

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

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

Вестник ПСИХОТЕРАПИИ



№93

Bulletin of Psychotherapy

2025



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

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

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

ИНСТИТУТ ПСИХОТЕРАПИИ ПРЕДЛАГАЕТ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ

Обучение на спецкурсе в Школе клинической психотерапии

- Психотерапевт или Клинический (медицинский) психолог со специализацией по Личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии

Профессиональную переподготовку:

- по психотерапии (для врачей)
- по клинической (медицинской) психологии (для психологов и врачей)
- по психологии (для специалистов, желающих освоить современную психологию, как базу клинической психологии)

Повышения квалификации:

- по клинической психотерапии для врачей и психологов
- по клинической психотерапии в лечении и реабилитации пациентов с психическими расстройствами и зависимостями
- многоступенчатые программы обучения:
 - *Клиническая когнитивно-поведенческая психотерапия*
 - *Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия*
 - *Клинический гипноз*
 - *Клиническая семейно-супружеская психотерапия*
 - *Клиническая групповая психотерапия и др.*

Повышение квалификации по клинической кризисной психотерапии, обучение по которой позволит оказывать помощь участникам СВО и членами членам их семей)

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

Оформить заявку на участие в Летнем экзистенциальном интенсиве «Голос тишина Карелии» (19 августа 2025 – 26 августа 2025), в Спецкурсе Школы клинической психотерапии, или программам профессиональной переподготовки и повышения квалификации, 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

Юридический адрес Института:

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

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

На обложке журнала
"Вестник психотерапии" № 93
была использована изображение
скульптуры Лилии Ивановны
Коростелевой "Серия: Linen",
лен, старинный колокольчик.

ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ

№ 93
2025

Научный рецензируемый журнал

Издается ежеквартально с 1991 г.

Учредитель

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

Журнал зарегистрирован

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

Индекс для подписки

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

Импакт-фактор (2020) 0,608

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

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

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

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

Подписано в печать: 28.03.2025
Формат 60×84/8. Усл.-печ. л. 14,25
Тираж 500 экз. Заказ № 7610-1
Отпечатано в типографии
«Скифия-Принт», Санкт-Петербург, 197198,
ул. Б. Пушкарская, д. 10
Дата выпуска в свет: 04.04.2025
Свободная цена

Адрес редакции:

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

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

СОДЕРЖАНИЕ

Психиатрия и наркология.

Психотерапия

- Евдокимов В.И., Шамрей В.К., Сиващенко П.П., Плужник М.С.*
Многолетняя динамика и структура психической заболеваемости у различных категорий военнослужащих Минобороны России6
- Данг В.Ч., Марченко А.А., Лобачев А.В.*
Современные подходы к объективизации депрессивных расстройств у военнослужащих (обзор литературы).16

Медицинская психология

- Ветрова Т.В., Яковлев Е.В., Леонтьева М.О., Леонович А.П., Троханенко С.В.*
Оценка психологического состояния пациентов при болевом синдроме.34
- Бузина Т.С., Абдуллаева А.С., Шаповалова М.А.*
Связь тревожности и приверженности к лечению у больных гипертонической болезнью45
- Фадеева Е.В., Лановая А.М.*
Анализ предикторов курения и злоупотребления алкоголем среди беременных женщин55
- Фёдорова А.А., Ванюков В.В., Сединина Н.С., Суханова О.С.*
Скрининговое психодиагностическое тестирование студентов медицинского университета с целью выявления обсессивно-компульсивного расстройства71
- Емельянов В.Н., Вирко В.А., Клишин И.В., Загородников Г.Г., Горичный В.А., Лукашов В.В., Горбачёв М.Д.*
Организация реабилитации военнослужащих, инвалидов и их семей в зарубежных странах: психологическая и медико-социальная помощь81
- Белоусова А.Ю., Зотова Н.Е., Короткова И.С.*
Нарушения распознавания когнитивных ошибок другого человека больными шизофренией при восприятии коммуникативных ситуаций 100

Консилиум

- Баззаева А.В., Краснов А.А.*
Коморбидность соматоформных расстройств и кардиологической патологии: клиническое наблюдение113

Главный редактор

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

Редакционная коллегия

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

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

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

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

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

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

Председатель редакционного совета

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

Редакционный совет

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

BULLETIN OF PSYCHOTHERAPY

N 93
2025

Reviewed Research Journal

Quarterly published

Founder

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

Journal Registration

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

Impact factor (2020) 0,608

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

Computer makeup

S.I. Rozhkova

Proofreading E.S. Stepchenko

Translation E.O. Klejman

Approved for press 28.03.2025

Format 60×84/8

Conventional sheets 14,25

No. of printed copies 500

Publication date 04.04.2025

For correspondence:

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

ISSN 0132-182X (print)

ISSN 2782-652X (online)

CONTENTS

Psychiatry and narcology.

Psychotherapy

*Evdokimov V.I., Shamrey V.K., Sivashhenko R.R.,
Pluzhnik M.S.*

Long-term dynamics and structure of mental disorders
in various categories of military personnel of the Russian
Ministry of Defense.6

Dang V.Ch., Marchenko A.A., Lobachev A.V.

Modern approaches to the objectification of depressive
disorders among military personnel (literature review) ... 16

Medical psychology

*Vetrova T.V., Yakovlev E.V., Leonteva M.O., Leonovich A.P.,
Trokhmanenko S.V.*

Assessment of the psychological state of patients
in the process of pain treatment 34

Buzina T.S., Abdullaeva A.S., Shapovalova M.A.

Relationship between anxiety and treatment adherence
in patients with hypertension 45

Fadeeva E.V., Lanovaya A.M.

Analysis of predictors of smoking and alcohol abuse
among pregnant women. 55

*Fedorova A.A., Vanyukov V.V., Sedinina N.S.,
Sukhanova O.S.*

Screening testing of medical university students to detect
obsessive-compulsive disorder 71

*Emelyanov V.N., Virko V.A., Klishin I.V.,
Zagorodnikov G.G., Gorichnyi V.A., Lukashov V.V.,
Gorbachev M.D.*

Organization of rehabilitation for military personnel,
disabled people and their families in foreign countries:
psychological, medical and social help 81

Belousova A.Yu., Zotova N.E., Korotkova I.S.

Features of recognizing other person's cognitive errors
among patients with schizophrenia during the perception
of communicative situations 100

Concilium

Bazzaeva A.V., Krasnov A.A.

Comorbidity of somatoform disorders and cardiologic
pathology: a clinical observation 113

Editor-in-Chief

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

Editorial Board

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

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

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

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

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

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

Editorial Board Chairman

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

Members of Editorial Council

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

КОЛОНКА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Дорогие друзья и коллеги!

Перед Вами новый, 93-й номер научно-практического рецензируемого журнала «Вестник психотерапии», в котором представлены материалы, адресованные прежде всего врачу-психотерапевту и его партнерам по полипрофессиональной бригаде. Эти научные статьи вносят значимый вклад в развитие теории и практики психотерапии медицинской направленности.

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

Важной особенностью номера, который вы читаете, явился запуск рубрики «Консилиум», где планируется публикация сложных клинических случаев из практики, представленных в форме научного анализа лечения отдельного пациента. Открывает эту новую рубрику статья А.В. Баззаевой и А.А. Краснова, которая подготовлена в жанре научного описания клинического наблюдения и касается диагностики и лечения пациента с коморбидностью соматоформного расстройства и кардиологической патологии. Отметим, что случай описан в динамике. Данная статья является хорошей моделью представления такого типа материала. Редакция надеется, что в этой рубрике появятся и другие публикации, касающиеся сложных случаев психотерапевтического лечения в различных его формах: индивидуальной, семейной, а возможно, и групповой психотерапии.

В объединенной рубрике «Психиатрия и наркология. Психотерапия» представлены две публикации, имеющие отношение к военной психиатрии, актуальность которых на текущий момент несомненна. В статье наших постоянных авторов В.И. Евдокимова, В.К. Шамрея, П.П. Сивашенко и М.С. Плужника описана многолетняя динамика и структура психической заболеваемости военнослужащих, а В.Ч. Данг, А.А. Марченко и А.В. Лобачёв предлагают научный обзор, посвященный систематизации публикаций по теме объективизации депрессивных расстройств у военнослужащих.

Раздел «Медицинская психология» настоящего номера включает публикации различной направленности: оценка психологического состояния пациентов при болевом синдроме Т.В. Ветровой, Е.В. Яковлева, М.О. Леонтьевой, А.П. Леоновича и С.В. Трохманенко; результаты изучения связи тревожности и приверженности к лечению у больных гипертонической болезнью Т.С. Бузиной, А.С. Абдуллаевой и М.А. Шаповаловой; анализ предикторов курения и злоупотребления алкоголем среди беременных женщин Е.В. Фадеевой и А.М. Лановой; скрининговое психодиагностическое тестирование студентов медицинского университета с целью выявления обсессивно-компульсивного расстройства А.А. Фёдоровой, В.В. Ванюкова, Н.С. Седининой и О.С. Сухановой; анализ нарушения распознавания когнитивных ошибок другого человека больными шизофренией при восприятии коммуникативных ситуаций А.Ю. Белоусовой, Н.Е. Зотовой и И.С. Коротковой.

В этом разделе также представлена военная тематика: научный анализ подходов к организации психологической и медико-социальной реабилитации военнослужащих, инвалидов и их семей в зарубежных странах, подготовленный В.Н. Емельяновым, В.А. Вирко, И.В. Клишиным, Г.Г. Загородниковым, В.А. Горичным, В.В. Лукашовым и М.Д. Горбачёвым.

Таково содержание 93-го номера «Вестника психотерапии».

Приглашаем к сотрудничеству ученых и практиков психотерапии и других специальностей области охраны психического здоровья. Присоединяйтесь, господа!



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

В.И. Евдокимов¹, В.К. Шамрей², П.П. Сивашенко², М.С. Плужник²

МНОГОЛЕТНЯЯ ДИНАМИКА И СТРУКТУРА ПСИХИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У РАЗЛИЧНЫХ КАТЕГОРИЙ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ МИНОБОРОНЫ РОССИИ

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

² Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова (Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6)

Цель – оценить многолетнюю динамику медико-статистических показателей психической заболеваемости различных категорий военнослужащих Минобороны России для оптимизации психопрофилактических мероприятий.

Материал и методы. Изучены основные медико-статистические показатели психической заболеваемости различных категорий военнослужащих, представленные в базе данных медицинских отчетов по форме 3/МЕД за 19 лет (2003–2021 гг.) и открытых публикациях. Анализируемые показатели были соотнесены с V классом «Психические расстройства и расстройства поведения» по Международной статистической классификацией болезней, 10-го пересмотра (МКБ-10). Уровни заболеваемости рассчитывались на 10 тыс. военнослужащих (10^{-4}), определены среднемноголетние и среднегодовые показатели ($M \pm m$), развитие которых оценивалось с помощью анализа динамических рядов и расчета полиномиального тренда второго порядка.

Результаты и их анализ. Среднемноголетний показатель первичной заболеваемости психическими расстройствами военнослужащих Минобороны России составил $70,7 \cdot 10^{-4}$, при этом доля случаев у офицеров и прапорщиков была 10,7 %, у рядовых, сержантов, проходящих военную службу по контракту, – 9,3 %, у военнослужащих женского пола – 2,9 %, у военнослужащих, проходящих военную службу по призыву, – 77,1 %, госпитализации – $61,8 \cdot 10^{-4}$ с долей 10,6, 8,6, 2,0 и 78,8 % соответственно, дней трудопотерь – $1839 \cdot 10^{-4}$ с долей 7,4, 6,5, 1,7 и 84,4 % соответственно, увольняемости – $42,6 \cdot 10^{-4}$ с долей 3,9, 4,9, 0,4 и 90,8 % соответственно. Отмечается уменьшение показателей в изученных учетных видах заболеваемости у всех категорий военнослужащих, за исключением военнослужащих по призыву, у которых выявлены рост анализируемых данных и, по сравнению с другими категориями военнослужащих, статистически достоверно большие уровни заболеваемости.

Заключение. Проведенный анализ многолетней динамики медико-статистических показателей психической заболеваемости у различных категорий военнослужащих показал, что более 80 % психических расстройств отмечались у военнослужащих по призыву, как прави-

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

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, e-mail: shamreyv.k@yandex.ru;

Сивашенко Павел Павлович – канд. мед. наук доц., препод. кафедры автоматизации и управления мед. службой (с воен.-мед. статистикой), Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 190044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), ORCID: 0000-0001-6286-6967;

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

ло, обусловленные недооценкой состояния психического здоровья призывного контингента военно-врачебными комиссиями военных комиссариатов. Соответственно, повышение качества отбора призывников на военную службу («барьерные функции») и психопрофилактические мероприятия в период обучения военнослужащих по призыву в военно-учебных центрах позволит существенно снизить развитие нарушений психической адаптации и, тем самым, повысить качество психического здоровья данной категории военнослужащих.

Ключевые слова: психические расстройства, военнослужащие, первичная заболеваемость, госпитализация, трудопотери, увольняемость, Минобороны России.

Введение

Состояние психического здоровья военнослужащих – важный показатель их профессиональной надежности и боеготовности, особенно при выполнении боевых задач, несении караульной службы, эксплуатации современного вооружения и других особо сложных систем управления [5].

В ряде публикаций последних лет представлен анализ медико-статистических показателей психического здоровья различных категорий военнослужащих Минобороны России: офицеров и прапорщиков [17], военнослужащих женского пола [13], рядовых, сержантов и старшин, проходящих военную службу по контракту [2, 10, 11], военнослужащих, проходящих военную службу по призыву [3, 12], а также обобщенные показатели их психического здоровья [8, 9]. Однако исследований, посвященных анализу структуры психической заболеваемости различных категорий военнослужащих за длительный период (в условиях мирного времени) не проводилось.

Цель – оценить многолетнюю динамику медико-статистических показателей психической заболеваемости различных категорий военнослужащих Минобороны России для оптимизации психопрофилактических мероприятий.

Материал и методы

Изучили основные медико-статистические показатели психической заболеваемости различных категорий военнослужащих, представленные в базе данных медицинских отчетов по форме 3/МЕД за 19 лет (2003–2021 гг.) и открытых публикациях [6]. Анализируемые показатели соотносили с V классом «Психические расстройства и расстройства

поведения» по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (МКБ-10) [<http://mkb-10.com/>].

Используемый понятийный аппарат военно-медицинской отчетности (на мирное время) определялся руководящими документами Минобороны России [7]. Обычно уровни заболеваемости оценивают в промилле. Однако, в связи с невыраженными показателями анализируемых психических расстройств, их уровни рассчитывали на 10 тыс. военнослужащих (10^{-4}). При этом оценивали долю случаев психических расстройств у когорты военнослужащих от структуры заболеваемости по всем классам болезней (по МКБ-10), а также уровень и долю случаев психических расстройств у различных категорий личного состава.

Статистическую обработку осуществляли в Microsoft Excel 2007 и Statistica 10. Результаты показателей заболеваемости проверили на нормальность распределения признаков по критерию Колмогорова–Смирнова. Среднемноголетний уровень рассчитывали по сумме абсолютных показателей за 19 лет (2003–2021 гг.), а среднегодовой – по годовым уровням заболеваемости в виде средних арифметических данных и ошибок средних величин ($M \pm m$). Развитие уровней оценивали с помощью анализа динамических рядов и расчета полиномиального тренда второго порядка [1].

Результаты и их анализ

Первичная заболеваемость. Среднемноголетний уровень первичной заболеваемости психическими расстройствами когорты военнослужащих Минобороны России с 2003 по 2021 г. составил $70,7 \cdot 10^{-4}$, со сред-

ней долей заболеваемости от структуры по всем классам болезней по МКБ-10 – 1 % (табл. 1). При разных по значимости коэффициентах детерминации полиномиальные тренды уровня первичной заболеваемости и ее доли в структуре всей заболеваемости показали уменьшение данных (рис. 1).

Доля случаев первичной заболеваемости среди офицеров и прапорщиков составила 10,7 %, рядовых и сержантов контрактной службы – 9,3 %, военнослужащих женского пола – 2,9 %, военнослужащих по призыву – 77,1 %. При этом в динамике было отмечено уменьшение долей первичной заболеваемости офицеров и военнослужащих женского

пола и увеличение долей – у военнослужащих, проходящих военную службу по контракту и призыву (см. рис. 1Б).

Наиболее высокий уровень первичной заболеваемости выявлен у военнослужащих по призыву, по сравнению с другими категориями военнослужащих ($p < 0,001$). При этом, структуру психических расстройств (60 % и более) у данной категории военнослужащих в течение многих лет определяли невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40–F48 по МКБ-10) и расстройства личности (поведения) в зрелом возрасте (F60–F69). В последние годы особое место, среди данных рас-

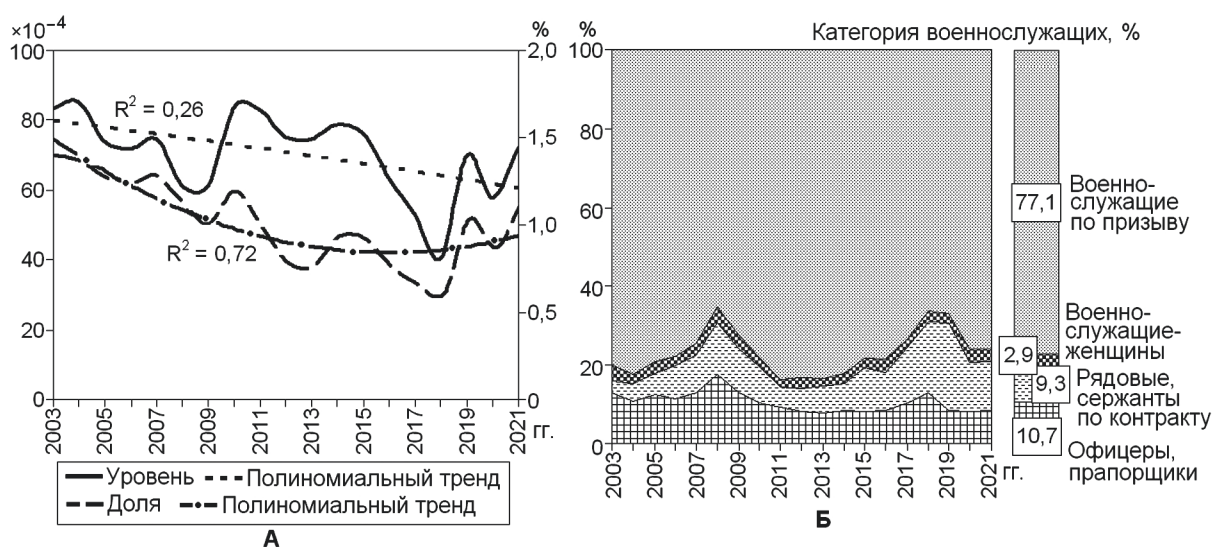


Рис. 1. Уровень и доля первичной заболеваемости психическими расстройствами (А), вклад в структуру различных категорий военнослужащих (Б)

Таблица 1

Показатели первичной заболеваемости психическими расстройствами различных категорий военнослужащих Минобороны России (2003–2021 гг.)

Категория военнослужащих*	Средне-многолетний уровень, 10^{-4}	Доля от когорты Минобороны, %	R^2	Направление динамики	Среднегодовой уровень, $(M \pm m) \cdot 10^{-4}$
Когорта Минобороны	70,7		0,26	↓	$70,5 \pm 2,7$
1. Офицеры, прапорщики	26,2	10,7	0,35	↗↓	$26,3 \pm 1,0$
2. Рядовые, сержанты контрактной службы	27,4	9,3	0,21	↓	$28,0 \pm 1,7$
3. Военнослужащие-женщины	37,4	2,9	0,20	↗↑	$40,9 \pm 2,9$
4. Военнослужащие по призыву	131,5	77,1	0,41	↗↑	$132,1 \pm 5,5$
p					$1-3 < 0,001$ $1-4 < 0,001$ $2-3 < 0,001$ $2-4 < 0,001$ $3-4 < 0,001$

стройств (до 13,5 %) стали также занимать органические, включая симптоматические, психические расстройства (F00–F09).

Среди военнослужащих женского пола уровень первичной заболеваемости был также больше, чем у офицеров и прапорщиков, а также рядовых и сержантов контрактной службы ($p < 0,001$, для обеих категорий). Следует отметить, что у военнослужащих женского пола и военнослужащих по призыву выявлена тенденция увеличения уровней заболеваемости (см. табл. 1).

Госпитализация. Среднемноголетний уровень госпитализации военнослужащих Минобороны России с психическими расстройствами с 2003 по 2021 г. составил

$61,8 \cdot 10^{-4}$, со средней долей от структуры стационарного лечения по всем классам болезней по МКБ-10–1,2 % (табл. 2). При разной значимости коэффициентов детерминации полиномиальные тренды уровня госпитализации военнослужащих с психическими расстройствами и ее доли в структуре всего стационарного лечения показали уменьшение анализируемых показателей, несмотря на то, что в последние годы отмечено их увеличение (рис. 2А).

Доля случаев госпитализации военнослужащих по причине психических расстройств в когорте Минобороны России у офицеров и прапорщиков составила 10,6 %, у рядовых и сержантов контрактной службы – 8,6 %,

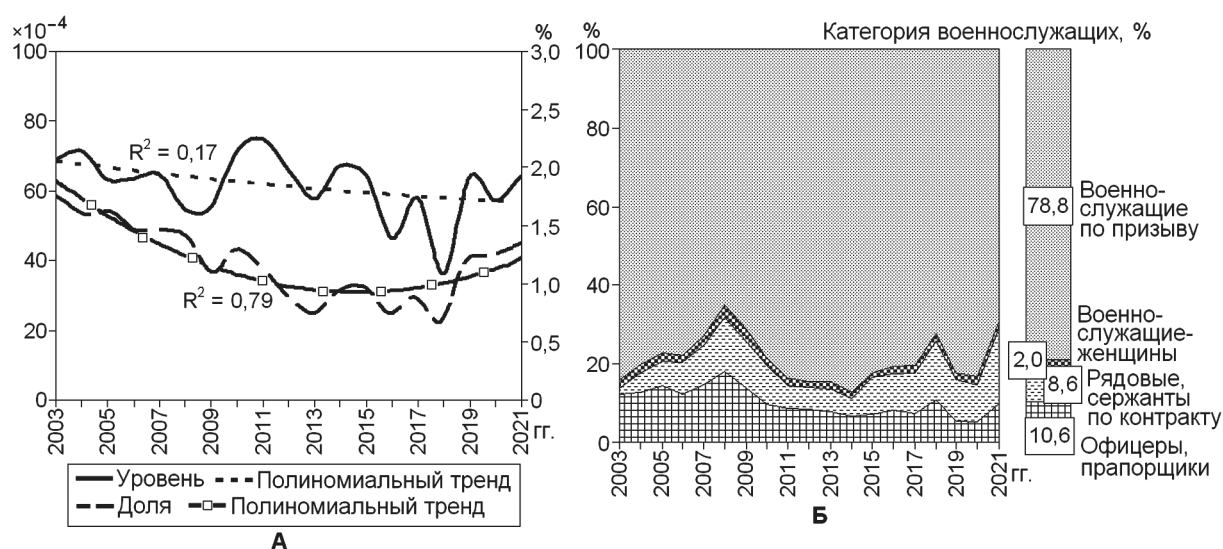


Рис. 2. Уровень и доля госпитализации с психическими расстройствами (А), вклад в структуру различных категорий военнослужащих (Б)

Таблица 2

Показатели госпитализации различных категорий военнослужащих Минобороны России с психическими расстройствами (2003–2021 гг.)

Категория военнослужащих*	Средне-многолетний уровень, 10^{-4}	Доля от когорты Минобороны, %	R^2	Направление динамики	Среднегодовой уровень, $(M \pm m) \cdot 10^{-4}$
Когорта Минобороны	61,8		0,17	↓	$61,7 \pm 2,1$
1. Офицеры, прапорщики	22,6	10,6	0,42	↓	$22,0 \pm 1,2$
2. Рядовые, сержанты контрактной службы	22,4	8,6	0,19	↓	$23,0 \pm 2,0$
3. Военнослужащие-женщины	23,3	2,0	0,33	↗	$24,7 \pm 1,4$
4. Военнослужащие по призыву	117,5	78,8	0,46	↗	$119,8 \pm 6,0$
p					$1-4 < 0,001$ $2-4 < 0,001$ $3-4 < 0,001$

у военнослужащих женского пола – 2 %, у военнослужащих по призыву – 78,8 %. В динамике отмечено уменьшение долей показателей госпитализации офицеров и прапорщиков и военнослужащих женского пола, при их увеличении – среди военнослужащих, проходящих военную службу по контракту и призыву (см. рис. 2Б). Отмечены также сходные (для первичной заболеваемости) тенденции медико-статистических показателей, что свидетельствует о том, что при первичной диагностике психических расстройств военнослужащих, как правило, направлялся на стационарное обследование и лечение.

Как и при первичной заболеваемости, самый высокий уровень госпитализаций отмечен у военнослужащих по призыву, по сравнению с другими категориями военнослужащих ($p < 0,001$). Если среди офицеров и прапорщиков и военнослужащих по контракту отмечалась тенденция уменьшения уровней госпитализации, то у военнослужащих женского пола и военнослужащих по призыву – увеличение (см. табл. 2).

Трудопотери. Среднемноголетний уровень дней трудопотерь по причине психических расстройств у всех категорий военнослужащих составил $1839 \cdot 10^{-4}$ со средней

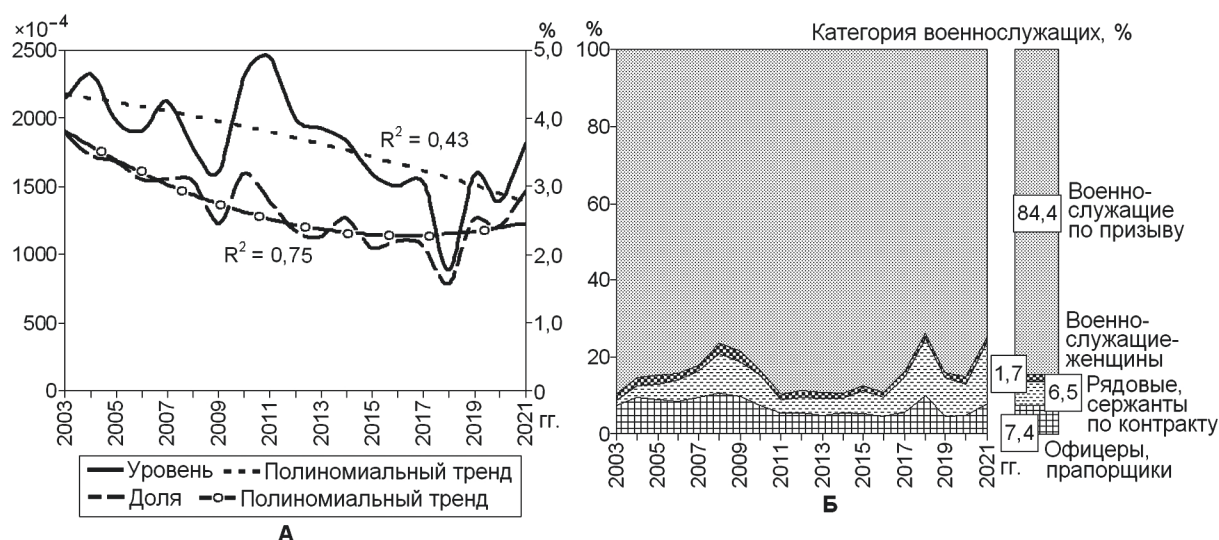


Рис. 3. Уровень и доля дней трудопотерь по причине психических расстройств (А), вклад в структуру различных категорий военнослужащих (Б)

Таблица 3

Показатели дней трудопотерь по причине психических расстройств различных категорий военнослужащих Минобороны России (2003–2021 гг.)

Категория военнослужащих*	Средне-многолетний уровень, 10^{-4}	Доля от когорты Минобороны, %	R^2	Направление динамики	Среднегодовой уровень, $(M \pm m) \cdot 10^{-4}$
Когорта Минобороны	1839,0		0,43	↓	$1826,8 \pm 86,6$
1. Офицеры, прапорщики	469,0	7,4	0,37	↓	$455,8 \pm 26,5$
2. Рядовые, сержанты контрактной службы	501,2	6,5	0,15	↓	$511,7 \pm 50,2$
3. Военнослужащие-женщины	572,9	1,7	0,35	↷	$614,5 \pm 47,1$
4. Военнослужащие по призыву	3744,7	84,4	0,33	↶	$3732,9 \pm 152,1$
p					$1-3 < 0,006$ $1-4 < 0,001$ $2-4 < 0,001$ $3-4 < 0,001$

долей от структуры трудопотерь по всем классам по МКБ-10–2,7 % (табл. 3). При разных по значимости коэффициентах детерминации полиномиальные тренды уровня дней трудопотерь и их доли в структуре всех трудопотерь показали уменьшение анализируемых показателей, за исключением последних лет, когда (как и при показателях госпитализации, см. рис. 2А) отмечалось увеличение их вклада (рис. 3А).

Доля дней трудопотерь среди офицеров и прапорщиков составила 7,4 %, рядовых и сержантов контрактной службы – 6,5 %, военнослужащих женского пола – 1,7 %, военнослужащих по призыву – 84,4 %. В динамике было отмечено уменьшение доли трудопотерь у офицеров и прапорщиков и военнослужащих женского пола, при ее увеличении – у военнослужащих, проходящих военную службу по контракту и по призыву (см. рис. 3Б). При этом, максимально высокий уровень дней трудопотерь был отмечен у военнослужащих по призыву. Так, если у офицеров и прапорщиков, а также военнослужащих по контракту и военнослужащих женского пола отмечалась тенденция уменьшения данного уровня, то у военнослужащих по призыву – увеличение (см. табл. 3).

Увольняемость. Среднегодовое значение уровня увольняемости из Минобороны

России по причине психических расстройств среди всех военнослужащих составил $42,6 \cdot 10^{-4}$, со средней долей от структуры всех увольнений 36 % (табл. 4), достигнув максимального значения за последние годы от всех классов болезней по МКБ-10 [4]. При низких коэффициентах детерминации полиномиальный тренд уровня увольняемости показал тенденцию уменьшения анализируемых показателей, а доли случаев в структуре увольнений у всех военнослужащих – тенденцию к их росту (рис. 4А).

При этом, доля показателей увольняемости по причине психических расстройств среди офицеров и прапорщиков составила 3,9 %, рядовых и сержантов контрактной службы – 4,9 %, военнослужащих женского пола – 0,4 %, военнослужащих по призыву – 90,8 %. В динамике отмечено уменьшение показателей увольняемости среди офицеров и прапорщиков и военнослужащих женского пола и их увеличение – у военнослужащих, проходящих военную службу по контракту и призыву (см. рис. 4Б), с максимально высоким уровнем увольняемости среди военнослужащих по призыву и самым низким – у военнослужащих женского пола ($p < 0,003$ и $p < 0,001$ соответственно), по сравнению с другими категориями военнослужащих (см. табл. 4).

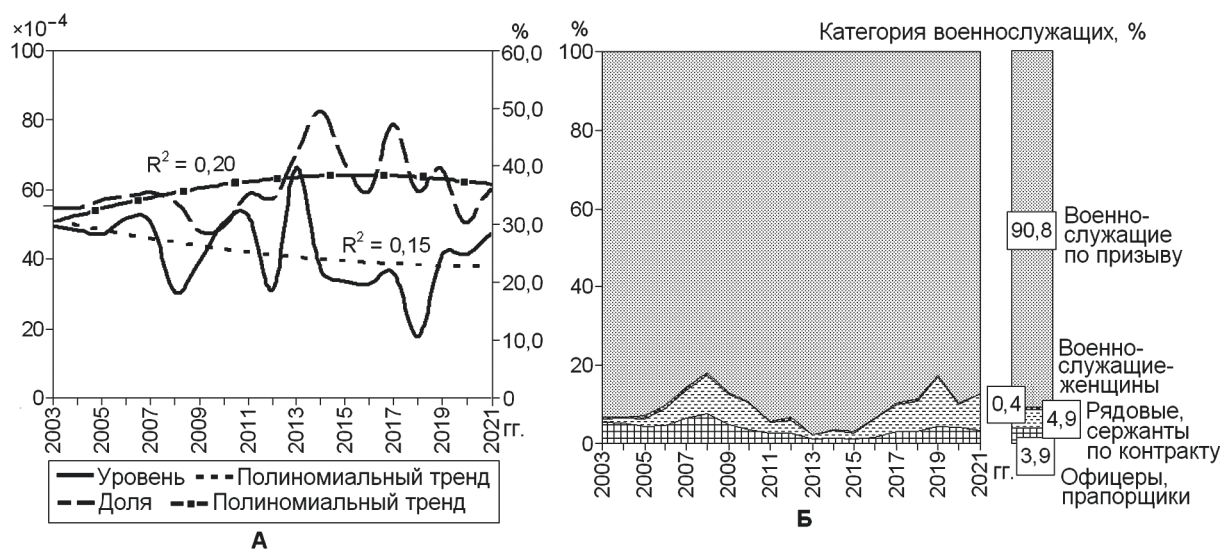


Рис. 4. Уровень и доля увольняемости по причине психических расстройств (А), вклад в структуру различных категорий военнослужащих (Б)

Таблица 4

**Показатели увольняемости по причине психических расстройств
различных категорий военнослужащих Минобороны России (2003–2021 гг.)**

Категория военнослужащих*	Средне- многолетний уровень, 10 ⁻⁴	Доля от когорты Минобороны, %	R ²	Направление динамики	Среднегодовой уровень, (M ± m) · 10 ⁻⁴
Когорта Минобороны	42,6		0,15	↓	42,4 ± 2,5
1. Офицеры, прапорщики	5,8	3,9	0,43	↘	5,3 ± 0,5
2. Рядовые, сержанты контрактной службы	8,7	4,9	0,04	↓	8,6 ± 1,2
3. Военнослужащие-женщины	3,5	0,4	0,33	↘	3,3 ± 0,5
4. Военнослужащие по призыву	93,2	90,8	0,34	↗	93,8 ± 5,7
p					1–2 < 0,02 1–3 < 0,003 1–4 < 0,001 2–3 < 0,001 2–4 < 0,001 3–4 < 0,001

Заключение

Проведенный анализ многолетней динамики медико-статистических показателей психической заболеваемости у различных категорий военнослужащих показал, что их вклад в структуру заболеваемости по всем классам болезней по МКБ-10 был незначительным (1–3 %), однако увольняемость по причине психических заболеваний (в структуре всех увольнений военнослужащих из Минобороны России по состоянию здоровья) составила самую большую долю – 36 %. При этом более 80 % психических расстройств (в структуре психической заболеваемости всех категорий военнослужащих) отмечалось у военнослужащих, проходящих

военную службу по призыву. В значительной степени это было обусловлено недооценкой состояния психического здоровья призывного контингента военно-врачебными комиссиями военных комиссариатов. Основной акцент психопрофилактических мероприятий должен быть направлен на повышение качества отбора призывников на военную службу («барьерные функции») и психопрофилактические мероприятия в период обучения военнослужащих по призыву в военных учебных центрах, что позволит существенно снизить развитие нарушений психической адаптации и, тем самым, повысить качество психического здоровья данной категории военнослужащих.

Литература

- Афанасьев В.Н., Юзбашев М.М. Анализ временных рядов и прогнозирование. М. : Финансы и статистика : Инфра-М, 2015. 320 с.
- Гончаренко А.Ю. Система мониторинга психического здоровья военнослужащих, проходящих военную службу по контракту : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 2017. 46 с.
- Евдокимов В.И., Мосягин И.Г., Шамрей В.К. [и др.]. Динамика показателей психического здоровья у военнослужащих, проходящих военную службу по призыву в Военно-морском флоте и Сухопутных войсках Минобороны России (2003–2021 гг.): ретроспективное исследование // Морская медицина. 2024. Т. 10, № 4. С. 33–53. DOI: 10.22328/2413-5747-2024-10-4-33-53.
- Евдокимов В.И., Сивашенко П.П., Куприянов С.А., Плужник М.С. Статистические показатели заболеваемости личного состава Вооруженных сил Российской Федерации (2003–2021 гг.) // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. 2024. № 4. С. 21–39. DOI: 10.25016/2541-7487-2024-0-4-21-39.
- Крюков Е.В., Шамрей В.К., Марченко А.А. [и др.]. Военная психиатрия в XXI веке: современные проблемы и перспективы развития / Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова ; под ред. Е.В. Крюкова, В.К. Шамрея. СПб. : СпецЛит, 2022. 367 с.

6. Показатели состояния здоровья военнослужащих Вооруженных сил Российской Федерации, а также деятельности военно-медицинских подразделений, частей и организаций в ... / Гл. воен.-мед. упр. Минобороны России. М., 2016–2022.
7. Указания по ведению медицинского учета и отчетности в Вооруженных силах Российской Федерации на мирное время : утв. нач. Гл. воен. мед. упр. Минобороны России. М. : ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, 2001. 40 с.
8. Шамрей В.К., Евдокимов В.И., Григорьев С.Г. [и др.]. Показатели психических расстройств у военнослужащих Вооруженных сил Российской Федерации (2003–2016 гг.) : монография / Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова, Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России. СПб. : Политехника-сервис, 2017. 129 с.
9. Шамрей В.К., Евдокимов В.И., Григорьев С.Г. [и др.]. Обобщенные показатели психических расстройств у личного состава Вооруженных сил России (2003–2016 гг.) // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. 2017. № 2. С. 50–65. DOI: 10.25016/2541-7487-2017-0-2-50-65.
10. 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.
11. Шамрей В.К., Евдокимов В.И., Плужник М.С. Показатели психических расстройств у военнослужащих Минобороны России, проходящих службу по контракту (2009–2021 гг.) // Вестн. психотерапии. 2024. № 90. С. 28–36. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-90-28-36.
12. Шамрей В.К., Евдокимов В.И., Сивашенко П.П. [и др.]. Показатели психического здоровья военнослужащих, проходящих военную службу по призыву в 2003–2016 гг. // Воен.-мед. журн. 2017. Т. 338, № 11. С. 10–18.
13. 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.
14. Шамрей В.К., Евдокимов В.И., Сивашенко Р.Р., Лобачев А.В. Основные показатели психических расстройств офицеров Вооруженных сил Российской Федерации (2003–2015 гг.) // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. 2017. № 1. С. 66–76. DOI: 10.25016/2541-7487-2017-0-1-66-76.

Поступила 04.02.2025

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

Участие авторов: В.И. Евдокимов – статистический анализ полученных результатов, подготовка иллюстраций, написание первого варианта статьи; В.К. Шамрей – планирование и методология исследования, редактирование окончательного варианта статьи; П.П. Сивашенко – сбор первичных данных, статистический анализ результатов; М.С. Плужник – сбор первичных данных, обобщение результатов, перевод реферата, транслитерация списка литературы.

Для цитирования. Евдокимов В.И., Шамрей В.К., Сивашенко П.П., Плужник М.С. Многолетняя динамика и структура психической заболеваемости у различных категорий военнослужащих Минобороны России // Вестник психотерапии. 2025. № 93. С. 6–15. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-93-06-15.

V.I. Evdokimov¹, V.K. Shamrey², P.P. Sivashenko², M.S. Pluzhnik²

Long-Term Dynamics and Structure of Mental Disorders in Various Categories of Military Personnel of the Russian Ministry of Defense

¹ Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia
(4/2, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia);

² Kirov Military Medical Academy (6, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia)

✉ 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); Lecturer, Department of Psychiatry, Kirov Military Medical Academy (6, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia), ORCID: 0000-0002-0771-2102, e-mail: 9334616@mail.ru;

Vladislav Kazimirovich Shamrey – Dr. Med. Sci. Prof., Chief Psychiatrist of the Russian Ministry of Defense, Head of The Department Psychiatry, Kirov Military Medical Academy (6, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia), ORCID: 0000-0002-1165-6465, e-mail: shamreyv.k@yandex.ru;

Pavel Pavlovich Sivashenko – PhD Sci. Med. Associate Prof., Lecturer at the Department of Automation and Management of the Medical Service (with military medical statistics); Kirov Military Medical Academy (6, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia), ORCID: 0000-0001-6286-6967;

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

Abstract

Objective. To evaluate the long-term dynamics of medical and statistical indicators of mental illness in various categories of military personnel of the Russian Ministry of Defense in order to optimize psychoprophylactic measures.

Methodology. The primary medico-statistical indicators of mental morbidity among various categories of military personnel were examined, utilizing data from medical reports in Form 3/ MED spanning 19 years (2003–2021) and open-source publications. The analyzed indicators were correlated with Chapter V “Mental and behavioral disorders” of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10). Morbidity rates were calculated per 10,000 military personnel (10^{-4}). Mean multi-year and mean annual indicators ($M \pm m$) were determined, and their development was assessed using dynamic series analysis and by calculating a second-order polynomial trend.

Results and analysis. The average long-term indicator of primary morbidity of the cohort of military personnel of the Russian Ministry of Defence with mental disorders was $70.7 \cdot 10^{-4}$, with the proportion of cases among officers being 10.7 %, among contract sergeants and warrant officers – 9.3 %, among female military personnel – 2.9 %, and among conscripted military personnel – 77.1%. Hospitalization rates were $61.8 \cdot 10^{-4}$ with a proportion of 10.6, 8.6, 2.0, and 78.8 % respectively; days of sick leave were $1839 \cdot 10^{-4}$ with a proportion of 7.4, 6.5, 1.7, and 84.4 % respectively; discharge rates were $42.6 \cdot 10^{-4}$ with a proportion of 3.9, 4.9, 0.4, and 90.8 % respectively. There is a decrease in the indicators in the studied types of morbidity in all categories of military personnel, with the exception of conscripted military personnel, who have an increase in the analyzed data and, compared with other categories of military personnel, statistically significantly higher levels of morbidity.

Conclusion. An analysis of the long-term dynamics of medical and statistical indicators of mental illness in various categories of military personnel has shown that more than 80 % of mental disorders were reported in conscripted military personnel, usually due to underestimation of the mental health status of the conscripted contingent by military medical commissions of military commissariats. Accordingly, improving the quality of the selection of conscripts for military service (“barrier functions”) and psychoprophylactic measures during the period of conscription training in military training centers will significantly reduce the development of mental adaptation disorders and, thereby, improve the quality of mental health of this category of military personnel.

Keywords: mental disorders, military personnel, primary morbidity, hospitalization, labor loss, dismissal, Ministry of Defense of Russia.

References

1. Afanas'ev V.N., Yuzbashev M.M. Analiz vremennykh ryadov i prognozirovaniye [Time Series Analysis and Forecasting]. Moscow. 2015. 320 p. (In Russ.)
2. Goncharenko A.Yu. Sistema monitoringa psikhicheskogo zdorov'ya voennosluzhashchikh, prokhodyashchikh voennuyu sluzhbu po kontraktu [System for monitoring the mental health of military personnel serving under contract : Abstract dissertation Dr. Med. Sci.]. St. Petersburg. 2017. 46 p. (In Russ.)
3. Evdokimov V.I., Mosyagin I.G., Shamrey V.K. [et al.]. Dinamika pokazatelei psikhicheskogo zdorov'ya u voennosluzhashchikh, prokhodyashchikh voennuyu sluzhbu po prizyvu v Voenno-morskoy flote i Sukhoputnykh voiskakh Minoborony Rossii (2003–2021 gg.): retrospektivnoye issledovaniye [Dynamics of mental health indicators

- among conscript soldiers in the Navy and Ground Forces of the Ministry of Defense of Russia (2003–2021): Retrospective study]. *Morskaya meditsina* [Marine Medicine]. 2024; 10(4): 33–53. DOI: 10.22328/2413-5747-2024-10-4-33-53. (In Russ.)
4. Evdokimov V.I., Sivashchenko P.P., Kupriyanov S.A., Pluzhnik M.S. Statisticheskie pokazateli zaboлеваemosti lichnogo sostava Vooruzhennykh sil Rossiiskoi Federatsii (2003–2021 gg.) [Morbidity statistics among the military of the Armed Forces of the Russian Federation (2003–2021)]. *Mediko-biologicheskie i sotsial'no-psikhologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychaynykh situatsiyakh* [Medico-Biological and Socio-Psychological Problems of Safety in Emergency Situations]. 2024; (4): 21–39. DOI: 10.25016/2541-7487-2024-0-4-21-39. (In Russ.)
 5. Krjukov E.V., Shamrey V.K., Marchenko A.A. [et al.]. Voennaja psihiatrija v XXI veke: sovremennye problemy i perspektivy razvitiya [Military Psychiatry in the 21st Century: Contemporary Issues and Development Prospects: monograph]. Eds.: E.V. Krjukov, V.K. Shamrey. St. Petersburg. 2022. 367 p. (In Russ.)
 6. Pokazateli sostojanija zdorov'ja voennosluzhashchih Vooruzhennykh sil Rossijskoj Federacii, a takzhe dejatel'nosti voenno-meditsinskih podrazdelenij, chastej i organizacij v ... [Indicators of the health status of military personnel of the Armed Forces of the Russian Federation, as well as the activities of military medical units, parts, and organizations in ...]. Moscow. 2015–2022. (In Russ.)
 7. Ukazanija po vedeniju medicinskogo ucheta i otchetnosti v Vooruzhennykh silah Rossijskoj federacii na mirnoe vremja [Guidelines for medical record keeping and reporting in the Armed Forces of the Russian Federation during peacetime]. Moscow. 2001. 40 p. (In Russ.)
 8. Shamrey V.K., Evdokimov V.I., Grigor'ev S.G. [et al.]. Pokazateli psikhicheskikh rasstrojstv u voennosluzhashchikh Vooruzhennykh sil Rossiiskoi Federatsii (2003–2016 gg.) [Indicators of mental disorders of the servicemen in the Armed Forces of the Russian Federation (2003–2016) : monograph]. St. Petersburg. 2017. 129 p. (In Russ.)
 9. Shamrey 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 sotsial'no-psikhologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychaynykh situatsiyakh* [Medico-Biological and Socio-Psychological Problems of Safety in Emergency Situations]. 2017; (2): 50–65. DOI: 10.25016/2541-7487-2017-0-2-50-65. (In Russ.)
 10. Shamrey V.K., Evdokimov V.I., Lobachev A.V. [et al.]. Mediko-statisticheskie pokazateli psichicheskikh 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* [Bulletin of Psychotherapy]. 2017; (62): 36–60. (In Russ.)
 11. Shamrey V.K., Evdokimov V.I., Pluzhnik M.S. Pokazateli psikhicheskikh rasstrojstv u voennosluzhashchikh Minoborony Rossii, prokhodyashchikh sluzhbu po kontraktu (2009–2021 gg.) [Indicators of mental disorders among military personnel of the Russian ministry of defense serving under contract (2009–2021)]. *Vestnik psihoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2024; (90):28–36. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-90-28-36. (In Russ.)
 12. Shamrey V.K., Evdokimov V.I., Sivashchenko P.P. [et al.]. Pokazateli psikhicheskogo zdorov'ja voennosluzhashchikh, prokhodyashchikh voennuyu sluzhbu po prizyvu v 2003–2016 gg. [Indicators of mental health of servicemen who served on conscription in 2003–2016]. *Voennno-meditsinskii zhurnal* [Military medical journal. 2017; 338(11): 10–18. (In Russ.)
 13. Shamrey V.K., Evdokimov V.I., Sivashhenko R.R. [et al.]. Pokazateli psichicheskogo zdorov'ja voennosluzhashchih-zhenshhin (2003–2016 gg.) [Indicators of mental health of female servicemen (2003–2016)]. *Vestnik psihoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2017; (61): 74–98. (In Russ.)
 14. Shamrey V.K., Evdokimov V.I., Sivashhenko R.R., Lobachev A.V. Osnovnye pokazateli psichicheskikh 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* [Medico-biological and socio-psychological problems of safety in emergency situations]. 2017; (1): 66–76. DOI: 10.25016/2541-7487-2017-0-1-66-76. (In Russ.)

Received 02.02.2025

For citing: Evdokimov V.I., Shamrey V.K., Sivashhenko R.R., Pluzhnik M.S. Mnogoletnyaya dinamika i struktura psikhicheskoi zaboлеваemosti u razlichnykh kategorii voennosluzhashchikh Minoborony Rossii. *Vestnik psihoterapii*. 2025; (93): 6–15. (In Russ.)

Evdokimov V.I., Shamrey V.K., Sivashhenko R.R., Pluzhnik M.S. Long-term dynamics and structure of mental disorders in various categories of military personnel of the Russian Ministry of Defense. *Bulletin of Psychotherapy*. 2025; (93): 6–15. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-93-06-15

В.Ч. Данг^{1,2}, А.А. Марченко¹, А.В. Лобачев¹

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ (обзор литературы)

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

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

² Военный госпиталь № 175

(Социалистическая Республика Вьетнам, г. Хошимин, р. Го Вап, ул. Нгуен Кьем, д. 786)

Введение. Группа расстройств депрессивного спектра (РДС) занимает лидирующее положение в структуре психических заболеваний военнослужащих многих стран. Однако до сих пор не существует четких и однозначных критериев диагностики депрессивного расстройства. Основным методом диагностики депрессивных расстройств является клинико-психопатологический метод, субъективность которого нередко результирует в диагностические ошибки, что обосновывает необходимость поиска объективных маркеров РДС.

Цель – на основе анализа научных работ, посвященных проблемам диагностики депрессивных расстройств, с использованием поисковых систем, определить перспективные направления для объективизации данной патологии и разработки методик, целесообразных для использования в рамках медико-психологического сопровождения на различных этапах военной службы.

Материал и методы. Проведен анализ более 50 научных работ, содержащих научно обоснованные данные о диагностике депрессивных расстройств. Поиск проводился с использованием поисковых систем, таких как PubMed и eLIBRARY, по ключевым словам.

Результаты и их анализ. Генетические факторы играют важную роль в развитии депрессивных расстройств, но формирование депрессивных состояний обусловлено комплексом генетических факторов. Нейровизуализационные и биохимические маркеры, наряду с высокой стоимостью, характеризуются тем недостатком, что позволяют выявить преимущественно групповые различия. Психофизиологические корреляты позволяют только косвенно оценить особенности функционирования центральной нервной системы, а информационные технологии и искусственный интеллект не могут полноценно заменить традиционные методы клинико-патологической диагностики. В то же время проект RDoC представляет собой новый подход к объективизации психических расстройств. RDoC изучает психические расстройства на разных уровнях, что позволяет проводить более точную диагностику и определять цели терапии.

Заключение. Использование высокотехнологичных методов диагностики за счет указанных выше недостатков мало целесообразно для массовых обследований в условиях военной

Данг Ван Чан – адъюнкт, каф. психиатрии, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6); врач-психиатр, Военный госпиталь № 175 (Социалистическая Республика Вьетнам, г. Хошимин, р. Го Вап, ул. Нгуен Кьем, д. 786), ORCID: 0009-0001-2607-1072, e-mail: vanchandang@gmail.com;

✉ Марченко Андрей Александрович – д-р мед. наук, проф., каф. психиатрии, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), ORCID: 0000-0002-2906-5946, e-mail: andrew.marchenko@mail.ru;

Лобачев Александр Васильевич – д-р мед. наук, доц., каф. психиатрии, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), ORCID: 0000-0001-9082-107X, e-mail: doctor.lobachev@gmail.com

службы. Наиболее перспективным подходом к объективизации РДС является использование нейрropsychологических тестов.

Ключевые слова: депрессивное расстройство, объективизация, диагностика, RDoC, реабилитация, военнослужащие.

Введение

По оценкам ВОЗ, во всем мире около 280 млн. человек (3,8 % населения) страдают депрессивными расстройствами, при этом большинство пациентов этой категории относится к наиболее трудоспособному возрасту (от 20 до 40 лет). Эти заболевания занимают 4-е место среди причин инвалидности, поэтому наносят значительный экономический ущерб. По прогнозам ВОЗ, к 2030 году депрессия станет самой распространенной причиной нетрудоспособности населения в мире. Из-за высокой распространенности, хронического течения, частых рецидивов и общего крайне негативного влияния на качество жизни расстройства депрессивного спектра (РДС) в настоящее время рассматриваются как одна наиболее серьезных проблем общественного здравоохранения [20].

В военной среде эта проблема еще более актуальна, поскольку военно-профессиональная деятельность военнослужащих повсеместно относится к классу максимальной опасности, в силу чего сопряжена с высоким риском ухудшения здоровья, в т.ч. и развития психических расстройств. По мнению большинства ученых, уровень психических расстройств в вооруженных силах многих стран постепенно увеличивается, при этом аффективные расстройства занимают лидирующие позиции. Согласно ежемесячными докладам медицинского наблюдения Вооруженных сил США (Medical Surveillance Monthly Report, MSMR), в структуре психических заболеваний уровень первичной заболеваемости наиболее высок в группе расстройств депрессивного спектра, преимущественно связанных со стрессом [32]. Статистические данные показывают, что такие психические расстройства являются наиболее частой причиной госпитализаций в стационары и требуют длительных сроков лечения. Аналогичная ситуация наблюдается в армии Великобритании, где уровень

первичной заболеваемости РДС также высок, преимущественно за счет расстройств адаптации и аффективных нарушений [43].

Как известно, депрессивные проявления транснозологичны и встречаются не только в группе аффективных расстройств, но и при тяжелых реакциях на стресс, расстройствах личности, психотических расстройствах, дегенеративных заболеваниях головного мозга, болезнях зависимости. При этом сами клинические проявления РДС чрезвычайно разнообразны, и значительные различия в симптомах у лиц, которым устанавливается один диагноз, ставят под сомнение статус депрессии как специфического постоянного синдрома. Этот факт крайне затрудняет диагностику, лечение и прогнозирование течения заболевания, особенно на ранних этапах обследования больного. В целом, четких и однозначных критериев диагностики депрессивного синдрома все еще не существует, а основным методом диагностики депрессивных расстройств является клинико-психопатологический метод, основывающийся на субъективной оценке предъявляемых пациентом жалоб и нередко сильно зависящий от опыта врачей. При этом следует учитывать нередкие случаи как симуляции/аггравации, так и диссимуляции этого расстройства, что еще больше подчеркивает необходимость верификации наличия заболевания с использованием объективирующих методов. Однако, несмотря на большое количество научных исследований, связанных с разработкой различных методов объективизации депрессии, дифференциации ее клинических форм и предложениями по их использованию в практической деятельности, до сих пор ни один из них не только не дошел до реализации в работе военных психиатров, но даже не был включен в современные диагностические критерии этого расстройства (в МКБ-10, 11, DSM-V) [10].

Важно подчеркнуть, что в клинической практике при исследовании психических расстройств основным методом является клинико-психопатологический подход. При этом нарушения психического здоровья могут быть обусловлены множеством факторов и проявляться на разных уровнях: генетическом, биохимическом, нейрофизиологическом, поведенческом и социальном и т.д. Из-за сложности этих состояний невозможно полностью понять и описать их только с помощью клинико-психопатологического метода. Для более глубокого понимания психических расстройств важно использовать и другие методы исследования. В настоящее время наблюдается бурное развитие цифровых и информационных технологий, что позволяет внедрять в практику психиатрии инновационные методы диагностики, ранее не применявшиеся в медицине. Это имеет большое значение для профилактики психических расстройств, особенно в области военной психиатрии [4].

Так, Национальный институт психического здоровья США (NIMH) в 2008 году запустил проект Research Domain Criteria (RDoC) с целью разработки более объективной системы описания и классификации психических расстройств на основе нейрофизиологических оснований. Этот проект направлен на преобразование психиатрии в интегративную науку, в которой психические заболевания будут определяться как предполагаемые дисфункции анатомических структур ЦНС и функциональных нейросетей, позволяющие связывать поведенческие расстройства с помощью нейробиологических показателей [18].

RDoC – это новый подход к пониманию психических расстройств, при котором они рассматриваются с точки зрения функций и основных процессов. Этот подход отличается от традиционного, который классифицирует психологические расстройства по группам симптомов. Такой инновационный подход может помочь лучше понять психопатологию, что в конечном итоге приведет к более точной и ранней диагностике, а также эффективнее подобрать методы лечения

для каждого индивидуального случая. Например, депрессивный эпизод тяжелой степени без психотических симптомов можно рассматривать как результат не только нарушения регуляции эмоций и настроения (изменения в системе негативной валентности), но и нарушения в системе социального восприятия и в системе позитивной валентности. Это позволяет более точно диагностировать и определять цели для терапии.

Основные идеи RDoC заключаются в том, что психическое расстройство рассматривается как нарушение функций мозга, в отличие от неврологических расстройств, которые связаны со структурными повреждениями. Психические расстройства можно представить как нарушения в функционировании нейронных цепей, которые можно обнаружить с помощью объективных методов. Домены RDoC изучают на разных уровнях: от геномного, нейромедиаторного и коннектомного до уровня физиологических, поведенческих коррелятов и субъективных переживаний. На каждом уровне применяются разные методы диагностики психических расстройств.

Цель – на основе анализа научных работ, посвященных проблемам диагностики депрессивных расстройств, с использованием поисковых систем, определить перспективные направления для объективизации данной патологии и разработки методик, целесообразных для использования в рамках медико-психологического сопровождения на различных этапах военной службы.

Материал и методы

Проведен поиск публикаций по ключевым словам: «депрессивное расстройство», «объективизация», «диагностика», «айтрейкинг», «генетические», «нейровизуализационные», «психофизиологические», «нейрокогнитивные», “diagnostic criteria”, “RDoC”, “neurocognitive”, “eye tracking” – в реферативно-библиографических базах: Medline/PubMed, Scopus, Web of Science, РИНЦ и др. В качестве предмета поиска были выбраны заглавие публикации, аннотация и ключевые слова.

Поиск осуществлялся с учетом морфологии. Включение публикаций в анализ проводилось с использованием сортировочного фильтра по релевантности. При этом приоритет отдавался обзорным работам.

Результаты и их анализ

Генетические факторы риска депрессии.

На генном и медиаторном уровне депрессия, вероятнее всего, является гетерогенным расстройством, в развитии которого участвуют полиморфизмы разных генов-кандидатов. Особая роль в патогенезе и течении депрессивных расстройств принадлежит нейрoхимическим структурам и генам, кодирующим эти структуры. Основное внимание исследователей обращено на влияние таких нейромедиаторных систем (серотонинергической, норадреналиновой, допаминовой), нейротрофического фактора головного мозга и его неспецифическое влияние, а также влияние провоспалительных медиаторов. При этом серотонин является основным медиатором, участвующим в патогенезе депрессии, и считается основной терапевтической мишенью многих антидепрессантов [5].

А. Caspi с соавт. [17] изучали связь между длиной гена-переносчика серотонина, обусловленной повторяющимися элементами, и его активностью в процессе экспрессии. В результате исследования было установлено, что короткий аллель гена (аллель S) связан с более низким уровнем экспрессии гена и меньшей способностью обратного захвата по сравнению с длинным аллелем гена (аллель L). В работе X. Gonda [21] было установлено, что люди, несущие хотя бы один аллель S (с генотипами SS или SL), подвергаются большему риску развития депрессии при воздействии стрессовых жизненных событий. Кроме того, они также имеют более высокий риск суицида, по сравнению с носителями генотипа LL.

Помимо деятельности нейромедиаторных систем рассматривается влияние нейротрофического фактора мозга на возникновение и течение депрессивных расстройств. Нейротрофический фактор мозга (brain-derived

neurotrophic factor, BDNF) играет важную роль в пластичности клеток мозга, их восстановлении, отвечает за рост числа аксонов и увеличение числа синапсов. Исследователи считают, что уровень активности BDNF снижается под воздействием стресса, особенно в гиппокампе. При депрессивных расстройствах экспрессия генов, контролирующих BDNF, значительно уменьшается [3]. По результатам недавнего исследования, уровень нейротрофического фактора значительно ниже у пациентов с депрессией, а также у людей, которые в раннем возрасте пережили сильный стресс или совершили суицид [48].

Также предполагается, что в развитии аффективных расстройств значительную роль играет триптофангидроксилаза (tryptophan hydroxylase, TPH). Этот фермент участвует в синтезе серотонина и кодируется двумя генами – TPH1 и TPH2. Считается, что полиморфизмы генов TPH связаны с возникновением депрессивных расстройств, склонностью к суицидальному поведению и синдромом хронической усталости. Так, в работе М. Abbar и соавт. [45] была обнаружена связь между полиморфизмом гена TPH1 и риском развития депрессивного расстройства, а также склонностью к суицидальному поведению. Другое исследование показало, что мутация гена TPH2 приводит к снижению активности фермента примерно на 80 %. Это, в свою очередь, снижает синтез серотонина и увеличивает риск развития депрессивных расстройств [49].

Ген MAO-A кодирует фермент моноаминоксидазу-A (MAO-A), которая отвечает за разрушение биогенных аминов, в т.ч. серотонина. Это приводит к сокращению времени их действия в синаптической щели. MAO-A привлекает внимание исследователей, поскольку находится на X-хромосоме и может быть связана с гендерными особенностями. Некоторые исследования указывают на то, что повышенная активность генов MAO-A, возможно, связана с депрессивными расстройствами у женщин и биполярным расстройством у мужчин [30].

Также известно, что на развитие депрессии могут влиять и другие нейромедиатор-

ные системы, например норадреналиновая. Она отвечает за бодрость, принятие решений и реакцию на стрессовые ситуации. Ген транспортеров норадреналина (norepinephrine transporter, NET), который также известен как SLC6A2 (solute carrier family 6 member 2), играет важную роль в транспортировке и обратном захвате норадреналина. Этот ген является мишенью для некоторых антидепрессантов, которые применяются в лечении депрессивных расстройств. К. Yoshida и соавт. [47] обнаружили, что наличие генотипа A/A связано с более низкой эффективностью ингибиторов обратного захвата серотонина и норэпинефрина, а также с более медленным наступлением терапевтического эффекта, по сравнению с генотипом G/A.

Другой важный нейромедиатор – дофамин – отвечает за двигательные, когнитивные и эмоциональные функции. Недостаток дофамина может привести к истощению нервной системы и повышенной чувствительности к стрессу. В результате исследований было выявлено, что количество тандемных повторов в гене рецептора дофамина может влиять на возникновение и развитие депрессивных расстройств. Некоторые исследования показали, что большое количество тандемных повторов может привести к снижению устойчивости к стрессу и увеличению риска развития депрессивных расстройств [37].

Сочетание эффектов различных аллелей может значительно увеличивать предрасположенность к депрессивным расстройствам. К сожалению, результаты исследований, проведенных разными группами ученых, часто противоречат друг другу. Это может быть обусловлено тем, что на развитие депрессии влияет множество различных генов, каждый из которых вносит незначительный вклад [6].

Протеомные и метаболомные маркеры депрессии. Связь между нарушением регуляции воспалительной системы и депрессией была продемонстрирована в нескольких исследованиях. Концентрации сывороточного кортизола, С-реактивного белка (СРБ), интерлейкина-6 (interleukin, IL-6) и факто-

ра некроза опухоли (tumor necrosis factor alpha, TNF- α альфа) были значительно выше в группах с депрессивными расстройствами, по сравнению с контрольной группой. Примерно у трети пациентов, страдающих от депрессии, наблюдается повышение уровня маркеров воспалительной реакции. В то же время у пациентов с воспалительными заболеваниями, напротив, отмечается более высокая вероятность развития депрессивных расстройств [38].

В исследовании V. Valkanova и соавт. [45] было обнаружено, что у людей с депрессией уровень IL-6 повышен по сравнению с нормой. Лечение антидепрессантами приводит к значительному снижению концентрации IL-6 в плазме крови. Исследование С.А. Köhler и соавт. [27] показало, что снижение уровня IL-6 свидетельствует о положительном ответе на лечение у пациентов с депрессией, тогда как устойчиво повышенные уровни IL-6 в сыворотке, по-видимому, характерны для резистентной формы заболевания.

С-реактивный белок (СРБ) представляет собой белок острой фазы, который вырабатывается печенью в ответ на воспалительный процесс. Многие исследования показали, что уровень С-реактивного белка повышается при депрессии. Исследование E.F. Osimo и соавт. [36], в котором проводились повторные измерения С-реактивного белка от детского до взрослого возраста, показало, что усиление воспалительных процессов связано с повышенным риском развития депрессии во взрослом возрасте.

TNF- α альфа был определен как важный воспалительный цитокин, который участвует в патофизиологии депрессивного расстройства. Исследование L. Yao [46] показало, что у пациентов с депрессией уровень IL-6 и TNF- α альфа выше, чем у здоровых людей. Интересно отметить, что после двух и двенадцати недель лечения антидепрессантами наблюдалось значительное улучшение симптомов депрессии, а также существенное снижение уровней TNF- α альфа у пациентов.

Еще одним показателем, связанным с доменами возбуждения и регуляции, является

кортизол. Было показано, что у людей с депрессией наблюдается повышенный уровень кортизола по утрам (через 30 мин. после пробуждения). Исследование, проведенное Е.К. Adam [12], показало, что подростки с более высоким уровнем кортизола после пробуждения имеют более высокий риск развития депрессии.

Вместе с тем полученные результаты выглядят достаточно убедительными лишь при групповом анализе статистических выборок больных и из-за высокой интер- и интраиндивидуальной вариабельности пока еще имеют весьма ограниченную диагностическую ценность. Более того, множество исследований с противоречивыми результатами еще более затрудняет имплементацию этих сведений в клиническую практику, тем более в вооруженных силах, где точности диагностики, вследствие необходимости решения вопросов военно-врачебной экспертизы, придается приоритетное значение [9].

Нейровизуализационные корреляты депрессивных расстройств. В настоящее время для изучения структуры и функций центральной нервной системы используются различные современные методы нейровизуализации. Они позволяют дополнить клинический анализ психопатологической картины объективными признаками нарушенной деятельности мозга. В ходе проведения фМРТ-исследования (функциональной магнитно-резонансной томографии) у пациентов с депрессией было выявлено угнетение активности поясных областей и избыточная активация дорсолатеральной префронтальной коры [8].

Было показано, что активность лимбической системы (префронтальная кора и миндалевидное тело) и дорсолатеральной префронтальной коры изменяется при депрессии во время обработки различных стимулов. А. Ebneabbasi [19] было обнаружено, что активность в лимбической областях увеличивается, в то время как в лобной области (ответственной за множество когнитивных функций) активность снижается.

Согласно данным позитронно-эмиссионной томографии, у пациентов с депрессив-

ными расстройствами было обнаружено снижение уровня метаболизма в головках хвостатых ядер. Кроме того, были выявлены динамические изменения в этих структурах в зависимости от степени улучшения состояния пациентов в процессе лечения [2].

В итоге, как и в случае с биохимическими показателями, нейровизуализационные методы показывают только групповые различия, не позволяя осуществлять индивидуальную диагностику. Кроме того, процесс сканирования требует от пациента готовности сотрудничать и оставаться неподвижным в течение длительного периода времени в тесном и шумном томографе, что затрудняет работу с психическими пациентами. Следует учитывать и ограничения, связанные со стоимостью диагностики, наличием дорогостоящего современного оборудования, высококвалифицированных специалистов, вследствие чего для военной психиатрии перспективы использования этих технологий в ближайшее время выглядят спорными.

Психофизиологические корреляты депрессивных расстройств. Одной из значимых характеристик, используемых при оценке функционального состояния человека, является вариабельность сердечного ритма (ВСР). Данный показатель отражает активность механизмов, связанных с симпатическим и парасимпатическим отделами нервной системы, и позволяет оценить адаптационные способности, эмоциональную регуляцию и поведенческую гибкость. Эти факторы претерпевают значительные изменения при депрессивных расстройствах. Так, в работе С. Koch [25] было показано, что у пациентов с депрессией наблюдается снижение вариабельности сердечного ритма, опосредованной вагусом.

Кожно-гальваническая реакция (КГР) также является важным физиологическим показателем при изучении психических расстройств. Так, установлено, во время предъявления эмоционально-значимых визуальных стимулов реакция проводимости кожи у здоровых лиц определялась их возбуждающим (arousal) потенциалом и не зависела от валентности (позитивной или негативной),

при этом выраженность реакций была выше, чем при нейтральных стимулах. У пациентов с депрессией наблюдалась более низкая амплитуда КГР ко всем эмоциональным стимулам, по сравнению со здоровыми людьми, что подтверждает гипотезу о снижении как активности функционирования систем возбуждения и регуляции, так и доменов систем позитивной и негативной валентности [16]. По результатам метаанализа L.H. Thorell и соавт. [41], была установлена отчетливая гипореактивность у пациентов с униполярным и биполярным расстройством. Более того, авторы отметили, что переход от гипореактивности к реактивности представляет особый интерес с точки зрения оценки эффективности лечения.

Айтрекинг в диагностике психических расстройств. Одной из сравнительно новых технологий, применяющихся в диагностике психических расстройств, является айтрекинг. По мнению Р.В. Беляева [1], характеристики движения глаз, как макроскопические, так и микроскопические, обладают определенной стабильностью и индивидуальностью для каждого человека. Это позволяет с высокой степенью достоверности диагностировать наличие различных патологических состояний. Некоторые паттерны глазодвигательных реакций (ГДР) у людей с психическими расстройствами и у здоровых людей уже изучены и описаны в научных публикациях. При шизофрении характерно отсутствие расширения зрачка в ответ на психогенные, ориентировочные или болевые воздействия. Зрачки пациентов с этим заболеванием могут быть неравномерно расширены или иметь неправильную форму, а также слабо реагировать на свет. У здоровых людей при восприятии новой информации и болевых ощущениях, помимо движений глаз, наблюдается также расширение зрачков, что является компонентом ориентировочного и оборонительного рефлексов. Помимо шизофрении, данный симптом может наблюдаться при органических заболеваниях головного мозга, приводящих к снижению интеллекта (старческая деменция, прогрессивный паралич) [40].

Исследование военнослужащих с посттравматическим стрессовым расстройством после воздействия боевых стимулов показало, что они проявляют повышенное внимание к стимулам, связанным с угрозой, а также испытывают трудности с переключением внимания на другие объекты в течение длительного времени [15]. В работе И.Г. Шалагинова [9] было продемонстрировано, что пациенты с тревожным расстройством демонстрируют низкую эффективность выполнения заданий на произвольные горизонтальные саккады. При этом продолжительность фиксаций при совершении горизонтальных саккад у них значительно выше, чем у участников контрольной группы. В рамках когнитивных теорий развития депрессии предполагается, что данное заболевание приводит к патологической концентрации внимания на негативной информации, что является одним из ключевых диагностических признаков депрессивных расстройств. В подтверждение этой концепции L. Issac и соавт. [23] продемонстрировали, что здоровые люди, просматривая фотографии людей с различными эмоциональными выражениями, дольше задерживают взгляд на изображениях счастливых лиц, по сравнению с депрессивными пациентами. Это объясняется нарушением способности адекватно обрабатывать положительные стимулы, что проявляется как ангедония.

В целом, психофизиологические методы сегодня широко используются для исследования деятельности головного мозга благодаря их простоте, достаточно высокой диагностической ценности, возможности применения в условиях повседневной жизни, в т.ч. и военной службы. Однако эти методы имеют и определенные ограничения: во-первых, они позволяют лишь косвенно оценить особенности функционирования центральной нервной системы, а во-вторых, при использовании по отдельности многие психофизиологические показатели трансназальны и обладают низкой специфичностью и чувствительностью в дифференциальной диагностике.

Этобиометрические подходы и цифровые технологии к диагностике депрессий.

Этобиометрический метод представляет собой инновационный подход, основанный на анализе вербального и невербального поведения с применением технологий машинного зрения. Данный метод направлен на объективизацию психических расстройств в реальных условиях. Данный метод включает комплексный мониторинг двигательных актов человека, такого как ускорение и замедление при ходьбе, а также мониторинг его социальной активности (активность в социальных сетях, текстовые и голосовые сообщения, телефонные звонки и видео) и других данных. Это позволяет выявить биомаркеры, которые могут служить объективными показателями для диагностики определенных психических расстройств. Это позволяет выявить биомаркеры, которые могут служить объективными показателями для диагностики определенных психических расстройств. Большим преимуществом этого метода является пассивный сбор данных. Носимые датчики и устройства позволяют получать данные о физиологических реакциях человека во время повседневной деятельности. Так, депрессивные расстройства можно выявлять на основе анализа голоса, который показывает специфические закономерности у людей с гипотимным аффектом, косвенно измеряя уровня двигательной активности с помощью актиграфии [22].

Компьютеризированные когнитивные тесты все чаще считаются наиболее удобным инструментом для выявления трансназологических маркеров психических расстройств, главным образом благодаря возможности дистанционного использования, например на платформе планшетов или смартфонов. Кроме того, была разработана модель мониторинга депрессивных расстройств, основанная на анализе физиологических и поведенческих признаков, отражающих психическое состояние испытуемого, с использованием видеопотока со встроенной веб-камеры большинства мобильных устройств в сочетании с регистрацией частоты сердечных сокращений, частоты моргания, изменений диаметра зрачков, движений головы и выражения лица поль-

зователя. Затем проводится сопоставление особенностей аффективных реакций испытуемого с контекстом его коммуникаций. Данная модель обладала с высокой степенью достоверности коррелировала с текущим эмоциональным состоянием [50].

В настоящее время искусственный интеллект активно применяется в диагностике психических расстройств. Он помогает врачам классифицировать заболевания, ставить предварительные диагнозы, определять необходимость медицинского вмешательства, а также может ставить окончательный диагноз, назначать лечение и делать прогнозы. По мнению некоторых исследователей, искусственный интеллект способен точно классифицировать пациентов, входящих в группу риска психических заболеваний. В эпоху стремительного развития технологий сочетание этобиометрических технологий и искусственного интеллекта может стать значительным достижением в научной сфере. С помощью умных современных электронных устройств в процессе общения фиксируются жесты, голосовые характеристики, мимика и глазодвигательные реакции. Эти данные анализируются и обрабатываются с помощью искусственного интеллекта, что позволяет выявлять потенциальные признаки психических расстройств. Эффективность этих методов была подтверждена в исследовании Т. Jossou и соавт. [24] Предполагается, что цифровое фенотипирование, полученное с помощью смартфонов, умных часов и других устройств, имеет большое значение для диагностики психических расстройств.

Таким образом, информационные технологии и искусственный интеллект находят широкое применение в диагностике различных психических расстройств. Следует подчеркнуть, что они имеют определенные ограничения и в настоящее время не могут полностью заменить традиционные методы клинико-патологической диагностики. Однако они могут использоваться в качестве вспомогательного инструмента диагностики психических расстройств, особенно в условиях военной службы.

Нейробиологические корреляты депрессивных расстройств с позиций систематики RDoC. Систематизация представлений о патофизиологии РДС в наиболее структурированном виде может представлена с позиций систематики RDoC. Предполагается, что наиболее важным фактором в патофизиологии РДС является гиперреактивность лимбической системы с нарушением регуляции миндалевидного тела и передних отделов поясной извилины, тесно связанная с конструктами первого домена – негативной валентности RDoC. Так, поведенческий блок анализа конструктов острой и потенциальной угрозы описывает несколько основных симптомов депрессии: тревожное возбуждение, повышенное обнаружение конфликтов (сверхбдительность и сканирующее поведение), смещение внимания к выявлению угрожающих стимулов, поведение беспомощности и избегания, избыточная чувствительность к наказанию. С целью определения потенциальной угрозы (тревоги) широко используют методику «Предсказуемая, непредсказуемая угроза» [No Shock, Predictable Shock, Unpredictable Shock (NPU Threat Task)] для оценки кратковременных (страх) и длительных (тревога) авersive состояний у человека. При этом было показано, что и при РДС наблюдается гипертрофированный стартл-рефлекс на неожиданные внешние раздражители [44].

Тоскливое, дистимическое и дисфорическое настроение, включая печаль, вину, стыд и низкую самооценку, которые являются основными феноменами депрессивного расстройства, соответствуют конструкту «реакция утраты» («реакция горя») домена отрицательной валентности RDoC. Беспокойство, руминации, повышенная сосредоточенность на себе, замкнутость и специфическая фиксация внимания на негативных стимулах являются примерами других общих признаков депрессии, описанных в конструкте реакции утраты. Для выявления подавленного настроения, аффекта тоски можно воспользоваться специальными тестами, например аффективным праймингом (Affective Priming Pictures). Резуль-

таты исследований показали, что пациенты с РДС обрабатывают негативные образы дольше, чем здоровые люди, при этом негативные стимулы вызывают более сильный негативный аффект, а чувствительность к позитивным стимулам явно снижена [29].

Конструкты домена систем положительной валентности могут представлять собой соответствующие механизмы, которые следует учитывать при разработке алгоритма диагностики и лечения депрессии. Так, конструкты достижения вознаграждения, вознаграждения за обучение и оценки вознаграждения описывают особенности поведения индивидуумов при принятии решений, основанных на ценностях, которое обуславливает устойчивость к РДС за счет достаточной поведенческой мотивации. В последнее время для оценки конструктов «достижение вознаграждения», «оценка вознаграждения» используются такие поведенческие задания, как «Айовская игровая задача» (Iowa Gambling Task), «Задача по оценке риска на аналогии воздушного шара» (Balloon Analog Risk Task), «Задача на затрату усилий ради вознаграждения» (Effort Expenditure for Reward Task). По результатам исследования было установлено, что при депрессивных расстройствах отмечается высокая чувствительность к наказанию [33], сниженная реакция на подкрепление (вознаграждающие стимулы), низкая мотивация к получению вознаграждения [42].

Наряду с осевыми – аффективными – симптомами РДС критерии их диагностики в действующих классификациях (МКБ-10, DSM-V) включают и ряд неспецифических симптомов, которые, однако, тесно связаны с общими нейрофизиологическими механизмами депрессии и также могут отражать нарушения в предлагаемых конструктах RDoC. Например, трудности с концентрацией внимания – типичный симптом РДС – относятся к конструкту «внимание» домена когнитивных систем. Еще одним неспецифическим симптомом, связанным с поведением в целом, является нарушение когнитивного контроля, представляющее одноименный конструкт в данном домене RDoC

и связанное с дисфункцией, нисходящей регуляцией со стороны дорсолатеральной префронтальной коры, вентролатеральной префронтальной коры и задней теменной коры. При этом снижение контроля над импульсами в сочетании с дисфорическим настроением рассматривается как нейрофизиологическая основа таких связанных с РДС поведенческих проявлений, как членовредительство, суицидальные действия, злоупотребление психоактивными веществами. В этом контексте исследования, проведенные с использованием методики «Задача на сети внимания» (Attention Networks Task), основанной на классической парадигме внимания Познера, показали наличие нарушения во всех трех измеряемых областях сети внимания: оповещения, ориентирования и исполнительного контроля. Применение таких методик, как Висконсинский тест сортировки карт (Wisconsin Card Sorting Task), «Стой – иди» (Go/No-go Task), «N-назад» (NBack Task), позволили выявить у лиц с РДС также снижение когнитивного контроля, объема рабочей памяти и способности к обучению [34].

Рассмотрение дисфункции в системе социального процессинга (4-й домен RDoC), проявляющейся при РДС в виде нарушений в конструктах социального общения, восприятия/понимания себя и окружающих лиц, самопознания, в качестве терапевтических мишеней при лечении депрессии также представляется крайне важным, поскольку депрессивная самооценка и обширная негативная самореферентная обработка часто препятствуют социальным связям, поддерживая депрессивную симптоматику. Так, по данным обследования больных с РДС с использованием парадигмы самореферентной памяти (Self-Referential Memory Paradigm), методик Пенна (Penn Emotion Recognition, ER-40) и «Чтение мыслей по глазам» (Reading the Mind in the Eyes), пациенты с депрессивными расстройствами демонстрировали негативную самооценку и меньшую уверенность в себе [31], медленнее распознавали положительные эмоции, проявляли снижение внимания к позитивным выражениям лица [14].

С механизмами потенциальной и устойчивой угрозы тесно связана гиперреактивность и дисфункция вегетативной нервной системы в области конструкторов возбуждения и регуляторных систем RDoC. Известно, что нейросети, связанные со сном и возбуждением, взаимно модулируют друг друга за счет реципрокных связей миндалевидного тела с другими лимбическими структурами, такими как таламус и гипоталамус, а также с кортикальными областями. Стойкое нарушение сна может вызывать вторичные когнитивные дисфункции, дневную усталость, трудности с концентрацией внимания, влиять на изменение регуляции, эмоциональную реактивность, импульсивность и нарушение регуляции нейроэндокринной и иммунной систем и отрицательно связано с результативностью лечения депрессии. В подтверждение тезиса о вовлеченности регуляторных систем в патогенез РДС в ряде исследований было показано, что для пациентов с депрессией характерна низкая вариабельность сердечного ритма, которая регулируется блуждающим нервом [25, 26]; электродермальная гипоактивность [39]; чрезмерная длительность латентности сна и укорочение латентности быстрого сна [35].

Наконец, в домене сенсомоторных систем, отвечающих за инициацию, контроль, выполнение и завершение двигательных актов, а также за их совершенствование во время обучения и развития, при депрессии также обнаруживались выраженные нарушения. Так, по данным использования методики «Стоп-сигнал» (Stop-Signal Task), «Следжение за движущимся объектом» (Pursuit Rotor Task), больные РДС характеризовались более медленными процессами торможения [13] и низкой способностью к зрительно-моторной координации [28].

В обобщенном виде сведения о связи симптоматики РДС, доменов/конструкторов RDoC и методик для их оценки с указанием позитивных и негативных свойств последних с точки зрения возможности использования в военной психиатрии представлены в табл. 1.

Хотя унифицированных алгоритмов применения различных методик для верифика-

ции депрессивных расстройств пока еще не разработано, исходя из представленных в таблице данных представляется целесообразным использовать следующие методики в рамках медико-психологического сопровождения на этапах военной службы:

- 1-й – отбор кандидатов на замещение должностей:

- нейрокогнитивное исследование: аффективный прайминг, айовская игровая задача, задача по оценке риска на аналогии воздушного шара, висконсинский тест сортировки карт, задача «Стой – иди», задача «Слежение за движущимся объектом»;

- обследование на факторы риска с помощью бесконтактных методов этовидеографического метода (автоматизированный анализ жестов и мимики);

- генетические методы – анализ однонуклеотидных полиморфизмов генов (single nucleotide polymorphism, SNP): ген транспортера серотонина (5-HTTLPR), ген транспортеров норадреналина (NET), ген моноаминоксидазы-A (MAOA), ген дофамина рецептора (DRD2, DRD4) [только для сил специальных операций (ССО), летного состава и плавсостава подводных лодок];

- 2-й – подготовка по военно-учетной специальности / по предназначению:

- нейрокогнитивное исследование: задача на затрату усилий ради вознаграждения, висконсинский тест сортировки карт, задача на сети внимания, задача «N-назад», задача «Стоп-сигнал»;

- психофизиологические методики: вариабельность сердечного ритма, кожно-гальваническая реакция, анализ глазодвигательных реакций, стресс-тестирование, изучение стартл-рефлекса и болевого порога для изучения устойчивости к различным видам стресса по методике «Предсказуемая, непредсказуемая угроза»;

- биохимическое исследование маркеров стресс-уязвимости (кортизол, дегидроэпиандростерон, серотонин и т.п.) в сыворотке крови;

- 3-й – подготовка к выполнению боевой задачи:

- стресс-тестирование, изучение стартл-рефлекса и болевого порога для изучения устойчивости к различным видам стресса по методике «Предсказуемая, непредсказуемая угроза»;

- биохимическое исследование маркеров стресс-уязвимости (кортизол, дегидроэпиандростерон, серотонин и т.п.) в сыворотке крови;

- 4-й – поддержка (сопровождение) в период выполнения боевой задачи:

- периодический мониторинг физиологических показателей частоты сердечных сокращений, фотоплетизмограммы, артериального давления и т.д. (с помощью носимых устройств);

- периодический биохимический мониторинг маркеров стресс-уязвимости (адреналин, норадреналин, кортизол, дегидроэпиандростерон, серотонин и т.п.) в биологических жидкостях (пот, слюна) микроциповыми носимыми детекторами с передачей данных по защищенному каналу беспроводной связи;

- 5-й – реабилитации/восстановления после выполнения боевой задачи.

Медико-психологическая коррекция:

- биохимическое исследование маркеров стресс-уязвимости (кортизол, дегидроэпиандростерон, серотонин и т.п.) в сыворотке крови;

- анализ функциональной активности головного мозга с помощью фМРТ для выявления устойчивости к стрессу (психологическому, гипоксическому);

- нейрокогнитивные методики: аффективный прайминг, айовская игровая задача, задача по оценке риска на аналогии воздушного шара, задача на затрату усилий ради вознаграждения, задача на сети внимания, висконсинский тест сортировки карт, задача «Стоп-сигнал», задача «Слежение за движущимся объектом», методика Пенна (ER-40), методика чтения мыслей по глазам, парадигма самореферентной памяти;

- психофизиологические методики: вариабельность сердечного ритма, кожно-гальваническая реакция, анализ глазодви-

Таблица 1

Преимущества и недостатки методики для оценки симптомов расстройств депрессивного спектра

Конструкты RDoC	Симптом РДС	Методики	Возможность методики*					
			1	2	3	4	5	6
Домен систем негативной валентности								
Потенциальная угроза	Тревога	«Предсказуемая, непредсказуемая угроза»	+	+	±	+	±	±
Реакция утраты	Подавленное настроение, аффект тоски	Задача «аффективный прайминг»	+	+	+	+	+	+
Домен систем позитивной валентности								
Достижение вознаграждения	Нерешительность. Повышенная чувствительность к наказанию (чувство вины). Сниженная фрустрационная толерантность. Ангедония, снижение мотивации	Айовская игровая задача	±	+	+	+	+	+
	Неадекватное чувство вина Ангедония, снижение мотивации	Задача по оценке риска на аналогии воздушного шара	±	+	+	±	+	+
Оценка вознаграждения	Ангедония, снижение мотивации	Задачу на затрату усилий ради вознаграждения	+	+	+	-	-	-
Домен когнитивных систем								
Внимание	Снижение концентрации внимания. Истощаемость внимания	Задача на сети внимания	±	+	+	+	±	-
Когнитивный контроль	Снижение когнитивной гибкости. Замедление мышления	Висконсинский тест сортировки карт	+	+	+	+	+	+
	Заторможенность	Задача «Стой – иди»	±	+	+	+	+	+
Рабочая память	Снижение рабочей память Снижение концентрации внимания	Задача «N-назад»	±	±	-	+	-	
Домен систем возбуждения / регулирования								
Активация	Снижения побуждений, активации	Вариабельность сердечного ритма	±	±	±	+	+	±
	Снижения активации	Кожногальваническая реакция	±	±	±	+	+	±
Сон – бодрствование	Нарушение сна	Полисомнография (ПСГ)	±	-	-	-	-	-
Домен сенсомоторных систем								
Моторные акты	Заторможенность Нарушение инициации и контроля моторных актов	Методика «Стоп-сигнал»	+	+	+	+	+	±
	Нарушение контроля моторных актов	Слежение за движущимся объектом	±	+	+	+	+	+
Домен системы социального процессинга								
Социальная коммуникация	Склонность к негативной референции нейтральных образов	Методика Пенна (ER-40)	±	±	+	±	±	+
Восприятие и понимание себя	Неуверенность в себе. Негативная самооценка	Парадигмы самореферентной памяти	±	-	-	-	-	-
Восприятие и понимание других	Склонность к негативной референции нейтральных образов	Чтение мыслей по глазам	±	±	+	±	+	+

* Условные обозначения: 1 – чувствительность и специфичность, 2 – оперативность, 3 – простота использования, 4 – возможность переноса на мобильную платформу, 5 – возможность массовых обследований, 6 – продолжительность теста.

гательных реакций, стресс-тестирование, изучение стартл-рефлекса и болевого порога для изучения устойчивости к различным видам стресса по методике «Предсказуемая, непредсказуемая угроза»;

— методы психокоррекции и физиотерапевтические методы.

Предложенные диагностические методики и получаемые при помощи них результаты могут служить и основой для выбора

мишеней (соответственно, и методов) для медицинской реабилитации нуждающихся военнослужащих (табл. 2).

Приведенные коррекционные методики, несмотря на условное их отнесение к отдельным конструктам, в большинстве своем оказывают трансдоменный эффект, поэтому позитивный синергический эффект будет выявляться в большинстве задействованных в патогенезе РДС конструктов.

Таблица 2

Мишени (методы) для медицинской реабилитации военнослужащих

Конструкты RDoC	Методы психокоррекции	Физиотерапевтические методы
Домен систем негативной валентности		
Потенциальная угроза (реакция тревоги)	Методики релаксации и саморегуляции Когнитивно-бихевиоральная психотерапия	Чрезкожная вагусная стимуляция Ароматические ванны Талассотерапия Гелиотерапия Круглосуточная аэроионотерапия Теплотерапия Флоатинг ЛФК
Реакция утраты	Когнитивно-бихевиоральная психотерапия	Транскраниальная магнитная стимуляция (rTMS) левой DLPFC
Домен систем позитивной валентности		
Достижение вознаграждения	Рациональная психотерапия Когнитивно-бихевиоральная психотерапия	Транскраниальная магнитная стимуляция (rTMS) левой DLPFC
Оценка вознаграждения		Транскраниальная магнитная стимуляция (rTMS) правой DLPFC
Домен когнитивной системы		
Внимание	Когнитивная ремедиация (программы “Cognitive Enhancement Therapy” (CET), “Attention Shaping”)	Транскраниальная магнитная стимуляция (rTMS) левой DLPFC Транскраниальная электростимуляция
Когнитивный контроль		
Рабочая память		
Домен систем возбуждения/регулирования		
Активация	Релаксационные методы (самомассаж, релаксационное дыхание)	Транскраниальная электростимуляция Жемчужные ванны Контрастные ванны Ароматичесаские ванны Талассотерапия Гелиотерапия Круглосуточная аэроионотерапия Флоатинг ЛФК
Сон-бодрствование	Методики релаксации и саморегуляции	Электросонотерапия
Домен сенсомоторных систем		
Моторные акты	Когнитивная ремедиация на базе парадигмы «Стоп-сигнал»	Лечебная физическая культура (ЛФК) Адаптивная физическая культура (АФК)

Окончание табл. 2

Конструкты RDoC	Методы психокоррекции	Физиотерапевтические методы
Домен системы социального процессинга		
Социальная коммуникация	Экзистенциально-гуманистическая психотерапия Динамическая (психодинамическая, аналитическая) психотерапия Рациональная психотерапия Когнитивно-бихевиоральная психотерапия	Транскраниальная электростимуляция Неселективная хромотерапия Контрастные ванны Ароматические ванны Талассотерапия Гелиотерапия Круглосуточная аэроионотерапия
Восприятие и понимание себя		
Восприятие и понимание других		

Выводы

Генетические факторы играют важную роль в развитии депрессивных расстройств, но формирование депрессивных состояний обусловлено комплексом генетических факторов, вклад каждого из которых относительно невелик.

Биохимические маркеры позволяют выявить лишь групповые различия и не дают возможности для индивидуальной диагностики.

Как и в случае с биохимическими показателями, нейровизуализационные методы позволяют выявить только групповые различия, но имеют и другие недостатки, такие как сложность проведения диагностики, высокая стоимость, необходимость использования дорогостоящего современного оборудования и высококвалифицированных специалистов.

Психофизиологические корреляты позволяют косвенно оценить особенности функционирования центральной нервной системы, однако они обладают низкой специфичностью и чувствительностью при дифференциальной диагностике.

Информационные технологии и искусственный интеллект имеют ряд ограничений и в настоящее время не могут полноценно заменить традиционные методы клинико-патологической диагностики.

В рамках объективизации депрессивных расстройств у военнослужащих наиболее перспективным направлением является применение нейропсихологических тестов. Данный метод отличается простотой, удобством в использовании и высокой специфичностью. Его потенциал находит применение в военных условиях, включая период призыва на военную службу, ежегодные медицинские осмотры и больничные условия, что способствует повышению точности диагностики, прогнозирования и качества военной врачебной экспертизы. Кроме того, что выявление симптомов и синдромов по доменам с помощью нейрокогнитивного теста помогает нам выбрать метод лечения и реабилитации на ранней стадии, это еще и важный вопрос современной психиатрии. Ожидается, что данный метод станет важным вкладом в развитие психиатрии, и особенно в ее применение в военной сфере.

Литература / References

1. Беляев Р.В., Колесов В.В. Анализ траектории микродвижений глаз методом фрактальной дисперсии // Седьмая международная конференция по когнитивной науке: тез. докл. Светлогорск, 2016. С. 145.
1. Beljaev R.V., Kolesov V.V. Analiz traektorii mikrodvizhenij glaz metodom fraktal'noj dispersii [of the trajectory of micro eye movements using the fractal dispersion method]. *Sed'maja mezhdunarodnaja konferencija po kognitivnoj nauke* [Seventh International Conference on Cognitive Science: Scientific. Conf. Proceedings]. Svetlogorsk. 2016: 145. (In Russ.)
2. Гурович И.Я., Узбеков М.Г. К пониманию биомаркеров психических // Соц. и клин. психиатр. 2015. Т. 25, № 3. С. 80–83.
2. Gurovich I.Ja., Uzbekov M.G. K ponimaniju biomarkerov psihicheskikh [Towards understanding biomarkers of mental]. *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija* [Social and clinical psychiatry]. 2015; 25(3): 80–83. (In Russ.)

3. Левада О.А. Нейробиология депрессии: от анатомо-функциональных до молекулярных механизмов // Архив психиатрии. 2015. № 1 (80). С. 76–82.
4. Лобачев А.В., Никольская С.А., Корнилова А.А. Айтрекинг в диагностике психических расстройств // Вестн. психотерапии. 2017. № 61 (66). С. 98–112.
5. Платонкина Т.В., Боговин Л.В., Наумов Д.Е., Овсянкин А.И. Генетические исследования депрессивных расстройств: обзор литературы // Бюл. физиологии и патол. дыхания. 2018. Т. 68. С. 96–106. DOI: 10.12737/article_5b19ee7411be17.38016141
6. Рафикова Е.И., Рысков А.П., Васильев В.А. Генетика депрессивных расстройств: кандидатные гены и полногеномный поиск ассоциаций // Генетика. 2020. Т. 56, № 8. С. 878–892. DOI: 10.31857/S0016675820080111
7. Шалагинова И.Г., Ваколюк И.А. Параметры произвольных саккад у пациентов с тревожными расстройствами // Айтрекинг в психологической науке и практике: кол. монография. М., 2015. С. 380–388.
8. Шамрей В.К., Железняк И.С., Тарумов Д.А. [и др.]. Нейровизуализация в диагностике депрессивных и аддитивных расстройств // Психиатрия. 2017. № 75. С. 31–38. DOI: 10.30629/2618-6667-2017-75-31-38
9. Шамрей В.К., Курасов Е.С., Зобин Я.С., Цыган Н.В. Возможности применения лабораторных биомаркеров для объективной диагностики депрессивных расстройств // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2021. Т. 13, № 2. С. 34–39. DOI: 10.14412/2074-2711-2021-2-34-39
10. Шамрей В.К., Марченко А.А., Курасов Е.С. Современные подходы к объективизации диагностики психических расстройств // Вестн. Рос. воен.-мед. акад. 2018. № 4. С. 38–44.
3. Levada O.A. Nejrobiologija depressii: ot anatomo-funkcional'nyh do molekulyarnyh mehanizmov [Neurobiology of depression: from anatomical and functional to molecular mechanisms]. Arhiv psihiatrii [Archives of Psychiatry]. 2015; (1): 76–82. (In Russ.)
4. Lobachev A.V., Nikol'skaja S.A., Kornilova A.A. Ajtreking v diagnostike psichicheskikh rasstrojstv [Eye tracking in diagnostics of mental disorders]. Vestnik psihoterapii [Bulletin of psychotherapy]. 2017; (61): 98–112. (In Russ.)
5. Platonkina T.V., Bogovin L.V., Naumov D.E., Ovsjankin A.I. Geneticheskie issledovanija depressivnyh rasstrojstv: obzor literatury [Genetic studies of depressive disorders: a literature review]. Bjulleten' fiziologii i patologii dyhanija [Bulletin of Physiology and Pathology of Respiration]. 2018; 68: 96–106. DOI: 10.12737/article_5b19ee7411be17.38016141. (In Russ.)
6. Rafikova E.I., Ryskov A.P., Vasil'ev V.A. Genetika depressivnyh rasstrojstv: kandidatnye geny i polnogenomnyj poisk asociacij [Genetics of depressive disorders: candidate genes and genome-wide association studies]. Genetika [Genetics]. 2020; 56(8): 878–892. DOI: 10.31857/S0016675820080111. (In Russ.)
7. Shalaginova I.G., Vakoljuk I.A. Parametry proizvol'nyh sakkad u pacientov s trevozhnymi rasstrojstvami [Parameters of voluntary saccades in patients with anxiety disorders]. Ajtreking v psihologicheskoy nauke i praktike [Eye tracking in psychological science and practice: monograph]. Moscow. 2015: 380–388. (In Russ.)
8. Shamrey V.K., Zheleznjak I.S., Tarumov D.A. [et. al.]. Nejrovizualizacija v diagnostike depressivnyh i additivnyh rasstrojstv [Neuroimaging in the diagnosis of depressive and addictive disorders]. Psihiatrija [Psychiatry]. 2017; (75): 31–38. DOI: 10.30629/2618-6667-2017-75-31-38. (In Russ.)
9. Shamrey V.K., Kurasov E.S., Zobin Ja.S., Cygan N.V. Vozmozhnosti primenenija laboratornyh biomarkerov dlja obektivnoj diagnostiki depressivnyh rasstrojstv [Possibilities of using laboratory biomarkers for objective diagnostics of depressive disorders]. Nevrologija, nejropsihiatrija, psihosomatika [Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics]. 2021; 13(2): 34–39. DOI: 10.14412/2074-2711-2021-2-34-39. (In Russ.)
10. Shamrey V.K., Marchenko A.A., Kurasov E.S. Sovremennye podhody k obektivizacii diagnostiki psichicheskikh rasstrojstv [Modern approaches to objectification of diagnostics of mental disorders]. Vestnik Rossijskoj voenno-meditsinskoj akademii [Bulletin of the Russian Military Medical Academy]. 2018; (4): 38–44. (In Russ.)
11. Abbar M., Courtet P., Bellivier F. [et al.]. Suicide Attempts and the Tryptophan Hydroxylase Gene. *Molecular Psychiatry*. 2001; 6(3): 268–273. DOI: 10.1038/sj.mp.4000846
12. Adam E.K., Doane L.D., Zinbarg R.E. [et al.]. Prospective Prediction of Major Depressive Disorder from Cortisol Awakening Responses in Adolescence. *Psychoneuroendocrinology*. 2010; 35(6): 921–931. DOI: 10.1016/j.psyneuen.2009.12.007
13. Aker M., Вш R., Harmer C. [et al.]. Inhibition and Response to Error in Remitted Major Depression. *Psychiatry Research*. 2016; 235: 116–122. DOI: 10.1016/j.psychres.2015.11.038
14. Akhapi R.V., Volel B.A., Shishorin R.M. [et al.]. Recognition of Facial Emotion Expressions in Patients with Depressive Disorders: A Prospective, Observational Study. *Neurology and Therapy*. 2021; 10(1): 225–234. DOI: 10.1007/s40120-021-00231-w

15. Armstrong T., Bilsky S.A., Zhao V. [et al.]. Dwelling on Potential Threat Cues: An Eye Movement Marker for Combat-related PTSD. *Depress Anxiety*. 2013; 30(5): 497–502. DOI: 10.1002/da.22115
16. Benning S.D., Ait Oumeziane B. Reduced Positive Emotion and Underarousal Are Uniquely Associated with Subclinical Depression Symptoms: Evidence from Psychophysiology, Self-report, and Symptom. *Psychophysiology*. 2017; 54(7): 1010–1030. DOI: 10.1111/psyp.12853
17. Caspi A., Sugden K., Moffitt T.E. [et al.]. Influence of Life Stress on Depression: Moderation by a Polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*. 2003; 301(5631): 386–389. DOI: 10.1126/science.1083968
18. Cuthbert B.N. The RDoC Framework: Facilitating Transition from ICD/DSM to Dimensional Approaches that Integrate Neuroscience and Psychopathology. *World Psychiatry*. 2014; 13(1): 28–35. DOI: 10.1002/wps.20087
19. Ebneabbasi A., Mahdipour M., Nejati V. [et al.]. Emotion Processing and Regulation in Major Depressive Disorder: A 7T Resting-state fMRI Study. *Human Brain Mapping*. 2021; 42(3): 797–810. DOI: 10.1002/hbm.25263
20. Evans-Lacko S., Aguilar-Gaxiola S., Al-Hamzawi A. [et al.]. Socio-economic Variations in the Mental Health Treatment Gap for People with Anxiety, Mood, and Substance Use Disorders: Results from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Psychological Medicine*. 2018; 48(9): 1560–1571.
21. Gonda X., Fountoulakis K.N., Juhasz G. [et al.]. Association of the S Allele of the 5-HTTLPR with Neuroticism-related Traits and Temperaments in a Psychiatrically Healthy. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2009; 259(2): 106–113. DOI: 10.1007/s00406-008-0842-7
22. Gros A., Bensamoun D., Manera V. [et al.]. Recommendations for the Use of ICT in Elderly Populations with Affective Disorders. *Frontiers in Aging Neuroscience*. 2016; 8: 269. DOI: 10.3389/fnagi.2016.00269
23. Isaac L., Vrijen J.N., Rinck M. [et al.]. Shorter Gaze Duration for Happy Faces in Current but not Remitted Depression: Evidence from Eye Movements. *Psychiatry Research*. 2014; 218(1–2): 79–86. DOI: 10.1016/j.psychres.2014.04.002
24. Jossou T., Medenou D., Et-tahir A. [et al.]. A Review about Technology in Mental Health Sensing and Assessment. *ITM Web of Conferences. EDP Sciences*. 2022; 01005. DOI: 10.1051/itmconf/20224601005
25. Koch C., Wilhelm M., Salzmann S. [et al.]. A Meta-analysis of Heart Rate Variability in Major Depression. *Psychological Medicine*. 2019; 49(12): 1948–1957. DOI: 10.1017/S0033291719001351
26. Koenig J., Kemp A.H., Beauchaine T.P. [et al.]. Depression and Resting State Heart Rate Variability in Children and Adolescents — A Systematic Review and Meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2016; 46: 136–150. DOI: 10.1016/j.cpr.2016.04.013
27. K hler C.A., Freitas T.H., Stubbs B. [et al.]. Peripheral Alterations in Cytokine and Chemokine Levels After Antidepressant Drug Treatment for Major Depressive Disorder: Systematic Review and Meta-Analysis. *Molecular neurobiology*. 2018; 55: 4195–4206. DOI: 10.1007/s12035-017-0632-1
28. Lang R.J., Frith C.D. Learning and Reminiscence in the Pursuit Rotor Performance of Normal and Depressed Subjects. *Personality and Individual Differences*. 1981; 2(3): 207–213. DOI: 10.1002/hbm.20605
29. Lemoult J.J., Lemoult J., Yoon K.L., Joormann J. Affective Priming in Major Depressive Disorder. *Frontiers in Integrative Neuroscience*. 2012; 6: 76. DOI: 10.3389/fnint.2012.00076
30. Lin Y.M., Davamani F., Yang W.C. [et al.]. Association Analysis of Monoamine Oxidase A Gene and Bipolar Affective Disorder in Han Chinese. *Behavioral and Brain Functions*. 2008; 4: 1–6. DOI: 10.1186/1744-9081-4-21
31. Lou Y., Lei Y., Mei Y. [et al.]. Review of Abnormal Self-Knowledge in Major Depressive Disorder. *Frontiers in Psychiatry*. 2019; 10: 130. DOI: 10.3389/fpsy.2019.00130
32. Medical Surveillance Monthly Report / Armed Forces Health Surveillance Center. 2013; 20(4): 32.
33. Must A., Horvath S., Nemeth V.L., Janka Z. The Iowa Gambling Task in Depression – What Have We Learned About Sub-optimal Decision-making Strategies? *Frontiers in Psychology*. 2013; 4: 732. DOI: 10.3389/fpsyg.2013.00732
34. Nikolin S., Tan Y.Y., Schwaab A. An Investigation of Working Memory Deficits in Depression Using the N-back Task: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2021; 284: 1–8. DOI: 10.1016/j.jad.2021.01.084
35. Omichi C., Kadotani H., Sumi Y. [et al.]. Prolonged Sleep Latency and Reduced REM Latency Are Associated with Depressive Symptoms in a Japanese Working. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022; 19(4): 2112. DOI: 10.3390/ijerph19042112
36. Osimo E.F., Stochl J., Zammit S. [et al.]. Longitudinal Population Subgroups of CRP and Risk of Depression in the ALSPAC Birth Cohort. *Comprehensive Psychiatry*. 2020; 96: 152143. DOI: 10.1016/j.comppsy.2019.152143
37. Ртбiek R., Ku helov  H., Stefano G. Dopamine D4 Receptor Gene DRD4 and its Association with Psychiatric Disorders. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*. 2011; 17(9): 215–220. DOI: 10.12659/MSM.881925
38. Raison C.L., Miller A.H. Is Depression an Inflammatory Disorder? *Current Psychiatry Reports*. 2011; 13(6): 467–475. DOI: 10.1007/s11920-011-0232-0
39. Sarchiapone M., Gramaglia C., Losue M. [et al.]. The Association Between Electrodermal Activity (EDA), Depression and Suicidal Behaviour: A Systematic Review and Narrative. *BMC Psychiatry*. 2018; 18(1): 1–27. DOI: 10.1186/s12888-017-1551-4

40. Slavutskaya M.V., Kirenskaya A.V., Novototskii-Vlasov V.Yu. [et al.]. Slow Cortical Potentials Preceding Visual Guided saccades in Schizophrenics. *Human Physiology*. 2005; 31: 545–553.
41. Thorell L.H., Wolfersdorf W., Straub R. [et al.]. Electrodermal Hyporeactivity as a Trait Marker for Suicidal Propensity in Uni- and Bipolar Depression. *Journal of Psychiatric Research*. 2013; 47(12): 1925–1931. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2013.08.017
42. Treadway M.T., Buckholtz J.W., Schwartzman A.N. [et al.]. Worth the 'EEfRT'? The Effort Expenditure for Rewards Task as an Objective Measure of Motivation and Anhedonia. *PLoS One*. 2009; 4(8): e6598. DOI: 10.1371/journal.pone.0006598
43. UK Armed Forces Mental Health: Annual Summary & Trends Over Time. Ministry of Defence. 2014. 2007/08–2013/14. 58 p.
44. Vaidyanathan U., Welo E.J., Malone S.M. [et al.]. The Effects of Recurrent Episodes of Depression on Startle Responses. *Psychophysiology*. 2014; 51(1): 103–109. DOI: 10.1111/psyp.12152
45. Valkanova V., Ebmeier K.P., Allan C.L. CRP, IL-6 and Depression: A Systematic Review and Meta-analysis of Longitudinal Studies. *Journal of Affective Disorders*. 2013; 150(3): 736–744. DOI: 10.1016/j.jad.2013.06.004
46. Yao L., Pan L., Qian M. [et al.]. Tumor Necrosis Factor-6 Variations in Patients With Major Depressive Disorder Before and After Antidepressant Treatment. *Frontiers in Psychiatry*. 2020; 11: 518837. DOI: 10.3389/fpsy.2020.518837
47. Yoshida K., Takahashi H., Higuchi H. [et al.]. Prediction of Antidepressant Response to Milnacipran by Norepinephrine Transporter Gene Polymorphisms. *American Journal of Psychiatry*. 2004; 161(9): 1575–1580. DOI: 10.1176/appi.ajp.161.9.1575
48. Youssef M.M., Underwood M.D., Huang Y.Y. [et al.]. Association of BDNF Val66Met Polymorphism and Brain BDNF Levels With Major Depression and Suicide. *International Journal of Neuropsychopharmacology*. 2018; 21(6): 528–538. DOI: 10.1093/ijnp/pyy008
49. Zhang X., Gainetdinov R.R., Beaulieu J.M. [et al.]. Loss-of-function Mutation in Tryptophan Hydroxylase-2 Identified in Unipolar Major Depression. *Neuron*. 2005; 45(1): 11–16. DOI: 10.1016/j.neuron.2004.12.014
50. Zhou D., Luo J., Silenzio V. [et al.]. Tackling Mental Health by Integrating Unobtrusive Multimodal Sensing. *Proceedings of the AAAI Conference on Artificial Intelligence*. 2015: 1401–1408. DOI: 10.1609/aaai.v29i1.9381

Поступила 04.10.2024

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

Участие авторов: Ван Чан Данг – планирование и методология исследования, сбор первичных данных, написание первого варианта статьи; А.А. Марченко – редактирование и оформление текста статьи, подготовка окончательной редакции текста; А.В. Лобачев – написание текста статьи, редактирование и оформление текста статьи, транслитерация списка литературы.

Для цитирования. Данг В.Ч., Марченко А.А., Лобачев А.В. Современные подходы к объективизации депрессивных расстройств у военнослужащих (обзор литературы) // Вестник психотерапии. 2025. № 93. С. 16–33. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-93-16-33

V.Ch. Dang^{1,2}, A.A. Marchenko¹, A.V. Lobachev¹

Modern Approaches to the Objectification of Depressive Disorders among Military Personnel (Literature Review)

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

² Military Hospital 175 (786, Nguyen Kiem St., Go Vap Dist., Ho Chi Minh City, Viet Nam)

Dang Van Chan – PhD Student, Department Psychiatry, Kirov Military Medical Academy (6, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia), Psychiatrist, Military hospital 175 (786, Nguyen Kiem Str, Go Vap Dist., Ho Chi Minh City, Viet Nam), ORCID: 0009-0001-2607-1072, e-mail: vanchandang@gmail.com;

✉ Andrey Aleksandrovich Marchenko – Dr. Med. Sci., Prof., Department Psychiatry, Kirov Military Medical Academy (6, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia), ORCID: 0000-0002-2906-5946, e-mail: andrew.marchenko@mail.ru;

Alexander Vasilievich Lobachev – Dr. Med. Sci., Associate Prof., Department Psychiatry, Kirov Military Medical Academy (6, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia), ORCID: 0000-0001-9082-107, e-mail: doctor.lobachev@gmail.com

Abstract

Introduction. Depressive spectrum disorders (DSD) occupies a leading position in the structure of mental disorders among military personnel of many countries. However, there are still no clear and unambiguous criteria for diagnosing depressive disorder. The primary method for diagnosing depressive disorders is the clinical-psychopathological approach, whose subjectivity often leads to diagnostic errors, justifying the need to search for objective markers of DSD.

Objective. Based on the analysis of scientific studies dedicated to the challenges of diagnosing depressive disorders, this study aims to identify promising directions for the objectification of this pathology and the development of diagnostic methodologies suitable for use in medical-psychological support at various stages of military service.

Methodology. an analysis of more than 50 scientific papers containing scientifically substantiated data on the diagnosis of depressive disorders was conducted. The search was carried out using search engines such as PubMed and eLIBRARY, by keywords.

Results and analysis. Genetic factors play an important role in the development of depressive disorders, but the formation of the last is due to a complex of genetic factors. Neuroimaging and biochemical markers, despite their high cost, mainly allow for the identification of group-level differences rather than individual diagnoses. Psychophysiological correlates allow to assess the cerebral basis of DSD only indirectly. Information technology and artificial intelligence cannot fully replace traditional methods of clinical and pathological diagnostics. At the same time, the RDoC project is a new approach to the objectification of mental disorders. RDoC studies mental disorders at different levels, which allows for more accurate diagnostics and determining therapy goals, and among included in RDoC methods the most promising is behavioral or neurocognitive tasks.

Conclusion. The use of high-tech diagnostic methods due to the above disadvantages is of little use for mass examinations in military service. The most promising approach to the objectification of RDS is the use of neuropsychological tests.

Key words: depressive disorder, objectification, diagnostics, RdoC, rehabilitation, military personnel.

Received 04.10.2024

For citing: Dang V.Ch., Marchenko A.A., Lobachev A.V. Sovremennye podhody k ob"ektivizacii depressivnyh rasstrojstv u voennosluzhashhih (obzor literatury). *Vestnik psihoterapii*. 2025; (93): 16–33. (In Russ.)

Dang V.Ch., Marchenko A.A., Lobachev A.V. Modern approaches to the objectification of depressive disorders among military personnel (literature review). *Bulletin of Psychotherapy*. 2025; (93): 16–33. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-93-16-33

Т.В. Ветрова^{1,2}, Е.В. Яковлев^{1,3}, М.О. Леонтьева¹,
А.П. Леонович¹, С.В. Трохманенко¹

ОЦЕНКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ

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

² Музей истории подводных сил России им. А.И. Маринеско
(Россия, Санкт-Петербург, Кондратьевский пр., д. 83);

³ Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2)

Актуальность. Болевой синдром является одной из основных медицинских и социально-экономических проблем в мире. Поскольку проблема боли остается актуальной, необходимо уделять пристальное внимание изучению факторов риска возникновения боевого синдрома, среди которых существенную роль играют психосоциальные факторы, такие как стресс, депрессия, тревожность и др.

Цель исследования – оценить особенности психологического состояния пациентов в процессе комплексного лечения болевого синдрома.

Материалы и методы. Проведено исследование уровня тревожности, депрессии и стресса у пациентов, предъявляющих жалобы на длительные болевые ощущения. Все участники исследования проходили неврологический осмотр по стандартной методике, было проведено тестирование с применением визуально-аналоговой шкалы.

В исследовательскую группу вошли пациенты (n = 220), мужчины и женщины, в возрасте от 23 до 63 лет, с диагностированной болью в шейном и грудном отделах позвоночника.

Критерии включения: задокументированные взрослые пациенты в возрасте от 18 до 65 лет, предъявляющие жалобы на боль, присутствующую на момент исследования, у которых оценивались уровни тревоги, стресса и депрессии, выявленные при использовании методики «Опросник дистресса, депрессии, тревоги и соматизации», и их соотношение с хронической болью.

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

Яковлев Евгений Васильевич – канд. мед. наук доц., доц., Ин-т прикладного психоанализа и психологии Ун-та при МПА ЕврАзЭС (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Смольячкова, д. 14, к. 1); доц. каф. мед. реабилитации и спортивной медицины, С.-Петерб. гос. педиатр. мед. ун-т (Россия, 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2); e-mail: vmeda-ev@mail.ru; ORCID: 0000-0002-8435-7562;

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

Леонович Александр Петрович – канд. мед. наук, доц. каф. психофизиологии, Ин-т прикладного психоанализа и психологии Ун-та при МПА ЕврАзЭС (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Смольячкова, д. 14, к. 1); e-mail: leckar@inbox.ru; ORCID: 0000-0002-9633-2602;

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

Исключению подлежали респонденты в возрасте моложе 18 лет, пациенты старше 65 лет, а также пациенты, страдающие онкологическими болевыми синдромами и болевыми синдромами психогенной природы, возникновение которых обусловлено наличием психологического конфликта, а не повреждениями соматических или висцеральных органов или структур соматосенсорной нервной системы.

Статистический анализ включал в себя метод ранговой корреляции Спирмена, а также сопоставление показателей с использованием G-критерия знаков.

Результаты. Полученные результаты свидетельствуют о высоком уровне тревожности и депрессии у пациентов, предъявляющих жалобы на боль. Показатели тревожности таких пациентов находятся в диапазоне от повышенного до высокого уровня. Показана статистически значимая ($p \leq 0,01$) корреляционная связь уровня боли, определенного с применением визуальной аналоговой шкалы (VAS), и показателей тревожности, депрессии и стресса пациентов.

Лечение включало в себя проведение лекарственной терапии в комплексе с применением реабилитационного комплекса физиотерапевтического и психотерапевтического воздействия.

Сопоставление показателей уровней тревожности, депрессии и стресса до и после применения лечения с использованием G-критерия знаков подтверждает наличие статистически значимой ($p \leq 0,01$) разницы в значениях тревожности, депрессии и стресса до и после лечения, что доказывает эффективность проводимой терапии.

Заключение. Можно сделать вывод об эффективности применения методики лечения, включающей в себя, наряду с проведением медикаментозного и физиотерапевтического лечения, методики психотерапевтического воздействия (аутогенные тренировки по методу И. Шульца, метод прикладной релаксации, основанный на методике Э. Джейкобсона в редакции Ларса-Горана Оста), в коррекции сопутствующих основному заболеванию негативных психологических состояний (повышенной тревожности, депрессии, стресса). Данные выводы подкрепляются результатами использования математико-статистического G-критерия знаков, подтверждающими наличие статистически значимой разницы ($p \leq 0,01$) между показателями тревожности, депрессии и стресса до и после проведенного лечения.

Показатели психологического состояния у всех пациентов, предъявляющих жалобы на болевые ощущения, имели повышенные значения (умеренно повышенные и высокие). Соответственно, вне зависимости от формы и анамнеза заболевания необходимо включать в программу лечения и реабилитации пациентов с острой болью методы психологического воздействия.

Ключевые слова: болевой синдром, психологическое состояние, тревожность, стресс, депрессия, хроническая боль, дорсопатия.

Введение

Болевой синдром является одной из основных медицинских и социально-экономических проблем в мире, поскольку около половины населения земного шара испытывает хронические или возобновляющиеся в виде рецидивов боли. Боль сопровождает около 70 % всех заболеваний и патологических состояний [21].

Хроническая боль лидирует также и среди причин обращения за медицинской помощью [12, 15, 16].

В Великобритании около 30 % обращающихся за лечением к врачам общей практики предъявляют жалобы на боль, в частности на болевые ощущения в области спины и конечностей [6].

По данным O. Airaksinen, J.I. Brox, C. Cedraschi и коллег (2006), до 80 % населения Земли в течение жизни сталкиваются, хотя бы однократно, с болевыми ощущениями, при этом каждый год, в зависимости от принадлежности к той или иной этнической группе, с жалобами на боль обращается до 25–60 % населения [13].

Ежегодно на лечение болевых синдромов и компенсацию вызванных ими дней нетрудоспособности в Европе затрачивают более 300 млрд. евро, в США – до 635 млрд. долларов [17].

В России, по данным проведенного исследования с участием 2521 респондента, 88,1 % пациентов предъявляли жалобы на хроническую боль, при этом более 60 % респондентов

заявили, что регулярно принимают анальгетики [5].

По данным министерства здравоохранения Российской Федерации, доля населения старших возрастных групп, страдающего хронической болью, в нашей стране достигает 86 % [2].

В московском регионе более 24 % всех обратившихся за медицинской помощью в поликлиники города и области предъявляли жалобы на боль; в течение года боль беспокоила более половины (52,9 %) опрошенных пациентов [6].

Таким образом, боль следует рассматривать в качестве как существенного экономического бремени для отдельного человека и для общества в целом, так и фактора ограничения или полной утраты трудоспособности, снижения качества жизни и повышения риска преждевременной смерти [4].

Отдельно отметим, что болевые ощущения, являясь трудно интерпретируемыми симптомами, встречающимися в медицинской практике, представляют собой существенную медико-социальную проблему [11].

В дополнение к этому необходимо подчеркнуть и наличие выраженного психотравмирующего влияния боли на личность, приводящего к изменению привычного уклада жизни пациента [23].

Длящаяся в течение продолжительного времени боль, ограничивающая подвижность пациента, вносящая коррективы в стиль его жизни, а также страх перед дальнейшим ухудшением своего физического состояния являясь причинами дополнительного стресса [22].

При этом отмечается, что у больных с выраженным катастрофическим мышлением интенсивность боли выше, по сравнению с лицами, у которых тенденция к катастрофизации отсутствует [26].

Хроническая боль сочетается с рядом психогенных расстройств: в частности, у 60 % пациентов с хронической болью выявлены достоверные клинические признаки депрессивного расстройства [25].

Болевой синдром является также предиктором формирования так называемого бо-

левого поведения, которое возможно определить как психопатологическое состояние, значительно снижающие качество жизни пациентов [18].

Поскольку феномен боли представляет собой сложный многоуровневый психофизиологический процесс, в его патогенез и клинические проявления весомый вклад вносят также психологические нарушения [8].

Так как проблема боли остается актуальной, необходимо уделять пристальное внимание изучению факторов риска возникновения боевого синдрома, среди которых существенную роль играют психосоциальные факторы, такие как стресс, депрессия и тревожность, пассивные стратегии преодоления боли (ограничение активности, чрезмерный прием анальгетиков), производственные, семейные или социальные проблемы, нарушение сна [7, 14, 24].

Тот факт, что боль представляет собой субъективный феномен, определяет отсутствие прямой связи ее выраженности с интенсивностью ноцицептивного афферентного потока. Восприятие боли зависит в том числе и от психологического состояния человека [3].

Болевые ощущения могут сохранять также и за счет предполагаемых неприятных последствий повреждения, которые часто преувеличиваются, а в ряде случаев и чрезмерно драматизируются пациентом. Убеждения больного, его индивидуальные стратегии преодоления, а также отношение к лечению влияют как на интенсивность боли, так и на эффективность терапии [3].

Поэтому в рамках биопсихосоциальной модели боль рассматривается как результат двустороннего динамического взаимодействия биологических (нейрофизиологических процессов кодирования и передачи ноцицептивных стимулов) и психосоциальных факторов. В соответствии с данной моделью болевые ощущения изменяются в зависимости от отношения человека к происходящим событиям [3].

Цель – оценка особенностей психологического состояния пациентов с хронической болью при шейно-грудной дорсопатии (ШГД).

Материалы и методы

Проводилось исследование уровня тревожности, депрессии и стресса у пациентов, предъявляющих жалобы на длительные болевые ощущения.

Все участники исследования проходили неврологический осмотр по стандартной методике, было проведено тестирование с применением визуально-аналоговой шкалы.

В исследовательскую группу вошли пациенты ($n = 220$), мужчины и женщины, в возрасте от 23 до 63 лет, с диагностированной хронической болью, страдающие шейно-грудной дорсопатией.

Критерии включения: задокументированные взрослые пациенты в возрасте от 18 до 65 лет, предъявляющие жалобы на боль, присутствующую на момент исследования на протяжении 12 и более недель, у которых оценивались уровни тревоги, стресса и депрессии, выявленные при использовании методики «Опросник дистресса, депрессии, тревоги и соматизации», и их соотношение с хронической болью.

Исключению подлежали респонденты в возрасте моложе 18 лет, пациенты старше 65 лет, а также пациенты, страдающие онкологическими болевыми синдромами и болевыми синдромами психогенной природы, возникновение которых обусловлено наличием психологического конфликта, а не повреждениями соматических или висцеральных органов или структур соматосенсорной нервной системы. Локализация психогенной боли, как правило, не соответствует зонам

иннервации и особенностям строения тканей, поражение которых возможно было бы рассматривать в качестве причины болевых ощущений.

Статистический анализ включал сравнительную оценку интенсивности болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале; оценку уровней тревожности, депрессии и стресса у пациентов до начала применения лечения, включающего в себя методы психотерапевтического воздействия, с использованием теста ранговой корреляции Спирмена; а также сопоставление показателей уровней тревожности, депрессии и стресса с использованием G-критерия знаков до и после лечения.

Результаты

Результаты оценки выраженности болевого синдрома с применением визуальной аналоговой шкалы (VAS) приведены в таблице 1.

Средние значения соответствуют следующим определениям ряда дескрипторов: сильная боль (4,8) для неосложненной формы ШГД и очень сильная боль (8,3) для осложненной формы соответственно.

Средние значения уровня стресса, определяемые по методике «Опросник дистресса, депрессии, тревоги и соматизации», представлены в таблице 2.

Среднее значение уровня стресса у респондентов в группе с неосложненными формами ШГД соответствуют умеренно повышенному уровню стресса, у пациентов

Таблица 1

Оценка выраженности болевого синдрома у пациентов

Патогенетические формы ШГД	Среднее значение интенсивности боли по VAS, баллы
Неосложненные формы	$4,8 \pm 2,0$
Осложненные формы	$8,3 \pm 1,7$

Таблица 2

Оценка уровня стресса у пациентов

Патогенетические формы ШГД	Среднее значение уровня стресса, баллы
Неосложненные формы	$19,5 \pm 5,0$
Осложненные формы	$24,2 \pm 5,0$

Таблица 3

Оценка уровня депрессии у пациентов

Патогенетические формы ШГД	Среднее значение уровня депрессии, баллы
Неосложненные формы	7,0 ± 1,8
Осложненные формы	7,6 ± 2,3

Таблица 4

Оценка уровня тревожности пациентов

Патогенетические формы ШГД	Среднее значение уровня тревожности, баллы
Неосложненные формы	15,7 ± 3,3
Осложненные формы	16,8 ± 3,5

с осложненной формой отмечается высокий уровень стрессовой реакции организма.

Средние значения уровня депрессии представлены в таблице 3.

Средние значения уровня депрессии у респондентов с неосложненной и осложненной формами относятся к высокому уровню.

Средние значения уровня тревожности респондентов представлены в таблице 4.

Средние значения уровня тревожности респондентов с неосложненной и осложненной формами также относятся к высокому уровню.

Отдельно следует заметить, что при проведении исследования ни у одного из его участников (220 пациентов, испытывающих боль в момент исследования) не были выявлены нормальные уровни тревожности, депрессии или стресса.

Для определения взаимовлияния уровня испытываемой боли и уровней тревожности, депрессии и стресса пациентов проводился

корреляционный анализ с использованием теста ранговой корреляции Спирмена.

Показано, что существует статистически значимая ($p \leq 0,01$) взаимосвязь между интенсивностью боли и уровнями стресса, депрессии и тревожности (таблицы 5, 6).

Для неосложненных форм ШГД при критических значениях для $n = 122$:

N	P	
	0,05	0,01
122	0,2	0,25

При осложненных болевых синдромах при критических значениях для $n = 98$:

N	P	
	0,05	0,01
98	0,21	0,27

Таким образом, результаты исследования подтверждают наличие значимой ($p \leq 0,01$) корреляционной связи между уровнем боли и показателями психологического состояния

Таблица 5

Результат корреляционного анализа показателей психологического состояния пациента и уровня боли для неосложненных форм болевого синдрома

	Стресс	Депрессия	Тревожность
Уровень боли по шкале VAS	0,903**	0,814**	0,780**

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

Таблица 6

Результат корреляционного анализа показателей психологического состояния пациента и уровня боли для осложненных форм болевого синдрома

	Стресс	Депрессия	Тревожность
Уровень боли по шкале VAS	0,743**	0,641**	0,718**

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

пациента (уровнем тревожности, стресса, депрессии) в случае боли, обусловленной как осложненными, так и неосложненными формами ШГД.

Основываясь на полученных данных, следует заключить, что в терапии боли показано, наряду с проведением лекарственной терапии и проведением физиотерапевтического лечения, осуществление комплексного психотерапевтического воздействия.

Лечение ШГД включало в себя проведение лекарственной терапии в комплексе с применением реабилитационного комплекса физиотерапевтического и психотерапевтического воздействия.

Методики психотерапевтического воздействия предполагали применение аутогенной тренировки по методу И. Шульца и метода прикладной релаксации, основанного на методике Э. Джейкобсона в редакции Ларса-Горана Оста.

Выбор методик определялся возможностью достижения пациентами состояния релаксации в максимально короткие сроки, а также возможностью обучения их самостоятельному применению данных техник [1]. Сеансы продолжительностью до 35 минут проводились в утреннее время, 3–4 раза в неделю.

При проведении аутогенной тренировки по методу И. Шульца (с последующим обучением самостоятельному проведению техник) разъяснялась цель проводимых действий, заключающаяся в ослаблении либо купировании болевых ощущений путем самовнушения [9].

Также использовалась техника прикладной мышечной релаксации, основанная на методе прогрессивной релаксации Э. Джейкобсона, в авторской разработке Ларса-Горана Оста [20].

По Э. Джейкобсону, каждая область головного мозга связано функциониру-

ет с периферическим нейромускулярным аппаратом, образуя при этом церебронейромускулярный круг [19]. Терапевтическое воздействие оказывается путем «расслабления» периферического звена данного круга, поэтому данный метод относят к методам физиологической психокоррекции.

При проведении сеанса мышечной релаксации пациент обучался в состоянии покоя произвольно расслаблять поперечнополосатые мышцы. Затем перед пациентом ставилась задача достигать мышечного расслабления в более короткий срок (в конце курса – около 30 секунд). На финальном этапе отрабатывалась способность к быстрому мышечному расслаблению в стрессовой ситуации при обнаружении ее первых признаков (усиления сердцебиения, учащения дыхания и т.д.). Длительность курса зависела от скорости освоения пациентом техник релаксации.

Результаты повторно проведенного исследования психологического состояния пациентов по окончании курса лечения по оригинальной методике представлены в таблице 7.

У пациентов с осложненными формами ШГД после проведенного лечения среднее значение уровня стресса составляет 14,95 ($\pm 3,07$) балла, а среднее значение уровня депрессии – 2,70 ($\pm 1,47$) балла, что соответствует умеренно повышенным уровням показателей. При этом средний уровень тревожности (6,58 ($\pm 2,08$) балла) соответствует нормальному значению данного показателя.

У пациентов с неосложненными формами после лечения среднее значение уровня стресса составляет 10,24 ($\pm 3,76$) балла, что соответствует нормальному значению данного показателя. Средние значения уровня депрессии (2,19 ($\pm 1,34$) балла), а также уровня тревожности (8,80 ($\pm 3,64$) балла) относятся

Таблица 7

Оценка уровней стресса, депрессии и тревоги у пациентов после проведенной терапии

Патогенетические формы ШГД	Средние значения уровней, баллы		
	Стресс	Депрессия	Тревожность
Неосложненные формы	10,24 \pm 3,76	2,19 \pm 1,34	8,80 \pm 3,64
Осложненные формы	14,95 \pm 3,07	2,70 \pm 1,47	6,58 \pm 2,08

к пограничному значению показателей – между нормальным и умеренно повышенным.

Сопоставление показателей уровней тревожности, депрессии и стресса до и после применения оригинальной методики лечения с использованием G-критерия знаков подтверждает наличие статистически значимой ($p \leq 0,01$) разницы в значениях как тревожности и депрессии, так и стресса: $G_{\text{эмп}} = 0 < G_{\text{кр}} = 37$ (для $n = 98$ – осложненные формы ШГД) и $G_{\text{эмп}} = 0 < G_{\text{кр}} = 46$ (для $n = 122$ – неосложненные формы).

Заключение

Таким образом, можно сделать вывод об эффективности применения в плане коррекции сопутствующих основному заболеванию негативных психологических состояний (повышенной тревожности, депрессии, стресса) методики лечения дорсопатии, включающей в себя, наряду с проведением медикаментозного лечения и физиотерапевтического лече-

ния, методики психотерапевтического воздействия (аутогенные тренировки по методу И. Шульца, метод прикладной релаксации, основанный на методике Э. Джейкобсона, в редакции Ларса-Горана Оста). Данные выводы подкрепляются результатами использования математико-статистического G-критерия знаков, подтверждающими наличие статистически значимой разницы ($p \leq 0,01$) между показателями тревожности, депрессии и стресса до и после проведенного лечения.

Отдельно следует отметить, что показатели психологического состояния у *всех* пациентов, предъявляющих жалобы на болевые ощущения, демонстрировали повышенные (в диапазоне умеренно повышенных и повышенных) значения.

Полагаем, что результаты исследования свидетельствуют о необходимости включения в программу лечения и реабилитации пациентов с острой болью методов психологического воздействия, вне зависимости от формы и анамнеза заболевания.

Литература

1. Ветрова Т.В. Роль техники прикладной релаксации в проведении комплексной психологической коррекции тревожности. Психофизиологические и медико-социальные аспекты прикладных научных исследований. Санкт-Петербург, 26 апреля 2022 года. СПб.: Ун-т при МПА ЕврАзЭС; 2022. С. 18–22. URL: <https://elibrary/item.asp?id=48724065> (дата обращения: 12.08.2024).
2. Клинические рекомендации «Хроническая боль у пациентов пожилого и старческого возраста» (пересмотрены в 2020 г.). URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/616_1 (дата обращения: 06.04.2022).
3. Кукушкин М.Л. Хроническая боль // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2010. № 3. С. 80–86. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/hronicheskaya-bol> (дата обращения: 26.07.2024).
4. Ловчев И.М., Шмидт Д.А., Сорокина Д.А. [и др.]. Катастрофизация и хроническая боль: современный взгляд на проблему // Российский журнал боли. 2023. Т. 21, № 1. С. 60–72.
5. Медведева Л.А., Загоруйко О.И., Гнездилов А.В. Хроническая боль: эпидемиология и социально-демографические характеристики пациентов Клиники боли Центра хирургии. Клиническая и экспериментальная хирургия // Журнал им. акад. Б.В. Петровского. 2016. Т. 4, № 3. С. 36–43.
6. Парфёнов В.А. Комитет по боли в спине // Opinion Leader. 2019. № 6(24). С. 20–22. URL: <https://elibrary.ru/contens.asp?id=44131309> (дата обращения: 11.08.2024).
7. Пшенникова М.Г., Смирнова В.С., Графова В.Н. [и др.]. Устойчивость к развитию невропатического болевого синдрома у крыс линии август и популяции вистар, обладающих разной врожденной устойчивостью к стрессовому воздействию // Боль. 2008. № 2. С. 13–16.
8. Рачин А.П., Шаров М.Н., Аверченкова А.А. [и др.]. Хроническая боль: от патогенеза к инновационному лечению // РМЖ (Русский медицинский журнал). 2017. № 9. С. 625–631.
9. Шульц И.Г. Аутогенная тренировка. М.: Медицина, 1985. 32 с.
10. Яковлев Е.В., Ветрова Т.В., Гневышев Е.Н. [и др.]. Стресс. Медико-психологические основы: учебное пособие. СПб.: ИИУНЦ «Стратегия будущего», 2023. 162 с.
11. Яковлев Е.В., Живолупов С.А., Гневышев Е.Н. [и др.]. Общая характеристика и особенности применения нестероидных противовоспалительных препаратов при лечении дорсопатий в клинической практике (обзор литературы) // Медицинский совет. 2022. № 23. С. 68–77. DOI:10.21518/2079-701X-2022-16-23-68-77

12. Яхно Н.Н., Кукушкин М.Л., Чурюканов М.В. [и др.]. Результаты открытого мультицентрового исследования «Меридиан» по оценке распространенных болевых синдромов в амбулаторной практике и терапевтических предпочтений врачей // *Российский журнал боли*. 2012. № 3. С. 10–14.
13. Airaksinen O., Brox J.I., Cedraschi C. [et al.]. European Guidelines for the Management of Chronic Non-Specific Low Backpain // *Eur. Spine J*. 2006. Vol. 2. Pp. 192–300. DOI: 10.1007/s00586-006-1072-1.
14. Bernatsky S., Dobkin P. L., De Civita M. [et al.]. Comorbidity and Physician Use in Fibromyalgia // *Swiss Med. Wkly*. 2005. Vol. 135. Pp. 76–81.
15. Cáceres-Matos R., Gil-García E., Cabrera-León A. [et al.]. Factors that Influence Coping with Chronic Noncancer Pain in European Countries: A Systematic Review of Measuring Instruments // *Pain Management Nursing*. 2020. Vol. 21(2). Pp. 123–133. DOI: 10.1016/j.pmn.2019.06.010
16. Casati A., Sedefov R., Pfeiffer-Gerschel T. Misuse of Medicines in the European Union: A Systematic Review of the Literature // *European Addiction Research*. 2012. Vol. 18, No. 5. Pp. 228–245. DOI: 10.1159/000337028
17. Gaskin D.J., Richard P. The Economic Costs of Pain in the United States // *Journal of Pain*. 2012. Vol. 13(8). Pp. 715–724. DOI: 10.1016/j.jpain.2012.03.009
18. Hadi M.A., McHugh G.A., Closs S.J. Impact of Chronic Pain on Patients' Quality of Life: A Comparative Mixed-Methods Study // *J. Patient Exp*. 2019. Vol. 6(2). Pp. 133–141. DOI: 10.1177/2374373518786013
19. Jacobson E. *Progressive Relaxation*. 2nd ed. Chicago: University of Chicago Press, 1938. 493 c.
20. Lars-Goran Ost. *Applied Relaxation: Description of a Coping Technique and Review of Controlled Studies* // *Behaviour Research and Therapy*. 1987. Vol. 25(5). Pp. 397–409.
21. Mantyselka P., Kumpusalo E., Ahonen R. [et al.]. Pain as a Reason to Visit the Doctor: A Study in Finish Primary Health Care // *Pain*. 2001. Vol. 89(2-3). Pp. 175–180.
22. McCaul K.D., Malott J.M. Distraction and Coping with Pain // *Psychol. Bull*. 1984. Vol. 95. Pp. 516–533. DOI: 10.1037/0033-2909.95.3.516
23. Qaseem A., Wilt T.J., McLean R.M. [et al.]. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians // *Ann. Intern. Med*. 2017. Vol. 166, No. 7). Pp. 514–530. DOI:10.7326/M16-2367
24. Ritzwoller D.P., Crounse L., Shetterly S. [et al.]. The Association of Comorbidities, Utilization and Costs for Patients Identified with Low Back Pain // *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2006. Vol. 7. Pp. 72–82.
25. Roughan W.H., Campos A.I., García-Marín L.M., [et al.]. Comorbid Chronic Pain and Depression: Shared Risk Factors and Differential Antidepressant Effectiveness // *Front Psychiatry*. 2021. Vol. 12. P. 643609. DOI:10.3389/fpsyt.2021.643609
26. Von Roenn J., Paice J.A., Preodor M.E. *Current Diagnosis & Treatment of Pain*. Lange Medical books McGraw-Hill Medical Pub. Division, 2006. 364 p.

Поступила 11.09.2024

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

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

Для цитирования. Ветрова Т.В., Яковлев Е.В., Леонтьева М.О., Леонович А.П., Трохманенко С.В. Оценка психологического состояния пациентов при болевом синдроме // *Вестник психотерапии*. 2025. № 93. С. 34–44. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-93-34-44

T.V. Vetrova^{1, 2}, E.V. Yakovlev^{1, 3}, M.O. Leonteva¹,
A.P. Leonovich¹, S.V. Trokhmanenko¹

Assessment of the Psychological State of Patients in the Process of Pain Treatment

¹ Institute of Applied Psychoanalysis and Psychology of the University the IPA EurAsEC
(14, build. 1, Smolyachkova Str., St Petersburg, Russia);

² Museum of the History of the Submarine Forces of Russia named after A.I. Marinesko
(83, Kondratievsky Ave., St. Petersburg, Russia);

³ St. Petersburg State Pediatric Medical University (2, Litovskaya Str., St. Petersburg, Russia)

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

Evgeny Vasilyevich Yakovlev – PhD. Med. Sci. Associate Prof., Associate Prof., Institute of Applied Psychoanalysis and Psychology of the University the IPA EurAsEC (14, build. 1, Smolyachkova Str., St. Petersburg, 194044, Russia); Associate Prof., Department of Medical Rehabilitation and Sports Medicine, St. Petersburg State Pediatric Medical University (2, Litovskaya Str., St. Petersburg, 194100, Russia); e-mail: vmeda-ev@mail.ru, ORCID: 0000-0002-8435-7562;

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

Aleksandr Petrovich Leonovich – PhD. Med. Sci., Associate Prof., Department of Psychophysiology, Institute of applied psychoanalysis and psychology of the University the IPA EurAsEC (14, build. 1, Smolyachkova Str., St. Petersburg, 194044, Russia); e-mail: lekar@inbox.ru, ORCID: 0000-0002-9633-2602;

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

Abstract

Relevance. Pain is one of the major medical and socio-economic problems in the world. Since the problem of pain remains relevant, it is necessary to pay close attention to the study of risk factors for the occurrence of combat syndrome, among which psychosocial factors play a significant role, such as stress, depression, anxiety and other factors.

Intention. The purpose of the study is to assess the characteristics of the psychological state of patients in the process of complex treatment of pain syndrome.

Materials and methods. A study was conducted to evaluate the levels of anxiety, depression, and stress in patients reporting prolonged pain sensations. All study participants underwent a neurological examination using standard methods, and testing was performed using a visual analogue scale (VAS).

The study group included patients (n = 220), men and women, aged from 23 to 63 years, with diagnosed pain in the cervical and thoracic spine.

Inclusion criteria: documented adult patients aged 18 to 65 years with complaints of pain present at the time of the study, who had their levels of anxiety, stress and depression assessed using the Distress, Depression, Anxiety and Somatization Questionnaire, and their relationship with chronic pain.

Exclusions included respondents under the age of 18 years, patients over 65 years of age, as well as patients suffering from cancer pain syndromes and pain syndromes of a psychogenic nature, the occurrence of which is due to the presence of a psychological conflict, and not damage to somatic or visceral organs or structures of the somatosensory nervous system.

Statistical analysis included a comparative assessment of the Spearman rank correlation test, the G-sign test.

Results. The results obtained indicate a high level of anxiety and depression in patients complaining of pain. The anxiety levels of such patients range from elevated to high levels. A statistically significant ($p \leq 0.01$) correlation between the level of pain determined using VAS and indicators of anxiety, depression and stress in patients was shown.

The cervical dorsopathy therapy carried out included drug therapy in combination with the use of a rehabilitation complex of physiotherapeutic and psychotherapeutic influences.

A comparison of indicators of anxiety, depression and stress levels before and after application of the treatment method using the Sign G test confirms the presence of a statistically significant ($p \leq 0.01$) difference in the values of anxiety, depression and stress before and after treatment, which proves the effectiveness of the therapy.

Conclusion. The study confirms the effectiveness of a treatment approach that integrates psychotherapeutic interventions (including autogenic training by J. Schultz and applied relaxation therapy based on E. Jacobson's method, adapted by Lars-Göran Öst) alongside pharmacological and physiotherapeutic treatment in addressing the psychological distress (anxiety, depression, and stress) associated with pain syndrome. These conclusions are supported by the results of using the mathematical-statistical G-Sign test, confirming the presence of a statistically significant difference ($p \leq 0.01$) between indicators of anxiety, depression and stress before and after treatment. Indicators of psychological state in all patients complaining of pain showed increased values (moderately increased and high values). Accordingly, it is necessary, regardless of the form and history of the disease, to include methods of psychological influence in the treatment and rehabilitation program for patients with acute pain.

Keywords: pain syndrome, psychological state, anxiety, stress, depression, chronic pain, dorsopathy.

References

1. Vetrova T.V. Rol' tekhniki prikladnoj relaksatsii v provedenii kompleksnoj psihologicheskoy korektsii trevozhnosti [The role of applied relaxation techniques in complex psychological correction of anxiety.]. *Psihofiziologicheskie i mediko-social'nye aspekty prikladnykh nauchnykh issledovaniy* [Psychophysiological and medical-social aspects of applied scientific research]. Sankt-Petersburg, 2022. Pp. 18–22. URL: <https://elibrary/item.asp?id=48724065> (In Russ.)
2. Klinicheskie rekomendatsii «Hronicheskaya bol' u pacientov pozhilogo i starcheskogo vozrasta» (peresmotreny v 2020 g.) [Clinical guidelines "Chronic pain in elderly and senile patients" (revised in 2020)]. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/616_1 (In Russ.)
3. Kukushkin M.L. Hronicheskaya bol' [Chronic pain]. *Nevrologiya, nejropsihiatriya, psihosomatika*. [Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics]. 2010; (3): 80–86. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/hronicheskaya-bol>. (In Russ.)
4. Lovchev I.M., Schmidt D.A., Sorokina D.A., Churyukanov M.V. Katastrofizatsiya i hronicheskaya bol': sovremennyy vzglyad na problemu [Catastrophization and chronic pain: a modern view of the problem]. *Rossiyskiy zhurnal boli* [Russian Journal of Pain]. 2023; (21(1)): 60–72. (In Russ.)
5. Medvedeva L.A., Zagorulko O.I., Gnezdilov A.V. Hronicheskaya bol': epidemiologiya i social'no-demograficheskie harakteristiki pacientov Kliniki boli Centra hirurgii. Klinicheskaya i eksperimental'naya hirurgiya [Chronic pain: epidemiology and socio-demographic characteristics of patients at the Pain Clinic of the Surgery Center. Clinical and experimental surgery]. *Zhurnal im. akad. B.V. Petrovskogo*. [Journal named after acad. B.V. Petrovsky]. 2016; (4(3)): 36–43. (In Russ.)
6. Parfenov V.A. Komitet po boli v spine [Back Pain Committee]. *Opinion Leader*. 2019; (6(24)): 20–22. <https://elibrary.ru/contens.asp?id=44131309> (In Russ.)
7. Pshennikova M.G., Smirnova V.S., Grafova V.N. [et al.]. Ustojchivost' k razvitiyu nevropaticheskogo bolevogo sindroma u krysa linii avgust i populatsii vistar, obladayushchih raznoy vrozhdennoy ustojchivost'yu k stressovomu vozdeystviyu [Resistance to the development of neuropathic pain syndrome in August rats and the Wistar population, which have different innate resistance to stress]. *Bol' [Pain]*. 2008; (2): 13–16. (In Russ.)
8. Rachin A.P., Sharov M.N., Averchenkova A.A., Vygovskaya S.N., Nuvakhova M.B. Hronicheskaya bol': ot patogeneza k innovacionnomu lecheniyu. [Chronic pain: from pathogenesis to innovative treatment]. *Russkiy medicinskiy zhurnal* [Russian Medical Journal]. 2017; (9): 625–631. (In Russ.)
9. Shultz I.G. Autogennaya trenirovka [Autogenic training]. Moscow, 1985. 32 p. (In Russ.)
10. Yakovlev E.V., Vetrova T.V., Gnevyshev E.N. [et al.]. Stress. Mediko-psihologicheskie osnovy: uchebnoe posobie [Stress. Medical and psychological foundations: Textbook]. Sankt-Petersburg, 2023. 162 p. (In Russ.)

11. Yakovlev E.V., Zhivolupov S.A., Gnevyshev E.N., Vetrova T.V. Obshchaya harakteristika i osobennosti primeneniya nesteroidnykh protivovospalitel'nykh preparatov pri lechenii dorsopatij v klinicheskoy praktike (obzor literatury) [General characteristics and features of the use of non-steroidal anti-inflammatory drugs in the treatment of dorsopathies in clinical practice (literature review)]. *Meditsinskij sovet* [Medical Council]. 2022; (16(23)): 68–77. DOI: 10.21518/2079-701X-2022-16-23-68-77 (In Russ.)
12. Yakhno N.N., Kukushkin M.L., Churyukanov M.V., Syrovegin A.V. Rezul'taty otkrytogo mul'ticentrovogo issledovaniya «Meridian» po ocenke rasprostranennykh bolevykh sindromov v ambulatornoj praktike i terapevticheskikh predpochtenij vrachej [Results of the open multicenter study “Meridian” assessing common pain syndromes in outpatient practice and therapeutic preferences of doctors]. *Rossijskij zhurnal boli* [Russian Journal of Pain]. 2012; (3): 10–14. (In Russ.)
13. Airaksinen O., Brox J.I., Cedraschi C. [et al.]. European Guidelines for the Management of Chronic Non-Specific Low Backpain. *Eur Spine J*. 2006; 2: 192–300. DOI: 10.1007/s00586-006-1072-1.
14. Bernatsky S., Dobkin P.L., De Civita M. [et al.]. Comorbidity and Physician Use in Fibromyalgia. *Swiss Med Wkly*. 2005; 135: 76–81.
15. Cáceres-Matos R., Gil-García E., Cabrera-León A. [et al.]. Factors that Influence Coping with Chronic Noncancer Pain in European Countries: A Systematic Review of Measuring Instruments. *Pain Management Nursing*. 2020; 21(2): 123–133. DOI: 10.1016/j.pmn.2019.06.010
16. Casati A., Sedefov R., Pfeiffer-Gerschel T. Misuse of Medicines in the European Union: A Systematic Review of the Literature. *European Addiction Research*. 2012; 18(5): 228–245. DOI: 10.1159/000337028
17. Gaskin D.J., Richard P. The Economic Costs of Pain in the United States. *Journal of Pain*. 2012; 13(8): 715–724. DOI: 10.1016/j.jpain.2012.03.009
18. Hadi M.A., McHugh G.A., Closs S.J. Impact of Chronic Pain on Patients' Quality of Life: A Comparative Mixed-Methods Study. *J Patient Exp*. 2019; 6(2): 133–141. DOI: 10.1177/2374373518786013.
19. Jacobson E. *Progressive Relaxation*. 2nd ed. Chicago: University of Chicago Press, 1938. 493 p.
20. Lars-Goran Ost. *Applied Relaxation: Description of a Coping Technique and Review of Controlled Studies*. *Behaviour Research and Therapy*. 1987; 25(5): 397–409.
21. Mantyselka P., Kumpusalo E., Ahonen R. [et al.]. Pain as a Reason to Visit the Doctor: A Study in Finish Primary Health Care. *Pain*. 2001; 89(2-3): 175–180.
22. McCaul K.D., Malott J.M. Distraction and Coping with Pain. *Psychol. Bull.* 1984; 95: 516–533. DOI: 10.1037/0033-2909.95.3.516
23. Qaseem A., Wilt T.J., McLean R.M. [et al.]. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2017; 166(7): 514–530. DOI: 10.7326/M16-2367.
24. Ritzwoller D.P., Crounse L., Shetterly S. [et al.]. The Association of Comorbidities, Utilization and Costs for Patients Identified with Low Back Pain. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2006; 7: 72–82.
25. Roughan W.H., Campos A.I., García-Marín L.M. [et al.]. Comorbid Chronic Pain and Depression: Shared Risk Factors and Differential Antidepressant Effectiveness. *Front Psychiatry*. 2021; 12: 643609. DOI: 10.3389/fpsyt.2021.643609.
26. Von Roenn J., Paice J.A., Preodor M.E. *Current Diagnosis & Treatment of Pain*. Lange Medical books McGraw-Hill Medical Pub. Division, 2006. 364 p.

Received 11.09.2024

For citing: Vetrova T.V., Yakovlev E.V., Leont'eva M.O., Leonovich A.P., Trokhmanenko S.V. Otsenka psikhologicheskogo sostoyaniya patsientov pri bolevom sindrome. *Vestnik psikhoterapii*. 2025; (93): 34–44. (In Russ.)

Vetrova T.V., Yakovlev E.V., Leonteva M.O., Leonovich A.P., Trokhmanenko S.V. Assessment of the psychological state of patients in the process of pain treatment. *Bulletin of Psychotherapy*. 2025; (93): 34–44. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-93-34-44

Т.С. Бузина¹, А.С. Абдуллаева², М.А. Шаповалова²

СВЯЗЬ ТРЕВОЖНОСТИ И ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

¹ Российский университет медицины (Россия, Москва, ул. Долгоруковская, д. 4);

² Астраханский государственный медицинский университет
(Россия, Астрахань, ул. Бакинская д. 121)

Актуальность. Проблема гипертонической болезни связана с высокой распространенностью заболевания, инвалидизацией и смертностью от сердечно-сосудистых осложнений. Повышение уровня приверженности к лечению является сложным и многокомпонентным процессом, поскольку необходимо улучшать процесс лечения больных с учетом их личностных особенностей и психологического статуса.

Цель – оценка взаимосвязи тревожности и приверженности к лечению у больных гипертонической болезнью (ГБ) 2-й и 3-й стадии, составление практических рекомендаций.

Методология. В обследовании приняли участие 300 больных ГБ 2-й и 3-й стадии (средний возраст – $45 \pm 7,4$ года). На момент обследования больные проходили стационарное лечение в частном учреждении здравоохранения «Медико-санитарная часть» (г. Астрахань, Россия) и состояли под наблюдением кардиологов и терапевтов. В исследовании использовались опросные методы, в частности психодиагностические методики КОП-25 «Опросник количественной оценки приверженности лечению» (Н.А. Николаев, Ю.П. Скирденко) и шкала тревоги Спилбергера – Ханина (Charles Spielberger, рос. адаптация: Ю.Л. Ханин). Регистрация эмпирических данных осуществлялась с использованием интернет-сервиса Google Forms. Рассчитывались параметры дескриптивной статистики, линейный коэффициент корреляции и коэффициент ранговой корреляции Спирмена (программа SPSS Statistics V21.0).

Результаты и их анализ. В результате исследования у больных был выявлен низкий уровень общей приверженности к лечению, что означает низкую вовлеченность в выполнение рекомендаций врача в отношении приема лекарственных препаратов, соблюдения диеты и других мер, направленных на изменение образа жизни. У больных гипертонической болезнью установлены высокие значения ситуативной, а также личностной тревожности. В ходе корреляционного анализа установлена обратная взаимосвязь между приверженностью к лечению и ситуативной тревожностью, что необходимо учитывать при контроле эффективности антигипертензивного лечения.

Заключение. Полученные результаты обосновывают необходимость формирования у больных ГБ позитивной приверженности к здоровому образу жизни и лечению. Психокоррекционные мероприятия должны быть направлены на оптимизацию психоэмоционального

Бузина Татьяна Сергеевна – д-р психол. наук доц., зав. каф. общей психологии, Росс. ун-т медицины (Россия, 127006, Москва, ул. Долгоруковская, д. 4); e-mail: tbuzina@gmail.com; ORCID: 0000-00002-8834-251X; SPIN: 5867-0099;

✉ Абдуллаева Алия Салаватовна – канд. психол. наук доц., доц. каф. экономики и управления здравоохранением с курсом последипломного образования, Астраханский гос. мед. ун-т (Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121); e-mail: alya_kubekova@mail.ru; ORCID: 0000-0002-6534-7035, SPIN: 6682-3573;

Шаповалова Марина Александровна – д-р мед. наук проф., проректор по последипломному образованию, зав. каф. экономики и управления здравоохранением с курсом последипломного образования, Астраханский гос. мед. ун-т (Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121); e-mail: mshap67@gmail.com; ORCID: 0000-0002-2559-4648; SPIN: 9989-3343

состояния, снижение тревоги у пациентов. Среди факторов, играющих положительную роль в повышении степени приверженности к лечению, следует выделить: посещение школ здоровья; информирование родственников (с согласия пациента); поощрение к использованию немедикаментозной терапии; психокоррекционные мероприятия, направленные на изменение образа жизни пациента.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, приверженность к лечению, ситуативная тревожность, личностная тревожность, психоэмоциональный статус, комплаентность, методы повышения приверженности к лечению.

Введение

Актуальность исследования обусловлена широкой распространенностью болезней систем кровообращения, в частности характеризующихся повышенным кровяным давлением (гипертонической болезнью (ГБ)), а также высокой смертностью и инвалидизацией населения, которые провоцирует данная группа заболеваний. По данным отчета Федеральной службы государственной статистики (Росстат) «Здравоохранение в России 2023», за два года (2020–2022) в Российской Федерации на 12,71 % увеличилось количество больных ГБ. Увеличилась и частота выявлений – на 25,59 %, а также темпы роста: в 2021 году на 4,63 %, в 2022 году уже на 7,72 % [11]. Сейчас практически каждый восьмой россиянин (12,59 %) имеет проблемы, связанные с повышенным артериальным давлением. У лиц с высоким артериальным давлением в 3–4 раза чаще развивается ишемическая болезнь сердца и в 7 раз чаще – нарушение мозгового кровообращения [16]. Согласно данным исследования лондонского университета Imperial College London и Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) с 1990 по 2019 год количество людей, живущих с ГБ (артериальное давление от 140/90 мм рт. ст. и выше), увеличилось вдвое – с 650 миллионов до 1,3 миллиарда человек. Почти половина больных ГБ в мире еще не знают о своем заболевании [16].

Кроме того, ГБ служит главным фактором риска возникновения ишемической болезни сердца, инсультов головного мозга и инфарктов миокарда [2]. Некоторые авторы указывают на решающее значение для течения и лечения данного заболевания индивидуально-психологических характеристик пациентов [9].

Во многом эффективное лечение ГБ зависит как от правильной и своевременной

постановки диагноза, так и от правильной тактики лечения пациента и его приверженности к лечению. Проведенные исследования доказывают, что больные ГБ с высокой личностной тревожностью более привержены к лечению, чем больные с умеренной тревожностью. Больные ГБ с умеренной личностной тревожностью чаще, чем пациенты с высокой тревожностью, не привержены к лечению [14, 15]. Исследования доказывают, что эмоциональное состояние оказывает влияние на физическое функционирование и качество жизни пациентов [16]. В зависимости от стадии ГБ у больных отмечаются такие психоэмоциональные изменения, как эмоциональная лабильность, повышенная невротизация, ипохондрические черты с фиксацией внимания на состоянии здоровья [4, 8]. В эмпирическом исследовании Дюсеновой Л.Б., Пивинной Л.М., Остроумовой Е. и др. (2018) было обнаружено, что при длительно сохраняющихся высоких показателях тревожности и депрессии наблюдается снижение контроля и приверженности к терапии у пациентов с артериальной гипертензией, которая, в свою очередь, усугубляет психологический статус больных [4]. В работе Макаровой И.А., Цыганкова Б.Д., Логиновой И.С. и др. при изучении психологической структуры больных ГБ показана важная роль таких психопатологических симптомов, как тревога, враждебность, фобическая тревога и психотизм [6]. Клиническая картина индивидуально-психологических характеристик больных со 2-й и 3-й стадией ГБ свидетельствует о влиянии на текущее психологическое состояние высокой сдерживаемой агрессии, высокой ситуативной и личностной тревожности, а также о доминировании неконструктивных стратегий поведения в конфликте [10, 11].

При рассмотрении причин неприверженности к лечению больных ГБ важно учитывать личностные свойства и психоэмоциональное состояние больных. Установлено, что психоэмоциональные расстройства снижают приверженность больных к лечению [5]. Низкая приверженность к лечению ведет не только к различным витальным последствиям в виде снижения качества жизни, но к социальным: увеличению потребности в госпитализации и уровня инвалидизации, ограничению трудоспособности, самообслуживания [3, 4].

Тревожность представляет собой личностную характеристику, которая отражает склонность воспринимать достаточно широкий круг ситуаций как угрожающие, характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями напряжения, беспокойства, озабоченности. Выраженность данной личностной черты способствует значительному психоэмоциональному напряжению пациента, но при этом позволяет оценить его психоэмоциональное состояние в процессе лечения и является одним из наиболее удобных критериев для оценки психотерапевтической коррекции [12, 14].

В связи с недостаточным количеством исследований о влиянии индивидуально-психологических особенностей, психоэмоционального статуса больных ГБ и их приверженности к лечению представляется актуальным проведение исследования, направленного на оценку взаимосвязи психоэмоционального статуса больных ГБ и приверженности к лечению. Имеющиеся исследования показывают, что индивидуальные психологические особенности больных ГБ могут оказывать влияние на прогноз, течение заболевания, а также на его исход. По некоторым данным имеется специфика психологических характеристик пациентов в зависимости от стадии ГБ. В то же время нет достаточного количества комплексных исследований, включающих не только эмоциональные особенности пациентов, но и личностные характеристики и их связь с субъективным восприятием болезни и мотивацией на лечение.

Цель исследования – оценить взаимосвязь тревожности и приверженности к лечению у больных ГБ 2-й и 3-й стадии, предложить практические рекомендации.

Материал и методы

Выборка исследования. Дизайн исследования предполагает анализ психологических особенностей и психоэмоционального статуса больных ГБ. Критериями включения для респондентов были:

1) трудоспособный возраст больных ГБ – от 38 до 62 лет (средний возраст – $45 \pm 7,4$ года);

2) верифицированный диагноз – ГБ 2-й или 3-й стадии. На момент обследования больные проходили стационарное лечение в частном учреждении здравоохранения «Медико-санитарная часть» (ул. Бакинская д. 5, г. Астрахань, Россия) и состояли под наблюдением кардиологов и терапевтов.

Выборку исследования составили 300 человек (75 женщин и 125 мужчин) с диагнозом по МКБ-10 «гипертензивная (гипертоническая) болезнь (I10–I15) 2-й и 3-й стадии», впервые обратившиеся за профессиональной медицинской помощью в ЧУЗ «Медико-санитарная часть». Для 2-й стадии ГБ характерно стойкое повышение артериального давления до уровня 160/110 мм рт. ст. и выше. Для больных ГБ 3-й стадии характерно тяжелое течение, давление повышается до 180/110 мм рт. ст. и выше. Течение ГБ нередко осложняется гипертоническими кризами – быстрым и резким повышением АД. Длительность заболевания в исследуемой выборке пациентов – в интервале от нескольких месяцев до 10 лет, среднее значение – 1,8 года. Средняя продолжительность лечения в стационаре составила 7 дней.

Методики исследования. В качестве методов диагностики психологических особенностей и психоэмоционального статуса больных ГБ использовались опросные методы, в частности психодиагностические методики:

1) КОП-25 «Опросник количественной оценки приверженности лечению» (Н.А. Николаев, Ю.П. Скирденко) [7]. Опрос-

ник КОП-25 позволяет оценить приверженность пациентов: к лекарственной терапии, к медицинскому сопровождению, к модификации образа жизни; интегральную приверженность к лечению [7];

2) шкала тревоги Спилбергера – Ханина (Charles Spielberger, рос. адаптация: Ю.Л. Ханин) [13]. Шкала тревожности Спилбергера – Ханина использовалась для определения у больных уровня реактивной и личностной тревожности. Под тревожностью понимается состояние, выражающееся в повышенной эмоциональной напряженности, сопровождающейся беспокойством, опасениями, страхами, мешающими нормальной деятельности или социальному взаимодействию [16]. Методика Спилбергера – Ханина построена на положении о том, что тревожность является относительно устойчивым персональным характерологическим качеством и может проявляться в двух разновидностях – ситуационной (реактивной) и личностной. Шкала Спилбергера – Ханина состоит из 40 вопросов, в том числе из 20 вопросов, характеризующих реактивную тревожность (опросник А), и еще 20 вопросов, характеризующих личностную тревогу (опросник Б).

Процедура исследования заключалась в индивидуальном опросе респондентов, проводимом в очном формате; среднее время опроса составило 30 минут. Проведение исследования было одобрено этическим комитетом ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» (г. Астрахань, Россия) (№ 8 от 22 декабря

2023 г.). Пациенты были проинформированы о целях и задачах исследования и подписали письменное информированное согласие на участие в данном исследовании. По желанию пациентов по результатам прохождения психологической диагностики была дана обратная связь на индивидуальной консультации. Регистрация эмпирических данных осуществлялась с использованием интернет-сервиса Google Forms.

Анализ данных. В качестве методов статистической обработки эмпирических данных были применены: расчет параметров дескриптивной статистики, линейный коэффициент корреляции и корреляционный анализ с применением критерия ранговой корреляции Спирмена. Используемые средства: статистический анализ результатов исследования будет проводиться с помощью программного пакета Statistica 21.0. Результаты считали статистически значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты их анализ

Количественная оценка приверженности с помощью опросника КОП-25 осуществляется следующим образом: «низкий» уровень приверженности – все показатели находятся в интервале до 50,0 %; «средний» – от 51,0 % до 75,0 %; «высокий» – 76,0 % и более.

По результатам исследования, у большинства респондентов был выявлен низкий уровень общей приверженности лечению (42,04 %) (рис. 1). Наряду с этим, у пациен-

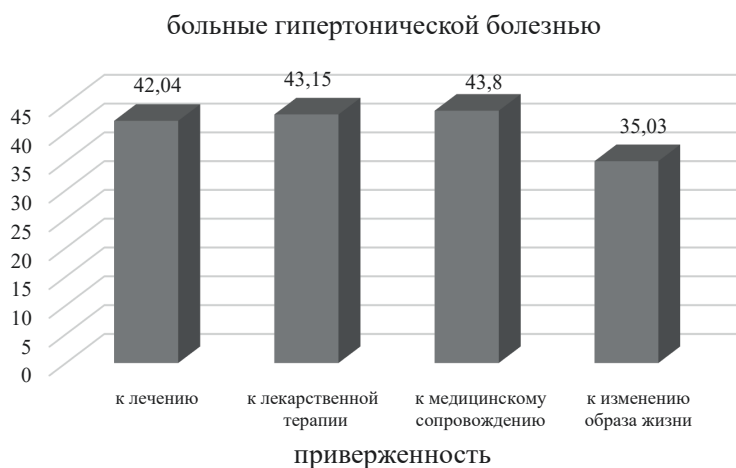


Рис. 1. Средние значения показателей КОП-25 у больных ГБ

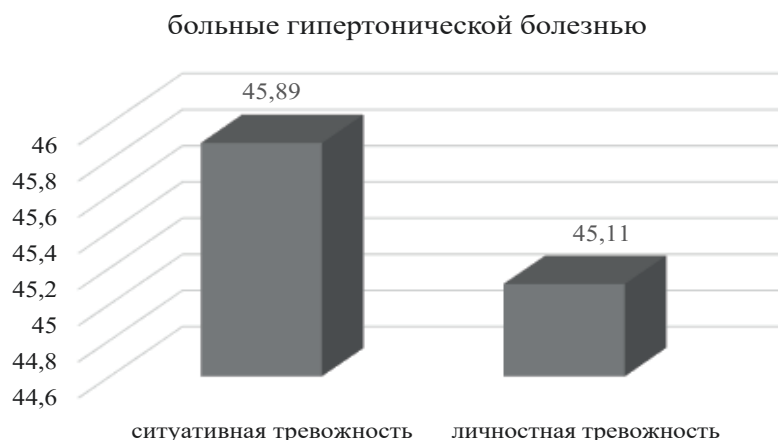


Рис. 2. Средние значения показателей по шкале реактивной и личностной тревожности Спилбергера у больных ГБ

тов с ГБ зафиксированы низкие показатели приверженности к лекарственной терапии (43,15 %), к медицинскому сопровождению (43,8 %) и к изменению образа жизни (35,03 %).

Изучение эмоционального статуса обследуемых пациентов показало у них высокий уровень ситуативной тревожности (рис. 2). Это говорит о том, что у больных ГБ психосоматического профиля наблюдается склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие и реагировать на них состоянием тревоги. Кроме того, у всех больных ГБ зафиксированы симптомы тревоги различной степени выраженности, которые утяжеляют течение болезни, а также способствует более высоким подъемам уровня как систолического, так и диастолического артериального давления. Высокие показатели личностной тревожности выявлены у 45,11 %, что указывает на эмоциональное напряжение, обеспокоенность, нервозность,

связанные с текущей жизненной ситуацией, обусловленной заболеванием.

Таким образом, по результатам психологического тестирования с применением шкалы тревожности Спилбергера – Ханина у больных ГБ отмечается повышенное беспокойство и психоэмоциональное напряжение.

Корреляционный анализ полученных в ходе исследования показателей опросников выявил взаимосвязи между приверженностью к лечению и личностной и реактивной (ситуативной) тревожностью. Были получены следующие результаты (табл. 1).

Наблюдается обратная корреляционная связь ($r = 0,676$, $p \leq 0,05$) между приверженностью к лечению и ситуативной тревожностью, т.е. чем выше приверженность к лекарственной терапии, тем выше ситуативная тревожность пациентов. Кроме того, получена обратная связь между приверженностью к медицинскому сопровождению и ситуативной тревожностью ($r = -0,513$,

Таблица 1

Взаимосвязь между приверженностью к лечению у больных ГБ и показателями шкалы тревоги Спилбергера – Ханина

Показатели	Приверженность к терапии	Приверженность к лекарственной терапии	Приверженность к медицинскому сопровождению	Приверженность к изменению образа жизни	Уровень значимости, р
Ситуативная тревожность	0,509*	0,676*	0,744*	0,809*	$p \leq 0,05$
Личностная тревожность	0,564*	0,657*	0,718*	0,662*	$p \leq 0,05$

Примечание: * – корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя).

$p \leq 0,05$), между приверженностью к медицинскому сопровождению и ситуативной тревожностью ($r = 0,744$, $p \leq 0,05$), т.е. чем больше пациенты ГБ привержены к лечению: выполняют рекомендации врачей, соблюдают назначенную схему лечения, включая лекарственную терапию (прием препаратов, доз, интервалы между приемами), тем выше ситуативная тревога, т.е. неприятное эмоциональное состояние, связанное с напряжением и ожиданием неблагоприятного развития событий в виде ухудшения физического состояния. Зафиксирована обратная корреляционная взаимосвязь между приверженностью к изменению образа жизни и ситуативной тревожностью ($r = 0,809$, $p \leq 0,05$), т.е. чем выше способность пациента выполнять рекомендации врача в отношении модификации режимов диеты, физических нагрузок и т.д., тем выше ситуативная тревога пациента.

Также обнаружена обратная взаимосвязь ($r = 0,657$, $p \leq 0,05$) между приверженностью к лекарственной терапии и значениями шкалы «Личностная тревожность», а также между приверженностью к медицинскому сопровождению и шкалой «Личностная тревожность» ($r = 0,718$, $p > 0,05$), между приверженностью к изменению образа жизни и шкалой «Личностная тревожность» ($r = 0,662$, $p > 0,05$). Это означает, что при высокой приверженности пациентов с ГБ у них повышена личностная тревожность, понимаемая как склонность субъекта воспринимать достаточно большой спектр жизненных ситуаций в качестве угрожающих.

Обсуждение результатов

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что пациенты с ГБ обладают низкой приверженностью к медикаментозной терапии, не соблюдают режим приема лекарственных препаратов; у них отмечается низкая приверженность к изменению образа жизни, т.е. они не готовы соблюдать ограничения, касающиеся образа жизни, менять привычный стиль жизни и поведения. Пациенты отмечали, что им

«трудно отказаться от вредных привычек, изменить привычный стиль питания».

Данные о низкой приверженности к лечению пациентов указывают на то, что они с высокой вероятностью не будут выполнять медицинские рекомендации, а если будут, то частично, поскольку не готовы соглашаться с точкой зрения врача и, сомневаясь в полезности врачебных рекомендаций, ориентируются больше на собственное мнение. Такое поведение может быть источником конфликтного взаимодействия с врачом.

Низкая приверженность к лечению может также свидетельствовать о недооценке пациентами тяжести заболевания, склонности пренебрегать своим физическим состоянием и возможными последствиями течения заболевания. Высока вероятность отказа таких больных от необходимых медицинских процедур, в т.ч. касающихся изменения режима дня и образа жизни.

В то же время корреляционный анализ показал наличие обратной связи между тревожностью, ситуативной и личностной, и приверженностью к медикаментозному лечению, медицинскому сопровождению и изменению образа жизни.

Заключение

Приверженность к терапии при ГБ является недостаточно изученным феноменом как в России, так и за рубежом. Имеющиеся исследования показывают, что индивидуальные психологические особенности больных ГБ могут оказывать влияние на прогноз, течение заболевания, а также на его исход. По некоторым данным, существует специфика психологических характеристик пациентов в зависимости от стадии ГБ. В то же время нет достаточного количества комплексных исследований, включающих не только эмоциональные особенности пациентов, но и личностные характеристики и их связь с субъективным восприятием болезни и мотивацией на лечение.

У изучаемых пациентов с ГБ был выявлен низкий уровень общей приверженности к лечению, что означает низкую вовлечен-

ность в выполнение рекомендаций врача в отношении приема лекарственных препаратов, соблюдения диеты и других мер, направленных на изменение образа жизни. Это серьезный фактор снижения эффективности лечебных мероприятий, который требует пристального внимания и дальнейшего изучения.

Корреляционный анализ показал обратную взаимосвязь между приверженностью к лечению и ситуативной тревожностью, что необходимо учитывать при разработке мер по формированию приверженного поведения пациентов, которые могут быть реализованы

в рамках школ здоровья для пациентов. Психокоррекционные мероприятия должны быть направлены на оптимизацию психоэмоционального состояния, снижение тревоги у пациентов. Грамотно построенные психокоррекционные программы должны тревожностью включать в себя работу с пациентами, но и содержать рекомендации по эффективному взаимодействию с пациентами для медицинского персонала. В основу таких программ должны лечь комплексные исследования не только индивидуально-психологических характеристик пациентов, но и специфики их взаимодействия с врачами.

Литература

1. Ашанина Е.Н., Кобозев И.Ю., Кубекова А.С. Факторный анализ индивидуально-психологических характеристик больных с различными стадиями гипертонической болезни // Вестник психотерапии. 2020. № 73(78). С. 46–58.
2. Бузина Т.С., Абдуллаева А.С. Теоретический анализ роли психологических факторов приверженности к лечению больных гипертонической болезнью // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2024. Т. 12, № 1(44). С. 46–58. DOI: 10.23888/humJ202412146-58.
3. Дюсенова Л.Б., Пивина Л.М., Остроумова Е. [и др.]. Влияние психологических факторов на приверженность пациентов с артериальной гипертензией к лечению. Обзор литературы // Наука и здравоохранение. 2018. № 3. С. 127–138.
4. Ибатов А.Д., Морозова И.В. Психоэмоциональный статус у больных гипертонической болезнью // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н. И. Пирогова. 2018. № 3. С. 82–84.
5. Макарова И.А., Цыганков Б.Д., Логинова И.С. [и др.]. Эмоциональный статус пациентов с контролируемой гипертонической болезнью // Журнал неврологии и психиатрии. 2019. № 1. С. 82–87. DOI: 10.17116/jnevro20191191282
6. Подзолков В.И., Брагина А.Е., Медведев И.Д. [и др.]. Приверженность к лечению и ее роль в решении проблемы неконтролируемой артериальной гипертензии // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2023. № 22(4). С. 35–47. DOI: 10.15829/1728-8800-2023-3547
7. Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25) [электронный ресурс] // PsyTests. Психологические тесты онлайн. URL: <https://psytests.org/diag/kop25.html> (дата обращения: 22.01.2024).
8. Рыбников В.Ю., Ашанина Е.Н., Кобозев И.Ю., Кубекова А.С. Психологические особенности больных психосоматического профиля с различными стратегиями защитно-совладающего поведения // Вестник психотерапии. 2020. № 74(79). С. 97–109.
9. Салагаева В.С., Тарджиманян Э.А. Влияние психоэмоциональных факторов на лечение и жизнь больных гипертонической болезнью // Трибуна ученого. 2023. № 2. С. 159–161.
10. Слобожанинова Е.В., Савиных Е.А., Чепурных А.Я., Шамсутдинова Р.А. Взаимосвязь личностной тревожности и типа темперамента с приверженностью к лечению у больных гипертонической болезнью // Вятский медицинский вестник. 2020. Т. 67, № 3. С. 81–84. DOI: 10.24411/2220-7880-2020-10112.
11. Федеральная служба государственной статистики (Росстат) [Электронный ресурс] // Здравоохранение в России. 2023. URL: <https://www.gks.ru> (дата обращения: 12.07.2024).
12. Холкина А.А., Исаков В.А., Тимофеев Е.В. Приверженность лечению кардиологических больных: подходы к оценке, пути повышения и прогностическое значение // *Juvenis Scientia*. 2023. Т. 9, № 4. С. 18–34. DOI: 10.32415/jscientia_2023_9_4_18-34
13. Шкала реактивной и личностной тревожности Спилберга. URL: http://azps.ru/tests/tests_spilberger.html (дата обращения: 16.01.2024).
14. Mancia G., Fagard R., Narkiewicz R. [et al.]. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC). 2013 ESH/ESC Guidelines for the Management of Arterial Hypertension // *J. Hypertens*. 2013. N 31. Pp. 1281–1357.

15. Marshall A.L. Challenges and Opportunities for Promoting Physical Activity in the Workplace // J. Sci. Med. Sport. 2004. N 1. Pp. 60–66.
16. World Health Organization: Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action. 2003. URL: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf (дата обращения: 22.01.2024).

Поступила 29.11.2024

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

Участие авторов: Т.С. Бузина – дизайн организация исследования, научное редактирование, проверка критического содержания; А.С. Абдуллаева – сбор эмпирического материала, статистическая обработка данных, редактирование статьи; М.А. Шаповалова – концепция исследования, научное редактирование, проверка критического содержания.

Для цитирования. Бузина Т.С., Абдуллаева А.С., Шаповалова М.А. Связь тревожности и приверженности к лечению у больных гипертонической болезнью // Вестник психотерапии. 2025. № 93. С. 45–54. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-93-45-54

T.S. Buzina¹, A.S. Abdullaeva², M.A. Shapovalova²

Relationship Between Anxiety and Treatment Adherence in Patients with Hypertension

¹ Russian University of Medicine (4, Dolgorukovskaya Str., Moscow, Russia);

² Astrakhan State Medical University (121, Bakinskaya Str., Astrakhan, Russia).

Tatyana Sergeevna Buzina – Dr. Psychol. Sci. Associate Prof., Head of the Department of General Psychology, Russian University of Medicine, (4, Dolgorukovskaya Str., Moscow, 127006, Russia); e-mail: tbuzina@gmail.com; ORCID: [org/HNQ-7192-2023](https://orcid.org/0000-0002-2023-5867-0099), SPIN 5867-0099;

✉ Aliya Salavatovna Abdullaeva – PhD Psychol. Sci. Associate Prof., Associate Prof. of the Department of Economics and Healthcare Management with a course of postgraduate education, Astrakhan State Medical University (121, Bakinskaya Str., Astrakhan, 414000, Russia); e-mail: alya_kubekova@mail.ru; ORCID: 0000-0002-6534-7035, SPIN 6682-3573;

Marina Aleksandrovna Shapovalova – Dr. Med. Sci. Prof., Vice-Rector for Postgraduate Education, Head of the Department of Economics and Healthcare Management with a Course of Postgraduate Education, Astrakhan State Medical University (121, Bakinskaya Str., Astrakhan, 414000, Russia); e-mail: mshap67@gmail.com; ORCID: 0000-0002-2559-4648, SPIN 9989-3343.

Abstract

Relevance. The problem of hypertension is caused by the high prevalence of the disease, disability and mortality from cardiovascular complications. Increasing the level of treatment adherence is a complex and multicomponent process, since it is necessary to improve the treatment process of patients taking into account their personal characteristics and psychological status.

Intention – to assess the relationship between anxiety and treatment adherence in patients with hypertension stage 2 and 3 (HT), to develop practical recommendations.

Materials and methods. The study involved 300 patients with stage 2 and 3 hypertension (mean age 45 ± 7.4). At the time of the study, the patients were undergoing inpatient treatment at the private healthcare institution “Medical and Sanitary Unit” and were under the supervision of cardiologists and therapists (Astrakhan, Russia). The study used survey methods, in particular, psychodiagnostic techniques: KOP-25 “Quantitative Assessment of Treatment Adherence Questionnaire” (N.A. Nikolaev, Yu.P. Skirdenko), Spielberger-Khanin Anxiety Scale (Charles Spielberger, Russian

adaptation by Yu.L. Khanin). Empirical data were recorded using the Google Forms Internet service. The parameters of descriptive statistics, the linear correlation coefficient and the Spearman rank correlation coefficient were calculated (SPSS Statistics 21.0 program).

Results. The study revealed a low level of overall treatment adherence in patients, which means low involvement in following doctor's recommendations regarding medication, diet, and other lifestyle changes. Hypertensive patients showed high levels of situational and personal anxiety. The correlation analysis revealed an inverse relationship between treatment adherence and situational anxiety, which must be taken into account when monitoring the effectiveness of antihypertensive treatment.

Conclusion. The obtained results substantiate the necessity of forming positive commitment to a healthy lifestyle and treatment in patients with hypertension. Psychocorrectional measures should be aimed at optimizing the psychoemotional state and reducing anxiety in patients. Among the factors that play a negative role in increasing the degree of commitment to treatment, the following should be highlighted: attending health schools; informing relatives (with the patient's consent); encouraging the use of non-drug therapy; psychocorrectional measures aimed at changing the patient's lifestyle.

Keywords: hypertension, treatment adherence, situational anxiety, personal anxiety, psycho-emotional status, compliance, methods of increasing treatment adherence.

References

1. Ashanina E.N., Kobozev I.Yu., Kubekova A.S. Faktornyi analiz individual'no-psikhologicheskikh kharakteristik bol'nykh s razlichnymi stadiyami gipertonicheskoi bolezni [Factor analysis of individual psychological characteristics of patients with different stages of hypertension]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2020; (73(78)): 46–58. (In Russ.)
2. Buzina T.S., Abdullaeva A.S. Teoreticheskii analiz roli psikhologicheskikh faktorov priverzhennosti k lecheniyu bol'nykh gipertonicheskoi boleznyu [Theoretical analysis of the role of psychological factors of adherence to treatment of patients with essential hypertension]. *Lichnost' v menyayushchemsya mire: zdorov'e, adaptatsiya, razvitiye* [Personality in a changing world: health, adaptation, development]. 2024; 12(1(44)): 46–58. DOI: 10.23888/humJ202412146-58. (In Russ.)
3. Dyusenova L.B., Pivina L.M., Ostroumova E. [et al.]. Vliyanie psikhologicheskikh faktorov na priverzhennost' patsientov s arterial'noi gipertoniei k lecheniyu. Obzor literatury [The influence of psychological factors on the adherence of patients with arterial hypertension to treatment. Literature review]. *Nauka i zdavookhraneniye* [Science and Healthcare]. 2018; (3(4)): 127–138. (In Russ.)
4. Ibatov A.D., Morozova I.V. Psikhoemotsional'nyi status u bol'nykh gipertonicheskoi boleznyu [Psycho-emotional status in patients with hypertension]. *Vestnik natsional'nogo mediko-khirurgicheskogo tsentra im. N.I. Pirogova* [Bulletin of the National Medical and Surgical Center named after N.I. Pirogova]. 2018; (3): 82–84. (In Russ.)
5. Makarova I.A., Tsygankov B.D., Loginova I.S. [et al.]. Emotsional'nyi status patsientov s kontroliruemoi gipertonicheskoi boleznyu [Emotional status of patients with controlled hypertension]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii* [Journal of Neurology and Psychiatry]. 2019; (1): 82–87. DOI: 10.17116/jnevro20191191282 (In Russ.)
6. Podzolkov V.I., Bragina A.E., Medvedev I.D. [et al.]. Priverzhennost' k lecheniyu i ee rol' v reshenii problemy nekontroliruemoi arterial'noi gipertenzii [Adherence to treatment and its role in solving the problem of uncontrolled arterial hypertension]. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika* [Cardiovascular therapy and prevention]. 2023; (22(4)): 35–47. DOI: 10.15829/1728-8800-2023-3547 (In Russ.)
7. Russian universal questionnaire for quantitative assessment of adherence to treatment (KOP-25) [digital resource]. *PsyTests. Psychological tests online*. URL: <https://psytests.org/diag/kop25.html>
8. Rybnikov V.Yu., Ashanina E.N., Kobozev I.Yu., Kubekova A.S. Psikhologicheskie osobennosti bol'nykh psikhosomaticheskogo profilya s razlichnymi strategiyami zashchitno-sovkladayushchego povedeniya [Psychological characteristics of psychosomatic patients with various strategies of protective-coping behavior]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2020; (74(79)): 97–109. (In Russ.)
9. Salagaeva V.S., Tardzhimanyan E.A. Vliyanie psixoe'motsional'ny'x faktorov na lechenie i zhizn' bol'ny'x gipertonicheskoi boleznyu [The influence of psycho-emotional factors on the treatment and life of patients with hypertension]. *Tribuna uchenogo* [Tribune of a scientist]. 2023; (2): 159–161. (In Russ.)
10. Slobozhaninova E.V., Savinykh E.A., Chepurnykh A.Ya., Shamsutdinova R.A. Vzaimosvyaz' lichnostnoi trevozhnosti i tipa temperamenta s priverzhennost'yu k lecheniyu u bol'nykh gipertonicheskoi boleznyu [The relationship between personal anxiety and temperament type and adherence to treatment in patients with hypertension]. *Vyatskii meditsinskii vestnik* [Vyatka Medical Bulletin]. 2020; (3(67)): 81–84. DOI: 10.24411/2220-7880-2020-10112. (In Russ.)

11. Federal State Statistics Service (Rosstat) [Electronic resource]. *Healthcare in Russia*. 2023. URL: <https://www.gks.ru>
12. Kholkina A.A., Isakov V.A., Timofeev E.V. Priverzhennost' lecheniyu kardiologicheskikh bol'nykh: podkhody k otsenke, puti povysheniya i prognosticheskoe znachenie [Adherence to the treatment of cardiac patients: approaches to assessment, ways to improve and prognostic significance]. *Juvenis scientia* [Juvenis Scientia]. 2023; 9(4): 18–34. DOI: 10.32415/jscientia_2023_9_4_18-34. (In Russ.)
13. Shkala reaktivnoi i lichnostnoi trevozhnosti Spilbergera. Available at [Spielberger Reactive and Personal Anxiety Scale]. URL: http://azps.ru/tests/tests_spilberger.html
14. Mancia G., Fagard R., Narkiewicz R., Redon J. [et al.]. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC). 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. *J. Hypertens*. 2013; (31): 1281–1357.
15. Marshall A.L. Challenges and Opportunities for Promoting Physical Activity in the Workplace. *J Sci Med Sport*. 2004. (1): 60–66.
16. World Health Organization: Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action. 2003. http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf

Received 29.11.2024

For citing: Buzina T.S., Abdullaeva A.S., Shapovalova M.A. Svyaz' trevozhnosti i priverzhennosti k lecheniyu u bol'nykh gipertonicheskoi boleznyu. *Vestnik psihoterapii*. 2025; (93): 45–54. (In Russ.)

Buzina T.S., Abdullaeva A.S., Shapovalova M.A. Relationship between anxiety and treatment adherence in patients with hypertension. *Bulletin of Psychotherapy*. 2025; (93): 45–54. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-93-45-54

Е.В. Фадеева¹⁻³, А.М. Лановая¹

АНАЛИЗ ПРЕДИКТОРОВ КУРЕНИЯ И ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ СРЕДИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

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

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

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

Введение. Курение и употребление алкоголя достаточно широко распространены среди беременных женщин и негативно влияют на течение и исход беременности. По сравнению с демографическими и психосоциальными характеристиками наступление беременности является наиболее сильным предиктором отказа от употребления никотиносодержащих изделий и спиртных напитков для большинства женщин, тем не менее часть женщин продолжают их употребление.

Цель – изучение предикторов курения и злоупотребления алкоголем среди беременных женщин с использованием методов корреляционного и факторного анализа.

Методология. В исследовании приняли участие 204 беременные женщины – пациентки перинатального центра Нижегородской области. Применялись методы психометрии: шкала психологического дистресса Кесслера K-10; шкала влияния события IES-R; скрининговый тест AUDIT-C; скрининговый тест ASSIST; метод ретроспективной оценки ежедневного объема потребления психоактивных веществ TLFB. Данные исследовались при помощи многомерного факторного анализа в группах беременных женщин с различным уровнем риска по курению и употреблению алкоголя (факторизация методом главных компонент, метод вращения Varimax).

Результаты и их анализ. По результатам корреляционного анализа выявили ряд взаимосвязей между употреблением никотина и алкоголя и социально-демографическими, психоэмоциональными и клиничко-психологическими факторами риска, которые в дальнейшем были включены в структуру факторного анализа. По результатам факторного анализа для не курящих во время беременности женщин (Группа 1) было выделено шесть факторов, влияющих на риск формирования никотиновой (табачной) зависимости (суммарная дисперсия составила 72,9%): фактор психоэмоционального состояния; фактор малой социальной группы (семейный состав и распределение доходов); фактор психосоциальных предикторов

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

✉ Лановая Аlesia Михайловна – науч. сотр., отд. организации профилактик. 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); e-mail: alesya.lan@gmail.com; ORCID: 0000-0002-4255-7953

алкогольной зависимости; фактор большой социальной группы (возраст и профессиональная квалификация); фактор семейного статуса; фактор урбанизации. Для курящих во время беременности женщин (Группа 2) было выделено четыре фактора (суммарная дисперсия составила 70,0 %): фактор психоэмоционального состояния; фактор малой социальной группы (семейный состав, распределение доходов и демографические характеристики); фактор психосоциальных предикторов алкогольной зависимости и фактор социального статуса. Факторный анализ данных в группе женщин, не употребляющих алкоголь (Группа 3), и в группе злоупотребляющих (Группа 4) позволил выделить шесть факторов риска (суммарная дисперсия для женщин Группы 3 составила 72,3 %, а для женщин Группы 4 – 80,2 %). Для женщин Группы 3 были выделены: фактор психоэмоционального состояния; фактор риска малой социальной группы (семейный состав и распределение доходов); фактор риска психосоциальных предикторов алкогольной зависимости; социально-демографический фактор; фактор урбанизации; фактор социального статуса. Для женщин Группы 4 были выделены: фактор психоэмоционального состояния; фактор риска малой социальной группы (семейный состав); фактор риска психосоциальных предикторов алкогольной зависимости; социально-демографический фактор; фактор социально-экономического статуса; фактор урбанизации и профессионального статуса.

Заключение. Проведенный факторный анализ предикторов курения и злоупотребления алкоголем среди беременных женщин в четырех изучаемых группах показал, что наибольший вклад в проблему вносит фактор психоэмоционального состояния личности. Полученные результаты подтверждают необходимость усиления профилактической работы в отношении как воздерживающихся от употребления психоактивных веществ во время беременности, так и злоупотребляющих ими женщин, поскольку сочетанное действие обнаруженных факторов риска способно и инициировать, и усугублять аддиктивное поведение.

Ключевые слова: женщины репродуктивного возраста, беременные женщины, курение, алкоголь, психоэмоциональное состояние, дистресс, травматическое событие, корреляционный анализ, факторный анализ.

Введение

Курение [5] и употребление алкоголя [1, 6] достаточно широко распространены среди беременных женщин и негативно влияют на течение и исход беременности [2]. По сравнению с демографическими и психосоциальными характеристиками наступление беременности является наиболее сильным предиктором отказа от употребления никотиносодержащих изделий для большинства женщин [14], тем не менее часть женщин продолжают курить. Так, по результатам американского проспективного исследования, оценивающего данные системы мониторинга оценки риска беременности (Pregnancy Risk Assessment Monitoring System, сокр. PRAMS), распространенность курения среди женщин репродуктивного возраста до беременности оставалась без изменений в изучаемый период – с 2000 по 2010 год: примерно каждая пятая женщина сообщила о курении до беременности (от 23,6 % в 2000 году до 24,7 % в 2010 году).

Распространенность же курения во время беременности снизилась с 13,3 % в 2000 году до 12,3 % в 2010-м ($p = 0,04$), а распространенность курения после родов снизилась с 18,6 % в 2000 году до 17,2 % в 2010-м ($p < 0,01$) [19].

Ряд исследований указывают на наличие взаимосвязи между сочетанным употреблением никотиносодержащих изделий и алкоголя, а также выраженностью психологического дистресса и переживанием травматичных ситуаций [7, 16, 20]. При этом курение сигарет чаще встречается у беременных женщин с психическими заболеваниями [17] и расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, чем у женщин без этих расстройств [11]. Зарубежные исследования отмечают рост распространенности потребления никотиносодержащей продукции среди беременных женщин с депрессией [9], который противоречит общемировым тенденциям снижения курения среди населения в целом [15], что указывает

на наличие специфичных факторов риска для указанной категории населения и необходимость более тщательного анализа предикторов потребления никотиносодержащей продукции и алкогольных напитков в пренатальный период.

Целью сравнительного прогнозного исследования являлось изучение предикторов курения и злоупотребления алкоголем среди беременных женщин с использованием методов корреляционного и факторного анализа.

Материал и методы

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

Анализировалась социально-демографическая информация: возраст женщин, их семейное положение, уровень образования, род занятий, состав домохозяйства и оценка уровня его дохода. Основные социально-демографические данные представлены в таблице 1.

Таблица 1

Основные социально-демографические данные обследованных беременных женщин (n = 204)

Изучаемые характеристики		n (%)	
Возраст	30 и моложе	87	(42,4)
	31–40	107	(52,2)
	41–50	9	(4,4)
	51 и старше	2	(1,0)
Семейное положение	замужем	170	(82,9)
	не замужем	27	(13,2)
	разведена	4	(2,)
	вдова	1	(0,5)
Число детей	детей нет, беременна первым ребенком	76	(37,1)
	один	71	(34,6)
	два	38	(18,5)
	три и более	7	(3,4)
Образовательный статус	среднее	20	(9,8)
	незаконченное среднее профессиональное	7	(3,4)
	среднее профессиональное	84	(41,0)
	незаконченное высшее	9	(4,4)
	высшее	83	(40,5)
Основной род занятости	ведение домашнего хозяйства	21	(10,2)
	частичная занятость или случайные заработки	15	(7,3)
	полная занятость	131	(63,9)
Среднемесячный доход домохозяйства (общий доход всех членов семьи)	до 20 тыс. рублей	16	(7,8)
	20–40 тыс. рублей	71	(34,6)
	40–80 тыс. рублей	73	(35,6)
	80 тыс. рублей и более	40	(19,5)
Место жительства	сельское поселение	18	(8,8)
	малый город или поселок	93	(45,4)
	средний или большой город	85	(41,5)
	крупный город	2	(1,0)
	крупнейший или сверхкрупный город	5	(2,4)

Анализ основных социально-демографических данных показал, что большая часть обследованных женщин находились в возрасте от 31 до 40 лет (52,2%), состояли в супружеских отношениях (82,8%), имели одного ребенка (34,6%) или были беременны первым (37,1%), имели среднее профессиональное (41,0%) или высшее (40,5) образование, получали суммарный доход на всех членов семьи от 20 до 80 тыс. рублей (70,2%) и чаще проживали в малых городах и поселках (45,4%) (см. табл. 1).

Для изучения психоэмоционального состояния женщин в период до наступления беременности и во время беременности применялись методы психологической диагностики:

- шкала психологического дистресса Кесслера (англ. 10-item Kessler Psychological Distress Scale, сокр. K-10) [13];

- шкала влияния события, пересмотренная (англ. Impact of Event Scale – Revised, сокр. IES-R) [10].

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

- экспресс-методика AUDIT-C, которая включает в себя первые три вопроса теста для выявления рисков, связанных с употреблением алкоголя AUDIT (англ. Alcohol Use Disorders Identification Test) [8];

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

- метод ретроспективной оценки ежедневного объема потребления психоактивных веществ, или «календарный метод» (англ. Timeline Followback, сокр. TLFB) – подход, позволяющий изучать частотные и количественные характеристики потребления табачных изделий, алкоголя, наркотиков и любых других ПАВ в ходе индивидуальной беседы [18].

Новизна исследования заключалась в проведении корреляционного и факторного анализа социально-демографических

и психоэмоциональных предикторов курения и злоупотребления алкоголем в двух сравниваемых группах беременных женщин – воздерживающихся и продолжающих употребление психоактивных веществ во время беременности. Впервые в связи с большой вероятностью сокрытия реальных объемов потребляемых психоактивных веществ в изучаемой группе беременных женщин использовались несколько взаимодополняющих методов: клиническое интервью, скрининговые опросники и метод ретроспективного анализа.

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

Обработка статистических данных осуществлялась в программном пакете IBM SPSS Statistics 26. Нулевая гипотеза отвергалась на уровне значимости $p > 0,05$.

Корреляционный анализ проводился при помощи непараметрического критерия Спирмена для выявления взаимосвязей между уровнями риска употребления никотина и алкоголя женщинами во время беременности и социодемографическими и клинико-психологическими факторами.

Многомерный факторный анализ применялся для выявления параметров, влияющих на курение и употребление алкоголя во время беременности, в группах беременных женщин, сравниваемых с учетом уровня риска употребления никотина и алкоголя. Факторизация проводилась методом главных компонент (в качестве порогового значения была принята факторная нагрузка $> 0,5$), метод вращения Varimax. При проведении факторного анализа для каждой из групп величина КМО (мера адекватности выборки Кайзера – Мейера – Олкина) показала приемлемую адекватность выборки ($> 0,5$), а о целесообразности факторного анализа в силу коррелированности факторов свидетельствовал критерий Бартлетта ($p < 0,05$).

Результаты и их анализ

Результаты изучения частотно-количественных характеристик потребляемых женщинами психоактивных веществ и негативного влияния курения и употребления алкоголя на исход беременности и родов представлены в отдельных публикациях [3, 4]. Для проведения факторного анализа предикторов, влияющих на курение и употребление алкоголя женщинами репродуктивного возраста до беременности и в пренатальный период, 204 женщины были разделены на четыре группы (табл. 2).

Корреляционный анализ изучаемых показателей в группе беременных женщин.

Для изучения взаимосвязей курения и употребления алкоголя до и во время беременности с социально-демографическими и клинико-психологическими факторами уязвимости был проведен корреляционный анализ изучаемых показателей (рис. 1 и рис. 2).

Проведенный корреляционный анализ показал, что употребление никотина как до беременности, так и в пренатальный период было отрицательно связано с такими социально-демографическими показателями, как возраст (до беременности $r = -0,153$, $p \leq 0,05$; во время беременности $r = -0,230$, $p \leq 0,05$) и уровень образования (до беременности $r = -0,232$, $p \leq 0,01$; во время бе-

ременности $r = -0,227$, $p \leq 0,01$), и положительно – с показателем семейного положения (до беременности $r = 0,215$, $p \leq 0,01$; во время беременности $r = 0,210$, $p \leq 0,01$). Отмечались прямые взаимосвязи с показателем дистресса (до беременности $r = 0,147$, $p \leq 0,05$; во время беременности $r = 0,174$, $p \leq 0,05$). Наблюдались прямые корреляции употребления никотина с клиническими признаками зависимости от алкоголя, а именно с факторами влечения (до беременности $r = 0,206$, $p \leq 0,01$; во время беременности $r = 0,204$, $p \leq 0,01$) и безуспешных попыток прекратить употребление спиртных напитков (до беременности $r = 0,244$, $p \leq 0,01$; во время беременности $r = 0,249$, $p \leq 0,01$). К взаимосвязям социопсихологического характера относились прямые корреляции с фактором беспокойства родственников по поводу употребления алкоголя женщиной (до беременности $r = 0,281$, $p \leq 0,01$; во время беременности $r = 0,277$, $p \leq 0,01$) и с фактором негативных последствий чрезмерного потребления (до беременности $r = 0,155$, $p \leq 0,01$; во время беременности $r = 0,155$, $p \leq 0,01$).

Таким образом, можно отметить, что корреляционные плеяды, отражающие связь употребления никотина с социально-демографическими и клинико-психологическими характеристиками, имели схожую картину в обоих периодах – до наступления беремен-

Таблица 2

Группы исследования, разделенные по уровням риска употребления психоактивных веществ во время беременности

Группы	Потребление ПАВ во время беременности	n (%)	Суммарно
Никотин (n = 204)			
Группа 1	отсутствие потребления никотина за последние 12 месяцев	164 (80,4 %)	176 (86,3 %)
	потребление любого количества никотина в течение последних 12 месяцев, но не во время беременности	12 (5,9 %)	
Группа 2	потребление любого количества никотина в течение беременности	28 (13,7 %)	
Алкоголь (n = 204)			
Группа 3	отсутствие потребления алкоголя за последние 12 месяцев	82 (40,2 %)	160 (78,4 %)
	потребление алкоголя в течение последних 12 месяцев, но не во время беременности	78 (38,2 %)	
Группа 4	потребление любого количества алкоголя в течение беременности	44 (21,6 %)	

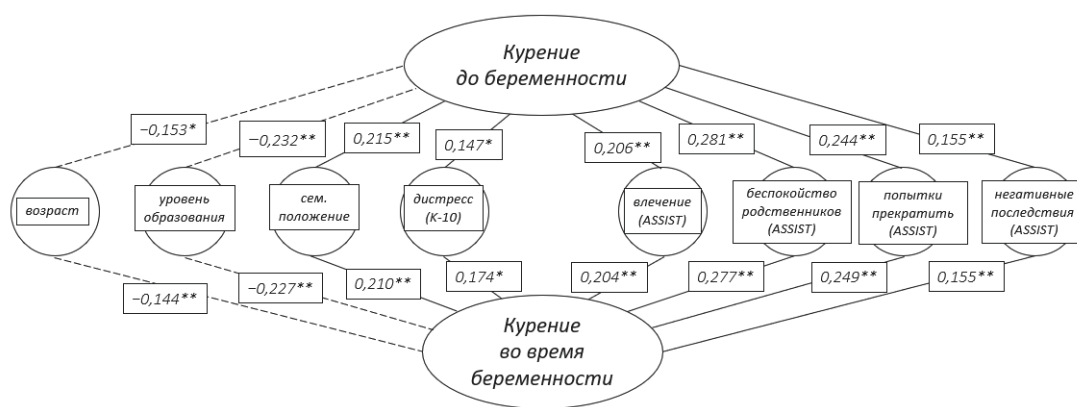


Рис. 1. Корреляционные плеяды, отражающие связи между курением до и во время беременности и социально-демографическими и клиничко-психологическими факторами уязвимости

Примечание: * – уровень значимости $p \leq 0,05$; ** – уровень значимости $p \leq 0,01$; сплошная линия – прямая связь; пунктирная линия – обратная связь

ности и во время беременности. При более детальном анализе можно обнаружить, что до беременности наиболее сильные связи отмечались с беспокойством родственников по поводу употребления алкоголя женщиной (прямая связь), с безуспешными попытками прекратить употребление алкоголя (прямая связь) и с уровнем образования (обратная связь).

Корреляционные плеяды, отражающие взаимосвязи употребления алкоголя с изучаемыми параметрами имели несколько иную структуру, в сравнении со структурой корреляций по курению. Так, употребление алкоголя до беременности не было связано с представленными социально-демографическими характеристиками. Тем не менее употребление алкоголя в прена-

тальный период было отрицательно связано с уровнем образования ($r = -0,143$, $p \leq 0,05$) и положительно – с количеством проживающих совместно членов семьи ($r = 0,171$, $p \leq 0,01$). К психоэмоциональным факторам, взаимосвязанным с употреблением алкоголя как до беременности, так и в пренатальный период, помимо фактора дистресса (до беременности $r = 0,229$, $p \leq 0,01$; во время беременности $r = 0,170$, $p \leq 0,01$), был добавлен фактор вторжения мыслей о травматическом переживании (до беременности $r = 0,146$, $p \leq 0,01$; во время беременности $r = 0,174$, $p \leq 0,01$). К корреляциям употребления алкоголя с клиническими признаками зависимости относились связи с симптомами влечения (до беременности $r = 0,588$, $p \leq 0,01$; во время беременности

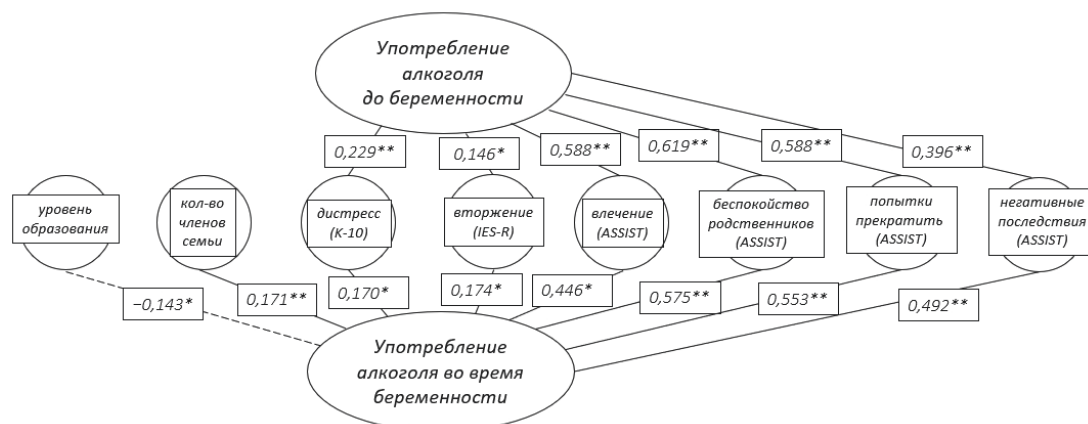


Рис. 2. Корреляционные плеяды, отражающие связи между употреблением алкоголя до и во время беременности и социально-демографическими и клиничко-психологическими факторами уязвимости

Примечание: * – уровень значимости $p \leq 0,05$; ** – уровень значимости $p \leq 0,01$; сплошная линия – прямая связь; пунктирная линия – обратная связь

$r = 0,446$, $p \leq 0,01$) и безуспешными попытками сократить количество употребляемого алкоголя (до беременности $r = 0,588$, $p \leq 0,01$; во время беременности $r = 0,553$, $p \leq 0,01$). Связь употребления алкоголя с социально-психологическими характеристиками была отражена корреляциями с фактором беспокойства родственников по поводу употребления алкоголя женщиной (до беременности $r = 0,619$, $p \leq 0,01$; во время беременности $r = 0,575$, $p \leq 0,01$) и с фактором негативных последствий вследствие чрезмерного потребления (до беременности $r = 0,396$, $p \leq 0,01$; во время беременности $r = 0,492$, $p \leq 0,01$).

Полученные результаты свидетельствуют о том, что в период до наступления беременности наблюдались наиболее сильные связи употребления алкоголя с факторами, преимущественно отражающими клинические признаки зависимого поведения, и с социально-психологическими факторами риска: беспокойством родственников по поводу злоупотребления алкоголем женщиной (прямая связь), безуспешными попытками прекратить употребление алкоголя (прямая связь) и влечением к алкоголю (прямая связь). В период беременности наиболее сильные корреляции были со схожими параметрами, хотя отмечалась динамика силы связи: более слабая связь с обеспокоенностью родственников (прямая связь), более слабая связь с попытками прекратить употребление, а также в пренатальный период на первый план выходила связь с осознанием негативных последствий употребления алкоголя (прямая связь).

Представленные корреляции легли в структуру факторного анализа в группах женщин с разным уровнем риска курения и употребления алкоголя.

Факторный анализ изучаемых показателей в группе беременных женщин. Для выявления клинко-психологических и социально-демографических факторов риска формирования зависимого поведения у женщин репродуктивного возраста в группах селективных и индикативных профилактических вмешательств проводился факторный анализ переменных. Многомерный

факторный анализ (методом главных компонент) проводился в группах беременных женщин с различным уровнем риска по курению и употреблению алкоголя. Нагрузки, дисперсии, названия факторов и переменные, вошедшие в факторы, представлены в таблицах 3 и 4.

Факторный анализ параметров, влияющих на курение. Факторизация обобщенных переменных позволила выделить структуру факторов, влияющих на риск формирования никотиновой (табачной) зависимости у женщин Группы 1 и Группы 2. В результате факторного анализа было выделено шесть факторов, влияющих на формирование никотиновой зависимости в Группе 1 (у женщин, не куривших в течение последних 12 месяцев, или куривших, но отказавшихся от потребления любого количества никотина во время беременности) (суммарная дисперсия составила 72,9 %). В Группе 2 (продолжавших курить во время беременности женщин) было выделено четыре фактора, влиявших на потребление никотиносодержащей продукции (суммарная дисперсия составила 70,0 %). В таблице 3 представлен состав факторов в сравниваемых группах женщин, отражающий различный вклад предикторов аддиктивного поведения, влияющих на инициацию или продолжение потребления никотиносодержащей продукции во время беременности.

1. Первый фактор (F_1), обозначенный нами как «Фактор психоэмоционального состояния», в двух исследуемых группах был представлен переменными, свидетельствующими о психоэмоциональной уязвимости к внешним стрессообразующим факторам и травматичным событиям. Переменные фактора F_1 были сформированы схожим образом для женщин обеих групп, что указывает на факт универсального негативного воздействия параметров фактора на беременных женщин как Группы 1, так и Группы 2. Однако в группе некуривших женщин (Группа 1) на первый план выходили показатели гипервозбудимости (факторная нагрузка = 0,896), в то время как для женщин, злоупотребляющих никотином (Группа 2), –

Таблица 3

**Результаты факторного анализа параметров, влияющих на курение,
в сравниваемых группах беременных женщин**

Группа 1 Суммарная дисперсия 72,9 %		Группа 2 Суммарная дисперсия 70,0 %	
Факторные нагрузки	Переменные фактора	Факторные нагрузки	Переменные фактора
Фактор психоэмоционального состояния F_1 (20,4 %)		Фактор психоэмоционального состояния F_1 (23,8 %)	
0,896	Гипервозбудимость (шкала IES-R)	0,910	Вторжение (шкала IES-R)
0,878	Вторжение (шкала IES-R)	0,856	Избегание (шкала IES-R)
0,834	Избегание (шкала IES-R)	0,838	Дистресс (шкала К-10)
0,783	Дистресс (шкала К-10)	0,837	Гипервозбудимость (шкала IES-R)
Фактор малой социальной группы (семейный состав и распределение доходов) F_2 (14,6 %)		Фактор малой социальной группы (семейный состав, распределение доходов и демографические характеристики) F_2 (20,5 %)	
0,884	Количество совместно проживающих членов семьи	0,930	Количество совместно проживающих членов семьи
0,823	Количество детей	0,881	Количество детей
-0,676	Доход на одного члена семьи	-0,617	Доход на одного члена семьи
		0,607	Возраст
		-0,582	Размер населенного пункта
Фактор психосоциальных предикторов алкогольной зависимости F_3 (12,2 %)		Фактор психосоциальных предикторов алкогольной зависимости F_3 (15,0 %)	
0,929	Негативные последствия употребления алкоголя (шкала ASSIST)	0,815	Обеспокоенность родственников употреблением алкоголя (шкала ASSIST)
0,902	Обеспокоенность родственников употреблением алкоголя (шкала ASSIST)	0,745	Негативные последствия употребления алкоголя (шкала ASSIST)
		0,712	Профессиональный статус
Фактор большой социальной группы (возраст и профессиональная квалификация) F_4 (10,5 %)		Фактор социального статуса F_4 (10,7 %)	
0,738	Возраст	0,852	Семейное положение
0,729	Уровень образования	-0,627	Уровень образования
-0,514	Профессиональный статус		
Фактор семейного статуса F_5 (7,8 %)			
0,804	Семейное положение		
0,610	Обеспокоенность родственников употреблением никотина (шкала ASSIST)		
Фактор урбанизации F_6 (7,4 %)			
0,942	Размер населенного пункта		

Таблица 4

**Результаты факторного анализа параметров, влияющих на злоупотребление алкоголем,
в сравниваемых группах беременных женщин**

Группа 3 Суммарная дисперсия 72,3 %		Группа 4 Суммарная дисперсия 80,2 %	
Факторные нагрузки	Переменные фактора	Факторные нагрузки	Переменные фактора
Фактор психоэмоционального состояния F_1 (20,1 %)		Фактор психоэмоционального состояния F_1 (22,4 %)	
0,905	Вторжение (шкала IES-R)	0,858	Избегание (шкала IES-R)
0,881	Гипервозбудимость (шкала IES-R)	0,837	Гипервозбудимость (шкала IES-R)
0,861	Избегание (шкала IES-R)	0,818	Вторжение (шкала IES-R)
0,769	Дистресс (шкала K-10)	0,792	Дистресс (шкала K-10)
Фактор риска малой социальной группы (семейный состав и распределение доходов) F_2 (15,0 %)		Фактор риска малой социальной группы (семейный состав) F_2 (16,1 %)	
0,876	Количество совместно проживающих членов семьи	0,899	Количество совместно проживающих членов семьи
0,830	Количество детей	0,887	Количество детей
-0,667	Доход на одного члена семьи		
Фактор риска психосоциальных предикторов алкогольной зависимости F_3 (12,8 %)		Фактор психосоциальных предикторов алкогольной зависимости F_3 (11,4 %)	
0,923	Негативные последствия употребления алкоголя (шкала ASSIST)	0,884	Негативные последствия употребления алкоголя (шкала ASSIST)
0,899	Обеспокоенность родственников употреблением алкоголя (шкала ASSIST)	0,775	Обеспокоенность родственников употреблением алкоголя (шкала ASSIST)
Социально-демографический фактор F_4 (9,8 %)		Социально-демографический фактор F_4 (11,2 %)	
0,747	Уровень образования	0,873	Семейное положение
0,592	Возраст	0,742	Возраст
Фактор урбанизации F_5 (7,4 %)		Фактор социально-экономического статуса F_5 (10,9 %)	
0,892	Размер населенного пункта	0,846	Уровень образования
		0,579	Доход на одного члена семьи
Фактор социального статуса F_6 (7,3 %)		Фактор урбанизации и профессионального статуса F_6 (8,1 %)	
0,858	Обеспокоенность родственников употреблением никотина (шкала ASSIST)	0,732	Размер населенного пункта
0,559	Семейное положение	-0,674	Профессиональный статус

показатели вторжения, включающие навязчивые мысли о пережитом травматическом событии (факторная нагрузка = 0,910).

2. Фактор риска малой социальной группы (F_2) большей частью содержал общие для обеих групп женщин переменные – ко-

личество совместно проживающих членов семьи, включая количество детей, и доход на одного члена семьи (с отрицательным значением), что указывает на универсальность и общность указанных параметров в патогенезе никотиновой зависимости

для женщин с различными уровнями риска. Отличительными переменными являлись возраст и размер населенного пункта (с отрицательным значением), определенные у женщин Группы 2, что может говорить о меньшей стигматизации употребления никотина в малой социальной группе женщинами более старшего возраста при проживании в населенных пунктах с меньшей численностью населения.

3. Третий фактор риска (F_3), обозначенный как «Фактор психосоциальных предикторов алкогольной зависимости», для двух исследуемых групп включал переменные, отражающие частоту возникновения негативных последствий из-за употребления алкоголя, а также обеспокоенность родственников и близких употреблением алкоголя женщинами во время беременности. Причем для женщин Группы 1 в первую очередь имели значение негативные последствия (факторная нагрузка = 0,929), а для женщин Группы 2 – обеспокоенность родственников (факторная нагрузка = 0,815), что может характеризовать первую группу как обладающую более высоким уровнем осознанности и способностью оценивать негативный исход употребления алкоголя, а вторую группу как отличающуюся ориентацией на осуждающее мнение близких людей из-за эпизодов употребления алкоголя в период беременности. Отличительной переменной фактора F_3 для женщин Группы 2 являлся более высокий профессиональный статус (факторная нагрузка = 0,712): полученный результат может говорить об особой обеспокоенности родственников женщин, употребляющих алкоголь во время беременности и имеющих более высокий трудовой статус, в силу возникновения проблем социального и финансового характера.

4. Четвертый фактор риска (F_4) был обозначен нами для Группы 1 как «Фактор большой социальной группы (возраст и профессиональная квалификация)», а для Группы 2 как «Фактор социального статуса», поскольку включал только одну общую для обеих изучаемых групп переменную – уровень образования. Таким образом, для женщин Груп-

пы 1 фактор F_4 объединял такие параметры риска зависимого поведения, как возраст, уровень образования и профессиональный статус (с отрицательным значением). Полученный результат может свидетельствовать о том, что более старший возраст, более высокий уровень образования и неполная трудовая занятость, действующие в совокупности на женщин Группы 1, являются предикторами риска курения во время беременности. Фактор риска F_4 – «Фактор социального статуса» – применительно к женщинам Группы 2 включал семейное положение и уровень образования (с отрицательным значением). Среди группы общих факторов риска обращает на себя внимание переменная «Уровень образования» (с отрицательным значением), обнаруживаемая у женщин Группы 2, что может объясняться тем, что низкий уровень образования связан с рисками увеличения частоты и количества используемых никотиносодержащих изделий.

5. Для женщин Группы 1 были выделены еще два фактора. Пятый фактор – «Фактор семейного статуса» (F_5) – включал переменные семейного положения и обеспокоенности родственников употреблением никотина. Полученный результат может говорить о том, что в Группе 1 «нулевой» риск курения, вероятно, связан с более благополучным семейным положением, при котором родственники могут оказывать влияние на снижение количества потребляемой никотиносодержащей продукции.

6. Шестой фактор – «Фактор урбанизации» (F_6) – для Группы 1 включал переменную, отражающую размер населенного пункта, в котором проживали женщины, что указывает на большие риски курения для женщин, проживающих в большом городе (факторная нагрузка = 0,942).

Важно отметить, что в Группе 2, среди женщин с рискованным уровнем курения, переменная обеспокоенности родственников употреблением никотина не была включена в структуру факторов, что может быть связано либо со сформированным у близких людей безразличием, либо с психологическим вытеснением данного влияния со

стороны женщин. Концептуально развитие социальных компетенций уменьшает влияние факторов риска большой и малой социальной группы, поскольку просоциальное поведение способствует формированию и закреплению положительных социально одобряемых моделей поведения, к которым относится отказ от курения среди женщин в целом, а в пренатальный период особенно.

Факторный анализ параметров, влияющих на употребление алкоголя. Факторизация обобщенных переменных позволила выделить структуру факторов, влияющих на риск злоупотребления алкоголем во время беременности у женщин Группы 3 (с отсутствием потребления алкоголя за последние 12 месяцев или с потреблением алкоголя в течение последних 12 месяцев, но не во время беременности) и у женщин Группы 4 (с потреблением любого количества алкоголя в течение беременности). В результате факторного анализа было выделено шесть факторов, влияющих на злоупотребление алкоголем в обеих группах (суммарная дисперсия для женщин Группы 3 составила 72,3 %, а для женщин Группы 4 – 80,2 %) (см. табл. 4).

1. Первый фактор (F_1) – «Фактор психоэмоционального состояния» – в обеих исследуемых группах был представлен одинаковыми переменными, отражающими влияние психотравмирующих ситуаций и психологического дистресса на эмоциональное состояние. В Группе 3 на первый план выходил параметр вторжения мыслей о травматическом событии (факторная нагрузка = 0,905), в то время как для женщин Группы 4 – параметр избегания подобных мыслей (факторная нагрузка = 0,858).

2. Фактор риска малой социальной группы (F_2) содержал две общие для обеих групп женщин переменные – количество совместно проживающих членов семьи, включая количество детей. Однако фактор F_2 для женщин Группы 3 также включал переменную дохода на одного члена семьи (с отрицательным значением). Полученные результаты могут говорить о том, что для женщин, отказавшихся от употребления алкоголя, совокупное влия-

ние большого числа совместно проживающих членов семьи и детей при низком доходе может потенцировать употребление спиртных напитков во время беременности, в то время как для злоупотребляющих алкоголем женщин в большей степени имеет значение именно многочисленность членов семьи.

3. Третий фактор риска (F_3) – «Фактор психосоциальных аспектов алкогольной зависимости» – для групп 3 и 4 включал переменные, отражающие частоту возникновения негативных последствий употребления алкоголя, а также обеспокоенность родственников и близких употреблением алкоголя женщинами во время беременности. В отличие от результатов сравнения групп по уровню риска курения, в данном случае как для женщин Группы 3, так и для женщин Группы 4 последовательность переменных была одинаковой. Тем не менее для женщин Группы 3 сила связи со сформированным фактором была выше, что может указывать на их большую осознанность в отношении последствий употребления алкоголя, а также на большую восприимчивость к социальному давлению и семейным ожиданиям.

4. Четвертый фактор риска (F_4) – «Социально-демографический фактор» – для Группы 3 включал переменные уровня образования и возраста, а для Группы 4 – переменные семейного положения и возраста (более сильная связь со сформированным фактором). Таким образом, относительно влияния социодемографических характеристик на риск потребления алкоголя, для не употреблявших алкоголь во время беременности женщин на первый план выступал более высокий уровень образования (факторная нагрузка = 0,747), а для злоупотреблявших алкоголем женщин – полная семья (факторная нагрузка = 0,873).

5. Пятый фактор риска (F_5) для женщин Группы 3 был обозначен как «Фактор урбанизации» и включал переменную «Размер населенного пункта» (факторная нагрузка = 0,892), из чего следует, что для не употребляющих алкоголь во время беременности женщин проживание в крупных населенных пунктах повышает риск инициации данной

формы аддиктивного поведения. Фактор F_5 для Группы 4 был обозначен как «Фактор социально-экономического статуса» и включал переменные «Уровень образования» (факторная нагрузка = 0,846) и «Доход на одного члена семьи» (факторная нагрузка = 0,579).

6. Шестой фактор (F_6) – «Фактор социального статуса» – для Группы 3 включал переменные обеспокоенности родственников употреблением никотина и семейного положения, что может говорить о значительном влиянии семейных и социальных отношений на поведение женщин в отношении курения в пренатальный период. Фактор F_6 для женщин Группы 4 включал переменные «Размер населенного пункта» (факторная нагрузка = 0,732) и «Профессиональный статус» (с отрицательным значением) (факторная нагрузка = -0,674), что может быть объяснено тем, что низкий уровень профессиональных компетенций и трудовой занятости даже в более крупных городах связан с рисками увеличения частоты и количества употребляемого алкоголя среди женщин с более высоким уровнем риска.

Как и в отношении риска формирования никотиновой зависимости значимыми для обеих групп женщин в отношении рискованного употребления алкоголя стали переменные «Фактор психоэмоционального состояния» (F_1) и «Фактор риска малой социальной группы» (F_2), что указывает на единые патогенетические механизмы формирования аддиктивных расстройств, значимо взаимосвязанные с негативной аффективностью

и большим количеством членов семьи вкупе с низким доходом на каждого из них.

Заключение

Проведенный факторный анализ предикторов курения и злоупотребления алкоголем среди беременных женщин в четырех изучаемых группах показал, что наибольший вклад в проблему вносит фактор психоэмоционального состояния личности. Полученный результат подтверждает данные российских и зарубежных исследователей, отмечающих, что неблагоприятное психоэмоциональное состояние женщин репродуктивного возраста является значимым прогностическим фактором как рискованного и вредного употребления психоактивных веществ до беременности, так и злоупотребления ими в течение беременности. Также требуют внимания специалистов медицинских организаций такие факторы социально-демографического неблагополучия, как низкий уровень дохода при большом количестве совместно проживающих членов семьи, включая несовершеннолетних детей, в отношении злоупотребления как никотином, так и алкоголем. Полученные результаты подтверждают необходимость усиления профилактической работы в отношении как воздерживающихся от употребления психоактивных веществ во время беременности, так и злоупотребляющих ими женщин, поскольку сочетанное действие обнаруженных факторов риска способно и инициировать, и усугублять аддиктивное поведение.

Литература

1. Балашова Т.Н., Исурина Г.Л., Скитневская Л.В. [и др.]. Изучение употребления алкоголя беременными и небеременными женщинами в России // *Acta Biomedica Scientifica*. 2018. Т. 3, № 3. С. 59–68. DOI:10.29413/ABS.2018-3.3.9
2. Долгушина Н.В., Артымук Н.В., Белокриницкая Т.Е. [и др.]. Нормальная беременность: Клинические рекомендации. М.: РОАГ, 2020. 80 с.
3. Фадеева Е.В. Сравнительная оценка распространенности курения и употребления алкоголя женщинами репродуктивного возраста до беременности и в пренатальный период // *Вестник психотерапии*. 2024. № 91. С. 14–29. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-91-14-29
4. Фадеева Е.В. Влияние курения и употребления алкоголя женщинами репродуктивного возраста до беременности и в пренатальный период на течение и исход беременности // *Вестник психотерапии*. 2024. № 92. С. 6–24. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-92-06-24

5. Baki Yildirim S., Ayaydin Yilmaz K.İ., Gulerman C. The Effect of Active and Passive Maternal Smoking During Pregnancy on the Uterine Artery Blood Flow and Obstetric Outcomes: A Prospective Study // *Cureus*. Vol. 15, N 2. P. e35270. DOI:10.7759/cureus.35270
6. Balachova T., Bonner B., Chaffin M. [et al.]. Women's Alcohol Consumption and Risk for Alcohol-Exposed Pregnancies in Russia: Russian Women's Alcohol Consumption // *Addiction*. 2012. Vol. 107, N 1. Pp. 109–117. DOI:10.1111/j.1360-0443.2011.03569.x
7. Balachova T., Zander R., Bonner B. [et al.]. Smoking and Alcohol Use Among Women in Russia: Dual Risk for Prenatal Exposure // *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*. 2019. Vol. 18, N 2. Pp. 167–182. DOI:10.1080/15332640.2017.1328325.
8. Bradley K.A., DeBenedetti A.F., Volk R.J. [et al.]. AUDIT-C as a Brief Screen for Alcohol Misuse in Primary Care // *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2007. Vol. 31(7). Pp. 1208–1217. DOI:10.1111/j.1530-0277.2007.00403.x
9. Goodwin R.D., Cheslack-Postava K., Nelson D.B. [et al.]. Smoking During Pregnancy in the United States, 2005–2014: The Role of Depression // *Drug and Alcohol Dependence*. 2017. Vol. 79. Pp. 159–166. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2017.06.021
10. Horowitz M., Wilner N., Alvarez W. Impact of Event Scale: A Measure of Subjective Stress // *Psychosomatic Medicine*. 1979. Vol. 41, N 3. P. 209.
11. Humeniuk R., Henry-Edwards S., Ali R. [et al.]. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Manual for Use in Primary Care. WHO, 2010. P. 68.
12. Jarlenski M.P., Paul N.C., Krans E.E. Polysubstance Use Among Pregnant Women with Opioid Use Disorder in the United States, 2007–2016 // *Obstetrics & Gynecology*. 2020. Vol. 136(3). P. 556. DOI:10.1097/AOG.0000000000003907
13. Kessler R.C., Andrews G., Colp L.J. [et al.]. Short Screening Scales to Monitor Population Prevalences and Trends in Non-Specific Psychological Distress // *Psychological Medicine*. 2002. Vol. 32(6). Pp. 959–976. DOI:10.1017/S0033291702006074
14. Kurti A.N., Redner R., Bunn J.Y. [et al.]. Examining the Relationship Between Pregnancy and Quitting Use of Tobacco Products in a U.S. National Sample of Women of Reproductive Age // *Preventive Medicine*. 2018. Vol. 117. Pp. 52–60. DOI: 10.1016/j.ypmed.2018.08.019
15. Lawrence D., Williams J.M. Trends in Smoking Rates by Level of Psychological Distress –Time Series Analysis of US National Health Interview Survey Data 1997–2014 // *Nicotine & Tobacco Research*. 2016. Vol. 18, N 6. Pp. 1463–1470. DOI:10.1093/ntr/ntv272
16. Salameh T.N., Hall L.A., Hall M.T. [et al.]. Cigarette Smoking Cessation and Mental Health Treatment Receipt in a US National Sample of Pregnant Women with Mental Illness // *Journal of Nursing Scholarship*. 2022. Vol. 54, N 2. Pp. 202–212. DOI:10.1111/jnu.12731
17. Salameh T.N., Hall L.A., Hall M.T. Predictors of Cigarette Smoking in Pregnant Women with Substance Use Disorders // *Journal of Addictive Diseases*. 2024. Vol. 42(1). Pp. 55–62. DOI:10.1080/10550887.2022.2138714
18. Sobell L.C., Sobell M.B. Timeline Follow-Back: A Technique for Assessing Self-Reported Alcohol Consumption. Totowa, NJ, US: Humana Press / Springer Nature, 1992. Pp. 41–72. DOI:10.1007/978-1-4612-0357-5_3
19. Tong V.T., Dietz P.M., Morrow B. [et al.]. Trends in Smoking Before, During, and After Pregnancy – Pregnancy Risk Assessment Monitoring System, United States, 40 Sites, 2000–2010 // *Morbidity and Mortality Weekly Report. Surveillance Summaries* (Washington, D.C.: 2002). 2013. Vol. 62(6). Pp. 1–19.
20. Tong V.T., Farr S.L., Bombar J. [et al.]. Smoking Before and During Pregnancy Among Women Reporting Depression or Anxiety // *Obstetrics & Gynecology*. 2016. Vol. 128(3). P. 562. DOI: 10.1097/AOG.0000000000001595

Поступила 04.09.2024

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

Участие авторов: Е.В. Фадеева – обзор научных публикаций, планирование и методология исследования, подготовка иллюстративного материала, написание первоначального варианта статьи; А.М. Лановая – статистический анализ и интерпретация данных, редактирование окончательного варианта статьи.

Для цитирования: Фадеева Е.В., Лановая А.М. Анализ предикторов курения и злоупотребления алкоголем среди беременных женщин // *Вестник психотерапии*. 2025. № 93. С. 55–70. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-93-55-70

E.V. Fadeeva¹⁻³, A.M. Lanovaya¹

Analysis of Predictors of Smoking and Alcohol Abuse Among Pregnant Women

¹ National Research Center on Addictions – branch, Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry (3, Malyi Mogil'tsevsii lane, Moscow, Russia);

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

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

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

✉ 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'tsevsii lane, Moscow, 119002, Russia); e-mail: alesya.lan@gmail.com; ORCID: 0000-0002-4255-7953

Abstract

Relevance. Smoking and alcohol consumption are widely prevalent among pregnant women and negatively impact both pregnancy progression and outcomes. Compared with demographic and psychosocial characteristics, the onset of pregnancy is the strongest predictor of cessation of nicotine products and alcoholic beverages for most women; however, some women continue to use them.

Intention. The aim is to study the predictors affecting smoking and alcohol abuse among pregnant women by conducting correlation and factor analysis.

Methodology. The study included 204 pregnant women who were patients at the perinatal centre in the Nizhny Novgorod region. Psychometric methods were used: the Kessler Psychological Distress Scale K-10; the Impact of Event Scale IES-R; the AUDIT-C screening test; the ASSIST screening test; and the TLFB method for retrospective assessment of daily use of psychoactive substances. Data analysis was performed using multivariate factor analysis in groups of pregnant women with different risk levels for smoking and alcohol consumption (factorisation by principal component method, rotation method – Varimax).

Results. Correlation analysis identified several associations between nicotine and alcohol use and socio-demographic, psycho-emotional, and clinical-psychological risk factors, which were subsequently included in the factor analysis. The results of the factor analysis showed that among non-smoking pregnant women (Group 1), six factors were identified that influence the risk of developing nicotine (tobacco) dependence (total variance explained was 72.9 %): the factor of psycho-emotional state; the factor of small social group (family composition and income distribution); the factor of psychosocial predictors of alcohol dependence; the factor of large social group (age and occupational qualification); the factor of marital status; the factor of urbanization. For pregnant smokers (Group 2), four factors were identified (total variance explained was 70.0%): also the factor of psycho-emotional state; the factor of small social group (family composition, income distribution and demographic characteristics); the factor of psychosocial predictors of alcohol dependence; and the factor of social status. Factor analysis in the group of non-drinking women (Group 3) and in the group of women who abuse alcohol (Group 4) identified six risk factors (total variance explained was 72.3 % for women in Group 3 and 80.2 % for women in Group 4). For women in Group 3 the identified factors were: psycho-emotional state factor; small social group risk factor (family composition and income distribution); psychosocial predictors of alcohol dependence risk factor;

socio-demographic factor; urbanization factor; social status factor. For women in Group 4, the identified factors were: the factor of psycho-emotional state; the risk factor of small social group (family composition); the risk factor of psychosocial predictors of alcohol dependence; the socio-demographic factor; the factor of socio-economic status; the factor of urbanization; and the factor of occupational status.

Conclusion. The conducted factor analysis of smoking and alcohol abuse predictors among pregnant women in the four studied groups demonstrated that psycho-emotional state plays the most significant role in these behaviors. The results emphasize the need to enhance preventive measures for both women who abstain from substance use during pregnancy and those who engage in addictive behaviors, as the combined influence of identified risk factors can both trigger and exacerbate such behaviors.

Keywords: women of reproductive age, pregnant women, smoking, alcohol, psycho-emotional state, distress, traumatic event, correlation analysis, factor analysis.

References

1. Balachova T.N., Isurina G.L., Skitnevskaya L.V. [et al.]. Izuchenie upotrebleniya alkogolya beremennymi i neberemennymi zhenshchinami v Rossii [Alcohol consumption among pregnant and non-pregnant women in Russia: evidence for prevention]. *Acta Biomedica Scientifica*. 2018; 3(3): 59–68. (In Russ.) DOI: 10.29413/ABS.2018-3.3.9
2. Dolgushina N.V., Artymuk N.V., Belokrinickaya T.E. [et al.]. Normal'naya beremennost': Klinicheskie rekomendacii [Normal Pregnancy: Clinical Guidelines]. Moscow. 2020: 80. (In Russ.)
3. Fadeeva E.V. Sravnitel'naya otsenka rasprostranennosti kureniya i upotrebleniya alkogolya zhenshchinami reproduktivnogo vozrasta do beremennosti i v prenatal'nyy period [The impact of smoking and alcohol consumption by women of reproductive age before and during the prenatal period on the course and outcome of pregnancy]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2024; (91): 14–19. (In Russ.)
4. Fadeeva E.V. Vliyaniye kureniya i upotrebleniya alkogolya zhenshchinami reproduktivnogo vozrasta do beremennosti i v prenatal'nyy period na techeniye i iskhod beremennosti [Influence of smoking and alcohol use by women of childbearing age before and during pregnancy on the course and outcome of pregnancy]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2024; (92): 6–24. (In Russ.)
5. Baki Yildirim S., Yilmaz K.I.A., Gulerman C. The effect of active and passive maternal smoking during pregnancy on the uterine artery blood flow and obstetric outcomes: a prospective study. *Cureus*. 2023; 15(2): e35270. DOI:10.7759/cureus.35270
6. Balachova T., Bonner B., Chaffin M. [et al.]. Women's Alcohol Consumption and Risk for Alcohol-Exposed Pregnancies in Russia: Russian Women's Alcohol Consumption. *Addiction*. 2012; 107(1): 109–117. DOI:10.1111/j.1360-0443.2011.03569.x
7. Balachova T., Zander R., Bonner B. [et al.]. Smoking and Alcohol Use Among Women in Russia: Dual Risk for Prenatal Exposure // *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*. 2019; 18(2): 167–182. DOI:10.1080/15332640.2017.1328325
8. Bradley Katharine A., Anna F. DeBenedetti, Robert J. Volk [et al.]. AUDIT-C as a Brief Screen for Alcohol Misuse in Primary Care. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2007; 31(7): 1208–1217. DOI:10.1111/j.1530-0277.2007.00403.x
9. Goodwin R.D., Cheslack-Postava K., Nelson D.B. [et al.]. Smoking During Pregnancy in the United States, 2005–2014: The Role of Depression. *Drug and Alcohol Dependence*. 2017; 179: 159–166. DOI:10.1016/j.drugalcdep.2017.06.021
10. Horowitz Mardi, Nancy Wilner, William Alvarez. Impact of Event Scale: A Measure of Subjective Stress. *Psychosomatic Medicine*. 1979; 41(3): 209.
11. Humeniuk Rachel, S. Henry-Edwards, Robert Ali [et al.]. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Manual for Use in Primary Care. 2010: 68.
12. Jarlenski Marian P., Nicole C. Paul, Elizabeth E. Krans. Polysubstance Use Among Pregnant Women with Opioid Use Disorder in the United States, 2007–2016. *Obstetrics & Gynecology*. 2020; 136(3): 556. DOI: 10.1097/AOG.0000000000003907
13. Kessler R.C., G. Andrews, L.J. Colpe, [et al.]. Short Screening Scales to Monitor Population Prevalences and Trends in Non-Specific Psychological Distress. *Psychological Medicine*. 2002; 32(6): 959–976. DOI: 10.1017/S0033291702006074
14. Kurti Allison N., Ryan Redner, Janice Y. Bunn [et al.]. Examining the Relationship Between Pregnancy and Quitting Use of Tobacco Products in a U.S. National Sample of Women of Reproductive Age. *Preventive Medicine*. 2018; 117: 52–60. DOI: 10.1016/j.ypmed.2018.08.019

15. Lawrence David, Jill M. Williams. Trends in Smoking Rates by Level of Psychological Distress –Time Series Analysis of US National Health Interview Survey Data 1997–2014. *Nicotine & Tobacco Research* 2016; 18(6): 1463–1470. DOI: 10.1093/ntr/ntv272
 16. Salameh T.N., Hall L.A., Hall M.T. [et al.]. Cigarette Smoking Cessation and Mental Health Treatment Receipt in a US National Sample of Pregnant Women with Mental Illness. *Journal of Nursing Scholarship*. 2022; 54: 202–212. DOI: 10.1111/jnu.12731
 17. Salameh T.N., Hall L.A., Hall M.T. Predictors of Cigarette Smoking in Pregnant Women with Substance Use Disorders. *Journal of Addictive Diseases* 2024; 42(1): 55–62. DOI: 10.1080/10550887.2022.2138714
 18. Sobell L.C., Sobell M.B. Timeline Follow-Back: A Technique for Assessing Self-Reported Alcohol Consumption. Totowa, NJ, US: *Humana Press/Springer Nature*. 1992: 41–72. DOI: 10.1007/978-1-4612-0357-5_3
 19. Tong V.T., Patricia M. D., Morrow B. [et al.]. Trends in Smoking Before, During, and After Pregnancy – Pregnancy Risk Assessment Monitoring System, United States, 40 Sites, 2000–2010. Morbidity and Mortality Weekly Report. *Surveillance Summaries* (Washington, D.C.: 2002). 2013; 62(6): 1–19
 20. Tong V.T., Sherry L.F., Bombard J. [et al.]. Smoking Before and During Pregnancy Among Women Reporting Depression or Anxiety. *Obstetrics & Gynecology*. 2016; (128(3)): 562. DOI:10.1097/AOG.0000000000001595
-

Received 23.07.2024

For citing: Fadeeva E.V., Lanovaya A.M. Analiz prediktorov kureniya i zloupotrebleniya alkogolem sredi beremennyh zhenshchin. *Vestnik psikhoterapii*. 2025; (93): 55–70. (In Russ.)

Fadeeva E.V., Lanovaya A.M. Analysis of predictors of smoking and alcohol abuse among pregnant women. *Bulletin of Psychotherapy*. 2025; (93): 55–70. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-93-55-70

А.А. Фёдорова, В.В. Ванюков, Н.С. Сединина, О.С. Суханова

СКРИНИНГОВОЕ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО РАССТРОЙСТВА

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

Актуальность. Обсессивно-компульсивное расстройство является довольно распространенной проблемой среди населения. До сих пор не существует единого взгляда на этиологию навязчивых мыслей и действий. Данному расстройству могут быть подвержены люди разного пола и возраста, занимающие различное социально-экономическое положение, представители умственного и физического труда. Большое значение в развитии обсессий и компульсий отводится пролонгированному действию дистресса, психотравмирующим ситуациям. В этой связи интересно изучить вопрос выраженности обсессивно-компульсивного расстройства у студентов-медиков, которые сталкиваются с высокими умственными нагрузками, постоянным дистрессом, нехваткой времени на отдых и сон.

Цель – определить выраженность симптомов обсессивно-компульсивного расстройства у студентов медицинского университета посредством скринингового психодиагностического тестирования.

Методология. Проведено наблюдательное описательное одномоментное исследование с участием 90 студентов 5-го курса ФГБОУ ВО «ПГМУ имени академика Е.А. Вагнера» Минздрава России, г. Пермь. Опрошенные были распределены на две группы по половому признаку: первая группа – 52 женщины (57,78 %), средний возраст $22,87 \pm 1,16$ года; вторая группа – 38 мужчин (42,22 %), средний возраст $23,21 \pm 1,21$ года. Психодиагностическая оценка симптомов обсессивно-компульсивного расстройства проводилась посредством клинических опросников: шкалы обсессивно-компульсивной симптоматики Модсли (русскоязычная адаптация: Д.С. Карпов, М.А. Карпова, С.П. Попова, А.Б. Холмогорова, 2022) и опросника обсессивно-компульсивных симптомов (русскоязычная адаптация: psytests.org, 2024. URL: <https://psytests.org.ru/diag/ocir.html> (дата обращения: 20.08.2024 г.)). Вычислены абсолютные показатели в виде среднего арифметического значения (М) и среднеквадратичного отклонения (SD). Статистическая обработка проводилась с использованием программного обе-

Фёдорова Анастасия Андреевна – студентка 6-го курса пед. фак-та, Пермский гос. мед. ун-т им. акад. Е.А. Вагнера (Россия, 614000, г. Пермь, ул. Петропавловская, д. 26); e-mail: vedorovanac1994@mail.ru;

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

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

Суханова Оксана Станиславовна – клинич. психолог, преподаватель каф. психиатрии, наркологии и медицинской психологии, Пермский гос. мед. ун-т им. акад. Е.А. Вагнера (Россия, 614000, г. Пермь, ул. Петропавловская, д. 26); e-mail: sosperm@yandex.ru

спечения StatSoft Statistica 12.6, использован двухвыборочный t-критерий Стьюдента в связи с тем, что распределение данных не отличалось от нормального. Статистически значимыми различия считались при $p < 0,05$.

Результаты и их анализ. На основании полученных данных по шкале обсессивно-компульсивной симптоматики Модсли у мужчин в процессе психодиагностического исследования не выявлены симптомы вышеозначенного расстройства ($10,79 \pm 4,67$ балла), в то время как у женщин наличие обсессивно-компульсивных проявлений подтверждено высоким показателем ($11,67 \pm 4,41$ балла), однако разница статистически недостоверна ($p = 0,284$). Следовательно, нельзя утверждать, что психическое расстройство имеет определенную корреляцию с гендерной принадлежностью студентов. Согласно данным опросника обсессивно-компульсивных симптомов, у мужчин также выявлено отсутствие обсессивно-компульсивных признаков ($9,29 \pm 6,75$ балла), в то время как у женщин симптомы расстройства оказались выражены ($13,60 \pm 8,11$ балла), что подтверждено статистически ($p = 0,009$). Кроме того, для студенток с обсессивно-компульсивным расстройством наиболее характерны такие симптомы, как мытье ($3,63 \pm 2,58$ балла) и упорядочивание ($4,13 \pm 3,17$ балла).

Заключение. Нельзя с полной уверенностью сказать, что обсессивно-компульсивное расстройство напрямую связано с полом человека, однако полученные данные свидетельствуют о том, что психодиагностические признаки психического расстройства гораздо чаще встречаются у студенток и его симптоматика наиболее выражена в этой гендерной группе. Вероятно, это связано с психологическими и индивидуально-типологическими особенностями представительниц женского пола, для которых характерны эмоциональная лабильность, меньшая стрессоустойчивость, текущая ориентированность на проблемы, повышенная потребность в эмоциональных стимулах. Для женщин характерны симптомы упорядочивания и мытья, а для мужчин – навязчивости.

Ключевые слова: навязчивые действия, навязчивые мысли, обсессивно-компульсивное расстройство, стресс, студенты.

Введение

Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) – психическое расстройство с характерными проявлениями в виде повторяющихся неконтролируемых навязчивых мыслей и действий, называемых обсессиями и компульсиями [3]. Средний возраст начала манифестации симптомов ОКР – 19–20 лет, а распространенность среди населения составляет около 1,9–3,3 % [5].

Проблема ОКР является актуальной на сегодняшний день в связи с его высокой распространенностью. Наиболее значимыми проявлениями ОКР являются: страх заражения микробами; нежеланные запретные мысли, включающие половое влечение, религиозные мотивы, причинение вреда; агрессивные мысли по отношению к другим или к себе; стремление держать все в идеальном порядке, а также чрезмерное мытье рук, тела; компульсивный счет; постоянная чрезмерная проверка вещей [3].

Отчетливо выявить причины возникновения ОКР сегодня практически невозможно

[9]. Все же следует выделить некоторые из них: семейный анамнез, нарушения переработки импульсов в префронтальной коре больших полушарий, базальных ядрах, лимбической системе [1]. Также имеет место взаимосвязь между обсессивными симптомами, такими как обсессивные мысли и депрессия. У больных с ОКР часто присутствуют депрессивные симптомы [9].

Кроме того, развитию ОКР может способствовать стресс в жизни человека, нестабильное эмоциональное состояние [4]. Данное расстройство напрямую связано с выраженным обсессивным синдромом, который проявляется в специфических чувствах, мыслях, страхах, возникающих помимо желания и воли индивида. Попытки противостоять этому могут привести к внутреннему конфликту, который чаще всего сопровождается беспокойством с последующим развитием тревожности [9]. Уровень тревожности играет большую роль в регуляции эмоций и поведения человека. При высоком уровне тревожности развиваются невротические

состояния, приводящие к психическим расстройствам, в т.ч. к ОКР [4].

Здесь также играет роль интолерантность к неопределенности, которая характеризуется предрасположенностью к неадаптивным эмоциональным и поведенческим реакциям, часто встречающимся при тревожных расстройствах. Данное явление можно обнаружить между симптомами расстройств пищевого поведения и ОКР. К ним относятся: повторяющиеся мысли о худобе, стремление обладать идеальной фигурой. Физические нагрузки, контроль приема пищи, измерение параметров тела выполняют функцию, аналогичную роли навязчивых действий, наблюдаемых в структуре ОКР. Их взаимосвязь указывает на целостность психологического механизма возникновения данных нарушений [8].

Тревожность и стресс среди студентов относятся к основополагающим факторам развития ОКР. Необходимо оказывать психологическую поддержку студентам с целью формирования чувства уверенности, уменьшения уровня тревожности, улучшения социальной адаптации [6]. В противном случае их состояние может привести к развитию невротических расстройств, в первую очередь к ОКР, для которого характерны навязчивые мысли, действия и их совокупность, а именно:

1) навязчивые мысли – идеи, образы, возникающие помимо воли человека, постоянно приходящие ему на ум;

2) навязчивые образы – сцены, имеющие негативный характер (насилие, причинение вреда);

3) навязчивые импульсы – побуждения к совершению отрицательных поступков (ударить кого-либо);

4) навязчивые размышления – идеи, побуждения к действию, причиняющие страдание пациенту; являются незаконченными, связаны с неспособностью принять необходимое решение, касающееся повседневной жизни.

5) обсессивные сомнения – обычно касаются уже совершенных действий;

6) навязчивые фобии;

7) на основе фобий часто развиваются компульсии – навязчивые действия в виде защитных ритуалов, способных предотвратить то или иное негативное событие;

8) навязчивые воспоминания о неприятных событиях, сопровождающиеся ощущением раскаяния.

Описаны также разнообразные варианты обсессий и ритуалов:

- «очищение» – страхи, связанные с загрязнением/заражением, и ритуалы очищения;

- «симметрия» – ритуалы повторного, «правильного» выполнения действий, раскладывания предметов в определенном порядке и счет;

- «причинение вреда» – мысли о причинении вреда самому себе/кому-то другому;

- «хоардинг» – обсессии и компульсии по поводу собирания и накопления различных предметов [7].

Человек не в силах контролировать свои мысли и действия, но после их выполнения присутствует облегчение. Развитие симптомов ОКР постепенное, у некоторых пациентов течение носит эпизодический характер. При ОКР больные часто избегают людей, вещей, мест, наличие которых усиливает обсессии и компульсии. Например, при страхе загрязнения такое поведение распространяется на общественные места (рестораны).

Развитие ОКР приводит к ухудшению качества жизни, может нарушать социальную адаптацию. К сожалению, обращение за помощью в преодолении ОКР является поздним этапом. В среднем пациенты начинают курс лечения только через 7,5 лет после появления первых симптомов [10].

Обсессивно-компульсивное расстройство в настоящее время лечится с трудом, поэтому важна ранняя диагностика заболевания, поскольку прогрессирование симптомов может способствовать вероятному, но не обязательному возникновению шизофрении, социофобии, панических расстройств, биполярного аффективного расстройства.

Диагностика и лечение заключается в работе с психотерапевтом или психиатром [1]. Лечение начинается после подтверждения

диагноза. В терапии выделяют психотерапевтическое и психофармакологическое звенья, направленные на личность, уменьшение выраженности у нее obsessions и compulsions, повышение уровня социальной адаптации и качества жизни [2, 10].

Патогенетическая терапия заключается в усилении серотонинергической нейротрансдачи путем применения селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС). Немедикаментозные методы терапии включают электросудорожную терапию, транскраниальную магнитную стимуляцию, стереотаксическую переднюю капсулотомия [10].

С первого дня лечения проводится психологическая информационная работа с пациентом и его семьей с целью осознания сущности болезни и терапевтического процесса, восстановления социального функционирования [7, 10].

Поэтому так важно разобраться в данной теме, чтобы снизить риски возникновения заболевания, исключая всевозможные провоцирующие факторы. В особенности это касается студентов-медиков, которые подвержены повышенной эмоциональной и умственной нагрузке.

Материалы и методы

Проведено наблюдательное описательное одномоментное исследование с участием 90 студентов 5-го курса ФГБОУ ВО «ПГМУ имени академика Е.А. Вагнера» Минздрава России, г. Пермь. Опрошенные были распределены на две группы по половому признаку: первая группа – 52 женщины (57,78 %), средний возраст $22,87 \pm 1,16$ года; вторая группа – 38 мужчин (42,22 %), средний возраст $23,21 \pm 1,21$ года. Психодиагностическая оценка симптомов обсессивно-компульсивного расстройства проводилась посредством клинических опросников: шкалы обсессивно-компульсивной симптоматики Модсли (русскоязычная адаптация: Д.С. Карпов, М.А. Карпова, С.П. Попова, А.Б. Холмогорова, 2022), опросника обсессивно-компульсивных симптомов (русско-

язычная адаптация: psytests.org, 2024. URL: <https://psytests.org.ru/diag/ocir.html> (дата обращения: 20.08.2024)).

Вычислены абсолютные показатели в виде среднего арифметического значения (M) и среднеквадратичного отклонения (SD). Статистическая обработка проводилась с использованием программного обеспечения StatSoft Statistica 12.6, использован двухвыборочный t-критерий Стьюдента в связи с тем, что распределение данных не отличалось от нормального. Статистически значимыми различия считались при $p < 0,05$.

Результаты и их анализ

Согласно показателям по шкале обсессивно-компульсивной симптоматики Модсли, у мужчин в процессе психодиагностического исследования не выявлены симптомы вышеозначенного расстройства ($10,79 \pm 4,67$ балла), в то время как у женщин наличие симптомов ОКР психодиагностически обнаружено ($11,67 \pm 4,41$ балла), однако разница статистически недостоверна ($p = 0,284$). Следовательно, нельзя с уверенностью утверждать, что ОКР имеет определенную корреляцию с гендерной принадлежностью студентов, согласно данным в табл. 1.

Согласно полученным данным опросника обсессивно-компульсивных симптомов (см. табл. 1), у мужчин также выявлено отсутствие признаков ОКР ($9,29 \pm 6,75$ балла), в то время как у женщин симптомы расстройства наиболее выражены ($13,60 \pm 8,11$ балла), что подтверждено статистически ($p = 0,009$). Кроме того, для студенток с психодиагностически обнаруженным ОКР наиболее характерны такие симптомы, как мытье ($3,63 \pm 2,58$ балла) и упорядочивание ($4,13 \pm 3,17$ балла).

Высокие показатели по шкале обсессивно-компульсивной симптоматики Модсли более характерны для женщин (57,69 %), нежели для представителей мужского пола (39,47 %), что отражает рис. 1. Высокие показатели свидетельствуют о наличии и значительной выраженности симптомов ОКР среди женщин, а значит, психическое рас-

Таблица 1

**Показатели выраженности обсессивно-компульсивного расстройства
у мужчин и женщин по шкале обсессивно-компульсивной симптоматики Модсли
и опроснику обсессивно-компульсивных симптомов, ($M \pm SD$) балл**

Показатель	Пол		p <
	Мужской (n = 38)	Женский (n = 52)	
Шкала обсессивно-компульсивной симптоматики Модсли			
Значение по шкале: — низкий показатель (отсутствие ОКР) – 0–11 баллов — высокий показатель (наличие ОКР) – 12–30 баллов	10,79 ± 4,67	11,67 ± 4,41	–
Опросник обсессивно-компульсивных симптомов			
Шкала ОКР: — норма – 0–11 баллов — возможный диагноз ОКР – 12–60 баллов	9,29 ± 6,75	13,60 ± 8,11	0,01
Мытье	2,24 ± 2,36	3,63 ± 2,58	0,01
Навязчивость	3,13 ± 2,40	2,46 ± 2,44	–
Упорядочивание	2,05 ± 2,39	4,13 ± 3,17	0,01
Проверка	1,00 ± 1,39	2,33 ± 2,14	0,001
Счет	1,10 ± 1,16	1,10 ± 1,21	–
Шкала хоардинга: — норма – 0–5 баллов — высокий показатель – 6–12 баллов	0,82 ± 1,31	2,42 ± 1,85	0,001

стройство, возможно, более распространено в этой гендерной группе.

Согласно опроснику обсессивно-компульсивных симптомов, для студенток 5-го курса медицинского университета наиболее характерны симптомы упорядочива-

ния (26,92 %) и мытья (23,08 %), которые соответственно связаны с необходимостью упорядочивать предметы по определенной схеме и чрезмерным мытьем (рук, тела) из-за ощущения загрязненности, трудностями при прикосновении к предметам, которые тро-

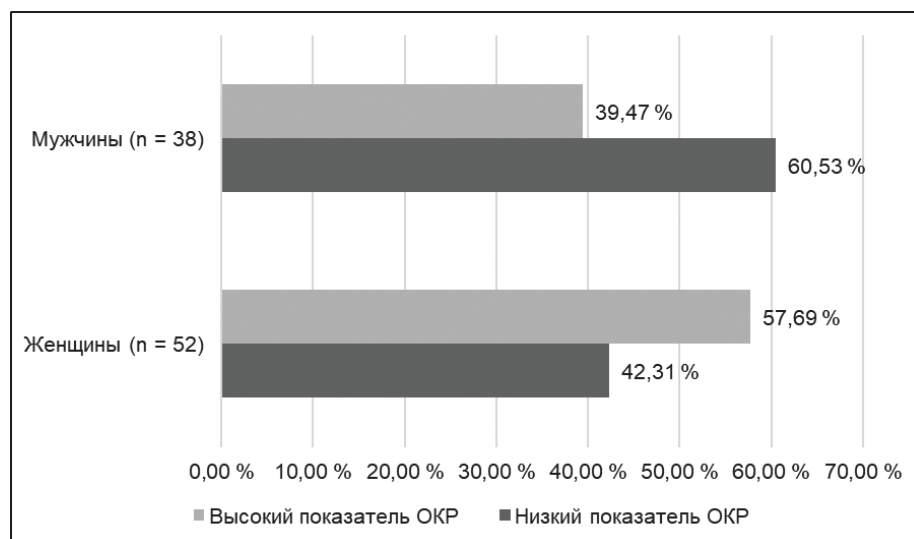


Рис. 1. Доля студентов с высокими и низкими показателями ОКР по шкале обсессивно-компульсивной симптоматики Модсли, распределенных по полу

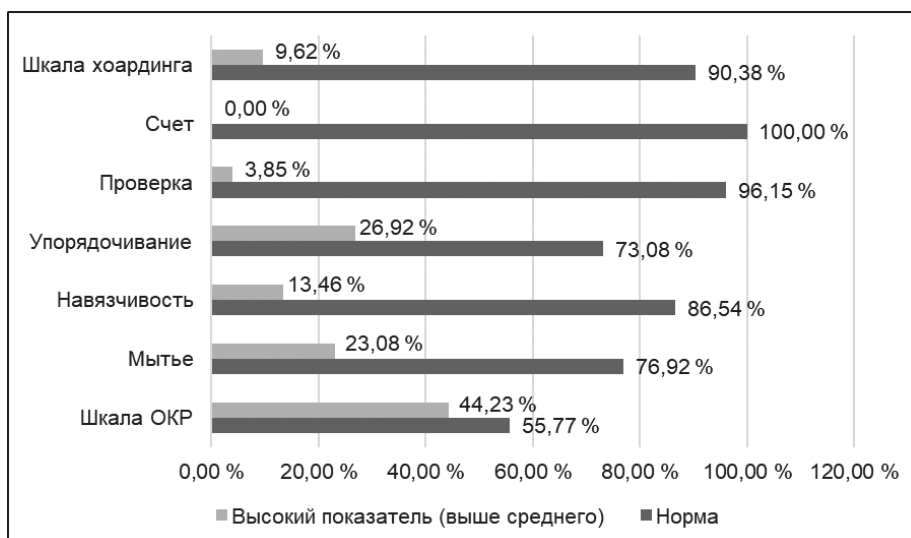


Рис. 2. Процентное соотношение показателей опросника обсессивно-компульсивных симптомов у женщин (n = 52)

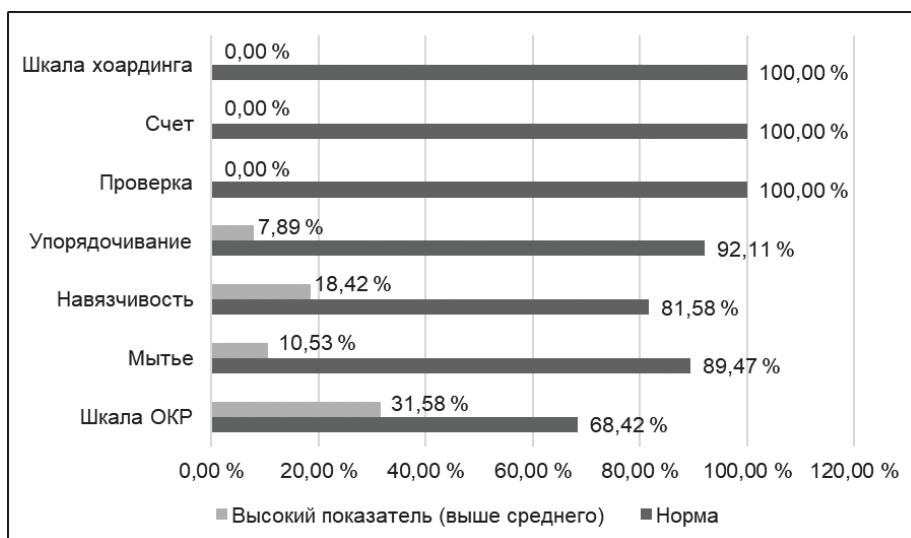


Рис. 3. Процентное соотношение показателей опросника обсессивно-компульсивных симптомов у мужчин (n = 38)

гали другие люди (рис. 2). Реже встречаются симптомы навязчивости (13,46 %), хоардинга (9,62 %) и вовсе отсутствует компульсивный счет (0,00 %).

У мужчин с психодиагностически не характерными для них признаками ОКР присутствует выраженный симптом навязчивости (18,42 %), при котором возникают трудности, связанные с мыслями, включая попытки контролировать их, расстройство из-за неприятных мыслей и ощущение чрезмерного количества неприятных мыслей (рис. 3). Компульсивные мытье (10,53 %) и упорядочивание (7,89 %) также выявлены

у небольшого количества студентов мужского пола. Показатели по шкале хоардинга, счета и проверки равны 0.

Заключение

Нельзя с полной уверенностью сказать, что ОКР напрямую связано с полом человека, однако полученные психодиагностические данные свидетельствуют о том, что признаки психического расстройства гораздо чаще встречаются у студенток и симптоматика ОКР наиболее выражена в этой гендерной группе. Вероятно, это связано с психологи-

ческими и индивидуально-типологическими особенностями представительниц женского пола, для которых характерны эмоциональная лабильность, меньшая стрессоустойчивость, текущая ориентированность на проблемы, повышенная потребность в эмоциональных стимулах.

Для женщин характерны симптомы упорядочивания и мытья, а для мужчин – навязчивости. Данные симптомы, предположительно, связаны с обязательствами социальных ролей, исполняемых студентами согласно своей половой принадлежности.

В связи с тем, что в настоящее время все еще сохраняются традиционные взгляды на семейные ценности, за мужчиной закреплён образ «охотника и добытчика», возлагающий на него обязанности по защите и поддержке семьи, финансовой обеспеченности, решению деловых, семейных и межличностных задач. В поисках решения этих вопросов мужчина постоянно находится в потоке мыслей и раздумий, что, в свою

очередь, при высокой умственной нагрузке, влиянии стресса и повышенной социальной ответственности ведёт к формированию навязчивости, т.е. трудности с контролем над большим потоком мыслей и неприятными ощущениями, которые они вызывают.

Женщинам общество определило роль «домохозяйки и хранительницы очага», следовательно, поддержание чистоты и порядка в доме – одна из их основных социальных обязанностей в семье. С повышением уровня стресса, появлением дополнительных обязанностей: самообеспечения, обучения и работы, недооценкой мужчинами женского труда и компенсаторным желанием соответствовать общественным устоям обычные действия по сохранению чистоты и порядка превращаются в компульсивные, т.е. навязчивые симптомы мытья и упорядочивания.

С целью своевременной диагностики, коррекции и даже профилактики данного состояния у студентов должно проводиться своевременное скрининговое тестирование.

Литература

1. Ганиева Р.Х. Терапия обсессивно-компульсивного расстройства: психология и религия // *Minbar. Islamic Studies*. 2023. Т. 16, № 4. С. 974–998. DOI: 10.31162/2618-9569-2023-16-4-974-998
2. Горшкова А.С., Шистерова А.Д., Казанцева А.Д., Бочкарева С.П. Анализ распространенности обсессивных и компульсивных феноменов среди студенческой молодежи // *Вестник УГМУ*. 2020. № 3. С. 56–59.
3. Исламова Н.Р., Кузаева Г.А., Сединина Н.С. Выраженность обсессивно-компульсивного расстройства у студентов лечебного факультета ПГМУ имени академика Е.В. Вагнера // *Молодой ученый*. 2020. № 50 (340). С. 374–376.
4. Краснов А.В., Поролло Н.А. Взаимосвязь свойств внимания с тревожностью у лиц с признаками обсессивно-компульсивного расстройства // *Вестник Пермского государственного гуманитарно-педагогического университета*. (Серия № 1. Психологические и педагогические науки.) 2023. № 1. С. 58–68. DOI: 10.24412/2308-717X-2023-1-58-68
5. Максимова Н.Е., Прощенко И.В., Маринкова М.А. Тревожность как фактор развития обсессивно-компульсивного расстройства у студентов // *Тверской медицинский журнал*. 2017. № 5. С. 121–125.
6. Маринкова М.А. Тревожность как фактор развития обсессивно-компульсивного расстройства у студентов // *Материалы 63-й всеросс. межвуз. студенч. науч. конф. с межд. участием: «Молодежь, наука, медицина»*. Тверь: Тверская государственная медицинская академия, 2017. С. 239–240.
7. Помосова Е.Н., Замалютдинова А.Д., Толмачев Д.А. Выраженность обсессивно-компульсивного расстройства у студентов ИГМА // *Синергия Наук*. 2017. № 11. С. 646–651.
8. Сагалакова О.А., Подолкина Е.А., Труевцев Д.А. Роль интолерантности к неопределенности в структуре взаимосвязи расстройств пищевого поведения и обсессивно-компульсивного расстройства // *Медицинская психология в России*. 2020. Т. 12, № 3 (62). С. 1–10. DOI: 10.24412/2219-8245-2020-3-5
9. Третьякова В.Ю. Факторы развития обсессивно-компульсивного расстройства // *Международный журнал экспериментального образования*. 2015. № 11, ч. 6. С. 972–975.
10. Шукина С.С., Летова В.Е. Обсессивно-компульсивное расстройство: лечение // *Инновации. Наука. Образование*. 2021. № 27. С. 1705–1711.

Поступила 22.09.2024

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

Участие авторов: А.А. Фёдорова – анализ литературы по теме исследования, разработка программы, дизайн, организация и проведение эмпирического исследования, анализ результатов, написание текста статьи; В.В. Ванюков – первичная и статистическая обработка данных психологических методик, редактирование и оформление текста статьи; Н.С. Сединина – научное и экспертное консультирование, экспертная проверка текста и оценка результатов исследования; О.С. Суханова – научное консультирование, экспертная оценка и корректура текста статьи.

Для цитирования: Фёдорова А.А., Ванюков В.В., Сединина Н.С., Суханова О.С. Скрининговое психодиагностическое тестирование студентов медицинского университета с целью выявления обсессивно-компульсивного расстройства // Вестник психотерапии. 2025. № 93. С. 71–80. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-93-71-80

A.A. Fedorova, V.V. Vanyukov, N.S. Sedinina, O.S. Sukhanova

Screening Testing of Medical University Students to Detect Obsessive-Compulsive Disorder

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

Anastasia Andreevna Fedorova – 6th year student, Pediatric Faculty, Perm State Medical University named after Academician E.A. Wagner (26, Petropavlovskaya Str., Perm, 614000, Russia); e-mail: vedorovanac1994@mail.ru;

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

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

Oksana Stanislavovna Sukhanova – clinical psychologist, teacher at the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology, Perm State Medical University named after Academician E.A. Wagner (26, Petropavlovskaya Str., Perm, 614000, Russia); e-mail: sosperm@yandex.ru

Abstract

Relevance. Obsessive-compulsive disorder is a fairly common problem among the population. There is still no single point of view on the etiology of obsessive thoughts and actions. Consequently, people of different genders and ages, mental and physical labor, and different socio-economic status may be susceptible to this disorder. Great importance in the development of obsessions and compulsions is given to the prolonged effect of distress, traumatic situations. Hence, the issue of studying the severity of obsessive-compulsive disorder in medical students who face high mental stress, constant distress, lack of time to rest and sleep is interesting.

The *aim* is to determine the severity of symptoms of obsessive-compulsive disorder in medical university students through screening testing.

Methodology. An observational descriptive one-stage study was conducted with the participation of 90 5th-year students of the Perm State Medical University named after Academician E.A. Wagner, Perm. The respondents were divided into 2 groups based on gender. The first group consisted of 52 women (57.78 %), with an average age of 22.87 ± 1.16 years. The second group consisted of 38 men

(42.22 %), with an average age of 23.21 ± 1.21 years. Psychodiagnostic assessment of symptoms of obsessive-compulsive disorder was determined using clinical questionnaires: Maudsley Scale of obsessive-compulsive symptoms, MOCI (Russian-language adaptation: D.S. Karpov, M.A. Karpova, S.P. Popova, A.B. Kholmogorova, 2022), Questionnaire of obsessive-compulsive symptoms, OCI-R (Russian-language adaptation: psytests.org, 2024. URL: <https://psytests.org.ru/diag/ocir.html> (date of request: 08/20/2024). The absolute values are calculated in the form of the arithmetic mean (M) and the standard deviation (SD). Statistical processing was carried out using StatSoft Statistica 12.6 software, a two-sample Student T-test was used due to the fact that the data distribution does not differ from normal. The differences were considered statistically significant at $p < 0.05$.

Results and Discussion. As a result of the data obtained, it was found that according to the Maudsley Scale of obsessive-compulsive symptoms, no symptoms of the above-mentioned disorder were detected in men during the psychodiagnostic study (10.79 ± 4.67 points), while in women the presence of obsessive-compulsive manifestations was confirmed by a high indicator (11.67 ± 4.41 points), however, the difference is statistically unreliable ($p = 0.284$). Therefore, it cannot be argued that mental disorder has a definite correlation with the gender of students. According to the data from the Obsessive-Compulsive Symptoms Questionnaire, men also showed no obsessive-compulsive symptoms (9.29 ± 6.75 points), while women had the most pronounced symptoms of the disorder (13.60 ± 8.11 points), which was statistically confirmed ($p = 0.009$). In addition, female students with obsessive-compulsive disorder are most characterized by symptoms such as washing (3.63 ± 2.58 points) and arranging (4.13 ± 3.17 points).

Conclusion. It is impossible to say with certainty that obsessive-compulsive disorder is directly related to a person's gender, however, the data obtained indicate that psychodiagnostic signs of mental disorder are much more common in female students and its symptoms are most pronounced in their gender group. This is probably due to the psychological and individual typological characteristics of female representatives, who are characterized by emotional lability, lower stress tolerance, current problem orientation, and an increased need for emotional stimuli. Women are characterized by symptoms of ordering and washing, while men are characterized by obsessions.

Keywords: obsessive actions, obsessive thoughts, obsessive-compulsive disorder, stress, students.

References

1. Ganieva R.Kh. Terapiya obsessivno-kompul'sivnogo rasstroistva: psikhologiya i religiya [Therapy of obsessive-compulsive disorder: psychology and religion]. *Minbar. Islamic Studies*. 2023; 16(4): 974–998. DOI 10.31162/2618-9569-2023-16-4-974-998 (In Russ.)
2. Gorshkova A.S., Shisterova A.D., Kazantseva A.D., Bochkareva S.P. Analiz rasprostranennosti obsessivnykh i kompul'sivnykh fenomenov sredi studencheskoi molodezhi [Analysis of the prevalence of obsessive and compulsive phenomena among students]. *Vestnik Ural'skogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta* [Bulletin of the Ural State Medical University]. 2020; (3): 56–59. (In Russ.)
3. Islamova N.R., Kuzaeva G.A., Sedinina N.S. Vyrashennost' obsessivno-kompul'sivnogo rasstroistva u studentov lechebnogo fakul'teta PGMU imeni akademika E. V. Vagnera [The severity of obsessive-compulsive disorder in students of the Medical Faculty of Perm State Medical University named after Academician E.A. Wagner]. *Molodoi uchenyi* [Young scientist]. 2020; (50): 374–376. (In Russ.)
4. Krasnov A.V., Porollo N.A. Vzaimosvyaz' svoistv vnimaniya s trevozhnost'yu u lits s priznakami obsessivno-kompul'sivnogo rasstroistva [The relationship between the properties of attention and anxiety in people with signs of obsessive-compulsive disorder]. *Vestnik Permskogo gosudarstvennogo gumanitarno-pedagogicheskogo universiteta. Seriya № 1. Psikhologicheskie i pedagogicheskie nauki* [Bulletin of the Perm State Humanitarian Pedagogical University. Series N 1. Psychological and pedagogical sciences]. 2023; (1): 58–68. DOI 10.24412/2308-717X-2023-1-58-68. (In Russ.)
5. Maksimova N.E., Proshchenko I.V., Marinkova M.A. Trevozhnost' kak faktor razvitiya obsessivno-kompul'sivnogo rasstroistva u studentov [Anxiety as a factor in the development of obsessive-compulsive disorder in students]. *Tverskoi meditsinskii zhurnal* [Tver Medical Journal]. 2017; (5): 121–125. (In Russ.)
6. Marinkova M.A. Trevozhnost' kak faktor razvitiya obsessivno – kompul'sivnogo rasstroistva u studentov [Anxiety as a factor in the development of obsessive-compulsive disorder in students]. *Materialy 63-i vs Rossiiskoi mezhvuzovskoi studencheskoi nauchnoi konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem: "Molodezh', nauka, meditsina"* [Materials of the 63rd All-Russian interuniversity student scientific conference with international participation: "Youth, science, medicine"]. Tver', 2017; 239–240. (In Russ.)

7. Pomosova E.N., Zamalyutdinova A.D., Tolmachev D.A. Vyrazhennost' obsessivno-kompul'sivnogo rasstroistva u studentov IGMA [The severity of obsessive-compulsive disorder of Izhevsk State Medical University students]. *Sinergiya nauk* [Synergy of sciences]. 2017; (11): 646–651. (In Russ.)
 8. Sagalakova O.A., Podolkina E.A., Truevtsev D.A. Rol' intolerantnosti k neopredelennosti v strukture vzaimosvyazi rasstroistv pishchevogo povedeniya i obsessivno-kompul'sivnogo rasstroistva [The role of tolerance to uncertainty in the structure of the relationship between eating disorders and obsessive-compulsive disorder]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii* [Medical psychology in Russia]. 2020; 12(3): 1–10. DOI 10.24412/2219-8245-2020-3-5. (In Russ.)
 9. Tret'yakova V.Yu. Faktory razvitiya obsessivno-kompul'sivnogo rasstroistva [Factors in the development of obsessive-compulsive disorder]. *Mezhdunarodnyi zhurnal eksperimental'nogo obrazovaniya* [International Journal of Experimental Education]. 2015; (11-6): 972–975. (In Russ.)
 10. Shchukina S.S., Letova V.E. Obsessivno-kompul'sivnoe rasstroistvo: lechenie [Obsessive-compulsive disorder: treatment]. *Innovatsii. Nauka. Obrazovanie* [Innovation. Science. Education]. 2021; (27): 1705–1711. (In Russ.)
-

Received 22.09.2024

For citing: Fedorova A.A., Vanyukov V.V., Sedinina N.S., Sukhanova O.S. Skriningovoe psikhodiagnosticheskoe testirovanie studentov meditsinskogo universiteta s tsel'yu vyyavleniya obsessivno-kompul'sivnogo rasstroistva. *Vestnik psikhoterapii*. 2025; (93): 71–80. (In Russ.)

Fedorova A.A., Vanyukov V.V., Sedinina N.S., Sukhanova O.S. Screening testing of medical university students to detect obsessive-compulsive disorder. *Bulletin of Psychotherapy*. 2025; (93): 71–80. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-93-71-80

В.Н. Емельянов^{1,2}, В.А. Вирко¹, И.В. Клишин¹, Г.Г. Загородников¹,
В.А. Горичный^{1,2}, В.В. Лукашов¹, М.Д. Горбачёв¹

ОРГАНИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, ИНВАЛИДОВ И ИХ СЕМЕЙ В ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАНАХ: ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ

¹ Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 4/2);

² Санкт-Петербургский медико-социальный институт
(Россия, Санкт-Петербург, пр. Кондратьевский, д. 72, лит. А)

Актуальность. В связи с постоянным возникновением вооруженных конфликтов по всему миру проблема реабилитации военнослужащих не теряет своей актуальности. В данной статье представлен обзор методов абилитации и реабилитации военнослужащих, ветеранов и их семей в странах Западной Европы, Северной Америки, Австралии, а также структур государственных и негосударственных учреждений, задействованных в восстановлении и реадaptации. Рассматриваются возможные способы оказания психотерапевтической и социальной помощи военнослужащим и членам их семей, варианты проведения для них психообразовательных программ, создания информационных ресурсов, а также систем санаторно-курортного лечения и социально-экономической помощи.

Целью данной статьи является критическое осмысление опыта стран Западной Европы, Северной Америки и Австралии в сфере абилитации и реабилитации военнослужащих.

Материалом исследования стали нормативно-правовые акты стран Западной Европы, Северной Америки и Австралии, интернет-ресурсы специализированных организаций и структур, сайты с психообразовательной информацией, научные статьи, посвященные проблеме реабилитации военнослужащих.

Емельянов Вадим Низамиевич – канд. мед. наук, ст. науч. сотрудник, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6); доц. каф. инфектологии, С.-Петерб. мед.-соц. ин-т (Россия, 195271, пр. Кондратьевский, д. 72, лит. А); e-mail: v.emelyanov@list.ru; ORCID: 0009-0002-2798-1518, SPIN: 1239-5721;

✉ Вирко Виктор Андреевич – мл. науч. сотрудник, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6); e-mail: virko-viktor@mail.ru; ORCID: 0009-0001-6101-476X, SPIN: 3900-8887;

Клишин Илья Вячеславович – мл. науч. сотрудник, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6); e-mail: rn-mil@bk.ru; ORCID: 0009-0008-9753-3212, SPIN: 9275-5754;

Загородников Геннадий Геннадиевич – д-р мед. наук, нач. науч.-исслед. отдела науч.-исслед. центра, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6); e-mail: gen73zag@mail.ru; ORCID: 0000-0002-4859-0519, SPIN: 4465-5572;

Горичный Виктор Александрович – канд. мед. наук, нач. науч.-исслед. лаборатории науч.-исслед. центра, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6); доц. каф. организации здравоохранения и профилактической медицины, С.-Петерб. мед.-соц. ин-т (Россия, 195271, пр. Кондратьевский, д. 72, лит. А); e-mail: garik1501@mail.ru; ORCID: 0000-0003-4892-618X, SPIN: 9916-9660;

Лукашов Василий Витальевич – оператор науч. роты, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6); e-mail: lukashov.penza@gmail.com; ORCID: 0009-0000-3592-4594, SPIN: 6977-8311;

Горбачёв Михаил Дмитриевич – оператор науч. роты, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6); e-mail: gorbachevmikhail1998@gmail.com; ORCID: 0009-0001-4279-2515, SPIN: 7612-2070.

Результаты. Установлено, что на данный момент программы медико-социальной помощи, реализуемые в вышеуказанных странах, модернизируются и меняют вектор развития. Предпочтение отдается не классическим психофармакологическим методам лечения и восстановления, а психотерапевтическим и социально-адаптационным. Большое внимание уделяется формированию бесплатных программ получения необходимого хирургического, медикаментозного и санаторно-курортного лечения, а также оказанию дотационной помощи в получении платного лечения. Оказывается содействие трудоустройству и возвращению военнослужащих к гражданской жизни. Психообразовательные программы проводятся не только для военнослужащих, но и для их близких; создаются информационные ресурсы для предупреждения различных психологических проблем и психопатологических состояний. Отмечается принципиальная важность поддержки семьи военнослужащего, курации в случае его гибели, защиты психического здоровья членов семьи и детей в частности.

Выводы. Обозначены основные принципы повышения эффективности системы медико-социально-профессиональной реабилитации и абилитации. Сделан вывод о необходимости разносторонней медико-социальной реабилитации военнослужащих и функционирования организаций, способных подходить к вопросам абилитации и реабилитации исходя из индивидуальных особенностей и предлагающих военнослужащему и его семье широкий спектр возможностей для продолжения полноценной жизни.

Ключевые слова: психиатрия взрослых, общественное здравоохранение, социальная медицина, военная служба, военнослужащие, медико-социальная реабилитация.

Введение

Практически во всех странах военнослужащие и гражданские служащие составляют одну из основных профессиональных групп, на которые распространяется гражданская социальная политика. Системы ухода и оказания помощи постепенно развивались и адаптировались, а наиболее значимые изменения начались в эпоху индустриализации, когда развитие вооружения и массовые войны сделали такие программы чрезвычайно дорогостоящими, но необходимыми. Проблема организации системы медико-социальной реабилитации и психологической помощи для военнослужащих, инвалидов и их семей является актуальной и в настоящее время, когда на смену крупным войнам пришли войны локальные, но не менее кровопролитные. Система медико-социальной реабилитации ветеранов войн существует во многих странах; результаты функционирования этой системы подвергаются анализу с точки зрения их эффективности и релевантности для групп военнослужащих с разными заболеваниями (травмами головы, психическими расстройствами и сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, психическими заболеваниями и одновременной наркотической зависимостью), обсуждается специфика под-

готовки персонала, работающего с военнослужащими во время реабилитации [6, 13, 18]. Медицинская реабилитация, а также скорейшее восстановление боеспособности, трудоспособности и социальных навыков военнослужащих, вернувшихся из зоны боевых действий, являются приоритетными задачами в системе медико-социального обеспечения данной категории населения.

Цель и задачи

Цель данной статьи состоит в критическом осмыслении западного опыта абилитации и реабилитации военнослужащих. Заявленная цель предполагает решение следующих задач: обобщить и систематизировать опыт медико-психологического сопровождения ведущих стран Европы и Северной Америки; выделить современные принципы развития медико-социальной абилитации и реабилитации, определить их основания и проблемы, которые на данный момент стоят перед системами оказания медико-социальной помощи. Научная новизна состоит в выявлении и обобщении новых современных тенденций абилитации и реабилитации военнослужащих на Западе, введении в научный оборот нового англоязычного, немецкоязычного и франкоязыч-

ного материала по проблеме и представлении его отечественным специалистам.

Материал и методы

Материалом исследования стали нормативно-правовые акты США, Германии, Великобритании, Австралии, Франции и Канады, регламентирующие порядок и объем оказания медико-социальной помощи ветеранам вооруженных сил; интернет-ресурсы специализированных организаций и структур, деятельность которых направлена на реабилитацию военных; сайты с психообразовательной информацией; научные статьи последних лет, преимущественно зарубежные, по данной тематике; а также находящаяся в открытом доступе документация о порядке проведения медико-социальной реабилитации. Поиск и анализ научных публикаций осуществлялся через электронные базы PubMed, Medline, Web of Science, ScienceDirect, e-Library. Поиск проводился по ключевым словам: «психиатрия взрослых», «общественное здравоохранение», «социальная медицина», «медико-социальная реабилитация» «военная служба», «военнослужащие». Также использовались общенаучные методы, такие как анализ, синтез, дедукция, индукция, сопоставление.

Результаты и обсуждение

Наибольшую важность для анализа представляют страны, имеющие, во-первых, значительный опыт участия в военных конфликтах, а во-вторых, развитую систему оказания поддержки военнослужащим, участвовавшим в боевых действиях. Обоим критериям в полной мере соответствуют *Соединенные Штаты Америки*.

Система медико-социальной реабилитации в США представляет собой разветвленную сеть государственных и негосударственных организаций и учреждений, занимающихся поддержкой военнослужащих как особой категории граждан страны, ветеранов войн и членов их семей.

Характерными чертами проводимых в США медико-социальных мероприятий

являются их многогранность и объемность; акцент на работе не только с военнослужащими, но и с их родственниками; защита и сохранение семьи как ячейки общества. Использование в реабилитации современных и инновационных технологий; социальная поддержка бывших военных в получении необходимого лечения, трудоустройства; доступность качественного образования для подрастающего поколения – данные компоненты составляют неотъемлемую часть сопровождения. Комбинация вышеперечисленных способов используется как государственными, так и коммерческими организациями, что ускоряет реабилитацию. К государственным структурам относится Американская психиатрическая ассоциация, которая активно занимается вопросами лечения посттравматического стрессового расстройства у военнослужащих, участвующих или участвовавших в боевых действиях. Работа ассоциации по медико-социальной поддержке граждан основана на использовании современных методов: когнитивно-процессинговой терапии, терапии длительным воздействием, медикаментозной терапии и психотерапии с использованием технологий виртуальной реальности [11].

Помимо этого, для военнослужащих, ветеранов войны, инвалидов и их родственников в структуру медико-социальной службы включены санаторно-курортные организации, пансионаты, центры отдыха, в т.ч. расположенные в местах размещения военных на территориях иностранных государств и предназначенные для организованного отдыха. Направление указанных лиц в организации почти не регулируется военно-медицинской службой, а осуществляется по аналогии с туристическими поездками [1].

Организацией медико-социальной реабилитации отдельных категорий граждан в США также занимаются крупные благотворительные организации, национальные сети помощи, институты развития и другие организации. К ним относятся:

1. Агентство военной поддержки, которое оказывает бесплатную услугу по организации военной поддержки “Military OneSource”

[15], а также помощь по уходу за детьми, финансовую помощь; дает эмоциональную поддержку во время развертывания подразделения; информирует о поездках и снабжает военных и их семьи всеми необходимыми ресурсами в телефонном режиме или посредством личных консультаций в местном сообществе.

2. Ассоциация школ с большим процентом детей военных, которая реализует программы, связанные с финансовой и юридической поддержкой семей военнослужащих и реализацией их прав на образование. «Образование – важная часть качественной жизни для семей военных», – формулирует свою миссию Ассоциация [14].

3. Детский центр Нью-Йорка (The Child Center of NY), который работает в направлении улучшения психического здоровья всей семьи военнослужащего посредством психотерапевтической помощи и образования: «Наша цель – обеспечить военнослужащих и их близких безопасным терапевтическим пространством, где они могут улучшить ментальное здоровье, получить поддержку в лечении зависимостей, повысить общее благополучие в среде, ориентированной на военных» [27].

4. Организации, составляющие программы поддержки семей инвалидов и военнослужащих. Например, организация Disabled American Veterans (DAV), занимающаяся оказанием различных форм социальной помощи военнослужащим-инвалидам и их семьям с целью возвращения ветеранов к полноценной гражданской жизни [8].

Помимо вышеперечисленных организаций, в США действуют и отдельные программы социальной поддержки военнослужащих и их семей:

1) Программа построения крепкой и подготовленной семьи – двухдневная программа, которая помогает парам улучшить навыки общения и включает поездку на выходные за город;

2) Программа помощи жертвам трагедий (Tragedy Assistance Program For Survivors) – в ее рамках социальные работники и обширная национальная сеть волонтеров, работа-

ющих с федеральными, государственными и частными агентствами, решают проблемы семей погибших солдат.

Таким образом, на данный момент система медико-социальной реабилитации США направлена не только на купирование острых проявлений дезадаптации военнослужащих при помощи психофармакотерапии и психотерапии, но и на психообразование, санаторно-курортные и психогигиенические мероприятия, проводимые в отношении не только военнослужащих, но и их семей. Гибель военнослужащего в результате боевых действий не является причиной для прекращения оказания его семье различных видов помощи, при этом внимание акцентируется на защите психического здоровья детей и сохранении их социальной адаптации.

В Австралии регуляцией медико-социальной реабилитации военнослужащих и ветеранов занимается Australian Defense Force (ADF), целостный подход которой разработан и описан Австралийским факультетом реабилитационной медицины. Основной стратегией является комбинированное и скоординированное использование медицинских, психологических, социальных, образовательных и профессиональных мер для восстановления функций или достижения максимально возможного уровня функционирования человека в физическом, психологическом, социальном и экономическом плане; для максимального повышения качества жизни и минимизации долгосрочных потребностей человека в медицинской помощи и поддержке со стороны общества. На данный момент основным правовым документом, регламентирующим оказание медико-социальной помощи в Австралии, является Закон «О безопасности, реабилитации и компенсации (иски, связанные с обороной)» от 1988 года [23] и Закон «О военной реабилитации и компенсации» от 2004 года [16]. На основании правовых норм и биопсихосоциальной концепции австралийскими врачами и социальными работниками разработана система, сочетающая профессиональную медицинскую и психосоциальную реабилитацию военнослужащих. Основной

целью данной системы является «максимальное увеличение потенциала для восстановления человека, имеющего инвалидность или неспособного к службе или работе в результате травмы или заболевания, полученных на службе, по крайней мере до того же физического и психологического состояния и по крайней мере до того же социального, профессионального и образовательного статуса, которые он имел до травмы или заболевания» [23].

На сайте Департамента дел ветеранов при правительстве Австралии [9] полностью изложены возможные алгоритмы абилитационно-реабилитационных мероприятий и инструкции к ним. Основных реабилитационных программ две. Первая – программа реабилитации ADF (ADRFP), которую проходят кадровые военные; в ходе ее реабилитационные мероприятия проводятся независимо от того, связана ли травма или болезнь члена профсоюза с работой. Вторая программа – R4R – проводится только для резервистов и только в том случае, если травма связана с выполнением служебных обязанностей.

Основными принципами обеих программ являются:

- раннее вмешательство и активное использование биопсихосоциальной модели реабилитации для уменьшения последствий травм, заболеваний или болезней и содействия повышению трудоспособности посредством долгосрочного возвращения к работе;

- основанные на фактических данных оценки реабилитации и программы, базирующиеся на индивидуальных потребностях и неотъемлемых требованиях их службы ADF;

- реабилитация на рабочем месте с целью создания, по возможности, максимально реалистичных условий для оценки трудоспособности;

- скоординированное участие медицинских работников, командных подразделений, менеджера по работе с клиентами или консультанта и других заинтересованных сторон в разработке и реализации программ реабилитации;

- скоординированный подход к достижению общей цели, максимизирующий потенциал положительного результата реабилитации для отдельного человека, ADF и общества;

- регулярный контроль прогресса реабилитации и факторов риска с целью возвращения к постоянной работе.

При эффективности проводимых реабилитационных мероприятий военный может быть признан пригодным к службе, условия которой соответствуют тем, что были на предыдущем этапе, а его физическая и умственная подготовка остаются на исходном уровне. В случае меньшей эффективности реабилитации военный признается годным к альтернативной службе, которая будет подразумевать другие обязанности и место службы, однако пациент сохраняет возможность нести службу в ADF. Наконец, при наименьшей эффективности принятых мер военный в связи с невозможностью дальнейшей службы будет выписан по состоянию здоровья.

Медицинская реабилитация включает в себя оказание помощи ветеранам в поиске и доступе к медицинской помощи в их географическом районе (что категорически важно, учитывая географические особенности расселения людей в Австралии) и поддержку ветеранов с хроническими или осложненными заболеваниями в развитии их навыков повышения медицинской грамотности и активного управления своим здоровьем и благополучием. Такая организация, как Open Arms, в свою очередь, предлагает ряд услуг и поддержку за пределами программы реабилитации, которые могут помочь ветеранам получить доступ к лечению или другие услуги. К ним относятся ветеранские карты, услуги по охране психического здоровья, программы восстановления после травм, группы по борьбе с болью, помощь с поездками на лечение, программа обеспечения техническими средствами реабилитации, программа скоординированного ухода за ветеранами и сестринского ухода. Таким образом, ADF не оказывает медицинские услуги, а является посредником между

государственными и негосударственными организациями и пациентами, при этом поощряя самостоятельность последних и вовлекая их тем самым в социальную деятельность. ADF также предоставляет услуги по уходу за больными, которые в силу соматического или психического здоровья не могут полноценно справляться с бытовыми задачами (купание, питание, способность самостоятельно одеться). Однако стоит отметить, что политика ADF формулируется следующим образом: «Основная цель реабилитации – максимизировать потенциал восстановления клиента и способствовать независимости» [9]. Поэтому, когда человек испытывает трудности в организации своей обычной повседневной деятельности, австралийские специалисты в первую очередь рассматривают возможность приобретения для пациента вспомогательных средств и/или приспособлений, чтобы не отнимать у него самостоятельность.

Подобным образом устроена и психосоциальная реабилитация, целью которой является помощь в том, чтобы вновь научиться действовать независимо. Она включает такие направления, как:

- обучение управлению финансами;
- обучение грамотной работе с документацией организаций жилищно-коммунального хозяйства;
- консультирование, целью которого является адаптация к полученной травме;
- создание социальных связей внутри сообщества;
- переосмысление жизненных установок, обнаружение новых смыслов жизни;
- выработка здорового образа жизни и привычек;
- развитие навыков и приобретение знаний о том, как самостоятельно получать доступ к поддержке и услугам;
- укрепление уверенности и/или устойчивости;
- навыки самоменеджмента, в т.ч. связанные с функционированием семьи.

Психосоциальная реабилитация ставит перед собой ту же задачу, что и медицинская, – специалисты занимаются не решени-

ем проблем военнослужащих и ветеранов, а обучением с целью позволить им самостоятельно решать проблемы и тем самым интегрироваться в общество и стать его полноценными членами. Социальная реабилитация также подразумевает социальные выплаты, схемы компенсации ущерба, спонсирование при приобретении вспомогательных средств, в частности транспорта для передвижения тяжелобольных военнослужащих и ветеранов.

Профессиональная реабилитация позволяет использовать полезные навыки военнослужащего, его квалификацию и опыт работы в гражданской среде, а также иметь конкурентоспособность на рынке труда. В свою очередь, ADF проводит регулярные консультации и оценку профессиональных навыков, а также курирует пациентов, обеспечивает поддержку в поиске работы и налаживание связей с кадровыми агентствами, регулярно предлагает клиентам различные варианты повышения квалификации, переподготовки или трудоустройства. Также существует программа профессиональной реабилитации ветеранов (VVRS), которая является еще одной опцией не только для переподготовки по гражданской специальности, но и для продолжения военной карьеры. Программа включает в себя обучение навыкам собеседования и психотерапевтическое обучение декатастрофизации. Трудотерапия, с точки зрения австралийских специалистов, является неотъемлемой частью любого реабилитационного процесса; она снижает риск развития депрессивной симптоматики, способствует восстановлению после физических и психических травм, а также позволяет пациентам играть значимую и продуктивную роль в рамках социальных взаимоотношений и способствует долгосрочной финансовой безопасности.

Проанализировав структуру оказания медико-социально-профессиональной реабилитации и реабилитации военнослужащих и ветеранов в Австралии, отметим доступность и нативность информации о возможных способах и путях ее получения, развитую систему осведомления. Сайт Мини-

стерства обороны подробно и качественно описывает законодательную базу, различные методики восстановления, приводит список организаций, их предоставляющих, механизмы получения необходимой документации, а также контактные данные, что делает процесс получения помощи доступным и понятным. Помимо этого, акцент делается именно на активных реабилитационных мероприятиях, в которых мотивация и деятельность исходит от пациента. Австралийское правительство лишь предоставляет различные возможности и опции для получения необходимых технических средств реабилитации, переквалификации, навыков самообслуживания, а также знаний о своем заболевании и способах борьбы с ним. Однако государство не связывает пациента обязательствами и не навязывает унифицированные программы, предлагая военнослужащим и ветеранам самим проявить инициативу и составить наиболее подходящий для них перечень реабилитационных мероприятий. Таким образом, профессиональная медико-социальная программа становится гибкой, персонализированной и отвечает требованиям конкретного пациента, который, в свою очередь, не принимает помощь от государства, а активно участвует в процессе реабилитации. При этом его самостоятельная активность обладает мощным психотерапевтическим эффектом и способствует скорейшей социализации.

В Германии нормативно-правовой основой социальной поддержки отдельных групп граждан являются три ключевых нормативно-правовых акта: Социальный кодекс Германии, Закон о социальной компенсации и Федеральный закон об оказании медицинской помощи пострадавшим в ходе прохождения военной службы, их родственникам и солдатам, оставшимся в живых. Анализ указанных документов позволил определить, что немцы делают основной упор именно на медицинскую поддержку – предоставление набора бесплатных медицинских услуг – в силу того, что немецкая медицина является одной из самых дорогих в Европе. Право на прохождение бесплатно-

го лечения и получение социальных пособий имеют как действующие, так и бывшие военнослужащие, которые подали заявление о признании получения ущерба здоровью от военной службы, а также военнослужащие, получившие тяжелые травмы во время прохождения службы. Большинство медицинских услуг (например, услуги по лечению и уходу за больными и инвалидами) предоставляются государственными медицинскими страховыми компаниями бесплатно, за исключением услуг по протезированию, реабилитации и профилактике заболеваний. На протезирование предоставляется единовременная субсидия на покрытие соответствующих расходов. Таким образом, финансовая помощь в сфере медицинских услуг составляет важную часть политики Германии в отношении военнослужащих.

Помимо этого, в Федеральном министерстве обороны Германии функционирует так называемая «психосоциальная сеть» (*Psychosoziales Netzwerk*), состоящая из Психологической службы Бундесвера, Санитарной службы Бундесвера и Социальной службы Бундесвера, а также 90 их филиалов, расположенных по всей стране. Работа данных служб тесно связана с руководством *Bundeswehrbetreuung* и *Familienbetreuung* (организациями поддержки Бундесвера и семей военнослужащих соответственно) [19]. На сегодняшний день Федеральное министерство обороны Германии рассматривает необходимость создания центрального информационно-справочного центра для ветеранов боевых действий, который будет служить консультационным и информационно-коммуникационным узлом.

Для работы с военнослужащими, столкнувшимися с проявлениями посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), в Федеральном министерстве обороны Германии введена специальная должность – уполномоченный по связанным с военными операциями посттравматическим стрессовым расстройствам и лицам, получившим травмы в результате военных операций (*Beauftragte für einsatzbedingte*

posttraumatische Belastungsstörungen und Einsatztraumatisierte). Он занимается делами военнослужащих, пострадавших физически и/или психологически, в зарубежных командировках, при этом основное внимание уделяется пострадавшим в результате боевых действий. В спектр его задач входит обеспечение ухода, лечения, реабилитации военнослужащих с ПТСР и их консультация по вопросам социальных мер поддержки [12].

Социальный аспект поддержки военнослужащих Бундесвера также достаточно развит: несколько общественных объединений взяли на себя задачу оказания помощи военнослужащим, пострадавшим в боях или погибшим в результате несчастных случаев и их семьям. В так называемую Netzwerk der Hilfe («Сеть помощи») объединились 47 различных организаций. С целью оказания помощи пострадавшим в результате боевых действий военнослужащим Бундесвера и их родственникам с 2015 года функционирует Немецкий фонд помощи в трудных ситуациях [10].

Одной из основных структур медико-социальной реабилитации военнослужащих в Германии является Центр передового опыта в области соматической реабилитации при Центре спортивной медицины Бундесвера (ZSportMedBw) в Варендорфе. Он специализируется на сложных случаях, и военнослужащим, которые были серьезно ранены на службе или получили необратимые нарушения после тяжелых заболеваний, там предоставляется профессиональная помощь. Специалисты ZSportMedBw разрабатывают индивидуально подобранные, скоординированные с медицинской точки зрения и ориентированные на обслуживание реабилитационные мероприятия [29]. В рамках пилотного проекта существуют еще пять реабилитационных центров, например Центр медицинской поддержки (SanUstgZ) в Аугустдорфе, где, помимо обеспечения амбулаторной специализированной медицинской помощи, проводятся интенсивные трехнедельные курсы реабилитации для военнослужащих. Кроме того, имеется возможность привлекать гражданские реабилитационные учреждения, имеющие на то специальное разрешение.

Несмотря на широкий спектр возможностей оказания психологической помощи, только 50 % военнослужащих Германии обращаются за ней к специалистам. По мнению опрошенных экспертов, к основным контекстуальным препятствиям для обращения за лечением относятся страх подвергнуться стигматизации и дискриминации, а также дефицит информации о программах социальной и психологической поддержки [24]. В этой связи отметим, что само по себе наличие таких программ не гарантирует широкий охват целевой группы, и необходимо также работать над методами распространения и информирования о них военнослужащих.

Таким образом, особенностью организации медико-социальной реабилитации военнослужащих, инвалидов и их семей в Германии является их усиленная медицинская поддержка. Для повышения уровня жизни указанных категорий граждан государство предоставляет субсидии, покрывающие расходы на медицинское обслуживание, реабилитационные и профилактические мероприятия; однако, согласно действующему законодательству, покрытие расходов регулируется строгими правилами получения государственной поддержки и лимитами в соответствии с уровнем дохода граждан и степенью полученного ущерба. Под особой защитой находятся граждане, которые получили травмы от членов семьи (в т.ч. военнослужащих), а также лица, осуществляющие уход за инвалидами.

Еще одной страной, военные контингенты которой располагаются по всему миру, является Канада. Основные принципы оказания услуг по охране психического здоровья ветеранов были утверждены в 2014 году в рамках осеннего доклада генерального аудитора Канады [22]. На их основании ветераны имеют право на участие в программе пособий по инвалидности, получение реабилитационных услуг и профессиональной помощи. Данные мероприятия включают в себя медицинскую реабилитацию, психосоциальную реабилитацию, в рамках которой

ветеранам помогают развить навыки, необходимые для восстановления независимости и обучения с учетом состояния здоровья или инвалидности, а также профессиональную реабилитацию, в ходе которой происходит переквалификация военнослужащих на гражданскую специальность. В настоящее время Вооруженными силами Канады принята гражданско-военная программа партнерства, целью которой является реабилитация военнослужащих с использованием наиболее оптимальных и современных техник лечения и реабилитации. Одного пациента ведет целая группа специалистов, включая хирурга, дежурного врача, медсестру-куратора, физиотерапевта и специалиста в области психического здоровья. Параллельно военнослужащего курирует многопрофильная группа управления программой реабилитации Службы здравоохранения Вооруженных сил Канады (CFHS – Canadian Forces Health Services). Вспомогательные центры экспертизы обеспечивают дополнительную поддержку в области сохранения психического здоровья.

Для повышения эффективности медико-реабилитационной помощи была создана Канадская модель профессиональной деятельности и занятости (Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E)), которая основана на сочетании биопсихосоциальных и духовных факторов и в которой сделан акцент на личностно-ориентированную помощь и максимизацию терапевтического эффекта [21]. В отличие от классической биопсихосоциальной модели канадская модель в равной степени ориентируется на духовные усилия личности в попытке изменить отношение пациента к себе и своему окружению [25]. В частности, она отражает отношения между человеком (физическое, когнитивное, эмоциональное и духовное измерения), средой, в которой человек существует (физическое, культурное, институциональное и социальное измерения), и его занятиями (уход за собой, работа и досуг).

Оценка состояния военнослужащего проводится в соответствии с показателями

благополучия, которые тесно связаны с детерминантами здоровья и отталкиваются от них [28]:

- трудоустройство или другая значимая деятельность,
- финансы,
- здоровье,
- жизненные навыки и подготовленность,
- социальная интеграция,
- жилье и физическая среда,
- культурная и социальная среда.

В то же время на военнослужащего возлагается обязанность самостоятельно заботиться о собственном физическом и психическом здоровье, что отражается в «Триаде ответственности», которая изложена в информационной брошюре *Surgeon General's Integrated Health Strategy*, изданной Министерством национальной обороны Канады в 2017 году и содержащей рекомендации по восстановлению соматического и психического здоровья военнослужащих и оптимизации процесса оказания медицинских услуг [26]. «Триада ответственности» предполагает включение в сферу здравоохранения представителей Вооруженных сил Канады (CAF) и их семей, Службы здравоохранения Вооруженных сил Канады (CFHS) и цепочку командования. В контексте этой программы ведущую роль играет именно личная вовлеченность и забота пациентов о состоянии собственного здоровья.

Помимо этого, в канадской модели отмечается важность среды, в которой проходит реабилитационный процесс. Подчеркивается, что характер взаимоотношений между военнослужащими и медицинским персоналом задает темп выздоровления, а такие навыки персонала, как легкость в общении, забота, ролевое моделирование, надежность, твердость и отсутствие осуждения, являются катализаторами быстрой и качественной реабилитации [3].

Как и в США, в Канаде действует сеть государственных и негосударственных организаций для поддержки военнослужащих и повышения их благополучия. В Вооруженных силах Канады действуют надежные си-

стемы, в т.ч. Службы поддержки в нечастных случаях (Casualty support services), которые помогают военнослужащим и их семьям в случае болезни, ранений или смерти, План страхования доходов от службы (SISIP), Директорат по компенсациям и льготам и мн. др. Многочисленные благотворительные организации также вносят свой вклад в благополучие членов и ветеранов Вооруженных сил Канады. В их числе Королевский канадский легион, Фонд семей военнослужащих и Ресурсные центры семей военнослужащих, а также некоммерческие организации [5].

Такие социальные программы, как Soldier On, Outward Bound for Veterans и Invictus Games, направлены на повышение эффективности в области реабилитации с помощью спортивных и игровых тренировок. Улучшая свою физическую подготовку, паратлеты восстанавливают чувство контроля над своим телом. Кроме того, такие организации, как TruePatriotLoveFoundation, объединяя лидеров делового сообщества с ветеранами, проводят сложные экспедиции в суровых природных условиях. Во время таких экспедиций военные, получившие ранения на боевом посту, улучшают свое физическое и психическое состояние, а также общаются с гражданскими лицами и устанавливая связи с другими людьми, успешно решая сложные задачи совместно с ними. Такие программы могут привести к позитивным изменениям и помочь военнослужащим вернуться к нормальной жизни после ранения, а также перенести приобретенные навыки в новую среду и реинтегрироваться в гражданскую жизнь [7]. Пул реабилитационных программ включает и возможность заниматься творчеством. В 2017 году Национальный фонд искусств расширил программу «Творческие силы», добавив четыре клинических центра к семи уже существующим, открыв новые возможности для проведения арт-терапии для военнослужащих, ветеранов и семей, имеющих дело с ЧМТ и ПТСР [2].

Система оказания медико-реабилитационной помощи военнослужащим в Канаде имеет гибкую структуру, обладающую большими возможностями и целым рядом

инструментов, способную подстраиваться под конкретные запросы. Более того, канадские специалисты ищут ответы на вопросы абилитации и реабилитации в развитии теоретических моделей и применении их на практике. Психотерапевтическая концепция терапии средой, пронизывающая идеи Канадской модели профессиональной деятельности и вовлеченности, медицинская этика и деонтология, а также различные техники мотивации и адаптации являются столпами медико-социальной реабилитации в Канаде.

Реабилитационные мероприятия и медико-социальная помощь военнослужащим *Великобритании* регламентируется NHS (The National Health Service), однако в каждой административно-территориальной единице структура оказания услуг и входящие в нее организации различаются. Система оказания помощи в области психического здоровья подробно представлена в методическом пособии английских коллег [20].

На всей территории Соединенного Королевства также действуют несколько организаций. CIT (Crisis Intervention Teams) – Группы кризисного вмешательства, оказывающие поддержку социально дезадаптированным пациентам и предоставляющие услуги здравоохранения и социальное обеспечение. СМНТ (Community Mental Health Teams) – Общественные бригады охраны психического здоровья, представляющие собой многопрофильные команды, которые проводят лечение и курируют пациентов с затяжными психическими расстройствами. Они также занимаются информированием и активной пропагандой борьбы с психическими заболеваниями во всех административных регионах Великобритании.

В английской системе поддержки ветеранов при наличии психического расстройства или его продрома пациент может обратиться за помощью самостоятельно, получить направление от врача общей практики или, в случае обострения клинической картины, обратиться в службу неотложной медицинской помощи. После оказания необходимой помощи военнослужащий перенаправляется в TILS (England Transition, Intervention and

Liaison Service) – Службу психического здоровья, перехода, посредничества и связи для ветеранов. Данная аббревиатура освещает основные функции Службы: организация оказывает помощь при переходе в запас, осуществляя длительную курацию, и следит за тем, чтобы военнослужащие могли своевременно получить медицинскую помощь в других государственных учреждениях. Помимо этого, TILS предоставляет широкий спектр услуг военнослужащим и ветеранам: психиатрическое лечение, помощь в обеспечении жильем, содействие в трудоустройстве и борьбе со злоупотреблением алкоголем. Таким образом, TILS является распределительным узлом, действующим на территории всей Англии, который координирует военнослужащих и формирует индивидуальную программу решения социально-экономических и медико-психологических проблем. Параллельно TILS действует HIS (NHS Veterans Mental Health High Intensity Services) – служба, организующая для военнослужащих консультации со специалистами и поддержку службы здравоохранения и ухода вблизи места жительства. В случае эффективности проводимых реабилитационных мероприятий, вышеуказанные службы продолжают курацию своих пациентов и после наступления выздоровления [20].

В случае если реабилитационные мероприятия оказались малоэффективны, военнослужащий перенаправляется в CTS (NHS Veterans' Mental Health Complex Treatment Service) – Службу комплексной заботы о психическом здоровье ветеранов – организацию, занимающуюся интенсивной терапией пациентов с резистентными психическими расстройствами, алкоголической и наркологической зависимостями, а также лечением профессиональных соматических травм.

В связи со схожим функционалом вышеперечисленных программ на данный момент эти проекты находятся на стадии слияния в рамках программы Op COURAGE – специализированной службы, предназначенной для оказания помощи военнослужащим, резервистам, ветеранам вооруженных сил и их семьям. Данная программа, поми-

мо организации психиатрической, психотерапевтической и наркологической помощи, предполагает разработку совместных программ с благотворительными фондами, поддержку в вопросах жилья, финансовую помощь и трудоустройство. Она также предоставляет услуги круглосуточной горячей линии Combat Stress, предназначенной для оказания экстренной психотерапевтической помощи. Однако элементы «феодалов раздробленности» по-прежнему сопровождают систему оказания медико-социальной помощи: Op COURAGE действует только для военнослужащих Англии (стоит отметить, что с 2018 года Combat Stress предоставляет услуги и на территории Шотландии).

В Уэльсе оказание медико-социальной помощи гораздо более децентрализовано. Так, в 2010 году правительство Уэльса ввело Закон о психическом здоровье и возложило юридическую ответственность за предоставление психиатрической помощи на местное управление, в связи с чем структуры оказания такой помощи сильно различаются по всей стране. Veterans' NHS Wales предлагает гораздо более узкий пул медицинской помощи и ограничивается амбулаторной помощью ветеранам, при этом максимальная длительность лечения составляет 16–20 приемов. При выявлении злоупотребления психоактивными веществами, а также расстройств психотического спектра пациенты перенаправляются в государственные клиники Национальной службы здравоохранения. На данный момент валлийская система реабилитации военнослужащих не сформирована и во многом опирается на общую государственную систему здравоохранения.

Шотландская служба NHS во многом схожа с английской, однако также не способна охватить все население региона. Основную помощь оказывает Veteran First Point (F1P) – основанный в 2009 году филиал NHS, обеспечивающий комплексную социальную и медицинскую поддержку, с акцентом на борьбу с различными аддикциями. Однако зона покрытия этой организации мала – менее половины территории региона. Это не единственный пример, когда регион

не справляется с полноценным оказанием медико-социальной помощи: в 2016 запущен пилотный проект Distress Brief Intervention (DBI) – организация, оказывающая неотложную краткосрочную помощь в состоянии дестабилизации с целью профилактики самоубийств и повышения уровня психического здоровья. Данный проект, однако, действовал только на территории Ланаркшира, Бординга, Абердина и Хайлендса. Помимо этого, в Шотландии с 2019 года запущена программа Assertive Outreach, занимающаяся защитой общественного психического здоровья и борьбой с наркотической зависимостью в частности, но она действует только в Эдинбурге. Неравномерность оказания психиатрической, наркологической и социальной помощи – серьезная проблема Шотландии. В местах, где вышеперечисленные организации не предоставляют свои услуги, военнослужащим приходится обращаться в общественные группы психического здоровья, образованные из добровольцев и оказывающие лишь посильную помощь. Согласно стратегии развития, утвержденной шотландским правительством, до 2027 в местные службы необходимо привлечь 800 специалистов по психическому здоровью различной специализации.

В *Северной Ирландии* помощь военнослужащим оказывает конфедерация пяти региональных трастов здравоохранения и социальной помощи – Belfast, Northern Trust, South Eastern, Southern Trust и Western Trust, а также Northern Ireland Ambulance Service Trust (совместно именуемые Health and Social Care Northern Ireland, HSCNI). Система оказания помощи в каждом из трастов специфична и отличается от других. Помимо этого, в Северной Ирландии отсутствует служба, оказывающая экстренные услуги в случае дестабилизации психического состояния пациента, – за это отвечают службы общей практики. Кроме того, в связи со специфическим историческим и политическим опытом Северной Ирландии в рамках Великобритании многие ветераны неохотно обращаются за помощью в государственные службы [4]. В связи с этим услуги медико-

психологической реабилитации в Северной Ирландии в основном предоставляются UDR & R IRISH (также встречается аббревиатура ACS) – Службой послеоперационного ухода, созданной в 2007 году Министерством обороны, которая доступна исключительно ветеранам Ольстерского оборонного полка и Королевского ирландского полка (и их иждивенцам). В ее функции входит предоставление индивидуальной комплексной поддержки, включая как хирургическое лечение, так и психиатрическую помощь – она оказывается некоммерческой организацией Inspire, созданной для пациентов с расстройствами невротического спектра. Также действует программа Addictions NI, проводящая специализированное лечение ветеранов, у которых психическое расстройство вызвано сопутствующим злоупотреблением наркотических веществ. Помощь эта существенно ограничена: на момент отчета Университета Ньюкасла за 2021 г. менее 200 ветеранов обратились в UDR & R IRISH и лишь 18 – в Inspire. Значительную помощь оказывают негосударственные организации, к примеру Armed Forces Covenant Fund Trust, который реализует за счет собственных средств программу Tackling Serious Stress. Она нацелена на укрепление семьи как ячейки общества; помимо этого, включает курсы физиотерапии, ландшафтотерапии, комплементарной терапии. Свой вклад вносят и благотворительные фонды, сектор активистов и добровольцев, занимаясь координацией передвижений военнослужащих в системе здравоохранения.

Подводя итог, можно сказать, что британская система медико-социальной помощи развита неравномерно и имеет вид разрозненных, очаговых участков, чаще всего соотносимых с густонаселенными районами. Несмотря на то, что в рамках существующих программ абилитации и реабилитации уделяется существенное внимание проблемам развития аддикций среди военнослужащих и ветеранов, немедленному реагированию в случае развития дезадаптивных состояний, а также ведется активное спонсирование и трудоустройство бывших военнослужа-

щих, их взаимодействие между собой и с государственными структурами ненадежно. Более того, оказываемая помощь в разных регионах отличается по объему, пулу предоставляемых услуг и качеству, в связи с чем в метрополии бывший военнослужащий может рассчитывать на постоянную курацию и своевременную поддержку. В это же время ветераны отдаленных регионов во многих случаях могут положиться лишь на помощь некоммерческих добровольческих организаций, спектр возможностей которых крайне узок. Региональные различия в структуре оказания медико-социальной помощи свидетельствуют не об уникальных, специфических подходах к конкретному контингенту, а об отсутствии единой унифицированной системы (ярким примером может служить Северная Ирландия, где военнослужащие негативно настроены в отношении государственной помощи и готовы формировать собственные структуры). Система оказания медико-социальной помощи Великобритании обладает единым идейным вектором развития психиатрической, психотерапевтической, наркологической и социальной помощи, но имеет в основе своей разрозненную и несовершенную «феодалную» систему и потому не может быть представлена как пример, на который стоит равняться.

Медико-социальная помощь, а также программы абилитации и реабилитации во Франции полностью регламентируются Министерством вооруженных сил Франции. Главные принципы оказания медико-социальной помощи сформулированы в 2011 году министром обороны и по делам ветеранов и Службой здравоохранения Вооруженных сил: лучшее выявление и диагностика ПТСР, улучшение медицинской и социальной помощи военнослужащим с ПТСР и последствиями травматического события и гарантии справедливой компенсации.

Основной организацией является Service de santé des armées (SSA) – Армейская служба здравоохранения, оказывающая не только медицинскую, но и психиатрическую, психологическую и социальную помощь военнослужащим и ветеранам. Основными ме-

стами оказания медико-психологической помощи являются реорганизованные армейские учебные госпитали, в которых развертываются центры лечения и реабилитации (UTRB или CTRB), где психиатры и реабилитологи проводят соответствующие мероприятия. По завершении лечения французские военнослужащие проходят спортивный курс физической реабилитации (CABAT). Большое внимание уделяется психическому здоровью военнослужащих: для повышения эффективности работы с психическими заболеваниями на базе военных госпиталей с 2013 года функционируют отделения HIARP. Военнослужащих и ветеранов с хроническими психическими заболеваниями планово госпитализируют несколько раз в год. В рамках HIARP проводятся различные психотерапевтические мероприятия, такие как дискуссионные группы, творческий отдых, релаксация переменной индукции (RIV), трудотерапия и арт-терапия, софрология, оздоровительные процедуры. Военнослужащие также могут заниматься разными видами физической активности (скандинавская ходьба, мультиспортивные занятия в помещении), проводить время на лечебных прогулках или участвовать в мероприятиях (кулинарные мастер-классы, настольные игры). Помимо этого, развита система физических лечебных мероприятий, включающая физиотерапию, эрготерапию, бальнеотерапию, аурикулотерапию. После выписки из вышеуказанных учреждений можно повторно обратиться в SSA для прохождения психоаналитической психотерапии, к которой добавляются медикаментозное лечение, сеансы трудотерапии и приобретение психомоторных навыков, софрология, гипноз, социально-эстетические методы лечения. Связь имеющихся расстройств с профессиональной деятельностью военнослужащего гарантирует доступ к бесплатной медицинской, психологической и административной поддержке раненому и его иждивенцам. Однако основным ограничением последовательных госпитализаций является то, что они не предлагают пациентам классическую психотерапевтическую схему с отдельными

сеансами, близкими по времени, за исключением тех, кто проживает недалеко от больницы и может продолжать лечение амбулаторно. За большинством пациентов и между двумя госпитализациями их наблюдают военные психологи из Медицинских центров Вооруженных сил (СМА) или гражданские психотерапевты, входящие в сеть системы Listen Defense.

SSA также является орагнизатором Écoute Défense – круглосуточной горячей линии, готовой предоставить медицинские, психотерапевтические и другие услуги ветеранам, военнослужащим и их семьям, в особенности если причиной обращения является психотравмирующая ситуация. Также в большинстве медицинских центров Вооруженных сил работает психолог, который оказывает бесплатную психологическую помощь военнослужащему и его семье; однако, если качество такой помощи не устраивает пациента, фонд CNMSS покрывает стоимость лишь шести консультаций гражданского клинического психолога на каждого члена семьи. Помимо этого, на территории Франции действует программа ATHOS – военно-социальная реабилитационная система, в основе которой лежит программа психосоциальной реабилитации, адаптированная к уникальным особенностям психики раненых солдат и предназначенная для сопровождения раненого в его личном, социальном и профессиональном восстановлении [17]. ATHOS представляет собой группу санаториев, открытых в Тулоне, Камбе, Куаз-Сен-Жан-Пье-Готье-Бен, Оре и Вильфранш-де-Лораге и является не инклюзивной формой реабилитации для военнослужащих, а долгосрочной перспективной программой на начальном этапе. Кроме того, стационарную реабилитацию предлагает и Национальное учреждение по делам инвалидов (INI), специализирующееся на уходе за тяжелоранеными; при этом спектр патологии не важен, однако ее максимальная мощность – 48 коек.

За пределами лечебных учреждений SSA оказывает помощь в трудоустройстве и представляет специального консультанта,

который курирует ветерана и консультирует его по различным вопросам. SSA также предоставляет доступ к уникальным биржам труда, приглашает ветеранов на различные мероприятия, а также обучает написанию резюме, сопроводительных писем и помогает в подготовке к собеседованиям при приеме на работу. При необходимости SSA может профинансировать переобучение ветерана или повышение квалификации. Также SSA выплачивает компенсации в случае причинения физического или морального ущерба военнослужащему или его иждивенцу.

Таким образом, французская система оказания медико-социальной помощи базируется на стационарных государственных военных учреждениях, в связи с чем пациенты оторваны как от своих семей, так и от общества в целом, что ведет к социальной дезадаптации и увеличению сроков восстановления. Помимо этого, оказание помощи централизовано, покрывает лишь часть территории страны, и поэтому на дальнейшее амбулаторное наблюдение могут претендовать лишь те военнослужащие, которые живут вблизи немногочисленных специализированных военных госпиталей. Те пациенты, которые проживают вне зоны доступности амбулаторной помощи, вынуждены планово госпитализироваться, что ведет к оторванности от семьи, снижению социально-профессиональных навыков, развитию госпитализма. Несмотря на серьезную финансовую и информационную поддержку, структура оказания медико-социальной помощи военнослужащим во Франции практически не взаимодействует с гражданскими лечебными организациями, что существенно сужает пул ее возможностей и, вследствие этого, ее эффективность.

Заключение

В результате проведенного анализа научной литературы и материалов сайтов, ориентированных на аудиторию, состоящую из бывших военных и членов их семей, а также нормативной документации установлено следующее. Несмотря на разнообразие ин-

струментов поддержки военнослужащих, применяемых в Европе и Северной Америке, их основная задача и парадигма одинаковы. Разработка социально-реабилитационных и санаторно-курортных программ для военнослужащих и их семей и создание информационных программ повышает адаптационный потенциал военнослужащих и ветеранов, а сопровождение семей военнослужащих после их гибели также снижает сроки психологического восстановления после утраты, обеспечивает раннее начало социального функционирования. Кроме того, наблюдается тенденция ухода от психофармакологической терапии к психотерапевтическим и социальным инструментам. В то же время можно отметить некоторые национально-специфические черты, характерные для реабилитации военных. Так, для системы Германии характерна сильная финансовая поддержка военнослужащих, тогда как в Северной Америке акцент делается на психотерапевтическое направление, а также на вовлечение в реабилитацию членов семей. Австралийская система характеризуется мощной информационной и унитарной организационной составляющей. Во Франции медико-психологическая помощь оказывается в эксклюзивных лечебных учреждениях, характеризуется закрытостью, включает плановые госпитализации и не позволяет пациенту быстро и своевременно адаптироваться в социуме. Система оказания медико-социальной помощи в Великобритании является раздробленной, неравномерно

распространенной, разрозненной. В поиске способов повышения эффективности реабилитации британская и французская системы интереса не представляют.

Проанализированные результаты показали, что с целью повышения эффективности любой государственной системы оказания медико-социальной помощи необходимо формировать современную законодательную базу, определяющую цели, задачи и методики проводимых мероприятий. Помимо этого, необходима единая государственная программа, отвечающая за предоставление различными способами (интернет-сайты, горячие линии, областные отделения) информации (необходимые документы, контактные данные и т.д.) и услуг на территории всей страны. Пул предоставляемых услуг должен включать в себя не только медицинское и психотерапевтическое лечение, но и методики социально-профессиональной адаптации, позволяющей военнослужащему продолжить службу или полноценно интегрироваться в гражданское сообщество. Реабилитация должна быть активным процессом, в котором пациент самостоятельно стремится к восстановлению, что само по себе является мощным психотерапевтическим катализатором. Помимо этого, необходимо предоставлять вышеуказанные услуги, а также финансовую помощь семьям военнослужащих с целью сохранения семьи как социального института и среды для полноценного восстановления пациента.

Литература

1. Нечаев В.С., Магомедова З.А. Организация медицинской реабилитации за рубежом: аналитический обзор // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2017. № 3. С. 175–177.
2. Alexander C. Behind the Mask: Revealing the Trauma of War // National Geographic. URL: <https://www.nationalgeographic.com/healing-soldiers/> (дата обращения: 28.08.2024).
3. Arincorayan D., Applewhite L., Garrido M. [et al.]. Resilience-Enhancing Relationships: What We Can Learn from Those with a History of Adverse Childhood Experiences // US Army Medical Department Journal. 2017. Iss. 2–17. Pp. 25–32.
4. Armour C., Walker E., Hall M. [et al.]. Exploring the Need for a Veterans' Centre in Northern Ireland. Forces in Mind Trust. 2018. URL: <https://www.fim-trust.org/wp-content/uploads/2018/06/20180612-Veterans-Centre-ReportFinal.pdf> (дата обращения: 17.10.2024).
5. Besemann M., Hebert J., Thompson J.M. [et al.]. Reflections on Recovery, Rehabilitation and Reintegration of Injured Service Members and Veterans from a Bio-Psychosocial-Spiritual Perspective // Canadian Journal of Surgery. 2018. Vol. 61 (6). Pp. 219–231. DOI: 10.1503/cjs.015318

6. Browne J., Rudolph J.L., Jiang L. [et al]. Serious Mental Illness Is Associated with Risk of Hospital Readmission in Veterans with Heart Failure // *Journal of Psychosomatic Research*. 2024. Vol. 178. Article 111604.
7. Dentry S.J., Joannou M., Besemann M., Kriellaars D. Project Trauma Support: Addressing Moral Injury in First Responders // *Mental Health in Family Medicine*. 2017. No. 13. Pp. 418–422.
8. Department of Veterans Affairs Website (Сайт американской ассоциации ветеранов-инвалидов). URL: <https://www.dav.org/about-dav> (дата обращения: 27.08.2024).
9. Department of Veterans' Affairs Website (Сайт департамента по делам ветеранов Австралии). URL: <https://www.dva.gov.au> (дата обращения: 17.10.2024).
10. Deutsche Härtefallstiftung (Сайт немецкого фонда помощи в трудных ситуациях). URL: <https://haertefallstiftung.de/> (дата обращения: 27.08.2024).
11. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-5. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 2013. 992 p. DOI: 10.1176/appi.books.9780890425596
12. Die Einbettung Einsatzgeschädigter Soldatinnen und Soldaten in das Sozialsystem und in die Gesellschaft. Ein Vergleich der Situation in Deutschland mit Ausgewählten Staaten der Europäischen Union (Включение солдат, раненых в боевых действиях, в социальную систему и в общество. Сравнение ситуации в Германии с отдельными странами ЕС: Научный доклад на сайте Бундестара). URL: <https://www.bundestag.de/resource/blob/927492/16cb0735e2a214d69a53d27847bce8e4/WD-2-076-22-pdf.pdf> (дата обращения: 29.08.2024).
13. LePage J.P., Walters S.T., Cipher D.J., Crawford A.M. Development and Evaluation of an Online Vocational Program for Veterans with Legal Convictions and Psychiatric Illness // *Evaluation and Program Planning*. 2023. Vol. 97. Article 102254.
14. Military Impacted Schools Association Website (Сайт Ассоциации школ с большим числом детей военных). URL: <https://militaryimpactedschoolsassociation.org> (дата обращения: 27.08.2024).
15. Military oneSource Website (Сайт с информационными ресурсами для военных США и их семей). URL: <https://www.militaryonesource.mil> (дата обращения: 27.08.2024).
16. Military Rehabilitation and Compensation Act 2004 (Закон о военной реабилитации и компенсации 2004). URL: <https://www.legislation.gov.au/C2004A01285/latest/versions> (дата обращения: 17.10.2024).
17. Mon parcours de soins. Ministère des Armées (Мой путь ухода. Сайт Министерства Вооруженных Сил Франции). URL: <https://www.defense.gouv.fr/sga/mon-parcours-soins> (дата обращения: 17.10.2024).
18. Nagelkerk J., Bacon-Baguley T., Jensen S. [et al]. Interprofessional Education to Community Outpatient Rehabilitation Health Professionals for Treatment of U.S. Veterans with Brain Injuries // *Journal of Interprofessional Education & Practice*. 2021. No. 24. Article 100429.
19. Netzwerk der Hilfe. (Сайт «Сети взаимопомощи» Бундесвера). URL: <https://www.bundeswehr.de/de/betreuungsfuersorge/betreuungsportal/netzwerk-der-hilfe> (дата обращения: 29.08.2024).
20. Osborne A.K., McGill A., Kieman M.D. Pathways into Mental Health: Services for UK Veterans. Newcastle: Northumbria University, 2021. 34 p.
21. Polatajko H.J., Townsend E.A., Craik J. Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E). In *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision of Health, Well-Being, & Justice through Occupation* / E.A. Townsend & H.J. Polatajko, Eds. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE, 2007. Pp. 22–36.
22. Rapport du vérificateur général du Canada 2014 (Доклад генерального аудитора Канады 2014). URL: https://www.oag.bvg.gc.ca/internet/Francais/parl_oag_201411_03_f_39961.html (дата обращения: 17.10.2024).
23. Safety, Rehabilitation and Compensation (Defence-related Claims) Act 1988 (Закон о безопасности, реабилитации и компенсации (иски, связанные с обороной) 1988. URL: <https://www.legislation.gov.au/C1988A00156/latest/versions> (дата обращения: 17.10.2024).
24. Siegel S., Rau H., Dors S. [et al]. Barrieren der Inanspruchnahme von Psychotherapie Ehemaliger Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr (Veteranen). Eine Expertenbefragung. *Zeitschrift für Evidenz // Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. 2017. Nr. 125. S. 30–37.
25. Sulmasy D.P. A Biopsychosocial-Spiritual Model for the Care of Patients at the End of Life // *The Gerontologist*. 2002. Vol. 42 (3). Pp. 24–33.
26. Surgeon General's Integrated Health Strategy – 2017. Integration for Better Health. Canada, National Defence, 2017. 24 p.
27. The Child Center of NY Website (Сайт детского центра Нью-Йорка для семей военных). URL: <https://childcenterny.org/military-services> (дата обращения: 27.08.2024).
28. Thompson J.M., MacLean M.B., Roach M.B. [et al.]. A Well-Being Construct for Veterans' Policy, Programming and Research. Research Directorate Technical Report. Charlottetown PE: Research Directorate, Veterans Affairs Canada, 2016. 38 p.
29. Wege zurück in den Dienst. (Возвращение в строй. Сайт реабилитации и инклюзии Бундесвера). <https://www.bundeswehr.de/de/organisation/sanitaetsdienst/medizin-und-gesundheit/wege-zurueck-in-den-dienst> (дата обращения: 29.08.2024).

Поступила 06.11.2024

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

Участие авторов: В.Н. Емельянов – разработка дизайна исследования, написание статьи ; В.А. Вирко – поиск литературных источников, написание статьи; И.В. Клишин – анализ нормативно-правовых актов по реабилитации военнослужащих в Австралии, систематизация информации, техническая редакция статьи ; Г.Г. Загородников – анализ англоязычных литературных источников и нормативно-правовых актов, написание статьи; В.А. Горичный – анализ и систематизация данных по опыту реабилитации военнослужащих в Соединенных Штатах Америки, техническая редакция статьи; В.В. Лукашов – отбор и обработка англоязычных литературных источников и нормативно-правовых актов, систематизация информации, подготовка текста статьи; М.Д. Горбачёв – отбор и обработка нормативно-правовых актов по реабилитации военнослужащих в Германии, перевод литературных источников с немецкого языка.

Для цитирования. Емельянов В.Н., Вирко В.А., Клишин И.В., Загородников Г.Г., Горичный В.А., Лукашов В.В., Горбачёв М.Д. Организация реабилитации военнослужащих, инвалидов и их семей в зарубежных странах: психологическая и медико-социальная помощь // Вестник психотерапии. 2025. № 93. С. 81–99. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-93-81-99

V.N. Emelyanov^{1,2}, V.A. Virko¹, I.V. Klishin¹, G.G. Zagorodnikov¹, V.A. Gorichnyi^{1,2},
V.V. Lukashov¹, M.D. Gorbachev¹

Organization of Rehabilitation for Military Personnel, Disabled People and Their Families in Foreign Countries: Psychological, Medical and Social Help

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

² Saint Petersburg Medical and Social Institute
(72, let. A, Kondratievsky Ave., St. Petersburg, Russia)

Yemelyanov Vadim Nizamievich – PhD Med. Sci., Senior Researcher, Kirov Military Medical Academy (6, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia); Associate Prof. of Department of Infectology, St. Petersburg Medical and Social Institute (72, let. A, Kondratievsky Ave., St. Petersburg, Russia); e-mail: v.emelyanov@list.ru; ORCID: 0009-0002-2798-1518, SPIN: 1239-5721;

✉ Virko Viktor Andreevich – junior Researcher, Kirov Military Medical Academy (6, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia); e-mail: vmeda-nio@mil.ru; ORCID: 0009-0001-6101-476X, SPIN: 3900-8887;

Klishin Ilya Vyacheslavovich – junior Researcher, Kirov Military Medical Academy (6, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia); e-mail: rn-mil@bk.ru; ORCID: 0009-0008-9753-3212, SPIN: 9275-5754;

Zagorodnikov Gennady Gennadievich – Dr. Med. Sci., Head of the Research Department, Scientific Research Center, Kirov Military Medical Academy (6, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia); e-mail: gen73zag@mail.ru; ORCID: 0000-0002-4859-0519, SPIN: 4465-5572;

Gorichny Viktor Alexandrovich – PhD Med. Sci., Head of the Scientific Research Laboratory, Scientific Research Center, Kirov Military Medical Academy (6, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia), Associate Prof. of Department of healthcare and preventive medicine organizations, St. Petersburg Medical and Social Institute (72, let. A, Kondratievsky Ave., St. Petersburg, Russia); e-mail: garik1501@mail.ru; ORCID: 0000-0003-4892-618X, SPIN: 9916-9660;

Lukashov Vasily Vitalievich – operator of the scientific company, Kirov Military Medical Academy (6, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia); e-mail: lukashov.penza@gmail.com; ORCID: 0009-0000-3592-4594, SPIN: 6977-8311;

Gorbachev Mikhail Dmitrievich – operator of the scientific company, Kirov Military Medical Academy (6, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia); e-mail: gorbachevmikhail1998@gmail.com; ORCID: 0009-0001-4279-2515, SPIN: 7612-2070.

Abstract

Relevance. With the ongoing emergence of armed conflicts worldwide, the issue of military personnel rehabilitation remains highly relevant. This article provides an overview of the methods of habilitation and rehabilitation of military veterans and their families in Western Europe, North America and Australia as well as the governmental and non-governmental institutions involved in recovery and readaptation. The paper discusses possible ways of providing psychotherapeutic and social assistance to military personnel and their families, options for conducting psychoeducational programs for them, creating information resources, as well as systems of sanatorium treatment and socio-economic assistance.

The aim of this article is to critically assess the experience of Western European, North American, and Australian countries in the habilitation and rehabilitation of military personnel.

The data for the analysis include some regulatory acts of Western Europe, North America and Australia, Internet resources of specialized organizations and structures, sites with psychoeducational information, scientific articles devoted to the problem of rehabilitation of military personnel.

Results. It has been established that at the moment, the medical and social assistance programs implemented in the above-mentioned countries are being updated and changing the vector of development. Preference is given not to classical psychopharmacological methods of treatment and rehabilitation, but to psychotherapeutic and social-adaptive approaches. Significant attention is paid to the formation of unpaid programs for obtaining the necessary surgical, drug and sanatorium treatment, as well as providing subsidized assistance in receiving paid treatment. Assistance offered in solving employment problems, and facilitating the return of military personnel to productive civilian life. Psychoeducational programs are conducted not only for military personnel, but also for their relatives; information resources are designed to prevent various psychological complications and psychopathological conditions. Modern trends include fundamental importance of supporting the family of a veteran, supervision in the event of his death, protecting the mental health of family members and children.

Conclusions. The key principles for enhancing the effectiveness of the medico-social and professional rehabilitation and habilitation system have been identified. The study concludes that a multifaceted approach to the medico-social rehabilitation of military personnel is essential, along with the operation of organizations capable of addressing habilitation and rehabilitation based on individual characteristics while offering military personnel and their families a broad range of opportunities for continuing a fulfilling life.

Keywords: adult psychiatry, public health, social medicine, military service, military personnel, medical and social rehabilitation.

References

1. Nechaev V.S., Magomedova Z.A. Organizacija medicinskoj rehabilitacii za rubezhom: analiticheskij obzor [Organisation of medical rehabilitation abroad: analytical review]. *Problemy social'noj gigieny, zdravoohraneniya i istorii mediciny* [Problems of social hygiene, health service and history of medicine]. 2017; (3): 175–177. (In Russ.)
2. Alexander C. Behind the mask: revealing the trauma of war. *National Geographic*. URL: <https://www.nationalgeographic.com/healing-soldiers/>
3. Arincorayan D., Applewhite L., Garrido M. [et al.]. Resilience-enhancing relationships: what we can learn from those with a history of adverse childhood experiences. *US Army Medical Department Journal*. 2017; 2–17: 25–32.
4. Armour C., Walker E., Hall M. [et al.]. Exploring the need for a veterans' centre in Northern Ireland. Forces in mind trust. 2018. URL: <https://www.fim-trust.org/wp-content/uploads/2018/06/20180612-Veterans-Centre-ReportFinal.pdf>
5. Besemann M., Hebert J., Thompson J.M. [et al.]. Reflections on recovery, rehabilitation and reintegration of injured service members and veterans from a bio-psychosocial-spiritual perspective. *Canadian Journal of Surgery*. 2018; 61(6): 219–231. DOI: 10.1503/cjs.015318
6. Browne J., Rudolph J.L., Jiang L. [et al.]. Serious mental illness is associated with risk of hospital readmission in veterans with heart failure. *Journal of Psychosomatic Research*. 2024; 178: 111604.
7. Dentry S.J., Joannou M., Besemann M., Kriellaars D. Project trauma support: addressing moral injury in first responders. *Mental Health in Family Medicine*. 2017; (13): 418–422.
8. Department of veterans' affairs website. URL: <https://www.dav.org/about-dav>

9. Department of veterans' affairs website. URL: <https://www.dva.gov.au>
10. Deutsche Härtefallstiftung. URL: <https://haertefall-stiftung.de/>
11. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-5. Washington, D.C: American Psychiatric Association. 2013; 992 DOI: 10.1176/appi.books.9780890425596
12. Die Einbettung Einsatzgeschädigter Soldatinnen und Soldaten in das Sozialsystem und in die Gesellschaft. Ein Vergleich der Situation in Deutschland mit Ausgewählten Staaten der Europäischen Union. URL: <https://www.bundestag.de/resource/blob/927492/16cb0735e2a214d69a53d27847bce8e4/WD-2-076-22-pdf.pdf>
13. LePage J.P., Walters S.T., Cipher D.J., Crawford A.M. Development and evaluation of an online vocational program for veterans with legal convictions and psychiatric illness. *Evaluation and Program Planning*. 2023; 97: 102254.
14. Military impacted schools association website. URL: <https://militaryimpactedschoolsassociation.org>
15. Military OneSource website. URL: <https://www.militaryonesource.mil>
16. Military rehabilitation and compensation act 2004. URL: <https://www.legislation.gov.au/C2004A01285/latest/versions>
17. Mon parcours de soins. Ministère des Armées. URL: <https://www.defense.gouv.fr/sga/mon-parcours-soins>
18. Nagelkerk J., Bacon-Baguley T., Jensen S. [et al.]. Interprofessional education to community outpatient rehabilitation health professionals for treatment of U.S. veterans with brain injuries. *Journal of Interprofessional Education & Practice*. 2021; (24): 100429.
19. Netzwerk der Hilfe. URL: <https://www.bundeswehr.de/de/betreuung-fuersorge/betreuungsportal/netzwerk-der-hilfe>
20. Osborne A.K., McGill A., Kieman M.D. Pathways into mental health: Services for UK Veterans. Newcastle: Nothumbria University, 2021. 34 p.
21. Polatajko H.J., Townsend E.A., Craik J. Canadian model of occupational performance and engagement (CMOP-E). In enabling occupation II: advancing an occupational therapy vision of health, well-being, & justice through occupation. E.A. Townsend & H.J. Polatajko, Eds. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE. 2007; 22–36.
22. Rapport du vérificateur général du Canada 2014. URL: https://www.oag-bvg.gc.ca/internet/Francais/parl_oag_201411_03_f_39961.html
23. Safety, rehabilitation and compensation (Defence-related claims) Act 1988. URL: <https://www.legislation.gov.au/C1988A00156/latest/versions>
24. Siegel S., Rau H., Dors S. [et al.]. Barrieren der Inanspruchnahme von Psychotherapie Ehemaliger Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr (Veteranen). Eine Expertenbefragung. *Zeitschrift für Evidenz. Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. 2017; (125): 30–37.
25. Sulmasy D.P. A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *The Gerontologist*. 2002; 42(3): 24–33.
26. Surgeon general's integrated health strategy – 2017. Integration for better health. Canada: National Defence, 2017. 24 p.
27. The child center of NY website. URL: <https://childcenterny.org/military-services>
28. Thompson J.M., MacLean M.B., Roach M.B. [et al.]. A well-being construct for veterans' policy, Programming and research. Research directorate technical report. Charlottetown PE: research directorate, veterans affairs Canada. 2016. 38 p.
29. Wege zurück in den Dienst. <https://www.bundeswehr.de/de/organisation/sanitaetsdienst/medizin-und-gesundheit/wege-zurueck-in-den-dienst>

Received 06.11.2024

For citing: Emel'yanov V.N., Virko V.A., Klishin I.V., Zagorodnikov G.G., Gorichnyi V.A., Lukashov V.V., Gorbachev M.D. Organizatsiya reabilitatsii voennosluzhashchikh, invalidov i ikh semei v zarubezhnykh stranakh: psikhologicheskaja i mediko-sotsial'naja pomoshch. *Vestnik psikhoterapii*. 2025; (93): 81–99. (In Russ.)

Emel'yanov V.N., Virko V.A., Klishin I.V., Zagorodnikov G.G., Gorichnyi V.A., Lukashov V.V., Gorbachev M.D. Organization of rehabilitation for military personnel, disabled people and their families in foreign countries: psychological, medical and social help. *Bulletin of Psychotherapy*. 2025; (93): 81–99. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-93-81-99

А.Ю. Белоусова, Н.Е. Зотова, И.С. Короткова

НАРУШЕНИЯ РАСПОЗНАВАНИЯ КОГНИТИВНЫХ ОШИБОК ДРУГОГО ЧЕЛОВЕКА БОЛЬНЫМИ ШИЗОФРЕНИЕЙ ПРИ ВОСПРИЯТИИ КОММУНИКАТИВНЫХ СИТУАЦИЙ

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

Актуальность. Нарушения социального познания у больных шизофренией затрудняют их взаимодействие с окружающими людьми, что негативно сказывается на их повседневном функционировании и динамике расстройства. Изучение данных нарушений является важным этапом разработки эффективных методов диагностики, реабилитации и психокоррекции, направленных на улучшение качества жизни пациентов.

Цель. Изучение нарушений когнитивной обработки информации у пациентов с шизофренией при выполнении задач на распознавание когнитивных ошибок персонажей коммуникативных ситуаций.

Методология. В исследовании приняло участие 40 пациентов с верифицированным диагнозом «параноидная шизофрения» (F20.0 по МКБ-10; экспериментальная группа) и 60 здоровых лиц, не имеющих психиатрического диагноза (контрольная группа). Анализировались параметры глазодвигательной активности респондентов во время восприятия видеосюжетов коммуникативных ситуаций, а также особенности вербальных интерпретаций сюжетов при пересказе их собеседнику (экспериментатору). Обработка данных проводилась с помощью дисперсионного анализа ANOVA и t-критерия Стьюдента.

Результаты. Больные шизофренией обнаруживают трудности в распознавании когнитивных ошибок персонажей видеосюжетов, демонстрирующих социальные ситуации; эти трудности связаны с нарушениями выявления объектов и событий, значимых для реализуемой наблюдаемым персонажем задачи; нарушениями мониторинга восприятия персонажем данных объектов и событий; дефицитом сопоставления результатов собственной когнитивной активности с когнитивной активностью наблюдаемого персонажа. Также пациенты с шизофренией используют неопределенные языковые выражения при описании персонажей видеосюжетов и испытывают затруднения в выделении признаков, необходимых для их однозначной идентификации собеседником.

Заключение. Полученные результаты подчеркивают необходимость внедрения программ психокоррекции на ранних стадиях расстройства. Интервенции могут быть направлены на обучение пациентов эффективному языковому кодированию объектов и развитие навыков детального анализа коммуникативной ситуации посредством открытых вопросов.

Ключевые слова: социальное познание, теория психического, шизофрения, зрительное восприятие, ай-трекинг, обработка информации, речевые нарушения.

✉ Белоусова Анна Юрьевна – аспирант, каф. мед. психологии и психофизиологии, С.-Петерб. гос. ун-т (199034, Россия, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7–9); e-mail: a.yu.belousova@gmail.com;

Зотова Наталия Евгеньевна – канд. психол. наук, доц. каф. мед. психологии и психофизиологии, С.-Петерб. гос. ун-т (199034, Россия, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7–9); e-mail: n.e.zotova@mail.ru;

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

Введение

Шизофрения является одним из наиболее распространенных расстройств в «большей психиатрии», что обуславливает интерес ученых к разработке диагностических и психокоррекционных методов для данной нозологии [3]. Одним из основных нарушений при шизофрении является нарушение социального познания (social cognition) – трудность понимания пациентами социальных ситуаций и неумение действовать в соответствии с социальными правилами, что негативно влияет на их социальное функционирование и качество жизни [11]. Так, больные шизофренией часто неправильно интерпретируют ситуацию, поскольку не могут рассмотреть ее с точки зрения другого человека, а также оценить свое поведение «со стороны» [14].

Огромный вклад в изучение социального познания внесло направление исследований, известное как «Теория, или модель психического» (Theory of Mind, ToM). Данный концепт был изначально предложен американскими зоопсихологами Д. Примаком и Г. Вудраффом [13], вскоре термин был подхвачен психологами, занимавшимися вопросами развития ребенка [10]. По мере экстраполяции ToM на клиническую выборку взор ученых обратился на пациентов с расстройствами аутистического спектра и шизофренией. Исследователи обнаружили у больных шизофренией нарушения базовой способности к ментализации – моделированию содержания сознания другого человека, приписыванию последнему мыслей, чувств и намерений – иными словами, выдвигению теорий о его внутренних психических процессах, т.н. «теорий психического» [4].

Актуальным остается вопрос о «промежуточных звеньях» в процессе ментализации – факторах, которые влияют на успешность понимания коммуникативной ситуации. Релевантные исследования направлены на изучение четырех доменов: 1) распознавание эмоций по лицевой экспрессии [9]; 2) социальное восприятие (перцепция) и социальное знание; 3) атрибутивный стиль [7] и 4) ToM; однако не ограничены ими. Так,

отдельное внимание было обращено на изучение прагматики речи, ангедонии и алекситимии у пациентов [5].

В методологии ToM наиболее распространены задачи на понимание ложных убеждений (первого и второго порядков), ошибок, намеков, юмора и обмана; анализ визуальной перспективы, понимание ментальной и физической причинности, распознавание эмоций и прослеживание взгляда [6]. При этом с развитием технологий появляются новые методы, включая анализ психофизиологических коррелятов социального познания. Такие инструменты оценки, как запись движений глаз (ай-трекинг), позволяют на протяжении определенного времени регистрировать динамичные, сменяющие друг друга когнитивные операции, которые остаются недоступными для непосредственного наблюдения экспериментатором. Ай-трекинг дает возможность определить области, которые последовательно включаются в анализ или упускаются из него при восприятии коммуникативных ситуаций зрителями.

Методика

Целью исследования являлось изучение нарушений когнитивной обработки информации у пациентов с шизофренией при выполнении задач на распознавание когнитивных ошибок персонажей коммуникативных ситуаций.

Выборка. В данном предварительном исследовании приняло участие 100 респондентов в возрасте от 19 до 38 лет ($M = 26,4$; $SD = 7,3$). Экспериментальная группа ($N_{\text{эт}} = 40$) состояла из пациентов с параноидной формой шизофрении (F20.0 по МКБ-10), находящихся на стационарном лечении. Диагноз пациентов был верифицирован их лечащим врачом, период наблюдения – более года. Критерии исключения из исследования: наличие признаков острого психотического состояния, таких как галлюцинации и бред. Контрольная группа ($N_{\text{кг}} = 60$) включала здоровых респондентов, не имеющих психиатрического диагноза. Все респонденты предо-

ставили согласие на участие в исследовании и были проинформированы о возможности отказаться от участия в нем в любой момент.

Стимульный материал и процедура. В соответствии с инструкцией, респонденты просматривали юмористические видеосюжеты (фрагменты немого кино), в которых как минимум один из персонажей допускал **когнитивную ошибку**: не замечал какой-то объект или ошибочно его воспринимал. Когнитивные ошибки, допускаемые персонажами, происходили из-за недостатка у последних информации о ситуации, тогда как зритель со стороны мог видеть полную картину и, как наблюдатель, имел возможность сравнить собственное понимание ситуации с ошибочным пониманием персонажа. Во время просмотра с помощью системы бесконтактной регистрации движений глаз Tobii X120 регистрировались движения глаз респондента. После окончания просмотра участник исследования должен был пересказать видеосюжет, указав на когнитивную ошибку персонажа. При наличии затруднений в ответе на уточняющие вопросы по содержанию видео он мог пересмотреть видеосюжет еще два раза.

В данной статье будет разобран один фрагмент из фильма «Добро пожаловать, опасность» (1929): «Высокий лысый мужчина надвигается на мужчину в очках, который в страхе прижимается к стене. Первый хватает металлическую палку и начинает бить второго по голове. Однако во время одного из ударов палка сгибается. Оба мужчины удивленно смотрят на согнутую палку. Наконец мужчина в очках пользуется замешательством нападающего и убегает. Выясняется, что все это время он стоял под металлическим выступом в стене и потому не получил повреждений, а палка погнулась именно от удара об этот выступ».

Регистрируемые показатели. Степень выраженности негативной симптоматики у больных шизофренией оценивалась с использованием русскоязычной версии методики SANS (Scale for the Assessment of Negative Symptoms; адапт. А.В. Бочаровым) [1]. Присвоение оценки по шкале SANS по-

зволило в дальнейшем изучить связь между степенью дефицитарной симптоматики пациентов с шизофренией и успешностью распознавания когнитивных ошибок наблюдаемых персонажей.

По мере просмотра респондентами видеосюжетов при помощи ПО Tobii Studio (ver. 3.3.2) регистрировались показатели их глазодвигательной активности, а именно: (1) фиксации – сосредоточение взгляда на определенной области экрана и (2) саккады – перемещение взгляда между двумя областями.

Все интерпретации сюжета респондентами записывались на диктофон и в дальнейшем транскрибировались. Оценивалось понимание респондентом когнитивной ошибки персонажа по количеству просмотров видео, необходимых для его верного понимания. Баллы выставались в зависимости от количества просмотров: 3 балла – при верном понимании сюжета после первого просмотра; 2 балла – после второго просмотра; 1 балл – после третьего просмотра; 0 баллов – если сюжет так и не был понят.

Также качественно оценивалась эффективность обозначения ключевых элементов видеосюжетов в первичной вербальной интерпретации (при первом пересказе видеосюжета до ответов на уточняющие вопросы). Обозначение ключевых элементов видеосюжетов анализировалось в соответствии с оценочной шкалой по пяти уровням концептуальной обработки социальной информации [2], где по каждому уровню выставлась оценка от 0 до 2 баллов: 0 баллов – отсутствие вербального обозначения ключевых элементов; 1 балл – частичное или неполное обозначение ключевых элементов; 2 балла – обозначение всех ключевых элементов видеосюжета:

1-й уровень – обозначение сценария или скрипта (например «вечеринка», «ярмарка»);

2-й уровень – идентификация участников видеосюжета с указанием ключевых характеристик персонажей, позволяющих собеседнику безошибочно определить, о ком идет речь («очкарик», «самый маленький», «бугай»);

3-й уровень – определение типа взаимодействия между участниками наблюдае-

мой ситуации («запугивание», «нападение», «спасение»);

4-й уровень – выделение событий, происходящих с объектами, ключевыми для выполняемой персонажем задачи («палка гнется»), а также отношений между этими объектами («палка погнулась о металлический выступ над головой мужчины»);

5-й уровень – определение изменений в восприятии персонажем событий, происходящих с объектами, которые являются ключевыми для выполняемой им задачи («нападавший не заметил металлический выступ на стене, думал, что палка погнулась о голову жертвы»).

Математическая обработка данных проводилась с использованием программы Microsoft Excel и пакета SPSS v.23. Для статистического анализа полученных данных использовались однофакторный и многофакторный дисперсионный анализ, а также дисперсионный анализ с повторными измерениями. Для уточнения результатов различий между группами попарно применялся t-критерий Стьюдента. Изучаемые переменные подчинялись закону нормального распределения.

Результаты и их анализ

Анализ эффективности распознавания когнитивных ошибок персонажей видеороликов. Эффективность распознавания когнитивных ошибок оценивалась по числу просмотров видеосюжета, необходимых респонденту для его корректного понимания. Распределение респондентов по данному показателю в анализируемом видео представлено в табл. 1.

Большинство здоровых лиц успешно обнаруживали когнитивную ошибку персонажа уже после первого просмотра видеоролика (табл. 1). В нескольких случаях требовался еще один просмотр для уточнения деталей, однако когнитивные ошибки во всех видеосюжетах были корректно поняты всеми здоровыми лицами (100 %) за 1–2 просмотра.

Больные шизофренией достоверно хуже ($T = 21,103$, $p < 0,01$) справлялись с распознаванием когнитивной ошибки персонажей, их интерпретации не включали в себя сопоставление собственной перспективы с перспективами наблюдаемых персонажей (табл. 2).

Содержание ошибочных интерпретаций больных шизофренией продемонстрировало трудности распознавания когнитивных

Таблица 1

Количество респондентов, распознаввших когнитивную ошибку с первого просмотра видеосюжета

Номер видеосюжета	Группа (количество участников)	Доля респондентов, понявших видеосюжет (% , количество человек)
1	Больные шизофренией (N = 40)	43 % (17)
	Здоровые лица (N = 60)	90 % (54)

Таблица 2

Примеры ошибочных ответов по каждой из анализируемых сцен

Пациентка А.	«Два человека спорят, и один замахивается на него палкой, пытается что-то от него добиться, а этот человек молит о пощаде и просит, чтобы его отпустили. Потом я не понимаю, почему, когда человек, которому наносят увечья, отлепляет голову, там появляется пистолет. Отпечаток от пистолета. Я не поняла, с чем это связано. Возможно, это заказное убийство. Один человек хочет от другого добиться чего-то... Денег или чего. Это вымогательство»
Пациентка С.	«В этом видео было нападение на человека. Три раза он бил палкой по голове. Там была деревянная палочка. Такое ощущение, что ему вообще не больно. Ударил – ему ничего, одышка. Человеку в очках. И потом нападающий оглянулся, не понимая, почему с тем, на кого напали, все в порядке, а тот убежал. И потом он смотрит на стенку, и там видимо оружие. Может, другая палка, которая бы убила, не знаю. Может, это была не та палка, бутафория...»
Пациентка К.	«В подвале двое стоят... Он замахнулся палкой, тот зажмурился, а этот бьет и бьет. А этот убежал, когда он отвлекся»

ошибок персонажей. Так, пациенты пытались концептуализировать наблюдаемую ситуацию и действия персонажей, выдвигали предположения о причинах их поведения: «нападающий оглянулся, не понимая, почему с тем, на кого напали, все в порядке»; «возможно, это заказное убийство»; «может, это была не та палка, бутафория». Иными словами, пациенты выдвигали предположения о причинах действий персонажей, «приписывали им намерения», что, однако, не помогло им корректно распознать когнитивную ошибку. Предполагалось, что подобные ошибочные интерпретации связаны с нарушением когнитивных операций, не позволяющим пациентам понять все аспекты просмотренной социальной ситуации. В связи с этим встал вопрос, связаны ли данные когнитивные операции с высокоуровневыми или же с низкоуровневыми процессами обработки информации, которые чаще нарушены у пациентов с большей длительностью заболевания и выраженностью дефицитарных расстройств.

Дальнейшее разделение пациентов на основании полученных оценок по шкале SANS позволило выделить три группы для статистического анализа:

- группа 1 – больные шизофренией с выраженной степенью дефицитарных расстройств (≥ 13 баллов; $N_2 = 14$);
- группа 2 – больные шизофренией с легкой степенью дефицитарных расстройств (≤ 12 баллов; $N_1 = 16$);
- группа 3 – здоровые лица ($N_3 = 30$).

Дисперсионный анализ показал, что группы отличаются друг от друга на высоком уровне статистической значимости по эффективности распознавания когнитивных ошибок ($F = 47,576$, $p < 0,001$). Последующее попарное сравнение с t -критерием Стьюдента выявило, что респонденты группы 1 достоверно отличается от представителей групп 2 ($p < 0,05$) и 3 ($p < 0,001$) по эффективности распознавания когнитивных ошибок персонажей; достоверные различия ($p < 0,05$) были обнаружены между группами 2 и 3. При этом респонденты группы 3 успешно распознавали когнитивные ошибки

персонажей, тогда как участники групп 1 и 2 получали по данному показателю статистически значимо меньшие оценки.

Анализ эффективности обозначения ключевых элементов видеосюжетов при их пересказе. При исследовании речи пациентов с шизофренией наибольшая выраженность расстройств отмечается на прагматическом (контекстном) и семантическом (смысловом) уровнях организации речи, хотя затрагивает не только указанные уровни. В работах Л.С. Выготского была показана тесная связь речи и мышления, потому анализ нарушений речи может пролить свет на то, как нарушения мышления, присущие шизофрении, проявляют себя в контакте пациентов с другими людьми и находят свое отражение в клинической картине (неологизмы, искажение категоризации слов, нарушение связности речи, трудности различения двусмысленности и метафор и др.). Наибольшую ценность в этой связи представляет анализ речи пациентов, содержащей информацию о понимании ими комплексной социальной ситуации.

Анализ эффективности обозначения ключевых элементов видеосюжетов по пяти уровням концептуальной обработки социальной информации (рис. 1) проводился с помощью двухфакторного дисперсионного анализа с повторными измерениями, где внутригрупповым фактором являлись разные видеосюжеты; межгрупповым фактором – принадлежность к группе 1, 2 или 3; измерениями – балльная оценка уровней обозначения основных концептуальных элементов.

Было обнаружено, что все три группы достоверно не различаются по Уровню 1 – определению сценариев и скриптов ($p > 0,05$). Так, участники редко говорили, где именно происходит действие («дома», «в подвале»), что свидетельствует об отсутствии связи между данным фактором и успешностью распознавания когнитивных ошибок. Вероятно, приведенные ситуации имели довольно легко «считываемые» сценарии и не требовали детального анализа для понимания контекста. Однако группы различались по

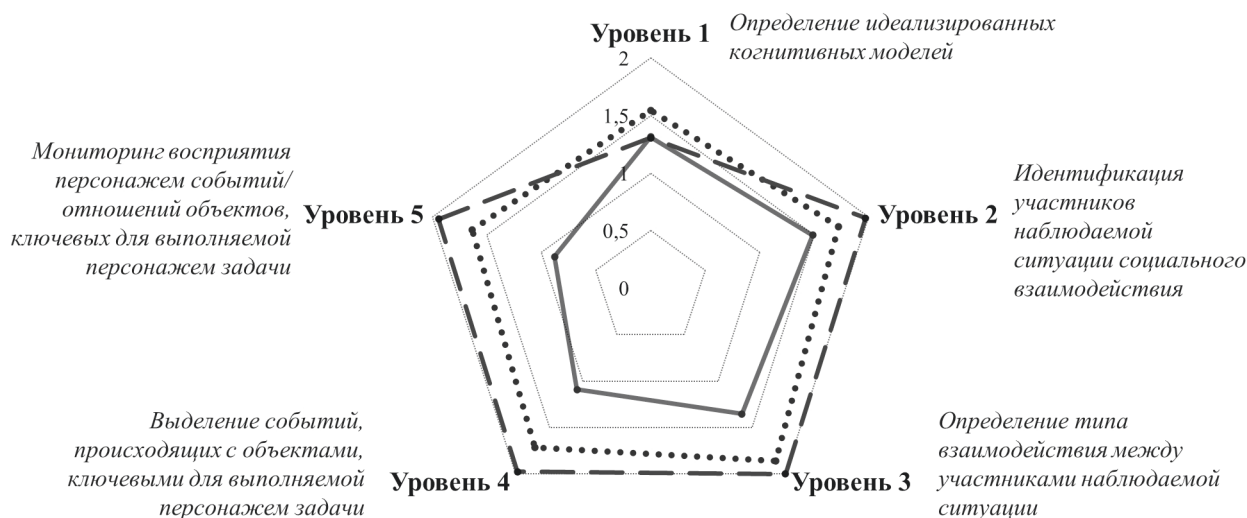


Рис. 1. Эффективность обозначения ключевых элементов видеосюжетов
(группа 1 – пунктирная линия (точка); группа 2 – сплошная линия; группа 3 – длинный штрих)

четырем следующим уровням. По Уровню 2 – идентификации участников – все три группы достоверно различались между собой, при этом обе группы больных использовали неэффективные языковые обозначения при пересказе видеосюжета, например местоимения, не позволявшие однозначно определить, о каком объекте идет речь. Так, при пересказе видеосюжета пациента К. говорила: «Он замахнулся палкой, тот зажмурился, а этот бьет и бьет». Подобные объяснения не позволяли собеседнику (экспериментатору) верно идентифицировать персонажей и, следовательно, понять суть видеосюжета. Вместе с тем больные успешно обозначали персонажей видео при их выраженных внешних различиях, например мужчин и женщин, но испытывали трудности с обозначением внешне схожих персонажей и вычленением их различительных признаков.

По трем последним уровням группы 3 и 2 не показали достоверных статистических различий ($p > 0,05$), однако Группа 1 достоверно отличалась от групп 2 и 3 ($F = 14,071$; $p < 0,001$ и $F = 9,938$; $p < 0,001$ соответственно), обнаруживая более низкие оценки на протяжении всего хода исследования. Пациенты с выраженным дефектом достоверно хуже, чем здоровые лица и пациенты с легкими дефицитарными расстройствами, обозначали смысловые элементы просмотренных видеосюжетов во время коммуникации.

Анализ глазодвигательной активности респондентов при просмотре видеосюжетов. По результатам анализа первичных вербальных интерпретаций в рамках отдельного видеосюжета все респонденты были отнесены к группам:

- группа А – больные шизофренией, не распознавшие когнитивную ошибку персонажа;
- группа Б – больные шизофренией, распознавшие когнитивную ошибку персонажа;
- группа В – здоровые респонденты, распознавшие когнитивную ошибку персонажа.

Были проанализированы фиксации и саккады на двух ключевых эпизодах видеосюжета.

Эпизод 1. Высокий мужчина, «нападающий», бьет молодого человека в очках палкой по голове, в один из ударов палка сгибается, а молодой человек (жертва) продолжает стоять на месте, как ни в чем не бывало.

Дисперсионный анализ показал достоверные различия по количеству фиксаций на динамической визуальной области «погнутой палки» между тремя группами участников ($p = 0,008$). Меньше всего фиксаций на данной области производили участники группы А, тогда как участники группы Б и группы В (здоровые лица) чаще обращали внимание на эту область и замечали изменение ключевого объекта (рис. 2).

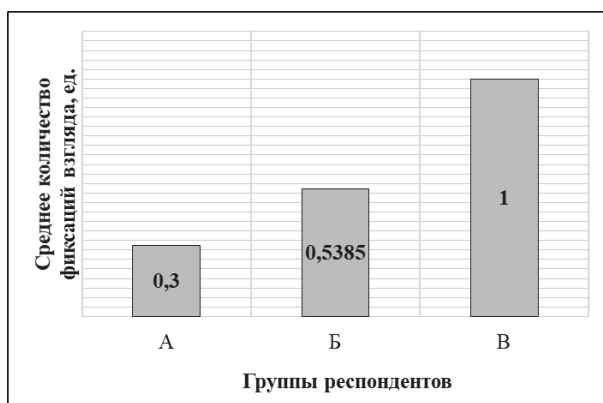


Рис. 2. Среднее количество фиксаций взгляда на динамической визуальной области «погнутая палка» у больных шизофренией групп А и Б и у здоровых лиц (группа В)

То, что пациенты группы А не замечали изменения ключевого объекта, существенного с точки зрения выполняемой «нападающим» задачи (нанесение ударов жертве), приводило к непониманию сюжета в целом. «Застревая» на изучении лишь одного объекта, как пациентка Л. (рис. 3, слева), или переключаясь между персонажами, но не изучая, какие действия они выполняют в данный момент, как пациентка Д. (рис. 3, справа), больные упускают связь происходящих изменений с реакциями персонажей на эти изменения и их восприятием ситуации. Потому больным не удавалось понять, что ни нападающий, ни жертва до последнего момента не знали о существовании металлической балки, под которой стоял молодой человек. По этой причине больные интерпретировали ситуацию некорректно:

«Мужик специально бил по металлической скобе, чтобы запугать очкарика»; «Шутка видео в том, что палка ненастоящая, деревянная. Поэтому тому [жертве] и не больно было, сколько бы тот [нападающий] ни старался».

Для понимания юмористической ситуации респонденту в данном эпизоде было необходимо заметить, что: (1) удар нападающего палкой не приводит к ожидаемому эффекту (что жертва упадет); (2) жертва не понимает, почему не испытывает боли (анализ мимических реакций жертвы); (3) палка сгибается; (4) нападающий замечает, что палка сгибается, удивляется и останавливается, чтобы понять, почему ему не удастся навредить жертве. Так, пациенты группы Б и здоровые респонденты (группа В), распознавшие когнитивную ошибку, совершали фиксации именно в такой последовательности. Как видно из рис. 4, они замечают, как палка попадает по голове (первые две фиксации), затем отслеживают реакцию жертвы на произведенный удар (слева: фиксация 3, справа: фиксации 3, т4), после чего замечают, что палка погнулась (слева: фиксация 4; справа: фиксация 5), и переводят взгляд на лицо нападающего, чтобы понять его реакцию на изменение ключевого для него объекта (слева: фиксация 5, справа: фиксация 6).

Эпизод 2. Пока высокий мужчина удивленно смотрит на согнутую палку, молодой человек в очках убеждает, а на месте, где он стоял, оказывается металлический выступ.

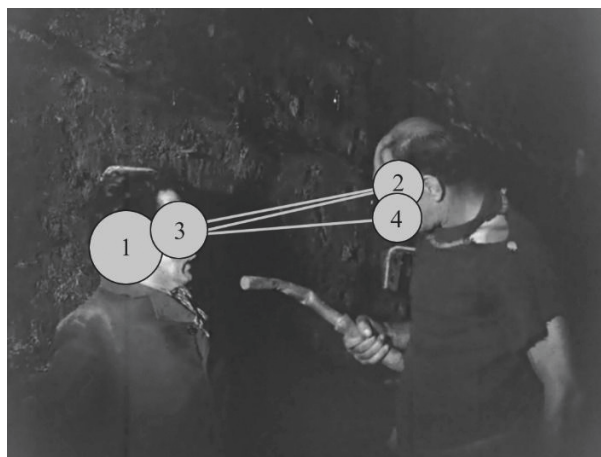


Рис. 3. Последовательность зрительных фиксаций респондентов группы А: пациентки Л. (слева) и пациентки Д. (справа)

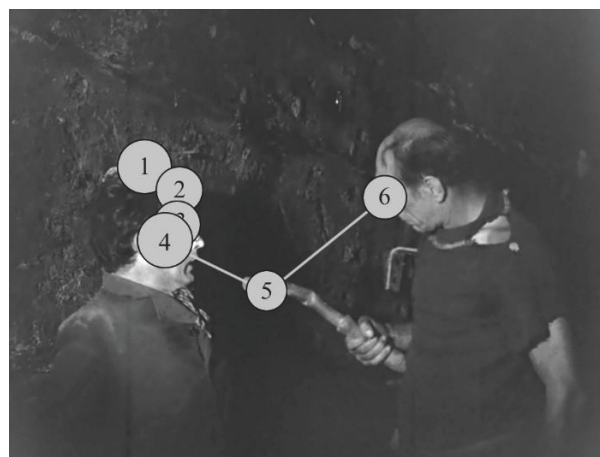
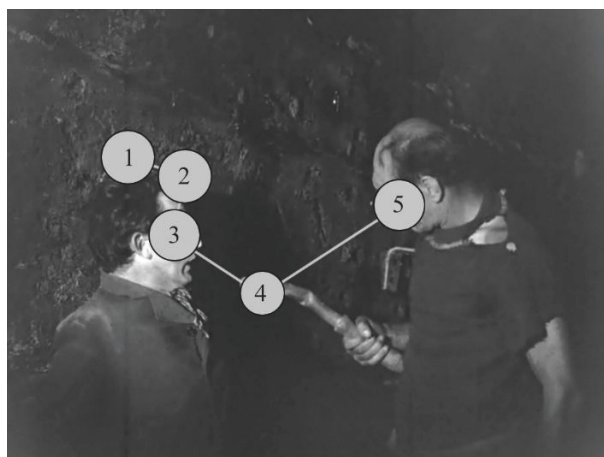


Рис. 4. Последовательность зрительных фиксаций респондентов группы Б (слева) и группы В (справа)

Однофакторный дисперсионный анализ показал, что больные группы А совершали достоверно меньше фиксаций взгляда на визуальных областях «выступ» и «погнутая палка», по сравнению с группой В ($p < 0,05$), и меньше, чем больные группы Б (на уровне статистической тенденции: $p = 0,06$). В частности, они реже замечали ключевой для понимания юмористической ситуации объект – металлический выступ, находившийся все это время над головой жертвы, т.е. они не искали объекты, объясняющие ситуацию.

Как видно на рис. 5, респонденты групп Б и В замечали: (1) согнутую палку, которую в недоумении рассматривал нападающий, пытаясь понять, почему она согнулась, но не навредила жертве (фиксация 1 для обоих респондентов); (2) появление металлического выступа в стене, после того, как жертва убегает, воспользовавшись замешательством

нападающего (слева: фиксации 2, 3, справа: фиксации 3–5); (3) сопоставляли новый обнаруженный объект – выступ с реакцией нападающего, чтобы убедиться, что он также обнаружил этот объект и удивился (слева: фиксация 4, справа: фиксации 6–7).

Больные, не распознавшие когнитивную ошибку, либо так и не замечали, что металлическая палка согнулась, как пациентка Г. (рис. 6, слева), либо упускали из виду металлический выступ, который обнаружил нападающий, как видно на примере пациентки С., которая заметила, что палка погнулась (рис. 6, справа: фиксации 2, 3) и нападающий удивился (рис. 6 справа: фиксации 1, 4, 5), но не проверила, из-за чего он удивляется в этот момент.

В ходе анализа полученных данных были обнаружены следующие ключевые результаты: успешные наблюдатели (группы Б

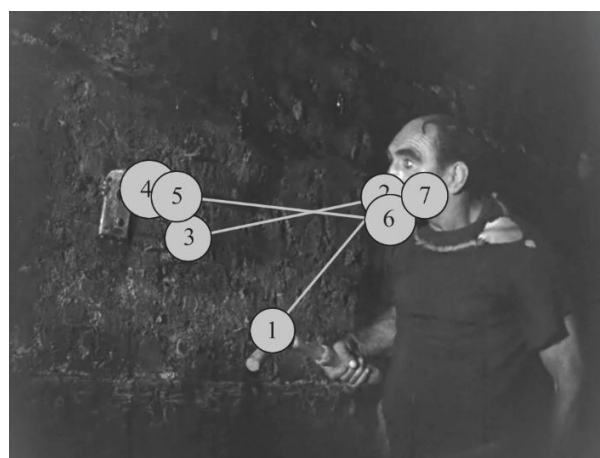
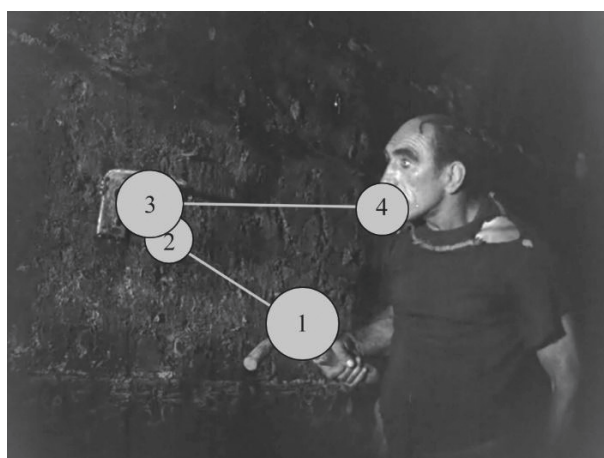


Рис. 5. Последовательность зрительных фиксаций респондентов группы Б (слева) и группы В (справа)

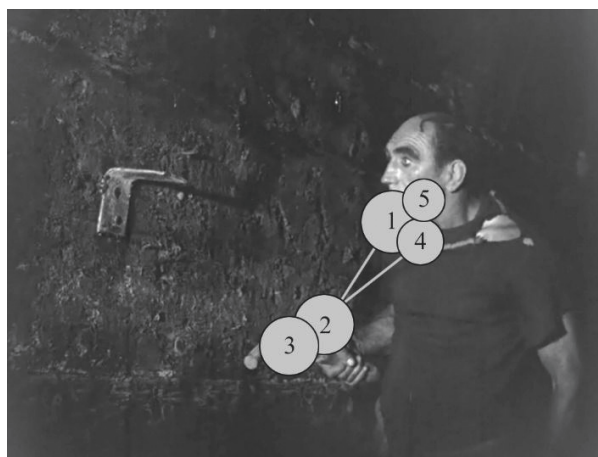
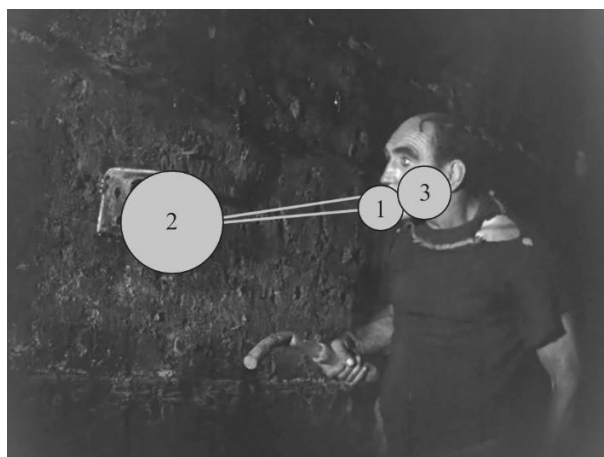


Рис. 6. Последовательность зрительных фиксаций респондентов группы А: пациентки Г. (слева) и пациентки С. (справа)

и В) сопоставляют собственное восприятие ситуации с тем, как ее воспринимает наблюдаемый персонаж: так, они замечают изменение мимики персонажа в ответ на изменение объекта, ключевого для реализуемой им задачи (удивление при сгибании палки), или в ответ на появление в кадре нового объекта, обосновывающего ошибочное восприятие ситуации (появление металлического выступа), чтобы убедиться, что для персонажа это изменение также является внезапным, как и для них самих.

Неуспешные больные либо вовсе не выделяют объект, являющийся ключевым для задачи персонажа (не смотрят на палку на протяжении всего видео), либо не замечают его изменений (сгибания). Как правило, они рассматривали реакцию «нападающего», демонстрировали множество фиксаций на его лице, однако не сопоставляли его реакцию с реакцией жертвы. В результате они верно интерпретировали то, что нападающий удивлен, что не смог навредить жертве, но не могли объяснить, почему так вышло.

Обсуждение

В соответствии с полученными данными, больные шизофренией обнаруживали нарушения распознавания когнитивных ошибок другого человека, по сравнению со здоровыми лицами. Анализ параметров глазодвигательной активности продемонстрировал, что пациенты способны идентифицировать лица и воспринимать изменения лицевой экс-

прессии, что, однако, не было достаточным условием для понимания социальной ситуации и распознавания когнитивной ошибки персонажа. Так, пациенты верно распознавали эмоции персонажей и даже определяли контекст, но не учитывали его при дальнейшем анализе ситуации. Они не проверяли гипотезы о причинах изменения эмоций персонажей и не искали обоснований этого в окружающей их среде.

Результаты исследования свидетельствуют в пользу того, что нарушения в понимании социальных ситуаций у больных шизофренией происходят «сверху вниз»: не на уровне перцепции, а на уровне обработки информации, поскольку пациенты остаются способными обнаруживать лица и изменения мимики, однако само по себе это не приводит к пониманию комплексной коммуникативной ситуации. Аналогичные выводы представлены в обзорных работах Penn D. et al. (2008) и Green M.F. (2015), где социальное познание рассматривается как процесс интерпретации и обработки, а не восприятия стимулов [11, 12]. Также рассогласование механизмов локального и глобального анализа информации было обнаружено в исследовании Трегубенко И.А. и коллег, где пациенты первого эпизода (предположительно, с меньшей степенью дефицитарной симптоматики) демонстрировали снижение активности нейронных сетей, ответственных за осуществление локального анализа, а хронические больные (вероятно, с большей степенью дефицитарной симптоматики) показы-

вали снижение активации нейронных сетей обоих механизмов. Можно предположить, что по мере прогрессирования расстройства пациентам становится все труднее интегрировать информацию и использовать ее для проверки перцептивных гипотез [8]. Таким образом, при анализе социальных стимулов основные нарушения происходят в первую очередь на уровне категоризации, что подчеркивает роль мышления в направлении процессов восприятия. Нарушения мышления, в свою очередь, могут проявляться в клинической картине шизофрении при выполнении пациентами патопсихологических проб, где они демонстрируют выделение несущественных признаков и показывают больший процент нестандартных ответов, по сравнению с контрольной группой.

В рамках исследования показано, что процесс распознавания когнитивных ошибок другого человека является развернутым во времени и представлен последовательными когнитивными операциями. Было выявлено, что здоровые респонденты и пациенты с легкой степенью дефицитарной симптоматики определяют когнитивные ошибки персонажей коммуникативных ситуаций. Для этого они проводят анализ окружающей среды, в которой находится наблюдаемый персонаж, выявляя в ней объекты и события, релевантные реализуемой персонажем задаче, а также объекты, обосновывающие ошибочное восприятие ситуации персонажем. Они фиксируют изменения указанных объектов (появление их в кадре, изменение формы и т.д.) и проверяют, как наблюдаемый персонаж воспринимает эти объекты и происходящие с ними события, сопоставляя результаты его восприятия со своими собственными.

Помимо этого, при идентификации персонажей видеосюжетов больные шизофренией используют языковые выражения, не позволяющие собеседнику однозначно определить, о каком персонаже идет речь («тот», «этот», «первый», «второй»). Пациенты обнаруживали трудности выделения признаков, позволяющих собеседнику верно идентифицировать персонажа. При этом показано, что

пациенты с легкой степенью дефицитарной симптоматики достоверно чаще выявляли данные признаки, чем пациенты с выраженной степенью дефицитарной симптоматики, но достоверно реже, чем здоровые лица. Неэффективное языковое кодирование объектов пациентами существенно затрудняет их понимание другими людьми в реальных коммуникативных ситуациях, что негативно влияет на их социальное функционирование. Выявленные трудности в подборе языковых выражений также подтверждают результаты исследований коммуникативной направленности мышления и прагматики речи пациентов, у которых обнаруживаются существенные затруднения в подборе языковых средств с учетом контекста, – у больных шизофренией по сравнению со здоровыми лицами [11]. Нарушение выделения различительных признаков объектов приводит к искажению категоризации слов и результирует в нарушениях семантических связей в речи пациентов.

Проведенное исследование показало, что подбор релевантных наименований ограничивается степенью выраженности дефицитарной симптоматики. Данное наблюдение может стать отправной точкой в разработке психокоррекционных программ. Подобные вмешательства будут наиболее эффективны на ранних стадиях расстройства, когда негативная симптоматика выражена в слабой степени.

Выводы и заключение

Настоящее исследование показало, что нарушения социального познания у больных шизофренией связаны с когнитивными и языковыми дефицитами. Основные трудности включают: (1) неспособность анализировать объекты и события, значимые в конкретной социальной ситуации; (2) нарушение мониторинга восприятия этих элементов другим человеком; (3) отсутствие сопоставления собственного восприятия объектов и событий с восприятием другого человека. Также пациенты испытывают затруднения в подборе точных языковых выражений

для передачи информации собеседнику, что снижает эффективность их коммуникации. Представляется перспективным проведение дальнейших исследований с акцентом на взаимосвязи речевых нарушений и расстройств мышления, выражающихся в патопсихологических феноменах расстройства, у пациентов с шизофренией.

Выявленные механизмы подтверждают, что проблемы понимания коммуникативных ситуаций у больных шизофренией обусловлены нарушениями на уровне обработки информации и интеграции ее в социальный контекст. Эти нарушения усиливаются

по мере прогрессирования дефицитарной симптоматики, что подчеркивает важность ранней диагностики и интервенции. Необходимо разработка многоуровневых программ психокоррекции, которые учитывают когнитивные, лингвистические и перцептивные особенности пациентов, а также степень выраженности дефицитарной симптоматики. Работа с пациентами может быть направлена на развитие навыков анализа социальных ситуаций (с использованием открытых вопросов), обучение определению существенных признаков объектов и их точному языковому кодированию.

Литература

1. Клиническая психометрика: учебное пособие / под ред. В.А. Солдаткина; ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России. 2-е изд, доп. Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2018. 339 с.
2. Лакофф Дж. Женщины, огонь и опасные вещи: Что категории языка говорят нам о мышлении / пер. с англ. И.Б. Шатуновского. М.: Языки славянской культуры, 2004. 792 с.
3. Мирзаев А.А., Аграновский М.Л., Муминов Р.К. Роль психосоциальных факторов в формировании побочных эффектов антипсихотической терапии у больных параноидной шизофренией // Экономика и социум. 2020. № 8. С. 267–270.
4. Румянцева Е.Е. Модель психического (theory of mind) и нейрокогнитивное функционирование при шизофрении // Клиническая и специальная психология. 2015. Т. 4, № 3. С. 77–85. DOI: 10.17759/cpse.2015040306
5. Рычкова О.В., Холмогорова А.Б. Основные теоретические подходы к исследованию нарушений социального познания при шизофрении: современный статус и перспективы развития // Консультативная психология и психотерапия. 2014. Т. 22, № 4. С. 30–43.
6. Сергиенко Е.А., Уланова А.Ю., Лебедева Е.И. Модель психического. Структура и динамика. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2020. 503 с.
7. Солохина Т.А., Ястребова В.В., Митихин В.Г., Тюменкова Г.В. Психосоциальная реабилитация и психосоциальное лечение при шизофрении: цели, этапы, оценка эффективности. // Психиатрия. 2019. № 17 (3). С. 62–74.
8. Трегубенко И.А., Исаева Е.Р., Мухитова Ю.В., Шошина И.И. Психофизиологический подход к диагностике когнитивных процессов при шизофрении // Вестник психотерапии. 2021. № 77. С. 84–98.
9. Хоменко Н.В. Распознавание эмоций и память на лица у пациентов с шизофренией // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2012. № 4. С. 46–55.
10. Goswami U. Cognitive Development and Cognitive Neuroscience: The Learning Brain. L.: Routledge, 2019. 660 p.
11. Green M.F., Horan W.P., Lee J. Social Cognition in Schizophrenia // Nature Reviews. Neuroscience. 2015. Vol. 16, No. 10. Pp. 620–631. DOI: 10.1038/nrn4005
12. Penn D.L., Sanna L.J., Roberts D.L. Social Cognition in Schizophrenia: An Overview // Schizophrenia Bulletin. 2008. Vol. 34, No. 3. Pp. 408–411. DOI: 10.1093/schbul/sbn014
13. Premack D., Woodruff G. Does the Chimpanzee Have a Theory of Mind? // Behavioral and Brain Sciences. 1978. Vol. 1, No. 4. Pp. 515–526. DOI: 10.1017/S0140525X00076512
14. Stephan K.E., Friston K.J., Frith C.D. Dysconnection in Schizophrenia: From Abnormal Synaptic Plasticity to Failures of Self-Monitoring // Schizophrenia Bulletin. 2009. Vol. 35, No. 3. Pp. 509–527. DOI: 10.1093/schbul/sbn176

Поступила 31.01.2025

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

Участие авторов: А.Ю. Белоусова – планирование и разработка дизайна исследования, сбор эмпирического материала и обработка данных; Н.Е. Зотова – подбор математико-статистических методов, обобщение полученных результатов; И.С. Короткова – редактирование финальной версии статьи, описание методологии исследования.

Для цитирования: Белоусова А.Ю., Зотова Н.Е., Короткова И.С. Нарушения распознавания когнитивных ошибок другого человека больными шизофренией при восприятии коммуникативных ситуаций // Вестник психотерапии. 2025. № 93. С. 100–112. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-93-100-112

A.Yu. Belousova, N.E. Zotova, I.S. Korotkova

Features of Recognizing Other Person's Cognitive Errors among Patients with Schizophrenia During the Perception of Communicative Situations

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

✉ Anna Yurievna Belousova – postgraduate student, Department of Medical Psychology and Psychophysiology, Saint-Petersburg State University (7–9, Universitetskaya Emb., St. Petersburg, 199034, Russia); e-mail: a.yu.belousova@gmail.com;

Natalia Evgenievna Zotova – PhD Psychol. Sci., Associate Prof., Department of Medical Psychology and Psychophysiology, Saint-Petersburg State University (7–9, Universitetskaya Emb., St. Petersburg, 199034, Russia); e-mail: n.e.zotova@mail.ru;

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

Abstract

Relevance. Social cognition impairments in patients with schizophrenia complicate their interactions with others, adversely impacting daily functioning and the progression of the disease. Investigating these impairments is crucial for developing effective strategies for diagnosis, rehabilitation, and psychological intervention to improve patients' quality of life.

Intention. To investigate the impairments in cognitive information processing in patients with schizophrenia while performing tasks focused on recognizing cognitive errors of characters in communicative situations.

Methodology. The study included 40 patients with paranoid schizophrenia (experimental group) and 60 healthy participants (control group). Participants' eye-movement parameters during video perception and verbal interpretations of the clips during retelling to the experimenter were analyzed. Data analysis was performed using ANOVA and Student's t-test.

Results. Patients with schizophrenia exhibited impairments in recognizing cognitive errors of characters in videos of social situations. These impairments were associated with difficulties in identifying task-relevant objects and events; monitoring characters' perceptions; and comparing their own cognitive activity with that of the observed characters. Additionally, patients with schizophrenia used vague linguistic expressions to describe characters and struggled to identify features necessary for their unambiguous recognition by their interlocutors. These impairments were significantly more frequent in patients with severe deficit symptoms compared to healthy individuals and patients with mild deficits.

Conclusion. The findings underscore the importance of implementing psychocorrection programs at the early stages of the disorder. Interventions should focus on training patients in effective linguistic encoding of objects and developing skills for detailed analysis of communicative situations through the use of open-ended questions.

Keywords: social cognition, theory of mind, schizophrenia, visual perception, eye-tracking, information processing, language disorders.

References

1. Klinicheskaya psikhometrika: uchebnoe posobie [Clinical psychometrics: training manual]. Ed. V.A. Soldatkina. Rostov n/D: RostGMU, 2018; 339 p. (In Russ.)
2. Lakoff Dzh. Zhenshchiny, ogon' i opasnye veshchi: Chto kategorii yazyka govoryat nam o myshlenii [Women, fire, and dangerous things: what categories reveal about the mind]. *Yazyki slavyanskoi kul'tury* [Languages of Slavic culture]. 2004; 792 p. (In Russ.)
3. Mirzaev A.A., Agranovskii M.L., Muminov R.K. Rol' psikhosotsial'nykh faktorov v formirovanii pobochnykh effektov antipsikhoticheskoi terapii u bol'nykh paranoidnoi shizofreniei [The role of psychosocial factors in the formation of side effects of antipsychotic therapy in patients with paranoid schizophrenia]. *Ekonomika i sotsium* [Economy and society]. 2020; (8): 267–270. (In Russ.)
4. Rumyantseva E.E. Model' psikhicheskogo (theory of mind) i neurokognitivnoe funktsionirovanie pri shizofrenii [Theory of mind and neurocognitive functioning in schizophrenia]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya* [Clinical Psychology and Special Education]. 2015; 4 (3): 77–85. (In Russ.)
5. Rychkova O.V., Kholmogorova A.B. Osnovnye teoreticheskie podkhody k issledovaniyu narushenii sotsial'nogo poznaniya pri shizofrenii: sovremennyy status i perspektivy razvitiya [The main theoretical approaches to the study of disorders of social cognition in schizophrenia: current status and prospects of development]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling psychology and psychotherapy]. 2014; 22 (4): 30–43. (In Russ.)
6. Sergienko E.A., Ulanova A.Yu., Lebedeva E.I. Model' psikhicheskogo. Struktura i dinamika [Theory of Mind. Structure and dynamics]. Moscow, 2020; 503 p. (In Russ.)
7. Solokhina T.A., Yastrebova V.V., Mitikhin V.G., Tyumenkova G.V. Psikhosotsial'naya reabilitatsiya i psikhosotsial'noe lechenie pri shizofrenii: tseli, etapy, otsenka effektivnosti [Psychosocial rehabilitation and psychosocial treatment in schizophrenia: goals, stages, evaluation of the effectiveness]. *Psikhiatriya* [Psychiatry], 2019; (17(3)): 62–74. (In Russ.)
8. Tregubenko I.A., Isaeva E.R., Mukhitova Y.V., Shoshina I.I. Psihofiziologicheskij podhod k diagnostike kognitivnykh processov pri shizofrenii [Psychophysiological approach to the diagnostics of cognitive processes in schizophrenia]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2021; (77): 84–98. (In Russ.)
9. Khomenko N.V. Raspoznavanie emotsii i pamyat' na litsa u patsientov s shizofreniei [Emotion recognition and face memory in patients with schizophrenia]. *Psikhiatriya, psikhoterapiya i klinicheskaya psikhologiya* [Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology]. 2012; (4): 46–55. (In Russ.)
10. Goswami U. Cognitive development and cognitive neuroscience: The learning brain. Routledge. 2019; 660 p.
11. Green M.F., Horan W.P., Lee J. Social cognition in schizophrenia. *Nature Reviews. Neuroscience*. 2015; 16 (10): 620–631. DOI: 10.1038/nrn4005
12. Penn D.L., Sanna L.J., Roberts D.L. Social cognition in schizophrenia: an overview. *Schizophrenia bulletin*, 2008; 34 (3): 408–411. DOI: 10.1093/schbul/sbn014
13. Premack D., Woodruff G. Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and brain science*, 1978; 1 (4): 515–526. DOI: 10.1017/S0140525X00076512
14. Stephan K. E., Friston K. J., Frith C. D. Dysconnection in schizophrenia: from abnormal synaptic plasticity to failures of self-monitoring. *Schizophrenia bulletin*. 2009; 35 (3): 509–527. DOI: 10.1093/schbul/sbn176

Received 31.01.2025

For citing: Belousova A.Yu., Zotova N.E., Korotkova I.S. Narusheniya raspoznavaniya kognitivnykh oshibok drugogo cheloveka bol'nymi shizofreniei pri vospriyatii kommunikativnykh situatsii. *Vestnik psikhoterapii*. 2025; (93): 100–112. (In Russ.)

Belousova A.Yu., Zotova N.E., Korotkova I.S. Features of recognizing other person's cognitive errors among patients with schizophrenia during the perception of communicative situations. *Bulletin of Psychotherapy*. 2025; (93): 100–112. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-93-100-112

А.В. Баззаева, А.А. Краснов

КОМОРБИДНОСТЬ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ И КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

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

Актуальность. В настоящее время существует проблема недостаточной изученности взаимосвязей психических расстройств, характеризующихся соматоформными дисфункциями сердечно-сосудистой системы, и кардиологических заболеваний. Остаются малоисследованными аспекты взаимного патопластического влияния психических и соматических процессов. Как следствие, остаются дискуссионными вопросы о том, являются ли соматоформные и кардиологические диагностические дефиниции взаимоисключающими, или в ряде случаев может возникать патогенетически взаимосвязанная коморбидность. Все это может оказывать существенное влияние на тактику лечения подобных состояний.

Цель – продемонстрировать выходящее за рамки традиционных клинических представлений развитие соматоформного расстройства (СФР) сердечно-сосудистой системы у пациента в периоде реконвалесценции острого инфаркта миокарда (ОИМ) (на примере пациента Е.), а также объективизировать непредвиденную взаимосвязь между истинно соматическим и психосоматическим заболеваниями.

Методология. Использованы клинико-архивный, дименсиональный и клинико-катамнестический методы исследования.

Результаты и их анализ. После перенесенного ОИМ возможно появление различных осложнений, в том числе со стороны психического состояния. Одно из последствий – психические расстройства невротического регистра, в частности соматоформные расстройства.

Заключение. Данный клинический случай демонстрирует, что после перенесенного острого инфаркта миокарда могут развиваться стойкие психические расстройства невротического регистра, приводящие к дезадаптации пациента и требующие психофармакотерапевтического вмешательства. Междисциплинарное взаимодействие между врачами-кардиологами и специалистами психотерапевтического профиля улучшает прогноз.

Ключевые слова: психиатрия, психические расстройства, соматоформное расстройство, телесный дистресс, кардиология, психосоматика.

Введение

СФР представляют собой категорию психических состояний, характеризующихся наличием физических симптомов, которые не могут быть объяснены каким-либо заболеванием внутренних органов. Эти симптомы

могут быть весьма разнообразными и часто вызывают значительные психологические или социальные затруднения у пациента. Несмотря на отсутствие органических причин, страдающие СФР испытывают подлинные страдания и могут обращаться к множеству

✉ Баззаева Анжела Владимировна – аспирант и ассистент каф. психиатрии и психотерапии с клиникой, Нац. мед. исслед. центр им. В.А. Алмазова (Россия, 197341, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2); e-mail: bazzaeva_av@almazovcentre.ru; ORCID: 0009-0008-5015-9374;

Краснов Алексей Александрович – д-р мед. наук доц., проф. каф. психиатрии и психотерапии с клиникой, Нац. мед. исслед. центр им. В.А. Алмазова (Россия, 197341, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2); e-mail: krasnov_aa@almazovcentre.ru; ORCID: 0000-0002-8732-6390

врачей в поисках объяснения своих недугов [2]. СФР включают в себя различные патологические проявления и особенности, что делает диагностику и лечение достаточно сложными. Чаще всего пациенты испытывают длительные и интенсивные боли, имеют кардиологические и неврологические симптомы, которые значительно влияют на качество их жизни. Эти расстройства можно рассматривать как своеобразный «мост» между телесной и психической сферами, когда проблемы психического здоровья материализуются в форме физических симптомов.

Существует мнение, что одним из ключевых механизмов, способствующих развитию СФР, является нарушенная гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая (ГНР) ось, которая играет основополагающую роль в стрессовой реакции организма [3, 7]. Некоторые исследования демонстрируют, что хронический стресс может привести к дисрегуляции ГНР оси, вызывая аномально высокий уровень кортизола и других стрессовых гормонов, что, в свою очередь, может способствовать возникновению физической симптоматики, не имеющей органической основы [4]. С другой стороны, когнитивные и поведенческие механизмы также играют важную роль в развитии СФР. Ряд исследований указывают на то, что пациенты с этим расстройством часто обладают негативными когнитивными схемами, такими как катастрофизация и самофокусировка на физических ощущениях [8]. Эти когнитивные искажения могут усиливать восприятие болей и других неприятных ощущений, что способствует хроническому характеру симптомов. Психоаналитические теории также предлагают важный взгляд на механизмы соматизации [1]. Согласно одной из концепций, соматоформные симптомы могут являться результатом переработки подавленных эмоций и конфликта между различными уровнями психики. Это объяснение фокусируется на внутреннем конфликте и способе, которым психика может выражать психологические страдания через физические симптомы. При рассмотрении механизмов СФР также нельзя игнорировать социальные

факторы. Например, проработки Looper et al. [10] подчеркивают роль социального контекста и семейной динамики в усилении и поддержании симптомов. Наконец, нейробиологические исследования указывают на то, что СФР могут быть связаны с дисфункциями в специфических участках мозга, таких как передняя поясная кора и островок, которые отвечают за обработку сенсорной информации и эмоций. Указанные области тесно связаны с восприятием телесных сигналов и их интерпретацией в контексте эмоционального состояния человека [5].

Таким образом, механизмы появления СФР представляют собой сложное взаимодействие биологических, психологических и социальных факторов, поэтому их понимание и лечение требуют многоуровневого подхода. Изучение и понимание соматоформных расстройств имеют важное значение не только для улучшения качества жизни пациентов, но и для развития более адекватных методов диагностики и лечения. Рассмотрение клинико-феноменологических аспектов СФР, их сочетания с собственно соматической патологией позволяет углубить наше понимание того, как взаимосвязаны психическое и физическое здоровье и какие стратегии могут быть наиболее эффективны для поддержки страдающих данными расстройствами.

Материал и методы

Пациент Е., 40 лет, к психиатру обратился впервые. Наследственность психопатологически не отягощена.

Больной родился от второй нормально протекавшей беременности, роды были естественные, в срок. Он рос и развивался в соответствии с возрастом. Посещал детский сад. Был спокойным, добрым, в меру активным ребенком. Предпочитал играть в одиночестве: собирал конструктор или играл в машинки. С родителями отношения были доверительные, но без большой эмоциональной близости; редко слышал слова любви и получал эмоциональную поддержку, но отрицает проявления вербальной и невербальной агрессии по отношению к нему.

В 7 лет пошел в школу. Со временем наш общий язык с несколькими одноклассниками. Поначалу учился успешно и с интересом. В средних классах посещал секцию по футболу, любил проводить время за игровой приставкой, компьютером. После 9-го класса успеваемость снизилась; стал уделять меньше внимания учебе, сконцентрировался на компьютерных играх. Окончил школу средне. Поступил в вуз, получил специальность экономиста. После получения образования женился, в браке родилось двое детей.

Попытавшись найти работу по специальности, столкнулся с высокой конкуренцией и недостаточным уровнем заработной платы, в результате чего стал искать работу вне области, соответствующей полученному образованию, и нашел место в сфере обслуживания лифтового оборудования. Работа предполагала суточный график и вызовы на место аварий или поломок аппаратов. Условия труда вызвали чувство тревоги и волнения перед каждым суточным дежурством, на высоте аффекта отмечал незначительное ощущение сердцебиения, внутреннее напряжение и головокружение, которое проходило после ухода с работы. Несмотря на негативные переживания и сопутствующие соматовегетативные ощущения, к специалистам соматического и психотерапевтического профиля не обращался.

Летом 2023 года, находясь на рабочем месте, пациент Е. вновь почувствовал себя плохо. К тревоге и вышеописанным симптомам присоединились тошнота и давящие боли в области грудной клетки. Пациент вызвал бригаду скорой медицинской помощи (СМП) и был госпитализирован в городскую больницу; установлен дебют ишемической болезни сердца (ИБС) с Q-ОИМ переднебоковой стенки. Находясь в стационаре проведено стентирование передней межжелудочковой артерии (ПМЖА), выписан с рекомендацией стентирования ветви тупого края в плановом порядке.

После выписки из стационара у пациента стала усиливаться тревожность. Начал отмечать ощущение сердцебиения и потливость, головокружение. Симптомы возникали уже

вне зависимости от работы, но усиливались в момент нахождения на рабочем месте. Также появились диссомнические нарушения в виде трудностей с засыпанием и частых пробуждений посреди ночи, что вызывало еще большее беспокойство по поводу собственного состояния.

В ноябре 2023 года повторно был госпитализирован в городскую больницу по скорой в связи с усилением симптомов на рабочем месте. Отмечает, что при появлении сотрудников бригады СМП состояние стало легче, а при госпитализации в стационар симптомы купировались самостоятельно. По результатам обследования ПМЖА – стент без рестеноза. Стенозы признаны гемодинамически незначимыми и реваскуляция не показана. Пациент после выписки периодически обращался к врачам-терапевтам и кардиологам по поводу имеющихся соматовегетативных симптомов, которые вновь актуализировались после выписки из стационара. Коррекция кардиологической медикаментозной терапии не давала улучшения состояния. В марте 2024 года по рекомендации выполнил стресс-эхоКГ (тест отрицательный).

В мае 2024 года снова стал отмечать нарастание интенсивности ощущения сердцебиения, потливости, головокружения и общей слабости. Спустя несколько суток, во время нахождения на работе, добавились боли в пояснице, чувство скованности в верхних конечностях. Был доставлен бригадой СМП в ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова», обследован, вновь отметил регресс симптомов после госпитализации в стационар без изменений в медикаментозной терапии. За время наблюдения боли в грудной клетке, одышку на фоне ограниченного режима отрицал. Учитывая нетипичную клиническую картину, данные инструментальных и лабораторных исследований, данные за острый коронарный синдром (ОКС) получены не были. Спустя несколько суток наблюдения был выписан с рекомендацией продолжить прием лекарственной терапии и проконсультироваться с врачом-психотерапевтом.

Через 3 дня после выписки обратился за консультацией к психиатру.

При осмотре обращало на себя внимание физическое напряжение, пациент часто менял положение тела, отмечалась зажатость в области предплечий. Во время беседы был настроен доброжелательно, охотно отвечал на вопросы. Складывалось впечатление о слабой идентификации собственных чувств и эмоций: при расспросах о работе становился более зажатым, отмечал усиление ощущения сердцебиения при обсуждении данной темы, но отвечал спокойно, без жалоб на тревогу или изменения в настроении, отрицал боязнь повторения сердечно-сосудистой катастрофы.

На момент осмотра пациента в большей степени беспокоили неприятные соматовегетативные симптомы, преимущественно со стороны сердечно-сосудистой системы: ощущение учащенного сердцебиения, нерегулярной работы сердца, головокружения, а также периодический тремор в руках, потливость. Аппетит слегка снижен. Суицидальные мысли отрицал, без агрессивных тенденций. Обманы восприятия не выявлены. Бредовых идей не высказывал. Согласился на медикаментозное лечение, настроен на работу с психотерапевтом. Критика сохранена.

При поступлении проведена оценка пациента по психометрическим шкалам:

- шкала соматических симптомов (SSS-8) – 16 баллов;
- опросник соматизированных расстройств (SOMS-2) – 25 баллов;
- госпитальный опросник тревоги (Hospital Anxiety Scale, HADS-A) – 11 баллов;
- госпитальный опросник депрессии (Hospital Depression Scale, HADS-D) – 7 баллов.

Диагноз по Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10): F45.30 Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы с преобладанием в клинической картине сердечно-сосудистых симптомов.

Важно отметить, что, несмотря на наличие у пациента соматической патологии, она не объясняет природу и степень выраженности симптомов и жалоб пациента, что указывает на правомерность установления

данного диагноза согласно МКБ-10. Диагнозы генерализованного тревожного расстройства, эпизодической пароксизмальной тревожности и ипохондрического расстройства исключены ввиду отсутствия необходимых критериев и жалоб у данного пациента.

Несмотря на доказанную эффективность применения в лечении СФР селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), важно было учитывать сопутствующую медикаментозную терапию, назначенную кардиологом, а также тот факт, что антидепрессанты данной группы способны удлинять интервал QT на ЭКГ, что может усугубить соматическое состояние.

Пациент на регулярной основе не принимал антикоагулянтную терапию, что позволило назначить эсциталопрам, с титрацией дозировки до 10 мг в сутки, а также прием гидроксизина 25 мг на ночь. Также пациент был направлен к психотерапевту (на когнитивно-поведенческую терапию – КПТ).

Через две недели на повторном приеме пациент стал отмечать улучшение состояния в виде нормализации ночного сна, снижения интенсивности соматовегетативных нарушений. Госпитальный опросник тревоги (Hospital Anxiety Scale, HADS-A) – 8 баллов; госпитальный опросник депрессии (Hospital Depression Scale, HADS-D) – 5 баллов. Пациент стал работать с психотерапевтом.

Через месяц с момента второй консультации (спустя 6 недель с момента начала приема психофармакотерапии) пациент обратился к психиатру повторно, для оценки эффективности проводимого лечения. Соматовегетативные симптомы регрессировали, пациент прекратил прием анксиолитика, без возвращения диссомнических нарушений. Состояние описывал как «комфортное, расслабленное, уравновешенное». Госпитальный опросник тревоги (Hospital Anxiety Scale, HADS-A) – 3 балла; госпитальный опросник депрессии (Hospital Depression Scale, HADS-D) – 2 балла. В работе с психотерапевтом основное внимание уделяет вопросам эмоционального состояния и триггерам стресса в работе. Рекомендовано продолжение приема СИОЗС в тера-

певтической дозировке, а также продолжение работы с психотерапевтом. Повторное ЭКГ – без ухудшения.

Результаты и их анализ

Важной особенностью данного клинического случая является то, что устойчивые симптомы невротического регистра у пациента появились после перенесенной сердечно-сосудистой катастрофы (таким образом, само ухудшение соматического состояния здоровья (инфаркт) являлось пусковым механизмом для развития СФР, однако новые феномены первого порядка (симптомы) к повторной катастрофе не приводили). Важно отметить, что первые симптомы со стороны сердечно-сосудистой системы пациент стал отмечать во время повышенных физических и психоэмоциональных нагрузок на работе, что может указывать на дебют психосоматической патологии, но лишь косвенно.

Устойчивая психопатологическая симптоматика развилась спустя несколько дней после перенесенного острого инфаркта миокарда и сохранялась на протяжении более чем 6 месяцев с момента возникновения первых признаков психического расстройства.

В данном клиническом наблюдении психическое расстройство развилось у премоорбидно здоровой личности. Пациент получил образование, успешно работал, был хорошо адаптирован; имеет друзей и семью, интересы и увлечения. После перенесенного ОИМ он начал устойчиво испытывать неприятные соматовегетативные симптомы: ощущения сердцебиения, нерегулярной работы сердца, которые проявлялись и вне личностно значимых переживаний, связанных с работой. В последующем пациент стал чаще наблюдаться у специалистов кардиологического профиля, в моменты усиления симптомов неоднократно вызывал бригаду СМП – с быстрым регрессом симптомов после появления врачей и отсутствием патологии, объясняющей жалобы пациента. Спустя почти год с момента развития соматовегетативных симптомов и очередной госпитализации в кардиологический стационар врачами-

кардиологами была рекомендована консультация психотерапевта ввиду подозрения на психогенную природу жалоб пациента.

На основании данных анамнеза, психического статуса на момент осмотра, а также четырех критериев диагностики (1 – имелись симптомы вегетативного возбуждения, которые пациент приписывал физическому расстройству сердечно-сосудистой системы; 2 – имелись вегетативные симптомы (учащенное сердцебиение, потливость); 3 – наличие жалоб на боли в груди и дискомфорт в перикардиальной области и 4 – отсутствовали данные за новые заболевания и нарушения органа сердца и сосудов (данные нескольких последних госпитализаций в соматические стационары)) был поставлен диагноз, классифицируемый шифром F 45.30 в МКБ-10. При данном расстройстве соматоформные боли в области сердца часто появляются в состоянии покоя под воздействием провоцирующих факторов, таких как стресс. При физической активности симптомы обычно исчезают или становятся менее выраженными. Болевые приступы сопровождаются заметным беспокойством, пациенты громко выражают жалобы, стонут и пытаются изменить позу. Длительность болевых ощущений может варьироваться от нескольких часов до нескольких дней. Кардиалгии соматоформного характера не имеют четко определенных зон иррадиации: боль может распространяться на плечо, спину, левую руку, область лопатки или другие области. Возможно учащение пульса. Почти все пациенты с соматоформной дисфункцией жалуются на сильное сердцебиение, однако обследования выявляют этот симптом лишь у половины из них. Состояние ухудшается в покое, особенно когда пациент лежит. Также возможно небольшое повышение артериального давления. Гипертензия возникает на фоне стресса, и примечательно, что препараты, предназначенные для ее лечения, при этом малоэффективны.

Симптомы отмечались не приступообразно; пациент не испытывал внезапно возникающие чувства тревоги и страха (страх за собственную жизнь, страх потери контроля), проявление тревоги не являлось

у пациента основным симптомом; не обнаруживались поведенческие нарушения избегающего характера, что, в свою очередь, исключает установление диагноза из рубрики тревожных расстройств. При этом, несмотря на частое обращение к врачам, у пациента не сформировалась идея о возможном наличии у него тяжелого прогрессирующего заболевания, не отмечалась и избыточная фиксация внимания на собственных признаках и ощущениях, что исключает наличие ипохондрического расстройства. Учитывая перенесенный ОИМ, отметим, что в классификаторе также есть диагноз F 54 – психологические и поведенческие факторы, связанные с нарушениями или болезнями, классифицированными в других рубриках; однако данный диагноз применяется только при слабой выраженности имеющихся симптомов, которая не позволяет использовать какую-либо другую рубрику данного класса.

В семейном анамнезе пациента Е. обращает на себя внимание отсутствие эмоциональной поддержки со стороны родителей, а также интровертированность пациента, что могло способствовать недостаточной идентификации собственных чувств и эмоций, лежащей в патогенезе развития соматоформных расстройств. Дименсиональные методы исследования позволили объективизировать жалобы пациента, а работа с психотерапевтом в КПТ даст ему возможность лучше идентифицировать собственные чувства и эмоции, понять их природу и предотвратить дальнейшую трансформацию психических переживаний в соматические симптомы; метод был выбран как один из наиболее изученных и доказательных [9, 11]. Лекарственная терапия подобрана исходя из диагностических представлений, сопутствующего соматического состояния и факта приема лекарственных препаратов: согласно рекомендациям по подбору лекарственных препаратов и дозировок для лечения психических расстройств у больных кардиологического профиля, выбраны эсциталопрам (уровень доказательности и убедительности – А 1) и гидроксизин (А 2 соответственно) [6]. В течение 2 месяцев с момента

начала лечения лекарственными препаратами и работы с психотерапевтом состояние пациента улучшилось; пациент сообщил об отсутствии жалоб, что позволило отказаться от приема анксиолитика и остаться на монотерапии СИОЗС, что также было подтверждено прохождением шкалы HADS повторно (снижение показателей по шкалам тревоги и депрессии).

Важно отметить, что столкнуться с подобным случаем может врач любой специальности, т.к. пациенты часто обращаются сначала к кардиологам, неврологам, терапевтам. Так и наш пациент до посещения психиатра прошел обследование у нескольких кардиологов и терапевтов. Отсроченное обращение за специализированной помощью стало причиной снижения трудоспособности. Важной особенностью клинического случая является тот факт, что если традиционно принято считать и разграничивать СФР и сердечно-сосудистую патологию (что подтверждается как первыми определениями соматоформных расстройств, так и нынешним определением в МКБ-10), то здесь представлена коморбидность двух зачастую взаимоисключающих патологий.

Заключение

Наше клиническое наблюдение демонстрирует, что после перенесенного ОИМ могут развиваться невротические психические расстройства, которые могут иметь стойкий характер и требовать лекарственной терапии, а также участия специалистов психотерапевтического профиля. Наличие соматических симптомов, у которых при этом отсутствует органическая природа, либо несоответствие между соматической патологией и природой симптомов и жалоб пациента является основанием для обращения к психиатру. Своевременное оказание помощи позволит улучшить социальную адаптацию, ускорит возвращение трудоспособности. Данный клинический случай также подчеркивает значение и необходимость психотерапии на разных этапах лечения как кардиологических, так и соматоформных пациентов.

Литература

1. Бастиаанс Я. Вклад психоанализа в психосоматическую медицину // Журнал практической психологии и психоанализа. 2003. № 3. URL: <https://psyjournal.ru/articles/vklad-psihoanaliza-v-psihosomaticheskuyu-medicinu> (дата обращения: 15.07.2024).
2. Великанова Л.П., Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства: современное состояние проблемы (часть 1) // Социальная и клиническая психиатрия. 2005. № 4. С. 79–90.
3. Дубовая А.В., Ярошенко С.Я., Прилуцкая О.А. Хронический стресс и нейротрофический фактор головного мозга // Практическая медицина. 2021. Т. 19, № 2. С. 19–27.
4. Курбасов Р.В., Барачевский Ю.Е., Лупачев В.В. Функциональные изменения гипофизарно-гонадного и тиреоидного эндокринных звеньев в ответ на стрессовые факторы // Фундаментальные исследования. 2014. № 10 (часть 5). С. 1010–1014.
5. Риццоллати Д., Синигалья К. Зеркала в мозге. О механизмах совместного действия и сопереживания / Пер. с англ. О.А. Кураковой и М.В. Фаликман. М.: Языки славянских культур, 2012. С. 7–13.
6. Смулевич А.Б., Волель Б.А., Трошина Д.В., Копылов Ф.Ю. Диагностика и терапия тревожных и соматоформных расстройств у больных кардиологического профиля. Методическое пособие. М., 2018. С. 31–36.
7. Чартакова Х.Х. Нарушения функций гипоталамо-гипофизарной системы // Мировая наука. 2023. № 4(73). С. 115–118.
8. Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю., Яковенко Е.А. [и др.]. Эмоциональные нарушения у пациентов с соматоформными расстройствами и их лечение // Нервные болезни. 2022. № 1. С. 39–44.
9. Allen L.A., Woolfolk R.L. Cognitive Behavioral Therapy for Somatoform Disorders // *Psychiatr. Clin. North Am.* 2010. Vol. 33(3). Pp. 579–593. DOI: 10.1016/j.psc.2010.04.014
10. Looper K.J., Kirmayer L.J. Perceived Stigma in Functional Somatic Syndromes and Comparable Medical Conditions // *Journal of Psychosomatic Research*. 2004. Vol. 54. Pp. 373–378. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2004.03.005
11. Okita, K., Kobori, O., Sasaki, T. [et al.]. Cognitive Behavioural Therapy for Somatoform Pain Disorder in Adolescents: A Case Study // *Asia Pacific Journal of Counselling and Psychotherapy*. 2013. Vol. 4(2). Pp. 109–115. DOI:10.1080/21507686.2013.779929

Поступила 14.08.2024

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

Участие авторов: А.В. Баззаева – проведение клинко-психопатологического обследования и оценки с помощью психометрических шкал, клиническое наблюдение, написание текста, обзор публикаций по теме статьи; А.А. Краснов – проверка материала, обработка, анализ и интерпретация данных, проверка критически важного содержания, утверждение рукописи для публикации.

Для цитирования. Баззаева А.В., Краснов А.А. Коморбидность соматоформных расстройств и кардиологической патологии: клиническое наблюдение // Вестник психотерапии. 2025. № 93. С. 113–121. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-93-113-121

A.V. Bazzaeva, A.A. Krasnov

Comorbidity of Somatoform Disorders and Cardilogic Pathology: a Clinical Observation

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

✉ Angela Vladimirovna Bazzaeva – PhD student and assistant, Department of Psychiatry and Psychotherapy with Clinic, Almazov National Medical Research Centre (2, Akkuratova Str., St. Petersburg, 197341, Russia); e-mail: bazzaeva_av@almazovcentre.ru; <https://orcid.org/0009-0008-5015-9374>;

Alexey Alexandrovich Krasnov – Dr. Med. Sci. Associate Prof., Prof. Department of Psychiatry and Psychotherapy with Clinic, Almazov National Medical Research Centre (2, Akkuratova Str., St. Petersburg, 197341, Russia); e-mail: krasnov_aa@almazovcentre.ru; <https://orcid.org/0000-0002-8732-6390>.

Abstract

Relevance. Currently there is a problem of insufficiently studied interrelationships of psychiatric disorders characterized by somatoform dysfunctions of the cardiovascular system and cardiologic diseases. The aspects of mutual pathoplastic influence between mental and somatic processes remain underexplored. Consequently, there is ongoing debate regarding whether somatoform and cardiological diagnostic definitions are mutually exclusive or, in some cases, may present as pathogenetically interrelated comorbidity. This issue significantly affects the treatment strategy for such conditions.

Intention: To demonstrate the development of somatoform disorder (SFD) of the cardiovascular system in a patient during the convalescent period of acute myocardial infarction (AMI) beyond the scope of traditional clinical concepts (using the case of patient E.), as well as to objectify the unexpected relationship between truly somatic and psychosomatic diseases.

Methodology. The study utilized clinical-archival, dimensional, and clinical-catamnestic research methods.

Results and their analysis. Following AMI, various complications may arise, including those affecting mental health. One of the consequences is the emergence of neurotic-spectrum mental disorders, particularly somatoform disorders.

Conclusion. This clinical case demonstrates that persistent neurotic-spectrum mental disorders may develop after acute myocardial infarction, leading to patient maladaptation and requiring psychopharmacotherapeutic intervention. Interdisciplinary collaboration between cardiologists and psychotherapeutic specialists improves prognosis.

Keywords: psychiatry, psychiatric disorders, somatoform disorder, bodily distress, cardiology, psychosomatics.

References

1. Bastiaans YA. Vklad psihoanaliza v psichosomaticheskuyu medicinu. [The contribution of psychoanalysis to psychosomatic medicine]. *Zhurnal prakticheskoy psikhologii i psihoanaliza* [Journal of Practical Psychology and Psychoanalysis]. 2003; (3). URL: <https://psyjournal.ru/articles/vklad-psihoanaliza-v-psichosomaticheskuyu-medicinu> (In Russ.)
2. Velikanova L.P., Shevchenko Y.S. Psihosomaticheskie rasstrojstva: sovremennoe sostoyanie problemy (chast' 1) [Psychosomatic disorders: current state of the problem (part 1)]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psixiatriya* [Social and clinical psychiatry]. 2005; (4): 79–90. (In Russ.)
3. Dubovaya A.V., Yaroshenko S.Y., Priluckaya O.A. Hronicheskij stress i nejrotroficheskij faktor golovnogogo mozga [Chronic stress and neurotrophic factor of the brain]. *Prakticheskaya medicina* [Practical medicine]. 2021; (19(2)): 19–27. (In Russ.)
4. Kurbasov R.V., Barachevskij Ju.E., Lupachev V.V. Funkcional'nye izmeneniya gipofizarno-gonadnogo i tireoidnogo jendokrinnyh zven'ev v otvet na stressovye factory [Functional changes of the pituitary-gonadal and thyroid endocrine units in response to stress factors]. *Fundamental'nye issledovaniya* [Fundamental Research]. 2014; (10(5)): 1010–1014. (In Russ.)
5. Riccolatti D., Sinigal'ya K. Vstupitel'naya stat'ya. V kn: Zerkala v mozge. O mekhanizmah sovmestnogo dejstviya i soperezhivaniya. Perevod s anglijskogo O.A. Kurakovej i M.V. Falikman [Introductory article. In: Mirrors in the brain. On the mechanisms of joint action and empathy. Translated from English by O.A. Kurakova and M.V. Falikman]. Moscow, 2012. Pp. 7–13. (In Russ.)
6. Smulevich A.B., Volel' B.A., Troshina D.V., Kopylov F.YU. Diagnostika i terapiya trevozhnyh i somatoformnyh rasstrojstv u bol'nyh kardiologicheskogo profilya. Metodicheskoe posobie [Diagnosis and therapy of anxiety and somatoform disorders in cardiac patients. Methodical manual]. Moscow, 2018. Pp. 31–36. (In Russ.)
7. Chartakova H.H. Narusheniya funkcij gipotalamo-gipofizarnoj sistemy [Disorders of functions of hypothalamic-pituitary system]. *Mirovaya nauka* [World science]. 2023; (4(73)): 115–118. (In Russ.)
8. Chutko L.S., Surushkina S.Y., Yakovenko E.A. [et al.]. Emotsional'nye narusheniya u pacientov s somatoformnymi rasstrojstvami i ih lechenie [Emotional disorders in patients with somatoform disorders and their treatment]. *Nervnye bolezni* [Nervous diseases]. 2022; (1): 39–44. (In Russ.)

-
9. Allen L.A, Woolfolk R.L. Cognitive Behavioral Therapy for Somatoform Disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2010; 33(3): 579–593. DOI: 10.1016/j.psc.2010.04.014
 10. Looper K.J., Kirmayer L. J. Perceived Stigma in Functional Somatic Syndromes and Comparable Medical Conditions. *Journal of Psychosomatic Research*. 2004; 54: 373–378. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2004.03.005
 11. Okita, K., Kobori, O., Sasaki, T. [et al.]. Cognitive Behavioural Therapy for Somatoform Pain Disorder in Adolescents: A Case Study. *Asia Pacific Journal of Counselling and Psychotherapy*. 2013; 4(2): 109–115. DOI: 10.1080/21507686.2013.779929
-

Received 14.08.2024

For citing: Bazzaeva A.V., Krasnov A.A. Komorbidnost' somatoformnyh rasstrojstv i kardiologicheskoy patologii: klinicheskoe nabljudenie. *Vestnik psikhoterapii*. 2025; (93): 113–121. **(In Russ.)**

Bazzaeva A.V., Krasnov A.A. Comorbidity of somatoform disorders and cardiologic pathology: a clinical observation. *Bulletin of Psychotherapy*. 2025; (93): 113–121. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-93-113-121

1. Представление материалов

При направлении статей в журнал должны соблюдаться международные этические нормы, разработанные Комитетом по этике научных публикаций (<http://publicationethics.org/resources/guidelines>). Автор(ы) передает(ют) электронную версию статьи в формате Word 97–2003 и подписанный им(и) скан титульного листа на сайт журнала (<https://vestpsihoterapii.elpub.ru/jour/author/submit/1>) через опцию «Отправить статью» и дублирует(ют) отправку на e-mail редколлегии: vestnik-pst@yandex.ru.

2. Требования к материалам рукописи

Общие требования к тексту: шрифт Times New Roman, кегль – 12 пт (таблицы – 10 пт), интервал полуторный. Поля с каждой стороны по 2 см. Объем передовых и обзорных статей не должен превышать 15 с., экспериментальных и общетеоретических исследований – 10 с., включая текст, иллюстрации (рисунки, таблицы), список литературы и англоязычный блок.

В начале первой страницы указывается универсальный десятичный код (УДК).

Схема построения статьи: 1) инициалы и фамилии авторов; 2) заглавие статьи (в формате обычного текста – не заголовок), учреждение и его адрес (указывается для каждого из авторов); 3) аннотация и ключевые слова, соотнесенные с Международным рубрикатором медицинских терминов (MeSH), русскоязычная версия которого представлена на сайте Центральной научной медицинской библиотеки (<http://www.scsml.rssi.ru/>); 4) краткое введение; 5) материал и методы; 6) результаты и их анализ; 7) заключение (выводы); 8) наличие/отсутствие конфликта интересов, который может повлиять на анализ и интерпретацию полученных результатов; источники финансовой поддержки (гранты, государственные программы, проекты и т. д.); благодарности; 9) участие авторов (конкретный вклад каждого автора в подготовку и написание статьи); 10) литература.

Диагнозы заболеваний и формы расстройств поведения следует соотносить с МКБ-10. Единицы измерений приводятся по ГОСТу 8.471-2002 «Государственная система обеспечения единства измерений. Единицы величин».

Сведения об авторах приводятся на русском и английском языке: фамилия, имя, отчество; ученая степень, ученое звание (указание ученого звания и должности факультативно); название места работы/учебы без сокращений, даже если оно общепринято в стране (при переводе следует использовать официальное название из Устава учреждения, иначе аффилиация с учреждением в международных базах данных будет затруднена); почтовый адрес (страна, почтовый индекс, город, улица, дом); e-mail автора. Обозначается вклад каждого автора в подготовку и написание статьи.

Авторы обязуются сообщить о конфликте интересов, связанном с подготовкой статьи.

Список литературы оформляется в виде алфавитного библиографического указателя по ГОСТу

7.0.5-2008. Если авторов пять и более, то необходимо указать фамилии трех авторов и далее в квадратных скобках сокращенное словосочетание «и другие» [и др.]. Для оптимизации транслитерации знаки точка и тире (.), которые отделяют зоны библиографической записи, заменяются точкой. Обязательно указываются DOI статей, если они имеются.

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

Требования к рисункам: допускаются только черно-белые рисунки, заливка элементов рисунка – косая, перекрестная, штриховая; не допускаются тонкие заливки; допустимые форматы файлов – TIFF, JPG, PDF; разрешение – не менее 300 dpi; ширина рисунка – не более 100 мм, высота рисунка – не более 150 мм; легенда рисунка должна быть легко читаемой, шрифт не менее 8 пт.

3. Присланные статьи рецензируются членами редколлегии, редакционного совета и ведущими специалистами отрасли. При положительном отзыве статьи принимаются к печати.

При принятии статьи к публикации авторы дают право редакции размещать полные тексты статей и ее реферата в информационных справочно-библиографических базах данных.

Рукописи авторам не возвращаются.

4. Редакция оставляет за собой право сокращения статей без изменения концептуальной основы содержания, а также размещения статей в разделе «Дискуссионный клуб». Кроме того, редакция имеет право запросить у авторов заключения Этического комитета, сведения о возможности опубликования в открытой печати материалов исследования и др.

Предоставляются все авторские права, закрепленные законодательством Российской Федерации.

Более полный перечень правил для авторов, а также примеры оформления статей представлены:

– на сайте ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никиторова: <https://nrterm.ru/science/editorial-and-publishing/periodicals/zhurnal-vestnik-psihoterapii/>;

– на сайте журнала: <https://vestpsihoterapii.elpub.ru/jour/about/submissions#authorGuidelines>.