,7 раза), ВС Республики Беларусь – 33,3 и 6,83 на 10 тыс. соответственно (уменьшение – почти в 4,9 раза).

and 17.87 per 10,000 in 2003 and 2020, respectively (1.7 times decrease); among officers from the Belarusian AF – 33.3 and 6.83 per 10,000, respectively (almost 4.9 times decrease).

The consistency of trends for primary mental morbidity among officers of the AF of Russia and the Republic of Belarus and their shares in the structure of the overall primary morbidity is moderately positive and statistically significant ( $r = 0.451$  and  $0.576$ ;  $p < 0.05$  for both indicators), which may suggest unidirectional effects, including military professional ones, on the development of mental disorders among officers.

Significance ranks of primary mental morbidity blocks among officers and overall morbidity in the AF of Russia and the Republic of Belarus. In particular, among Russian officers Block 5 disorders ( $15.26 \pm 0.91$  per 10,000 and a share of 57.8%) ranked 1<sup>st</sup>; Block 2 disorders ( $5.67 \pm 0.66$  and 21.5 %, respectively) ranked 2<sup>nd</sup>; Block 1 disorders ( $1.73 \pm 0.28$  and 6.6 %, respective-



**Рис. 2.** Уровень первичной заболеваемости (А) офицеров психическими расстройствами и доля (В) в структуре первичной заболеваемости по всем классам по МКБ-10.

**Fig. 2.** Primary morbidity (A) in officers with mental disorders and their shares (B) in the structure of primary morbidity by all ICD-10 chapters.

Согласованность трендов первичной заболеваемости психическими расстройствами офицеров ВС России и Республике Беларусь и их доли в структуре всей первичной заболеваемости – умеренная, положительная и статистически достоверная ( $r = 0,451$  и  $0,576$ ;  $p < 0,05$  для обоих показателей), что может указывать на однонаправленное влияние факторов, в том числе, военно-профессиональных, обуславливающих развитие психических расстройств у офицерского состава.

Ранги значимости групп первичной заболеваемости психическими расстройствами офицеров и общей заболеваемости в ВС России и Республики Беларусь совпали. Так, 1-й ранг среди офицеров ВС России образовали показатели 5-й группы с уровнем ( $15,26 \pm 0,91$ ) на 10 тыс. и долей 57,8%; 2-й ранг – 2-й группы – ( $5,67 \pm 0,66$ ) и 21,5% соответственно; 3-й ранг – 1-й группы – ( $1,73 \pm 0,28$ ) и 6,6% соответственно (см. табл. 3). Сумма ранговых показателей перечисленных групп была 85,9% от общей структуры. В свою очередь, у офицеров ВС Республики Беларусь 1-й ранг составили показатели 5-й группы с уровнем ( $20,94 \pm 1,95$ ) на 10 тыс. и долей 84,8%; 2-й ранг – 11-й группы – ( $0,97 \pm 0,15$ ) и 3,9% соответственно; 3-й ранг – 4-й группы – ( $0,76 \pm 0,20$ ) и 3,1% соответственно (см. табл. 3). Сумма ранговых показателей перечисленных групп составила 91,8%.

ly) ranked 3<sup>rd</sup> (see Table 3). A sum of ranks for the above blocks comprised 85.9% of the entire structure. Among Belarusian officers, Block 5 disorders ( $20.94 \pm 1.95$  per 10,000 and a share of 84.8%) ranked 1<sup>st</sup>; Block 11 disorders ( $0.97 \pm 0.15$  and 3.9%, respectively) ranked 2<sup>nd</sup>; Block 4 disorders ( $0.76 \pm 0.20$  and 3.1%, respectively) ranked 3<sup>rd</sup> (see Table 3). A sum of ranks for the above blocks comprised 91.8% of the entire structure.

Among Russian officers compared to Belarusian officers, primary mental morbidity was statistically significantly higher for Blocks 1 and 2 ( $p < 0.001$  for both blocks), Block 3 ( $p < 0.01$ ) and lower for Block 5 disorders ( $p < 0.05$ ) (see Table 3).

In the Russian AF, primary morbidity related to mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use (Block 2) amounted to  $5.67 \pm 0.66$  per 10,000, including disorders due to use of alcohol (F10 by ICD-10) up to ( $5.32 \pm 0.60$ ) per 10,000 and 20.1% of all the mental disorders; due to narcotic or psychoactive substance use (F11–16, 19 by ICD-10) up to ( $0.30 \pm 0.08$ ) per 10,000 and 1.2%, respectively. Among Belarusian officers, the above disorders were 10 times less common: ( $0.56 \pm 0.12$ ) per 10,000 and 2.3%; and ( $0.52 \pm 0.12$ ) and 2.1%, respectively.

The observed finding is mainly associated with country-specific registration

Анализ первичной заболеваемости психическими расстройствами офицеров ВС России (по сравнению с офицерами ВС Беларуси) показал статистически достоверно больший уровень заболеваемости психическими расстройствами 1-й и 2-й группы ( $p < 0,001$  для обеих групп), 3-й группы ( $p < 0,01$ ) и меньший – с нозологическими формами 5-й группы ( $p < 0,05$ ) (см. табл. 3).

Уровень первичной заболеваемости офицеров расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ (2-я группа), в ВС России составил ( $5,67 \pm 0,66$ ) на 10 тыс., в том числе: с зависимостью от употребления алкоголя (F10 по МКБ-10) – ( $5,32 \pm 0,60$ ) на 10 тыс. с долей в структуре всех психических расстройств – 20,1%; с зависимостью от употребления наркотических средств (F11–16,19 по МКБ-10) – ( $0,30 \pm 0,08$ ) на 10 тыс. и 1,2% соответственно. Тогда как среди офицеров ВС Республики Беларусь таких расстройств было меньше в 10 раз – ( $0,56 \pm 0,12$ ) на 10 тыс. и 2,3%, ( $0,52 \pm 0,12$ ) и 2,1% соответственно.

Данное обстоятельство во многом определяется тем, что регистрация первичной заболеваемости офицеров с расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ, в Республике Беларусь существенно отличается (от статистического учета, проводимого в ВС), ориентируясь лишь на наиболее тяжелые («стационарные») формы данной патологии (алкоголизма, наркомании) среди военнослужащих без учета широкого спектра поведенческих расстройств, обусловленных употреблением психоактивных веществ, а также начальных («амбулаторных») форм аддиктивной патологии. Косвенным подтверждением этого являются данные Белстата [<https://www.belstat.gov.by>], согласно которым первичная заболеваемость тяжелыми формами аддикции населения Республики Беларусь в 2003–2020 гг. составила: алкоголизма – ( $25,9 \pm 1,6$ ) на 10 тыс. человек, наркоманией и токсикоманией – ( $1,3 \pm 0,1$ ) на 10 тыс. человек. Поэтому, согласно постулату о том, что «армия – слепок общества», вызывают определенные сомнения в достоверности вышеприведенных показателей первичной заболеваемости офицеров Республики Беларусь с расстройствами поведения,

procedures: primary morbidity related to behavioral disorders due to psychoactive substance use in the Republic of Belarus includes only the most severe conditions (alcohol and substance abuse), which require in-patient treatment, not taking into account a wide range of behavioral disorders due to psychoactive substance use and early-stage addictions among servicemen. However, based on indirect evidence from the Belarusian statistics agency [<https://www.belstat.gov.by>], the incidence of severe addictions among Belarusian population in 2003–2020 was as follows: alcohol abuse ( $25.9 \pm 1.6$ ) per 10,000; narcotic or psychoactive substance use ( $1.3 \pm 0.1$ ) per 10,000. Therefore, as the Army is a true representation of the society, the above data on disorders due to psychoactive substance use in Belarusian officers raise certain doubts.

It should be noted that the overall contribution of alcohol addiction to the structure of Block 2 is significant (more than 98%). The dynamics of Block 2 mental disorders and alcohol addiction are quite similar; therefore, Fig. 3 shows a contribution of Block 2 disorders to the overall primary mental morbidity in officers, and Fig. 4 shows alcohol addiction over time. With determination coefficients of varying significance, polynomial trends (Fig. 3, 4) show a decrease. Primary morbidity trends among officers with addictive behavior from the Russian and Belarusian AF apparently differ (see Fig. 4), and their consistency is moderate and statistically significant ( $r = 0.537$ ;  $p < 0.05$  for both trends), thus indicating unidirectional effects related to personality, family and household, occupation, socio-economic factors, etc.

Among Russian officers, primary morbidity related to neurotic, stress-related disorders (F11–F16, F18–F19 by ICD-10) was ( $7.54 \pm 0.50$ ) per 10,000 and their share among all the mental disorders from ICD-10 Chapter V was 28.6%; somatoform disorders (F45 by ICD-10) comprised ( $7.72 \pm 0.75$ ) and 29.2%, respectively, as compared to Belarusian officers ( $6.23 \pm 1.03$

связанными с употреблением психоактивных веществ.

Следует отметить, что общий вклад зависимости от употребления алкоголя в структуру нозологических форм 2-й группы значительный (более 98%). Определенным образом динамика уровня психических расстройств 2-й группы и зависимости от употребления алкоголя совпадают, в связи с чем на рис. 3 представлена доля нозологических форм 2-й группы в структуре всей первичной заболеваемости психическими расстройствами офицеров, а на рис. 4 – динамика уровня зависимости от употребления алкоголя. При разных по значимости коэффициентах детерминации полиномиальные тренды (см. рис. 3, 4) показывают уменьшение данных. При видимом различии трендов первичной заболеваемости офицеров с аддиктивным поведением в ВС России и Республике Беларусь (см. рис. 4) согласованность динамики уровней нозологических форм 2-й группы и зависимости от употребления алкоголя – умеренная, положительная и статистически достоверная ( $r = 0,537$ ;  $p < 0,05$  для обоих трендов), что указывает на влияние в их развитии однонаправленных факторов (личностных, семейно-бытовых, профессиональных, социально-экономических и т. д.).

Уровень первичной заболеваемости офицеров невротическими, связанными со стрессом, расстройствами (F11–F16, F18–F19 по

and 25.3%;  $14.71 \pm 1.35$  and 59.6%, respectively). Of note, somatoform disorders were statistically significantly more common among Belarusian officers ( $p < 0.001$ ).

With determination coefficients of varying significance, polynomial trends of primary morbidity related to neurotic disorders show a decrease (Fig. 5). Polynomial trends of somatoform disorders with low determination coefficients show an increase among Russian officers and resemble an inverted U-curve with data decrease in the most recent period among Belarusian officers (Fig. 6).

It should be noted that the consistency of Block 5 primary morbidity trends in the Russian and Belarusian AF is moderate, negative and statistically significant ( $r = -0.498$ ;  $p < 0.05$ ). The same is true for somatoform disorders ( $r = -0.480$ ;  $p < 0.05$ ), thus suggesting multidirectional effects. Consistency of trends for neurotic, stress-related disorders is low, positive and non-significant ( $r = 0.173$ ;  $p > 0.05$ ).

**Hospitalizations.** Annual hospitalization rates among officers with mental disorders in the Russian AF averaged ( $21.83 \pm 1.33$ ) per 10,000 with a share of 1.2% among all the hospitalizations related to all ICD-10 chapters; in the Belarusian AF,

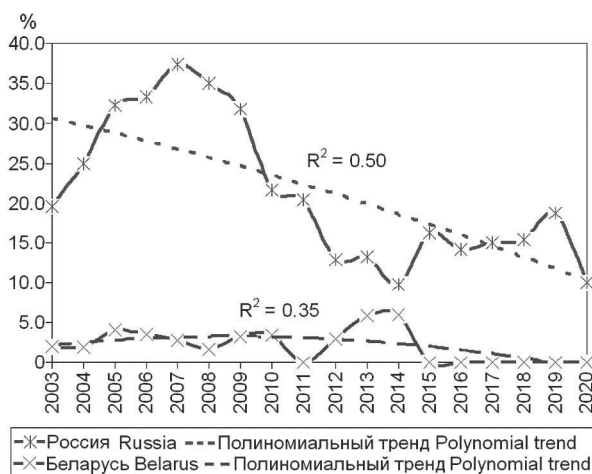


Рис. 3. Вклад показателей 5-й группы в структуру всей первичной заболеваемости офицеров психическими расстройствами, %.

Fig. 3. Contribution of Block 5 to the structure of the overall mental morbidity in officers, %.



Рис. 4. Уровень первичной заболеваемости офицеров с зависимостью от употребления алкоголя.

Fig. 4. Primary morbidity in officers with alcohol abuse.





**Рис. 5.** Уровень первичной заболеваемости офицеров с невротическими, связанными со стрессом, расстройствами.

**Fig. 5.** Primary morbidity in officers with neurotic and stress-related disorders.

МКБ-10) в ВС России составил ( $7,54 \pm 0,50$ ) на 10 тыс. При этом доля в структуре всех психических расстройств по V классу по МКБ-10 была 28,6%, уровень соматоформных расстройств (F45 по МКБ-10) – ( $7,72 \pm 0,75$ ) и 29,2%, в ВС Республики Беларусь – ( $6,23 \pm 1,03$ ) и 25,3% и ( $14,71 \pm 1,35$ ) и 59,6%. Причем, среди офицеров ВС Республики Беларусь уровень соматоформных расстройств был статистически достоверно большим ( $p < 0,001$ ).

При разных по значимости коэффициентах детерминации полиномиальные тренды уровней первичной заболеваемости офицеров невротическими расстройствами демонстрируют уменьшение данных (рис. 5). Полиномиальные тренды уровней соматоформных расстройств при невысоких коэффициентах детерминации у офицеров ВС России показывают тенденцию увеличения, у офицеров ВС Республики Беларусь – напоминают инвертированную U-кривую с уменьшением данных в последний период наблюдения (рис. 6).

Следует отметить, что согласованность трендов уровней первичной заболеваемости офицеров нозологическим формами 5-й группы в ВС России и Республики Беларусь – умеренная, отрицательная и статистически достоверная ( $r = -0,498$ ;  $p < 0,05$ ), аналогичная тенденция выявлена при сравнении уровней соматоформных расстройств ( $r = -0,480$ ;  $p < 0,05$ ), что указывает на влияние в развитии этих за-



**Рис. 6.** Уровень первичной заболеваемости офицеров с соматоформными расстройствами.

**Fig. 6.** Primary morbidity in officers with somatoform disorders.

$13,89 \pm 1,50$  and 0.7%, respectively. Russian officers with mental disorders were admitted to hospitals statistically significantly more often ( $p < 0.01$ ) (Table 4).

With high determination coefficients, polynomial trends of hospitalizations among officers with mental disorders and their shares in the structure of hospitalizations related to all the ICD-10 chapters show a decrease (Fig. 7). For example, hospitalization rates among Russian officers with mental disorders were 23.34 and 11.4 per 10,000 in 2003 and 2020, respectively (nearly 2.1 times decrease), and 18.65 and 2.28, respectively, (8.2 times decrease) among Belarusian officers.

Consistency of hospitalization trends for officers with mental disorders in Russian and Belarusian AF and their shares in the overall hospitalization structure is strong and statistically significant ( $r = 0.751$ ;  $p < 0.001$  and  $r = 0.691$ ;  $p < 0.01$ , respectively). This may suggest unidirectional effects related to military occupational factors that influence hospitalization of officers.

Officers from the Russian and Belarusian AF had similar ranks of significance for overall and primary morbidity, as well as for hospitalizations related to mental disorders: in Russian officers, Block 5 disorders ranked 1<sup>st</sup> as significant for hospitalization

болеваний разнонаправленных факторов. Согласованность трендов уровней невротических, связанных со стрессом, расстройств – низкая, положительная и статистически недостоверная ( $r = 0,173$ ;  $p > 0,05$ ).

**Госпитализация.** Среднегодовой уровень госпитализации офицеров с психическими расстройствами в ВС России составил ( $21,83 \pm 1,33$ ) на 10 тыс., доля психических расстройств в структуре госпитализаций по всем классам (по МКБ-10) – 1,2%, в ВС Республики Беларусь – ( $13,89 \pm 1,50$ ) и 0,7% соответственно. Уровень госпитализации офицеров с психическими расстройствами ВС России был статистически достоверно больше ( $p < 0,01$ ) (табл. 4).

При высоких коэффициентах детерминации полиномиальные тренды уровня госпитализации офицеров с психическими расстройствами и их доли в структуре госпитализации по всем классам (по МКБ-10) показывают уменьшение данных (рис. 7). Так, уровень госпитализаций по поводу психических расстройств среди офицеров ВС России в 2003 г. был 23,34 на 10 тыс.,

( $10,27 \pm 0,51$  per 10,000 and share of 47%); Block 2 disorders ranked 2<sup>nd</sup> ( $6,36 \pm 0,87$  and 29.1%, respectively); Block 1 disorders ranked 3<sup>rd</sup> ( $1,78 \pm 0,30$  and 8.2%, respectively) (see Table 4). A total of the above blocks comprised 84.3% of the entire structure. In Belarusian officers, Block 5 disorders ranked 1<sup>st</sup> ( $9,96 \pm 0,99$  per 10,000 and a share of 71.7%); Block 11 disorders ranked 2<sup>nd</sup> ( $0,97 \pm 0,17$  and 7%, respectively); Block 4 disorders ranked 3<sup>rd</sup> ( $0,83 \pm 0,21$  and 6%, respectively) (see Table 4). The above blocks comprised 84.7% of the entire structure.

Fig. 8 shows hospitalization rates and shares related to neurotic, stress-related and somatoform disorders (Block 5), which ranked 1<sup>st</sup> as significant in the Russian and Belarusian AF. Polynomial trends of hospitalization rates demonstrate a flat inverted U-curve with a very low determination coefficient ( $R^2 = 0.10$ ) in Russian officers and a decrease with a high determination coefficient ( $R^2 = 0.81$ ) in Belarusian officers (see

Таблица 4

**Показатели госпитализации офицеров с психическими расстройствами  
ВС России и Беларуси в 2003–2020 гг.**

Table 4

**Hospitalizations of officers with mental disorders in the Armed Forces  
of Russia and Belarus in 2003–2020**

Группа / Block #	Россия / Russia					Беларусь / Belarus					P <sub>1-2</sub> <
	уровень / rate, 10,000 (1)	струк- тура / structure, %	ранг / rank	R <sup>2</sup>	дина- мика / dynamics	уровень / rate, 10,000 (1)	структу- ра / struc- ture, %	ранг / rank	R <sup>2</sup>	дина- мика / dynamics	
1	1.78 ± 0.30	8.2	III	0.52	↘	0.39 ± 0.10	2.8	VI	0.07	↓	0.001
2	6.36 ± 0.87	29.1	II	0.67	↓	0.56 ± 0.12	4.0	IV	0.58	↓	0.001
3	0.80 ± 0.11	3.7	V	0.57	↓	0.33 ± 0.12	2.4	VII	0.03	↖	
4	0.99 ± 0.15	4.5	IV	0.42	↘	0.83 ± 0.21	6.0	III	0.46	↓	
5	10.27 ± 0.51	47,0	I	0.09	↑	9.96 ± 0.99	71.7	I	0.81	↓	
6	0.26 ± 0.08	1.2	VIII	0.02	↘	0.31 ± 0.10	2.2	VIII	0.29	↓	
7	0.58 ± 0.20	2.7	VI	0.10	↖	0.55 ± 0.18	3.9	V	0.33	↓	
8	0.01 ± 0.01	0				0.0 ± 0.0	0.0				
9	0.13 ± 0.11	0.6	IX	0.07	↖	0.0 ± 0.0	0.0				
10	0.10 ± 0.02	0.4	X	0.14	↓	0.0 ± 0.0	0.0				
11	0.56 ± 0.16	2.6	VII	0.25	↘	0.97 ± 0.17	7.0	II	0.46	↓	
Общая / Total	21.83 ± 1.33	100.0		0.77	↓	13.89 ± 1.50	100.0		0.85	↓	0.01

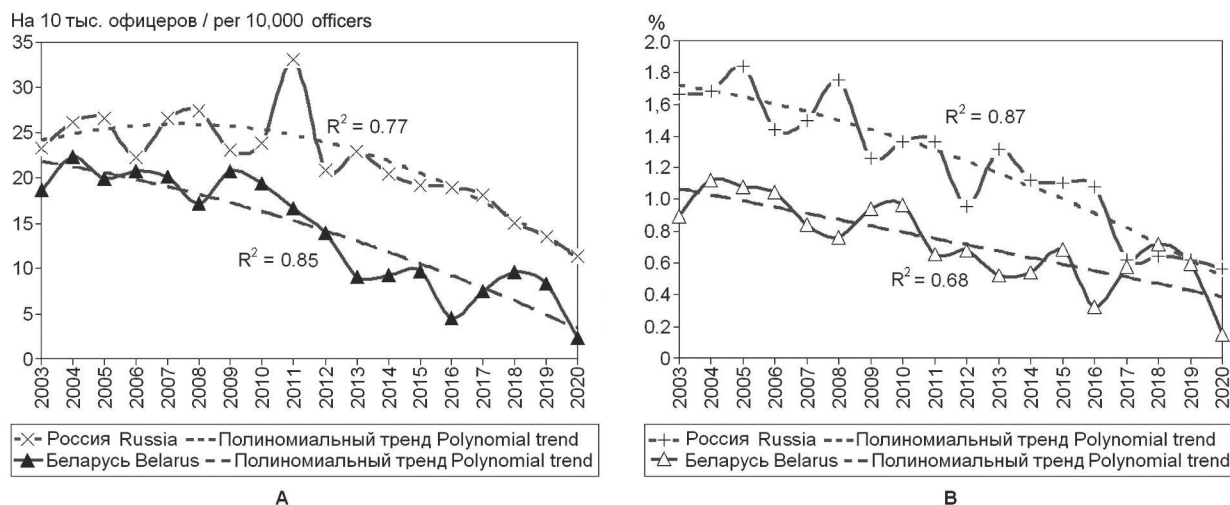


Рис. 7. Уровень госпитализации (А) офицеров с психическими расстройствами и доля (В) в структуре госпитализации по всем классам по МКБ-10.

Fig. 7. Hospitalization rates (A) in officers with mental disorders and their shares (B) among hospitalizations for all ICD-10 chapters.

в 2020 г. – 11,4 (уменьшение – почти 2,1 раза), а в ВС Республики Беларусь – 18,65 и 2,28 соответственно (уменьшение – в 8,2 раза).

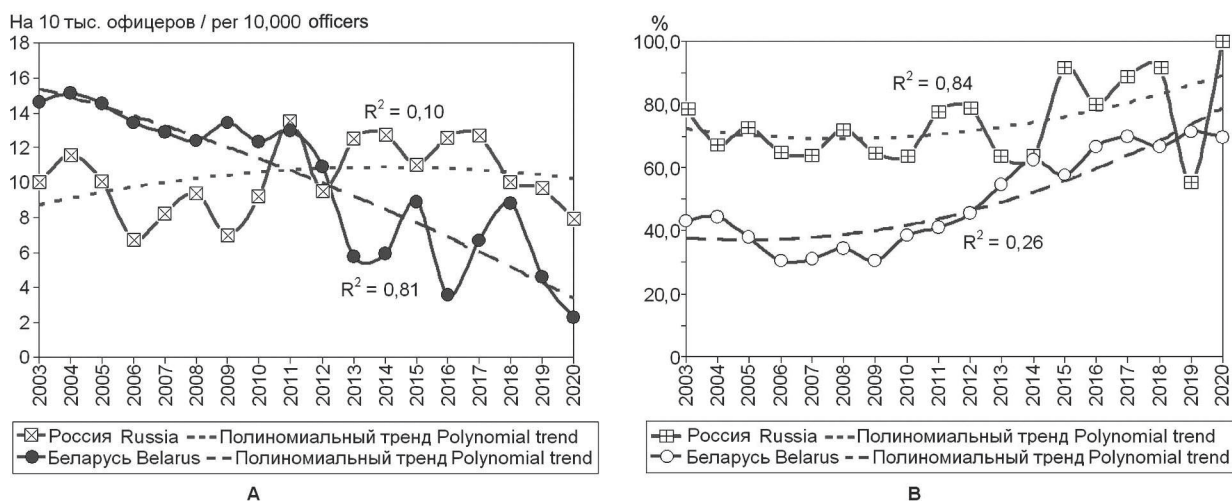
Согласованность трендов госпитализации офицеров с психическими расстройствами в ВС России и Республики Беларусь и их доли в структуре всей госпитализации – сильная, положительная и статистически достоверная ( $r = 0,751$ ;  $p < 0,001$  и  $r = 0,691$ ;  $p < 0,01$  соответственно), что может указывать на однонаправленное влияние факторов, в том числе, военно-профессиональных, обуславливающих развитие госпитализаций офицерского состава.

Ранги значимости групп психических расстройств в общей, первичной заболеваемости и госпитализации офицеров ВС России и Республики Беларусь совпали: 1-й ранг значимости госпитализаций офицеров ВС России образовали показатели 5-й группы с уровнем ( $10,27 \pm 0,51$ ) на 10 тыс. и долей 47%; 2-й ранг – 2-й группы – ( $6,36 \pm 0,87$ ) и 29,1 % соответственно; 3-й ранг – 1-й группы – ( $1,78 \pm 0,30$ ) и 8,2 % соответственно (см. табл. 4). Сумма ранговых показателей перечисленных групп составила 84,3 % от структуры. У офицеров ВС Республики Беларусь 1-й ранг составили показатели 5-й группы с уровнем ( $9,96 \pm 0,99$ ) на 10 тыс. и долей 71,7 %, 2-й ранг – 11-й группы – ( $0,97 \pm 0,17$ ) и 7 % соответственно, 3-й ранг – 4-й группы – ( $0,83 \pm 0,21$ ) и 6 % соответственно (см. табл. 4).

Fig. 8A). With determination coefficients of varying significance, polynomial trends for shares of neurotic, stress-related and somatoform disorders show their increased contribution into the hospitalization structure of officers with mental disorders (see Fig. 8B). For example, such hospitalizations amounted to 69.5 % and 100 % (!) of all the hospitalization cases among Russian and Belarusian officers with mental disorders, respectively, in 2020.

Consistency of hospitalization trends for officers with Block 5 mental disorders is low, negative and statistically non-significant ( $r = -0.288$ ;  $p > 0.05$ ), thus suggesting multidirectional effects of factors relevant for neurotic, stress-related and somatoform disorders. Trends for the shares are moderately and positively congruent without reaching a statistical significance ( $r = 0.451$ ;  $p < 0.1$ ); hence, unidirectional effects of mental disorders on the overall morbidity structure (by all ICD-10 chapters) can be assumed.

When analyzing hospitalizations among Russian officers with mental disorders (as compared with Belarusian officers), Block 1 and 2 disorders resulted in statistically significantly higher hospitalization rates ( $p < 0.001$  for both blocks) (Table 4).



**Рис. 8.** Уровень госпитализации офицеров (А) с невротическими, связанными со стрессом, и соматоформными расстройствами (5-я группа по МКБ-10) и доля (В) в структуре госпитализации по всем классам по МКБ-10.

**Fig. 8.** Hospitalization rates (A) in officers with neurotic, stress-related and somatoform disorders (Block 5 by ICD-10) and their shares (B) among hospitalizations for all ICD-10 chapters.

При этом сумма показателей перечисленных групп составила 84,7% от общей структуры.

На рис. 8 показаны уровень и вклад в структуру госпитализаций офицеров с невротическими, связанными со стрессом, и соматоформными расстройствами (5-я группа), составившими 1-й ранг значимости в ВС России и Республики Беларусь. Полиномиальный тренд при очень низком коэффициенте детерминации ( $R^2 = 0,10$ ) уровня госпитализации офицеров ВС России напоминает тенденцию пологой инвертированной U-кривой, а в ВС Республики Беларусь при высоком коэффициенте детерминации ( $R^2 = 0,81$ ) демонстрирует уменьшение данных (см. рис. 8А). При разных по значимости коэффициентах детерминации полиномиальные тренды доли невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств показывают увеличение их вклада в структуру госпитализации офицеров с психическими расстройствами (см. рис. 8Б). Например, в 2020 г. доля такой госпитализации составила в ВС России 69,5%, в ВС Беларуси – 100% (!) от всех случаев госпитализации офицерского состава с психическими расстройствами.

Согласованность трендов госпитализации офицеров с нозологическими формами 5-й группы – низкая, отрицательная и статистически недостоверная ( $r = -0,288$ ;  $p > 0,05$ ), что указывает на разнонаправленное влияние фак-

**Work days lost.** Annual work days lost among Russian officers with mental disorders averaged ( $450.6 \pm 29.1$ ) per 10,000; mental disorders made a share of 1.1% among all the work days lost by all ICD-10 chapters; for Belarusian officers, these were ( $312.2 \pm 48.0$ ) and 0.7%, respectively. There were statistically significantly more work days lost ( $p < 0.05$ ; Table 5) in Russian officers with mental disorders due to higher hospitalization rates (see Table 4).

With high determination coefficients, polynomial trends for work days lost among officers with mental disorders and their shares in the structure of work days lost by all ICD-10 chapters show a decrease (Fig. 9). On average, mental diseases resulted in 444 and 255 work days lost per 10,000 Russian officers in 2003 and 2020, respectively (1.7 times decrease); in the Belarusian AF, these figures were 320 and 28, respectively (11.4 times decrease).

Consistency of trends for work days lost among Russian and Belarusian officers with mental disorders and their shares in the structure of all the work days lost is strong, positive and statistically significant ( $r = 0.750$ ;  $r = 0.788$ ;  $p < 0.001$  for both trends), thus indicating unidirectional effects of the relevant factors. Namely, among Russian of-

торов, обуславливающих развитие невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств. Конгруэнтность трендов доли нозологических форм – умеренная, положительная и приближается к статистически значимой ( $r = 0,451$ ;  $p < 0,1$ ), что может указывать на однонаправленное влияние вклада психических расстройств в структуру заболеваемости офицеров по всем классам заболеваний (по МКБ-10).

Анализ госпитализации офицеров с психическими расстройствами в ВС России (по сравнению с офицерами ВС Беларуси) показал статистически достоверно больший уровень госпитализаций с нозологическими формами 1-й и 2-й группы ( $p < 0,001$  для обеих групп) (см. табл. 4).

**Трудопотери.** Среднегодовой уровень дней трудопотерь у офицеров с психическими расстройствами в ВС России составил ( $450,6 \pm 29,1$ ) на 10 тыс., доля психических расстройств в структуре трудопотерь по всем классам (по МКБ-10) – 1,1 %, в ВС Республики Беларусь – ( $312,2 \pm 48,0$ ) и 0,7 % соответственно.

Officers Block 5 disorders ranked 1<sup>st</sup> as significant for work days lost ( $211.5 \pm 11.7$  days per 10,000 officers and a share of 47%); Block 2 disorders ranked 2<sup>nd</sup> ( $103.8 \pm 15.3$  and 23.1%, respectively); Block 1 disorders ranked 3<sup>rd</sup> ( $43.6 \pm 6.8$  and 9.7%, respectively) (see Table 5). The above blocks comprised 79.8% of the entire significance structure. Among Belarusian officers, Block 5 disorders ranked 1<sup>st</sup> ( $220.3 \pm 34.2$  per 10,000 and a share of 70.3%); Block 2 disorders ranked 2<sup>nd</sup> ( $18.6 \pm 5.6$  and 6%, respectively); disorders of adult personality and behaviour (Block 7) ranked 3<sup>rd</sup> ( $17.1 \pm 6.6$  and 5.5%, respectively) (see Table 5). The above blocks comprised 81.8% of the entire significance structure.

When analyzing work days lost among Russian officers with mental disorders (as compared with Belarusian officers), Block 1 and 2 disorders resulted in statistically significantly more work days lost ( $p < 0.001$  for both blocks) (see Table 5).

Таблица 5

**Показатели дней трудопотерь у офицеров с психическими расстройствами  
ВС России и Беларуси в 2003–2020 гг.**

Table 5

**Work days lost in officers with mental disorders from the Armed Forces  
of Russia and Belarus in 2003–2020**

Группа / Block #	Россия / Russia					Беларусь / Belarus					P <sub>1-2</sub> <
	уровень / rate, 10,000 (1)	струк- тура / structure, %	ранг / rank	R <sup>2</sup>	дина- мика / dynamics	уровень / rate, 10,000 (1)	структу- ра / struc- ture, %	ранг / rank	R <sup>2</sup>	дина- мика / dynamics	
1	43.6 ± 6.8	9.7	III	0.54	↘	5.2 ± 1.8	1.7	VIII	0.13	↓	0,001
2	103.8 ± 15.3	23.1	II	0.68	↓	18.6 ± 5.6	6.0	II	0.29	↓	0,001
3	29.7 ± 4.9	6.6	IV	0.62	↓	16.4 ± 6.0	5.3	IV	0.08	↘	
4	26.5 ± 3.6	5.9	V	0.49	↘	15.4 ± 4.8	4.9	V	0.60	↓	
5	211.5 ± 11.7	47.0	I	0.11	↗	220.3 ± 34.2	70.3	I	0.68	↓	
6	5.0 ± 1.1	1.1	VIII	0.05	↘	7.5 ± 2.4	2.4	VII	0.34	↓	
7	15.1 ± 4.3	3.3	VI	0.13	↘	17.1 ± 6.6	5.5	III	0.25	↔	
8	0.0 ± 0.0	0.0				0.0 ± 0.0	0.0				
9	3.3 ± 2.8	0.7	IX	0.07	↔	0.0 ± 0.0	0.0				
10	2.0 ± 0.4	0.4	X	0.16	↘	0.0 ± 0.0	0.0				
11	10.1 ± 2.6	2.2	VII	0.19	↘	12.3 ± 2.8	3.9	VI	0.05	↑	
Общая / Total	450.6 ± 29.1	100.0		0.70	↓	312.2 ± 48.0	100.0		0.67	↓	0,05

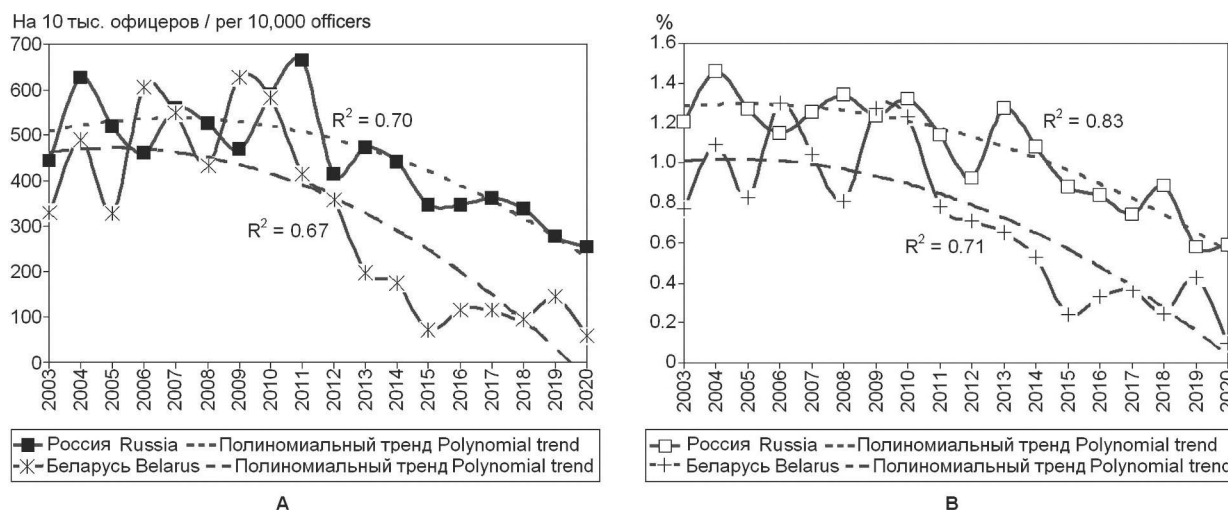


Рис. 9. Уровень дней трудопотерь (А) у офицеров с психическими расстройствами и доля (В) в структуре трудопотерь по всем классам по МКБ-10.

Fig. 9. Work days lost (A) in officers with mental disorders and their shares (B) in the structure of work days lost for all ICD-10 chapters.

В связи с более выраженным уровнем госпитализации (см. табл. 4) и уровень трудопотерь у офицеров с психическими расстройствами в ВС России был статистически достоверно больше ( $p < 0,05$ ) (табл. 5).

При высоких коэффициентах детерминации полиномиальные тренды показателей дней трудопотерь у офицеров с психическими расстройствами и их доли в структуре трудопотерь по всем классам (по МКБ-10) показывают уменьшение данных (рис. 9). Так, средний уровень трудопотерь по причине психических расстройств в ВС России в 2003 г. составил 444 дня на 10 тыс. офицеров, в 2020 г. – 255 (уменьшение – в 1,7 раза), а в ВС Республики Беларусь – 320 и 28 соответственно (уменьшение – 11,4 раза).

Согласованность трендов дней трудопотерь у офицеров с психическими расстройствами в ВС России и Республики Беларусь и их доли в структуре всех трудопотерь – сильная, положительная и статистически достоверная ( $r = 0,750$ ; и  $r = 0,788$ ;  $p < 0,001$  для обоих трендов), что может указывать на однонаправленное влияние факторов, их определяющих. При этом 1-й ранг значимости трудопотерь по причине психических расстройств в ВС России составили показатели 5-й группы с уровнем  $(211,5 \pm 11,7)$  дня на 10 тыс. офицеров и долей 47%; 2-й ранг – 2-й группы –  $(103,8 \pm 15,3)$  и 23,1% соответственно; 3-й ранг – 1-й груп-

**Dismissals.** Annual dismissal rates among Russian officers with mental disorders averaged  $(4.77 \pm 0.59)$  per 10,000, with 7.1% share of mental disorders among dismissals related to all the ICD-10 chapters; among Belarusian officers, the figures were  $(2.33 \pm 0.38)$  and 4.7%, respectively. There were statistically significantly more dismissals for mental disorders among Russian officers ( $p < 0.01$ ; Table 6).

With high determination coefficients, polynomial trends of dismissals among officers with mental disorders show a decrease (Fig. 10A). A polynomial trend for shares of mental disorders among Russian officers resembles a U-curve with low determination coefficient ( $R^2 = 0.13$ ) and shows an increase over the most recent observation period; among Belarusian officers, it is an inverted U-curve with high determination coefficient ( $R^2 = 0.74$ ) and a decrease (see Fig. 10B)

Consistency of dismissal trends among officers with mental disorders in Russian and Belarusian AF is strong, positive and statistically significant ( $r = 0.750$ ;  $p < 0.001$ ), thus indicating unidirectional effects of factors relevant for dismissals due to mental disorders over time. Consistency of their shares in the structure of all health-related dismissals is negligible, negative and

пы –  $(43,6 \pm 6,8)$  и 9,7% соответственно (см. табл. 5). Сумма ранговых показателей перечисленных групп была 79,8% от общей структуры. В свою очередь, у офицеров ВС Республики Беларусь: 1-й ранг составили показатели 5-й группы с уровнем  $(220,3 \pm 34,2)$  на 10 тыс. и долей 70,3%; 2-й ранг – 2-й группы –  $(18,6 \pm 5,6)$  и 6% соответственно; 3-й ранг – расстройств личности и поведения в зрелом возрасте (7-я группа) –  $(17,1 \pm 6,6)$  и 5,5% соответственно (см. табл. 5). Сумма показателей перечисленных групп составила 81,8%.

Анализ дней трудопотерь у офицеров с психическими расстройствами в ВС России (по сравнению с офицерами ВС Беларуси) показал статистически достоверно бо́льший уровень трудопотерь от болезней 1-й и 2-й группы ( $p < 0,001$  для обеих групп) (см. табл. 5).

**Увольняемость.** Среднегодовой уровень увольняемости офицеров с психическими расстройствами в ВС России составил  $(4,77 \pm 0,59)$  на 10 тыс., доля психических расстройств в структуре увольнений по всем классам (по МКБ-10) – 7,1%, тогда как в ВС Республи-

non-significant ( $r = -0.015$ ;  $p > 0.05$ ). Among Russian officers, Block 2 disorders ranked 1<sup>st</sup> as significant for dismissals of officers with mental disorders ( $1.58 \pm 0.33$  per 10,000 and a share of 33%); Block 5 disorders ranked 2<sup>nd</sup> ( $1.41 \pm 0.17$  and 29.6%, respectively); Block 1 disorders ranked 3<sup>rd</sup> ( $0.63 \pm 0.11$  and 13.2%, respectively) (see Table 6). The above blocks comprised 75.8% of the entire significance structure. Among Belarusian officers, Block 5 disorders ranked 1<sup>st</sup> ( $0.77 \pm 0.18$  per 10,000 and a share of 33%); Block 11 disorders ranked 2<sup>nd</sup> ( $0.43 \pm 0.09$  and 18.4%, respectively); Block 7 disorders ranked 3<sup>rd</sup> ( $0.35 \pm 0.11$  and 15%, respectively) (see Table 6). The above blocks comprised 64.4% of the entire significance structure.

When analyzing dismissals among Russian officers due to mental disorders (as compared with Belarusian officers), Block 1 and 2 disorders resulted in statistically significantly more dismissals ( $p < 0.01$  and  $p < 0.001$ , respectively), while Block 5

Таблица 6

**Показатели увольняемости офицеров с психическими расстройствами  
ВС России и Беларуси в 2003–2020 гг.**

Table 6

**Dismissals among officers of the Armed Forces of Russia and Belarus in 2003–2020**

Группа / Block #	Россия / Russia					Беларусь / Belarus					P <sub>1-2</sub> <
	уровень / rate, 10,000 (1)	струк- тура / structure, %	ранг / rank	R <sup>2</sup>	дина- мика / dynamics	уровень / rate, 10,000 (1)	струк- тура / struc- ture, %	ранг / rank	R <sup>2</sup>	дина- мика / dynamics	
1	$0.63 \pm 0.11$	13.2	III	0.58	↓	$0.16 \pm 0.07$	6.9	VI	0.11	↓	0.01
2	$1.58 \pm 0.33$	33.0	I	0.56	↓	$0.17 \pm 0.08$	7.1	V	0.22	↓	0.001
3	$0.58 \pm 0.09$	12.1	IV	0.71	↓	$0.33 \pm 0.12$	14.1	IV	0.03	↷	
4	$0.28 \pm 0.05$	5.9	V	0.10	↓	$0.13 \pm 0.06$	5.5	VII	0.27	↓	
5	$1.41 \pm 0.17$	29.6	II	0.10	↓	$0.77 \pm 0.18$	33.0	I	0.80	↓	0.05
6	$0.04 \pm 0.02$	0.9	VIII	0.09	↷	$0.00 \pm 0.00$	0.0				
7	$0.18 \pm 0.05$	3.7	VI	0.11	↓	$0.35 \pm 0.11$	15.0	III	0.31	↷	
8	$0.00 \pm 0.00$	0.0				$0.0 \pm 0.0$	0.0				
9	$0.01 \pm 0.01$	0.2	X		↷	$0.0 \pm 0.0$	0.0				
10	$0.02 \pm 0.01$	0.4	IX	0.05	↷	$0.0 \pm 0.0$	0.0				
11	$0.05 \pm 0.03$	1.0	VII	0.16	↓	$0.43 \pm 0.09$	18.4	II	0.13	↷↓	0.001
Общая / Total	$4.77 \pm 0.59$			0.72	↓	$2.33 \pm 0.38$	100.0		0.66	↓	0.01

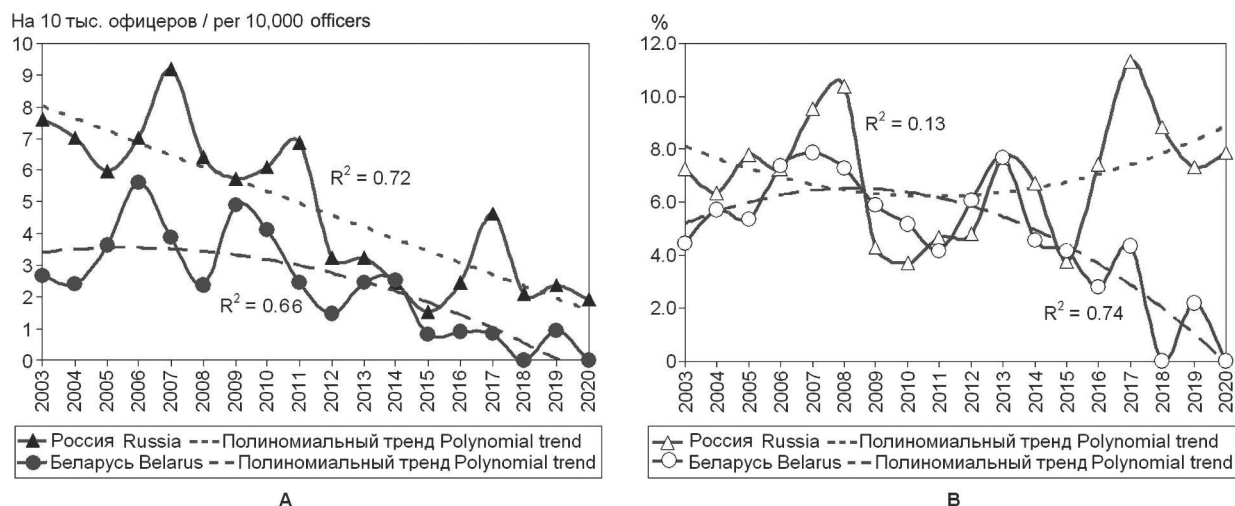


Рис. 10. Уровень увольняемости (А) офицеров с психическими расстройствами и доля (В) в структуре увольнений по всем классам по МКБ-10.

Fig. 10. Dismissal rates (A) in officers with mental disorders and their shares (B) in the structure of dismissals for all ICD-10 chapters.

ки Беларусь –  $(2,33 \pm 0,38)$  и 4,7 % соответственно. Уровень увольнений офицеров по причине психических расстройств в ВС России был статистически достоверно больше ( $p < 0,01$ ) (табл. 6).

При высоких коэффициентах детерминации полиномиальные тренды уровня увольняемости офицеров с психическими расстройствами показывают уменьшение данных (рис. 10А). Полиномиальный тренд доли психических расстройств среди офицеров ВС России с низким коэффициентом детерминации ( $R^2 = 0,13$ ) напоминает U-кривую и демонстрирует тенденцию увеличения показателей в последний период наблюдения, а среди офицеров ВС Республики Беларусь при высоком коэффициенте детерминации ( $R^2 = 0,74$ ) – инвертируемую U-кривую с уменьшением данных (см. рис. 10Б)

Согласованность трендов увольняемости офицеров с психическими расстройствами в ВС России и Республики Беларусь – сильная, положительная и статистически достоверная ( $r = 0,750$ ;  $p < 0,001$ ), что может указывать на однонаправленное влияние факторов, как и ранее определяющих динамику показателей увольняемости офицеров из Вооруженных Сил в связи с психическими расстройствами. Согласованность их доли в структуре всех увольнений офицеров по состоянию здоровья – ничтожная, отрицательная и недостоверная ( $r = -0,015$ ;  $p > 0,05$ ). При этом 1-й ранг значимости уволь-

and 11 disorders – in statistically significantly fewer dismissals ( $p < 0.05$  and  $p < 0.001$ , respectively) (see Table 6).

#### **Military epidemiological significance.**

According to the previously described algorithm, contributions of specific disorders from Chapter V (by blocks) to the entire structure of mental morbidity among officers (warrant officers) from the Russian and Belarusian AF were assessed over 2003–2020. Among Russian officers, Block 8–10 disorders comprised 0.8%; no such disorders were observed in the Belarusian AF, hence their ranks were not accounted for. Shares and ranks of other mental disorders in the structure of military epidemiological significance are shown in Table 7 and Fig. 11.

According to Fig. 11, a total share of 5 leading (in terms of military epidemiological significance) blocks of mental disorders was 93.3 % for Russian officers and 91 % for Belarusian officers. Besides contributions of Block 2, 3 and 5 disorders, the structure included Block 1 and 4 disorders among Russian officers and Block 7 and 11 disorders among Belarusian officers. Shares of three blocks (1, 2 and 5) amounted to 81.4 % of the entire structure of military epidemiological significance of



нений офицеров с психическими расстройствами ВС России составили показатели 2-й группы с уровнем ( $1,58 \pm 0,33$ ) на 10 тыс. и долей 33%; 2-й ранг – 5-й группы – ( $1,41 \pm 0,17$ ) и 29,6% соответственно; 3-й ранг – 1-й группы – ( $0,63 \pm 0,11$ ) и 13,2% соответственно (см. табл. 6). Сумма ранговых показателей перечисленных групп составила 75,8%. Среди офицеров ВС Республики Беларусь 1-й ранг значимости увольнений составили показатели 5-й группы с уровнем ( $0,77 \pm 0,18$ ) на 10 тыс. и долей 33%; 2-й ранг – 11-й группы – ( $0,43 \pm 0,09$ ) и 18,4% соответственно; 3-й ранг – 7-й группы – ( $0,35 \pm 0,11$ ) и 15% соответственно (см. табл. 6). Сумма показателей перечисленных групп составила 64,4%.

Анализ уровня увольняемости офицеров ВС России в связи с психическими расстройствами (по сравнению с офицерами ВС Беларуси) показал статистически достоверно больший уровень увольнений от болезней 1-й группы ( $p < 0,01$ ), 2-й группы ( $p < 0,001$ ) и меньший – от нозологических форм 5-й группы ( $p < 0,05$ ), 11-й группы ( $p < 0,001$ ) (см. табл. 6).

#### **Военно-эпидемиологическая значимость.**

По представленному ранее алгоритму был определен вклад отдельных нозологических форм V класса (по группам) в общую структуру психической заболеваемости офицеров (прапорщиков) ВС России и Республики Беларусь за период 2003–2020 гг. При этом вклад нозологических форм 8–10-й групп у офицеров ВС России составил 0,8%, тогда как в ВС Беларуси этих нозологических форм не было отмечено, в связи с чем их ранги не учитывались. Доли и ранги других групп психических расстройств в структуре военно-эпидемиологической значимости представлены в табл. 7 и на рис. 11.

Как представлено на рис. 11, доля 5 ведущих (в оценке военно-эпидемиологической значимости) групп психических расстройств для офицеров ВС России составила 93,3%, а в ВС Республики Беларусь – 91%. При этом, помимо величины вклада нозологических форм 2-, 3-й и 5-й группы, у офицеров ВС России в данную структуру вошли расстройства 1-й и 4-й групп, а у офицеров ВС Республики Беларусь – 7-й и 11-й группы. Установлено также, что доли трех групп (1-, 2-я и 5-я) у офицеров ВС России

mental disorders among Russian officers as compared to 80.1% for Blocks 5, 7 and 11 among Belarusian officers.

## **Conclusion**

When comparing main indicators of mental health among officers and warrant officers from the Russian and Belarusian AF (over 2003–2020), annual average mental morbidity was ( $73.31 \pm 7.69$ ) and ( $58.95 \pm 5.44$ ) per 10,000 among Russian and Belarusian officers, respectively; primary morbidity, ( $26.41 \pm 1.16$ ) and ( $24.66 \pm 2.36$ ), respectively; hospitalizations, ( $21.83 \pm 1.33$ ) and ( $13.89 \pm 1.50$ ), respectively ( $p < 0.01$ ); work days lost, ( $450.6 \pm 29.1$ ) and ( $312.2 \pm 48.0$ ), respectively ( $p < 0.05$ ); dismissals, ( $4.77 \pm 0.59$ ) and ( $2.33 \pm 0.38$ ), respectively ( $p < 0.01$ ). Polynomial trends of generalized morbidity showed a decrease. There was a pronounced consistency between trends of overall and primary morbidity, hospitalizations, work days lost and dismissals among officers with mental disorders from the Russian and Belarusian AF. This suggests unidirectional effects of pathogenetic factors, including military professional ones, which are relevant for development and severity of mental disorders.

In the structure of medical epidemiological significance of mental disorders among officers (warrant officers) from the Russian AF, there were the following leading disorders: neurotic, stress-related and somatoform disorders (Block 5, F40–F48), mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use (Block 2, F10–F19), and also organic, including symptomatic, mental disorders (Block 1, F00–F09), with a total share of 81.4%. For officers (warrant officers) from the Belarusian AF, Block 5 disorders and unspecified mental disorders (Block 11, F99), as well as disorders of adult personality and behaviour (Block 7, F60–F69) were the leading ones with a total share of 80.1%.

Based on the results obtained, optimization of current psychoprophylactic mea-

составили 81,4% от общей структуры военно-эпидемиологической значимости психических расстройств, у офицеров ВС Беларуси (5-, 7-я и 11-я) – 80,1%.

## Заклучение

Сравнительный анализ динамики основных показателей психического здоровья офицеров и прапорщиков Вооруженных сил России и Республики Беларусь (за период 2003–2020 гг.) показал, что среднегодовой уровень общей заболеваемости психическими расстройствами офицеров ВС России составил  $(73,31 \pm 7,69)$  на 10 тыс., а ВС Республики Беларусь –  $(58,95 \pm 5,44)$ , первичной заболеваемости –  $(26,41 \pm 1,16)$  и  $(24,66 \pm 2,36)$  соответственно, госпитализации –  $(21,83 \pm 1,33)$  и  $(13,89 \pm 1,50)$  соответственно ( $p < 0,01$ ), дней трудопотерь –  $(450,6 \pm 29,1)$  и  $(312,2 \pm 48,0)$  соответственно ( $p < 0,05$ ), увольняемости –  $(4,77 \pm 0,59)$  и  $(2,33 \pm 0,38)$  соответственно ( $p < 0,01$ ). При этом полиномиальные тренды обобщенных видов заболеваемости демонстрировали уменьшение данных. Отмечалась выраженная согласованность трендов общей и первичной заболеваемости, госпитализации, дней трудопотерь и увольняемости офицеров с психическими расстройствами ВС России и ВС Республики Беларусь, что свидетельствует об однонаправленном влиянии патогенетических факторов, в том числе, военно-профессиональных, определяющих развитие и выраженность психической заболеваемости.

В структуре военно-эпидемиологической значимости психических расстройств у офицеров (прапорщиков) ВС России ведущими были невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства (5-я группа, F40–F48), психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ (2-я группа, F10–F19), а также органические, включая симптоматические, психические расстройства (1-я группа, F00–F09), доля которых составила 81,4%. Для офицеров (прапорщиков) ВС Республики Беларусь ведущими были показатели 5-й группы, неуточненных психических расстройств (11-я группа, F99) и расстройств

Таблица 7

### Оценка военно-эпидемиологической значимости у офицеров долей групп психических расстройств

Table 7

#### Military epidemiological significance of mental disorder blocks for officers

Группа / Block #	Россия / Russia		Беларусь / Belarus	
	структура / structure, %	ранг / rank	структура / structure, %	ранг / rank
1	9.6	III	3.5	VII
2	26.3	II	4.6	V
3	6.5	IV	6.3	IV
4	5.1	V	4.4	VI
5	45.8	I	64.0	I
6	1.3	VIII	1.1	VIII
7	2.8	VI	7.2	III
11	1.8	VII	8.9	II
Прочие / Other	0.8		0.0	
	100.0		100.0	

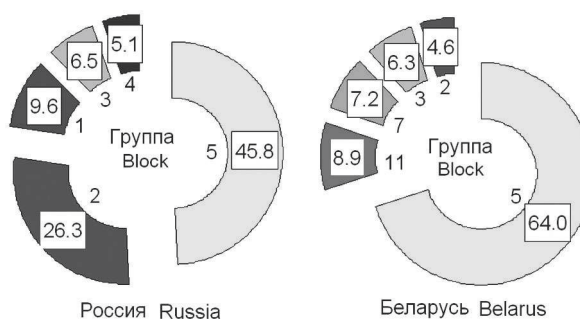


Рис. 11. Доли ведущих групп в структуре оценки значимости психических расстройств у офицеров в 2003–2020 гг. (%)

Fig. 11. Leading blocks of mental disorders with higher military epidemiological significance for officers in 2003–2020 (%).

sure as well as other relevant approaches should be specifically focused on early detection, timely treatment of the most relevant mental disorders among officers of the Armed Forces of Russia and the Republic of Belarus. This will help not only maintain and promote mental health of military personnel in extreme occupational conditions but also facilitate their professional longevity.

личности и поведения в зрелом возрасте (7-я группа, F60–F69), доля которых составила 80,1 %.

Полученные результаты позволяют сделать вывод, что оптимизация существующей системы психопрофилактических мероприятий, наряду с другими важными ее направлениями, должна быть особо ориентирована на профилактику, раннее выявление и своевременное лечение вышеуказанных психических расстройств, наиболее актуальных для офицеров и прапорщиков ВС России и Республики Беларусь, что будет способствовать не только сохранению и укреплению психического здоровья военнослужащих в экстремальных условиях военно-профессиональной деятельности, но и повышению их профессионального долголетия.

### Литература

1. Афанасьев В.Н., Юзбашев М.М. Анализ временных рядов и прогнозирование. М.: Финансы и статистика: Инфра-М, 2015. 320 с.
2. Военная психиатрия / ред. В.К. Шамрей, А.А. Марченко. СПб.: ВМедА, 2015. 440 с.
3. Доровских И.В., А.С. Заковряшин, С.Е. Заковряшина [и др.]. Боевая психическая травма: от расстройства адаптации к посттравматическому стрессовому расстройству // Психиатрия и психофармакотерапия. 2006. Т. 8, № 1. С. 25–36.
4. Евдокимов В.И., Чернов Д.А., Сивашенко П.П., Шамрей В.К. Показатели психической заболеваемости военнослужащих по призыву Вооруженных сил Российской Федерации и Республики Беларусь (2003–2018 гг.): монография / Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова, Гомельский гос. мед. ун-т, Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России. СПб.: Политехника-принт, 2020. 89 с. (Серия «Заболеваемость военнослужащих». Вып. 13).
5. Еремичкий И.В. Профилактика психических расстройств у военнослужащих в особых условиях профессиональной деятельности: автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2014. 20 с.
6. Жовнерчук Е.В. Анализ влияния профессионально вредных факторов на психическое здоровье военнослужащих, несущих боевое дежурство // Медицина катастроф. 2011. № 1. С. 33–36.
7. Ичитовкина Е.Г. Психическое здоровье комбатантов Министерства внутренних дел в экстремальных условиях оперативно-служебной

### References

1. Afanašev V.N., Juzbashev M.M. Analiz vremennyh rjadov i prognozirovanie [Time Series Analysis and Forecasting]. Moscow. 2015. 320 p. (In Russ).
2. Voennaja psihiatrija [Military psychiatry]. Eds.: V.K. Shamrei, A.A. Marchenko. St. Petersburg, 2015. 440 p. (In Russ).
3. Dorovskih I.V., A.S. Zakovrjashin, S.E. Zakovrjashina [et al.]. Boevaja psihicheskaja travma: ot rasstrojstva adaptacii k posttravmaticheskomu stressovomu rasstrojstvu [Combat trauma: from adjustment disorder to post-traumatic stress disorder]. *Psihiatrija i psihofarmakoterapija* [Psychiatry and Psychopharmacotherapy. Gannushkin Journal]. 2006; 8(1):25–36. (In Russ).
4. Evdokimov V.I., Chernov D.A., Sivashhenko P.P., Shamrei V.K. Pokazateli psihicheskoi zaboлеваemosti voennosluzhashhih po prizyvu Vooruzhennyh sil Rossijskoj Federacii i Respubliki Belarus' (2003–2018 gg.): monografija [Mental morbidity rates of conscripted military personnel of the Armed Forces of the Russian Federation and the Republic of Belarus (2003–2018): monograph]. St. Petersburg. 2020. 89 p. (In Russ).
5. Eremickij I.V. Profilaktika psihicheskikh rasstrojstv u voennosluzhashhih v osobyh uslovijah professional'noj dejatel'nosti [Prevention of mental disorders in military personnel in special conditions of professional activity]: Abstract dissertation PhD Med. Sci. St. Petersburg, 2014. 20 p. (In Russ).
6. Zhovnerchuk E.V. Analiz vlijanija professional'no vrednyh faktorov na psihicheskoe zdorov'e voennosluzhashhih nesushhih boevoe dezhurstvo [Analysis of influence of professional hazards on mental health of servicemen on alert duty]. *Medicina katastrof* [Disaster medicine]. 2011; (1):33–36. (In Russ).
7. Iчитовкина Е.Г. Психическое здоровье комбатантов Министерства внутренних дел в экстремальных условиях оперативно-служебной деятельности: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Архангельск, 2016. 41 p. (In Russ).
8. Marchenko A.A., Abritalin E.Ju., Chudinovskih A.G. Jepidemiologija nevroticheskikh rasstrojstv u voennosluzhashhih [Epidemiology of neurotic disorders in servicemen]. *Mediko-biologicheskie i social'no-psihologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychajnyh situacijah* [Medical-Biological and Socio-Psychological Problems of Safety in Emergency Situations]. 2009; (5):12–15. (In Russ).
9. Pokazateli sostojanija zdorov'ja voennosluzhashhih Vooruzhennyh sil Rossijskoj Federacii, a takzhe dejatel'nosti voenno-medicinskih podrazdelenij, chastej i uchrezhdenij v 2003–2020. Glavnoe voenno-medicinskoe upravlenie Minoborony Rossii [Indicators of the state of health of the military personnel of the Armed Forces of the Russian Federation, as well as the activities of military medical units, detachments and institutions in 2003–2020]. Moscow. 2004–2021. (In Russ).

- деятельности: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Архангельск, 2016. 41 с.
8. Марченко А.А., Абриталин Е.Ю., Чудиновских А.Г. Эпидемиология невротических расстройств у военнослужащих // *Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях*. 2009. № 5. С. 12–15.
  9. Показатели состояния здоровья военнослужащих Вооруженных сил Российской Федерации, а также деятельности военно-медицинских подразделений, частей и учреждений в ... / Гл. воен.-мед. упр. Минобороны России. М., 2004–2021.
  10. Указания по ведению медицинского учета и отчетности в Вооруженных силах Российской Федерации на мирное время: утв. нач. Гл. воен.-мед. упр. Минобороны РФ. М.: ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, 2001. 40 с.
  11. Ушаков И.Б. Экология человека опасных профессий. М.; Воронеж: Изд-во Воронеж. гос. ун-та, 2000. 128 с.
  12. Фисун А.Я., Шамрей В.К., Марченко А.А. [и др.]. Пути профилактики аддиктивных расстройств в войсках // *Воен.-мед. журн.* 2013. № 9. С. 4–11.
  13. Шамрей В.К., Евдокимов В.И., Григорьев С.Г. [и др.]. Обобщенные показатели психических расстройств у личного состава Вооруженных сил Российской Федерации (2003–2016 гг.) // *Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях*. 2017. № 2. С. 50–65. DOI: 10.25016/2541-7487-2017-2-50-65.
  14. Шамрей В.К., Евдокимов В.И., Лобачев А.В. [и др.]. Медико-статистические показатели психических расстройств у военнослужащих по контракту (рядовые, сержанты, старшины) в 2003–2016 гг. // *Вестн. психотерапии*. 2017. № 62 (67). С. 36–60.
  15. Шамрей В.К., Евдокимов В.И., Сивашенко Р.Р., Лобачев А.В. Основные показатели психических расстройств офицеров Вооруженных сил Российской Федерации (2003–2016 гг.) // *Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях*. 2017. № 1. С. 66–76. DOI: 10.25016/2541-7487-2017-0-66-76.
  16. Шамрей В.К., Евдокимов В.И., Сивашенко Р.Р. [и др.]. Показатели психического здоровья военнослужащих-женщин (2003–2016 гг.) // *Вестн. психотерапии*. 2017. № 61 (66). С. 74–98.
  17. Boulos D., Zamorski M.A. Military Occupational Outcomes in Canadian Armed Forces Personnel with and without Deployment-Related Mental Disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2016; 61(6):348–357. DOI: 10.1177/0706743716643742.
  18. Fertout M., Jones N., Greenberg N. [et al.]. A review of United Kingdom Armed Forces' approaches to prevent post-deployment mental health problems. *International Review of Psychiatry*. 2011; 23(2):135–143. DOI: 10.3109/09540261.2010.557770
  19. Hoge C.W., Toboni H.E., Messer S.C. [et al.]. The occupational burden of mental disorders in the U.S. military: psychiatric hospitalizations, involuntary separations, and disability. *The American Journal of Psychiatry*. 2005; 162(3):585–591. DOI: 10.1176/appi.ajp.162.3.585.
  10. Ukazaniya po vedeniyu meditsinskogo ucheta i otchetnosti v Vooruzhennykh silakh Rossiiskoi Federatsii na mirnoe vremya [Guidelines for medical record keeping and reporting in the Armed Forces of the Russian Federation during peacetime]. Moscow. 2001. 40 p. (In Russ.)
  11. Ushakov I.B. Ekologiya cheloveka opasnykh professii [Ecology of persons engaged in hazardous occupations]. Moskva: Voronezh. 2000. 128 p. (In Russ.)
  12. Fisun A.Ja., Shamrey V.K., Marchenko A.A. [et al.]. Puti profilaktiki addiktivnykh rasstrojstv v vojskakh [Methods of substance abuse prevention in the Armed Forces]. *Voенно-медицинский журнал* [Military medical journal]. 2013; (9):4–11. (In Russ.)
  13. Shamrei V.K., Evdokimov V.I., Grigor'ev S.G. [et al.]. Obobshchennye pokazateli psikhicheskikh rasstrojstv u lichnogo sostava Vooruzhennykh sil Rossii (2003–2016 gg.) [Generic indicators for mental disorders in the military personnel of the Armed Forces of Russia (2003–2016)]. *Mediko-biologicheskie i social'no-psihologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychajnykh situacijah* [Medical-Biological and Socio-Psychological Problems of Safety in Emergency Situations]. 2017; (2):50–65. DOI: 10.25016/2541-7487-2017-2-50-65. (In Russ.)
  14. Shamrei V.K., Evdokimov V.I., Lobachev A.V. [et al.]. Mediko-statisticheskie pokazateli psihicheskikh rasstrojstv u voennosluzhashchih po kontraktu (rjadovye, serzhanty, starshiny) v 2003–2016 gg. [Medical and statistical indicators of mental disorders for contract servicemen (privates, sergeants, petty officers) in 2003–2016]. *Vestnik psihoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2017; (62):36–60. (In Russ.)
  15. Shamrei V.K., Evdokimov V.I., Sivashhenko R.R., Lobachev A.V. Osnovnye pokazateli psihicheskikh rasstrojstv oficerov Vooruzhennykh sil Rossijskoj Federacii (2003–2015 gg.) [Key indicators for mental disorders in officers of the Armed Forces of Russia (2003–2015)]. *Mediko-biologicheskie i social'no-psihologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychajnykh situacijah* [Medical-Biological and Socio-Psychological Problems of Safety in Emergency Situations]. 2017; (1): 66–76. DOI: 10.25016/2541-7487-2017-0-66-76. (In Russ.)
  16. Shamrei V.K., Evdokimov V.I., Sivashchenko P.P. [et al.]. Pokazateli psikhicheskogo zdorov'ya voennosluzhashchikh-zhenshchin (2003–2016 gg.) [Indicators of mental health of female servicemen (2003–2016)]. *Vestnik psihoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2017; (61):74–98. (In Russ.)

20. Hooff M.D., McFarlane A.C., Davies C.E. [et al.]. The Australian Defence Force Mental Health Prevalence and Wellbeing Study: design and methods. *European Journal of Psychotraumatology*. 2014; 5(6):59–65. DOI: 10.3402/ejpt.v5.23950.
21. Kanesarajah J., Waller M., Zheng W.Y., Dobson A.J. Unit cohesion, traumatic exposure and mental health of military personnel. *Occupational Medicine*. 2016; 66(4):308–315. DOI: 10.1093/occmed/kqw009.
22. Rona R.J., Jones M., Keeling M. [et al.]. Mental health consequences of overstretch in the UK Armed Forces, 2007–09: a population-based cohort study. *Lancet Psychiatry*. 2014; 1(7):531–538. DOI: 10.1016/S2215–0366(14)00062–5.
23. Sirmatt D., Ozanian A., Traenkner B. Epidemiology and prevention of substance use disorders in the military. *Military Medicine*. 2012; 177(8):21–28. DOI: 10.7205/milmed-d-12–00139.
24. Zamorski M.A., Rusu C., Garber B.G. Prevalence and correlates of mental health problems in Canadian Forces personnel who deployed in support of the mission in Afghanistan: findings from postdeployment screenings, 2009–2012. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2014; 59(6):319–326. DOI: 10.1177/070674371405900605.

---

Поступила 07.10.2021 г.

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

**Вклад авторов:** В.И. Евдокимов – разработка дизайна исследования, проверка статистических расчетов, анализ показателей, написание первого варианта статьи; П.П. Сивашенко, Д.А. Чернов – сбор первичных данных, расчет заболеваемости, участие в написании первого варианта статьи; В.К. Шамрей – разработка дизайна исследования, написание окончательного варианта статьи, Н.А. Мухина – подбор и изучение публикаций, перевод статьи, участие в написании первого варианта статьи.

**Для цитирования.** Евдокимов В.И., Сивашенко П.П., Чернов Д.А., Шамрей В.К., Мухина Н.А. Сравнение показателей психических расстройств офицеров Вооруженных сил России и Республики Беларусь (2003–2020 гг.) // Вестник психотерапии. 2022. № 84. С. 75–99. DOI: 10.25016/2782-652X-2022-0-84 75-99

---

Received 07.10.2021

**For citing.** Evdokimov V.I., Sivashchenko P.P., Chernov D.A., Shamrei V.K., Mukhina N.A. Sravnenie pokazatelei psikhicheskikh rasstroistv ofitserov Vooruzhennykh sil Rossii i Respubliki Belarus (2003–2020 gg.). *Vestnik psikhoterapii*. 2022; (84):75–99. (In Russ.)

Evdokimov V.I., Sivashchenko P.P., Chernov D.A., Shamrei V.K., Mukhina N.A. Comparing indicators of mental disorders among officers of the Armed Forces of Russia and the Republic of Belarus (2003–2020). *Bulletin of Psychotherapy*. 2022; (84):75–99. DOI: 10.25016/2782-652X-2022-0-84 75-99

---

А.Р. Цупко, В.А. Абабков, Г.Л. Исурина

## НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕЖДУНАРОДНОЙ СТАТИСТИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ И ПРОБЛЕМ, СВЯЗАННЫХ СО ЗДОРОВЬЕМ, 10-ГО И 11-ГО ПЕРЕСМОТРА

Санкт-Петербургский государственный университет  
(Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7–9)

*Актуальность.* С 01.01.2023 г. в мире вводится 11-й пересмотр Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).

*Цель* – провести сравнительный анализ изменений, внесенных в 11-й пересмотр МКБ-11, которые связаны с понятием «невротические расстройства».

*Методология.* Использован дескриптивный методологический анализ двух редакций МКБ – 10-го и 11-го пересмотра.

*Результаты и их обсуждение.* Понятие «невротическое расстройство» уходит из МКБ-11, и на первый план выходит монотематический подход в диагностике заболеваний, который объединяет расстройства в однородные группы по своей сути. Невротические расстройства в их более традиционном понимании не исчезли, а новая версия МКБ отражает новые научные достижения, необходимые для специфических целей системы здравоохранения.

*Заключение.* Результаты проведенного анализа демонстрируют каким образом сейчас, в новой версии МКБ-11, организована классификация невротических расстройств. Статья ориентирована прежде всего на врачей и клинических психологов.

**Ключевые слова:** Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), психиатрия, невротическое расстройство, клиническая психология.

### Введение

С 1 января 2022 г. в соответствии с рекомендацией Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) начался постепенный переход на новый международный статистический классификатор болезней и проблем, связанных со здоровьем, 11-й версии (МКБ-11) [6, 11]. В связи с введением МКБ-11 существенно меняется подход к клинической диагностике психических и поведенческих расстройств. Они требуют особо внимательного изучения, так как изменения коснулись

не только формальных (названия, структуры, номеров глав), но и диагностических критериев.

Новые подходы к диагностике нервно-психических расстройств, безусловно, затрагивают и клиническую психологию, прежде всего, в контексте психодиагностической практики, являющейся одной из основных сфер профессиональной деятельности психологов в медицине и здравоохранении. Несмотря на широкий спектр задач, которые решает психологическая диагностика

✉ Цупко Анастасия Руслановна – аспирант каф. мед. психологии и психофизиологии, С.-Петерб. гос. ун-т (Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7–9), e-mail: J2G@inbox.ru;

Абабков Валентин Анатольевич – д-р мед. наук проф., каф. мед. психологии и психофизиологии, С.-Петербург. гос. ун-т (Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7–9), e-mail: v.ababkov@srbu.ru;

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

в клинике, традиционно важнейшей из них была и остается задача дифференциальной диагностики [7]. И в этом аспекте анализ новых диагностических подходов и критериев, их соотношения с существовавшими ранее является актуальной проблемой.

## Материалы и методы

Проанализировали тексты двух редакций Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, – 10-го (МКБ-10) [5] и 11-го пересмотра (МКБ-11) [6, 11], с использованием подходов дискриптивного методологического анализа.

## Результаты и их анализ

Прежде всего, следует отметить, что изменение классификации или принятие новой является не истинным, а ложным патоморфозом. В данном случае речь идет не о появлении новых заболеваний (расстройств), а об ином определении прежних заболеваний [1].

Основополагающие принципы, декларируемые МКБ-11 [6, 9] формулируются следующим образом:

1) в качестве отправной точки исследований выступали фундаментальные науки, а расстройства рассматриваются в контексте нарушения нормального функционирования этих систем;

2) применен димENSIONАЛЬНЫЙ (измерительный) подход к оценке психопатологических категорий, где изучается «весь диапазон изменений от нормы до патологии»;

3) разработаны новые шкалы, которые (по мнению создателей) помогут лучше понять количественные характеристики психических феноменов и их границы;

4) использована специальная процедура отбора пациентов: вначале устанавливались «размеры выборки», а затем определялись независимые переменные;

5) применен принцип интегративности: предложенная экспертами конструкция должна быть не только валидна, но и соотносена с определенной биологической си-

стемой («бихевиоральная наука изучает, что может делать мозг, а нейронаука изучает, как он это делает»);

6) проект является попыткой создать диагностический подход на основе достижений «точной медицины» и изучает только те конструкции, которые могут служить платформой для проведения дальнейших исследований.

Эти положения, безусловно, несут фундаментальный характер и соответствуют требованиям «доказательной медицины», однако, приводят к тому, что кластер невротических расстройств, описывающий диагностические принципы данной группы расстройств, был расформирован. Эти изменения ставят перед нами главный вопрос: продолжает ли своё существование невроз как форма психической дисфункции?

Ответ на этот вопрос чрезвычайно важен как для психологической науки, так и для современного учения о невротических расстройствах. В данной статье будет предпринята попытка объяснить эти изменения, а также проследить, каким образом сейчас организована классификация невротических расстройств.

В МКБ-10 невротические расстройства сосредоточены в разделе F40–F48 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства», среди которых выделяются следующие рубрики:

— тревожно-фобические расстройства (F40);

— другие тревожные расстройства (F41);

— обсессивно-компульсивное расстройство (F42);

— реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации (F43);

— диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44);

— соматоформные расстройства (F45);

— другие невротические расстройства (F48).

Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации уже в МКБ-10 отнесены к самостоятельной, отличной от невротических расстройств рубрике, это же относится к соматоформным расстройствам (как сви-

детельствует название раздела). Однако последние традиционно [3] включались в соматические расстройства при неврозах.

Существуют другие рубрики МКБ-10, которые могут включать психогенные (невротические) расстройства [1]. К ним относятся нервная анорексия и булимия, которые не включены в невротические расстройства, а отнесены к расстройствам приема пищи (F 50) раздела «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами». В этом же разделе рассматриваются расстройства сна неорганической природы, разновидности половой дисфункции, не обусловленные органическим расстройством или заболеванием.

Однако теперь в МКБ-11 расстройства сна вынесены в новую отдельную 7-ю главу «Расстройства сна – бодрствования», то же самое произошло и с нарушениями сексуальной сферы, которые были вынесены в отдельную 17-ю главу «Нарушения сексуальной сферы». Нововведением стал и отказ от деления данных видов расстройств на органические и неорганические.

МКБ-11 предлагает новый подход к нервной булимии и нервной анорексии. Так, нервная булимия, как и нервная анорексия, теперь помещены в блок (L1–6B8) «Расстройства питания и пищевого поведения».

Для постановки диагноза нервной анорексии теперь не требуется обязательное наличие эндокринного нарушения. Присутствует деление по степени значительности снижения массы тела (значительно сниженное, опасно сниженное, нормальное в стадии восстановления) и ведущего паттерна в картине заболевания (ограничение пищи, переедание – очищение, неуточенный).

Нервная булимия в новой версии МКБ-11 может быть диагностирована вне зависимости от той массы тела, которая на данный момент есть у человека, но при условии, что ИМТ (индекс массы тела) не насколько низкий, чтобы подходить под критерии нервной анорексии. Самое важное изменение в постановке диагноза нервной булимии – это опора на субъективное восприятие человеком своих проблем с перееданием. Так, че-

ловек может испытывать дистресс и в том случае, когда он субъективно ощущает, что ест больше обычного или теряет контроль над приемами пищи, несмотря на то, какое количество еды он употребил на самом деле. Ранее МКБ-10 содержал более «объективные» требования к перееданию.

Таким образом, неврозы в МКБ-10 можно сгруппировать следующим образом: с преобладанием тревожно-фобического радикала, диссоциативные расстройства, соматоформные расстройства и другие невротические расстройства. Отличительными особенностями каждого невротического расстройства является симптоматика, возникающая после воздействия на человека психотравмирующей ситуации и формирующаяся на основе особенностей личности, а также особенности внутриличностного конфликта. Определенную роль в возникновении невротических расстройств играет психическая травма [4].

Тревога является наиболее характерным и типичным симптомом для невротических расстройств [2]. Многие симптомы и синдромы формируется именно на её основе. В МКБ-10 есть две рубрики, посвященные невротическим расстройствам с ведущим тревожным компонентом – это F40 «Тревожно-фобические расстройства» и F41 «Другие тревожные расстройства». Отличие одной группы расстройств от другой заключается в выраженности тревоги и её соотношении с другой симптоматикой.

В МКБ-11 часть расстройств данных рубрик были объединены и вынесены в новый блок – «Расстройства, связанные с тревогой и страхом» (6B0). Туда вошли следующие заболевания: генерализованное тревожное расстройство (6B00), паническое расстройство (6B01), агорафобия (6B02), специфическая фобия (6B03). Чувство тревоги и страх являются основным клиническим признаком выделения данной группы заболеваний, а каждое конкретное расстройство – «свой триггер»: например, для социально тревожного расстройства (6B03) – это страх оценки со стороны окружающих.

Важно отметить, что в англоязычной версии вместо привычного термина «фо-



бия» (phobic) используется термин «страх» (fear). Изменение представляется любопытным, так как имеется определенное содержательное различие между такими понятиями, как страх и фобия. Однако в названии самих заболеваний сохранено указание на фобический компонент, например агорафобия.

Теперь в рамках МКБ-11 главным условием для постановки диагноза «агорафобия» является наличие страха конкретных негативных последствий, которые могут привести к неспособности, беспомощности или смущению в социальных ситуациях, что отличается от более узкого понятия, содержащегося в МКБ-10, – страха перед открытыми пространствами и связанными с ними ситуациями, такими как толпа, откуда побег в безопасное место может быть затруднен.

Социальные фобии (F40.1) в МКБ-11 отсутствуют, однако имеется социальное тревожное расстройство (6B03), которое утратило некоторые ранее необходимые конкретные соматические диагностические критерии социальных фобий, такие как покраснение лица, дрожание рук, тошнота, постоянные позывы на мочеиспускание. Социальное тревожное расстройство в качестве критерия диагностики устанавливает срок (несколько месяцев) и степень тяжести симптомов, которые должны вызывать сильный дистресс и значительные нарушения в значимых сферах жизни человека.

В остальном диагностические критерии остаются схожими, так как предполагают переживание интенсивных чувств страха и тревоги в публичных ситуациях, ситуациях пристального внимания со стороны других людей и выражаются в избегании этих ситуаций человеком.

Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2), ранее относившееся к F41 «Другие тревожные расстройства», теперь отнесено к блоку «Депрессивные расстройства» (6A7). Диагностические критерии для данного заболевания остались прежними, за исключением того, что в новой версии МКБ-11 для постановки соответствующего диагноза необходимо, чтобы симптомы приводили к выраженному субъектив-

ному дистрессу или существенным нарушениям в важных сферах функционирования.

В данном блоке также появилось новое расстройство – сепарационное тревожное расстройство (6B05), которое проявляется в интенсивном чувстве страха и тревоги по поводу разлучения с теми лицами, к которым человек чрезмерно привязан. Следует подчеркнуть, что теперь такой диагноз может быть поставлен и взрослому человеку.

Что касается обсессивно-компульсивного расстройства, то оно и группа сходных расстройств в МКБ-11 вынесены в отдельный большой блок – «Обсессивно-компульсивные и сходные расстройства» (6B2) – на основании современных нейровизуализационных, генетических и нейрохимических исследований [6, 10].

Помимо обсессивно-компульсивного расстройства, туда вошли заболевания, ранее относившиеся к разным группам заболеваний: дисморфическое расстройство; патологическая озабоченность собственным запахом, ипохондрия, патологическое накопительство, патологические телесно-направленные повторяющиеся действия.

Дисморфическое расстройство и патологическая озабоченность собственным запахом являются новыми категориями, которые отсутствовали до этого в МКБ-10.

МКБ-11 сохранил основные критерии для определения обсессивно-компульсивного расстройства. Однако есть ряд изменений: например, навязчивые идеи теперь включают не только навязчивые мысли, но и нежелательные образы, побуждения, влечения.

Диагноз будет выставляться не на основании ведущего подтипа обсессивно-компульсивного расстройства (с преобладанием обсессии или компульсии), а зависеть от степени имеющейся критичности к симптомам: сохранной (удовлетворительной) или отсутствующей (сниженной).

Ещё одним нововведением для диагностики обсессивно-компульсивного расстройства является временной критерий: обсессии и компульсии должны занимать много времени в жизни человека, а именно более одного часа в день, и приводить к вы-

раженному дистрессу или значительным нарушениям в значимых сферах жизни.

Ипохондрия, ранее относившаяся к группе соматоформных расстройств (F45.2), теперь отнесена к группе обсессивно-компульсивных и сходных расстройств. Как уже указывалось выше, это сделано в связи с похожестью паттернов поведения, в случае с ипохондрией это связано с озабоченностью собственным здоровьем. Для данного заболевания, как и для обсессивно-компульсивного расстройства, предусмотрена постановка диагноза в зависимости от степени критичности к имеющимся симптомам.

В блоке расстройств, специфически связанных со стрессом (6B4), в отличие от невротических, главным критерием является их особая, специфическая связь со стрессовым, травмирующим событием или серией таких событий, а также с переживанием травмирующего опыта. Специфичность этой связи очень важна, т.к. невротические расстройства также возникают на фоне стресса, например депрессия.

Так, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) (ранее – F43.1, а теперь – 6B40) находится в МКБ-11 в разделе «Расстройства, специфически связанные со стрессом», где существенно сужена дефиниция для ПТСР. Появляется новая нозология – «Комплексное посттравматическое стрессовое расстройство» (6B41), которая имеет некоторую схожесть с МКБ-10 F62.0 «Стойкое изменение личности после переживания катастрофы». Для комплексного ПТСР выполняются все те же диагностические критерии для ПТСР с дополнительными критериями:

1) имеются проблемы в регуляции аффекта;

2) в связи со стрессовым воздействием у человека появляются стойкие представления о себе как об униженном, раздавленном, ничемном, при этом такие представления сопровождаются чувством стыда, вины, провала;

3) имеются трудности в переживании чувства близости к другим людям, в поддержании отношений.

В данном блоке появилась новая нозология – «Пролонгированная реакция горя»

(6B42), которой ранее не было в МКБ-10; она предполагает затяжную реакцию на смерть близкого человека, которая выражается в стойкой, всеобъемлющей тоске, сильной эмоциональной боли, грусти по умершему и постоянной погруженности в мысли о покойном. Такое состояние должно продолжаться минимум 6 мес. и больше, явно превышая общепринятые социальные нормы. Однако для тех культур и религий, где более длительное протекание реакции горя является нормой, при соответствии реакции вышеуказанным диагностическими критериями диагноз не ставится.

Расстройство адаптации (6B43) также отнесено к расстройствам, специфически связанным со стрессом (6B4). Оно представляет собой дезадаптивную реакцию на психосоциальный стрессор, множественные стрессоры, включающие в себя, например, развод, болезнь, конфликты в семье и т.д. Расстройство обычно возникает в течение 1 мес. с момента воздействия стрессора, характеризуется чрезмерной озабоченностью стрессовым событием, последствиями этого события и приводит к неспособности адаптироваться к ситуации, вызывая значительные нарушения в различных сферах функционирования в жизни человека. Симптомы сохраняются на протяжении 6 месяцев и не могут быть объяснены никаким другим психическим расстройством.

В МКБ-10 расстройство адаптации (6B43) диагностировалось как расстройство приспособительных реакций (F43.2). Существенным изменением является то, что никаких доказательств валидности для подтипов расстройства адаптации, описанных в МКБ-10, нет, соответственно, в МКБ-11 они были исключены.

Острая реакция на стресс (F43.0) в МКБ-11 больше не рассматривается как психическое расстройство, являясь нормальной реакцией на стрессовое событие, и относится к блоку факторов, влияющих на состояние здоровья или связанных со здоровьем (24-я глава).

Группа диссоциативных (конверсионные) расстройств (F44) была существенно

изменена и упрощена. Из названия группы пропало указание на «конверсию». Диссоциативные расстройства движений и ощущений (F44.4–F44.7) теперь представлены как одно расстройство с 12 разными подтипами ведущих неврологических нарушений.

Диссоциативная амнезия (ранее – F44.0, сейчас – 6B61) в МКБ-11 включает диссоциативную фугу как дополнительный диагностический критерий (амнезия может быть как с фугой, так и без неё).

Транс и одержимость (F44.3), наоборот, были разделены и теперь представляют собой два разных диагноза: транс (6B62) и одержимость (6B62). Это связано с тем, что транс связан с более ограниченным набором действий.

Группа соматоформных расстройств (F45) теперь является группой расстройств телесных ощущений и переживаний (6C2) и включает в себя две категории: телесный дистресс и нарушение целостности восприятия своего тела. Происходит некоторое упрощение диагностики всех состояний, которые связаны с телесными симптомами, а также вводятся указатели тяжести заболевания: легкий, умеренный, тяжелый дистресс. Появляется новая диагностическая категория – нарушение целостности восприятия собственного тела (6C21).

Таким образом, невротические расстройства в рамках МКБ-10 можно сгруппировать в несколько блоков, которые выделяются на основании психопатологической симптоматики, возникающей вследствие воздействия на человека психической травмы, и проявляется в разнообразных клинических симптомах. Тем не менее все расстройства объединены под эгидой именно невротических, что отсылает к особенностям их появления, проявления и течения.

В МКБ-11 они находятся в разных частях классификатора, который построен на основании ведущего клинического признака в картине заболевания. Некоторые, например такие, как обсессивно-компульсивное расстройство, были выделены и объединены с другими заболеваниями, такими как ипо-

хондрия, на основании новейших генетических исследований и клинической полезности такого выделения [11].

Также для постановки диагноза ряда заболеваний в качестве важного диагностического признака было сохранено указание на особую роль психотравмирующей ситуации, например для ПТСР или расстройства адаптации.

## Заключение

Таким образом, само понятие «невротическое расстройство» уходит из МКБ-11 и на первый план выходит монотематический подход в диагностике заболеваний, который объединяет расстройства в однородные группы. Конечно, по своей сути, невротические расстройства в их более традиционном понимании не исчезли, а новая версия МКБ отражает новые научные достижения, необходимые для специфических целей системы здравоохранения. Люди, как и прежде, будут встречаться с разнообразными психотравмирующими ситуациями, вызывающими различные психические и соматические нарушения.

МКБ-11 связана с классификацией DSM-5, принятой в США в 2013 г. В том же году появились не только статьи, но и монографии о её недостатках [8], к основным из которых можно отнести: расширение границ диагностики расстройств при стирании различий между нормой и патологией; ограниченное использование этиологических механизмов, по сравнению с преобладанием учета физиологических и патофизиологических механизмов расстройств, что не позволяет в должной мере разграничивать, например, психогенные (социально-психологической природы) и имеющие преимущественно биологические механизмы развития расстройства, по крайней мере, их легкие формы; угрозу расширенного применения психотропных препаратов (в силу вышесказанного) в противовес применения психотерапии. Похожие проблемы возникают при переходе на МКБ-11.

### Литература

1. Абабков В.А., Исурина Г.Л., Мизинова Е.Б. Учение о неврозах: учеб. пособие. СПб.: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2012. 175 с.
2. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л.: Наука: Ленингр. отд-ние, 1988. 267 с.
3. Карвасарский Б.Д. Неврозы. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 1990. 576 с.
4. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина: монография. М.: Городец, 2020. 595 с.
5. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств: МКБ-10 / ВОЗ; пер. на рус. яз. под ред. Ю.Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. СПб.: Оверлайд, 1994. 303 с.
6. МКБ-11. Глава 06. Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейropsychического развития. Статистическая классификация / под ред. Г.П. Костюка. М.: КДУ: Университет. кн., 2021. 432 с.
7. Психиатрия: нац. руководство / гл. ред. Ю.А. Александровский, Н.Г. Незнанов. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. 108 с.
8. Paris J. The intelligent clinician's guide to the DSM-5. New York: Oxford University Press, 2013. 232 с.
9. Reed G.M., First M.B., Kogan C.S. [et al.]. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders // *World Psychiatry*. 2019. Vol. 18, N 1. Pp. 3–19. DOI: 10.1002/wps.20611.
10. Stein D.J., Kogan C.S., Atmaca M. [et al.]. The classification of obsessive-compulsive and related disorders in the ICD-11 // *J. Affect. Disord.* 2016. Vol. 190. Pp. 663–674.
11. World Health Organization. ICD-11 for mortality and morbidity statistics (ICD-11 MMS) 2018 version. URL: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.

---

Поступила 09.10.2022 г.

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

**Участие авторов:** А.Р. Цупко – проведение дескриптивного методологического анализа, В.А. Абабков – введение, доработка и редактирование окончательного варианта статьи; Г.Л. Исурина – введение, доработка и редактирование окончательного варианта статьи.

**Для цитирования:** Цупко А.Р., Абабков В.А., Исурина Г.Л. Невротические расстройства: сравнительный анализ Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го и 11-го пересмотра // *Вестник психотерапии*. 2022. № 84. С. 100–107. DOI: 10.25016/2782-652X-2022-0-84-100-107

---

A.R. Tsupko, V.A. Ababkov, G.L. Isurina

### Neurotic disorders: a comparative analysis of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th vs 11th revision

Saint Petersburg State University (7–9, Universitetskaya embank, St. Petersburg, 199034, Russia)

✉ Anastasia Ruslanovna Tsupko – PhD Student, Department of Medical Psychology and Psychophysiology, Saint Petersburg State University (7–9, Universitetskaya embank, St. Petersburg, 199034, Russia), e-mail: J2G@inbox.ru;

Valentin Anatolyevich Ababkov – Dr. Med. Sci. Prof., Department of Medical Psychology and Psychophysiology, Saint Petersburg State University (7–9, Universitetskaya embank, St. Petersburg, 199034, Russia), e-mail: v.ababkov@spbu.ru;

Galina Lvovna Isurina – PhD Psychol. Sci. Prof., Department of Medical Psychology and Psychophysiology, Saint Petersburg State University (7–9, Universitetskaya embank, St. Petersburg, 199034, Russia), e-mail: gisurina@yandex.ru

### Abstract

*Relevance.* On 01.01.2023, the 11th revision of International Statistical Classification of Diseases and Health-related Problems (ICD-11) will be introduced worldwide.

*Intention.* To conduct a comparative analysis of the changes made to the eleventh revision of the International Statistical Classification of Diseases and Health-Related Problems (ICD-11), which are associated with the concept of «neurotic disorders».

*Methodology.* A descriptive methodological analysis of two editions of the International Statistical Classification of Diseases and Health-Related Problems – 10 (ICD-10) and 11 (ICD-11) was used.

*Results and Discussion.* The concept of «neurotic disorder» leaves the ICD-11 and a monothematic approach to the diagnosis of diseases comes to the fore, which unites disorders into homogeneous groups in essence. Neurotic disorders in their more traditional sense have not disappeared, and the new version of the ICD reflects new scientific achievements necessary for specific purposes of the health system.

*Conclusion.* The results of the analysis demonstrate how the classification of neurotic disorders is organized now, in the new version of ICD-11. The article is intended primarily for doctors and clinical psychologists

**Keywords:** psychiatry, public health organization, classification of diseases, ICD-11, neurotic disorders, clinical psychology.

### References

1. Ababkov V.A., Isurina G.L., Mizinova E.B. Uchenie o nevrozakh [The doctrine of neuroses]. St. Petersburg. 2012. 175 p. (In Russ.)
2. Berezin F.B. Psikhicheskaya i psikhofiziologicheskaya adaptatsiya cheloveka [Mental and psychophysiological adaptation of a person]. Leningrad. 1988. 267 p. (In Russ.)
3. Karvasarskii B.D. Nevrozy [Neuroses]. Moscow. 1990. 576 p. (In Russ.)
4. Mendelevich V.D., Solov'eva S.L. Nevrozologiya i psikhosomaticheskaya meditsina [Neurosology and psychosomatic medicine]. Moscow. 2020. 595 p. (In Russ.)
5. Mezhdunarodnaya klassifikatsiya boleznei (10-i peresmotr). Klassifikatsiya psikhicheskikh i povedencheskikh rasstroistv: MKB-10 [5. International Classification of Diseases (10th revision). Classification of mental and behavioral disorders: ICD-10]. St. Petersburg. 1994. 303 p. (In Russ.)
6. MKB-11. Glava 06. Psikhicheskie i povedencheskie rasstroistva i narusheniya neiropsikhicheskogo razvitiya. Statisticheskaya klassifikatsiya [ICD-11. Chapter 06. Mental and behavioral disorders and disorders of neuropsychic development. Statistical classification]. Ed. G.P. Kostyuk. Moscow. 2021. 432 p. (In Russ.)
7. Psikhiatriya: natsional'noe rukovodstvo [Psychiatry: national leadership]. Eds.: Yu.A. Aleksandrovskii, N.G. Neznanov. Moscow. 2020. 108 p. (In Russ.)
8. Paris J. The intelligent clinician's guide to the DSM-5. New York: Oxford University Press. 2013. 232 p.
9. Reed G.M., First M.B., Kogan C.S. [et al.]. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry*. 2019; 18(1):3–19. DOI: 10.1002/wps.20611.
11. Stein D.J., Kogan C.S., Atmaca M. [et al.]. The classification of obsessive-compulsive and related disorders in the ICD-11. *J. Affect. Disord.* 2016; 190:663–674.
12. World Health Organization. ICD-11 for mortality and morbidity statistics (ICD-11 MMS) 2018 version. URL: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.

Received 09.10.2022

**For citing:** Tsupko A.R., Ababkov V.A., Isurina G.L. Nevroticheskie rasstroistva: sravnitel'nyi analiz Mezhdunarodnoi statisticheskoi klassifikatsii boleznei i problem, svyazannykh so zdorov'em 10-go i 11-go peresmotra. *Vestnik psikhoterapii*. 2022; (84):100–107. (In Russ.)

Tsupko A.R., Ababkov V.A., Isurina G.L. Neurotic disorders: a comparative analysis of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th vs 11th revision. *Bulletin of Psychotherapy*. 2022; (84):100–107. DOI: 10.25016/2782-652X-2022-0-84-100-107

## ПРАВИЛА ДЛЯ АВТОРОВ СТАТЕЙ

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

Автор(ы) представляет(ют) электронную версию статьи в формате Word 97-2003 (!) и скан титульного листа, подписанный авторами, которые следует направить по электронному адресу редколлегии. В сведениях указываются фамилии, имена и отчества авторов полностью, ученые звания и степени, занимаемые должности, место работы с почтовым адресом учреждения и участие авторов в подготовке статьи. Ведущий автор сообщает телефон для общения с редакцией.

Оформление статьи должно соответствовать ГОСТу 7.89–2005 «Оригиналы текстовые авторские и издательские» и ГОСТу 7.0.7–2021 «Статьи в журналах и сборниках». Диагнозы заболеваний и формы расстройств поведения следует соотносить с МКБ-10. Единицы измерений приводятся по ГОСТу 8.471–2002 «Государственная система обеспечения единства измерений. Единицы величин».

Текст статьи набирается шрифтом Times New Roman, кегль – 12 пт (таблицы – 10 пт), интервал полуторный. Поля с каждой стороны по 2 см. Объем передовых и обзорных статей не должен превышать 15 стр., экспериментальных и общетеоретических исследований – 10 стр. В этот объем входят текст, иллюстрации (рисунки, таблицы), список литературы и англоязычный блок.

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

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

Литература должна содержать в алфавитном порядке, кроме основополагающих, научные публикации за последние 5–10 лет [статьи, материалы конференций, авторефераты диссертаций (диссертация – рукопись), монографии, изобретения и пр., учебно-методическая литература не относятся к научной] и соответствовать ГОСТу 7.0.5–2008 «Библиографическая ссылка...». Для статей (книг), независимо от количества авторов, библиографическое описание приводится с заголовка, который содержит, как правило, фамилии и инициалы всех авторов. Точка и тире в записи заменяются точкой. Обязательно приводятся место издания (издательство, если оно имеется), год издания, общее количество страниц и DOI статей. Для отдельных глав, статей – страницы начала и конца документа. В транслитерированном списке (References) выходные данные: 2021. Т. 2, № 5. С. 7–10 и 2005. № 7. С. 28–39, представляются как 2021;2(5):7–10 и 2005;(7):28–39.

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

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

Присланные статьи рецензируются членами редколлегии, редакционного совета и ведущими специалистами отрасли. Рецензирование – «двойное слепое». При положительном отзыве статьи принимаются к печати.

При принятии статьи к публикации авторы дают право редакции размещать полные тексты статей и ее реферата в информационных справочно-библиографических базах данных.

Рукописи авторам не возвращаются.

Плата за публикацию рукописей с аспирантов не взимается.