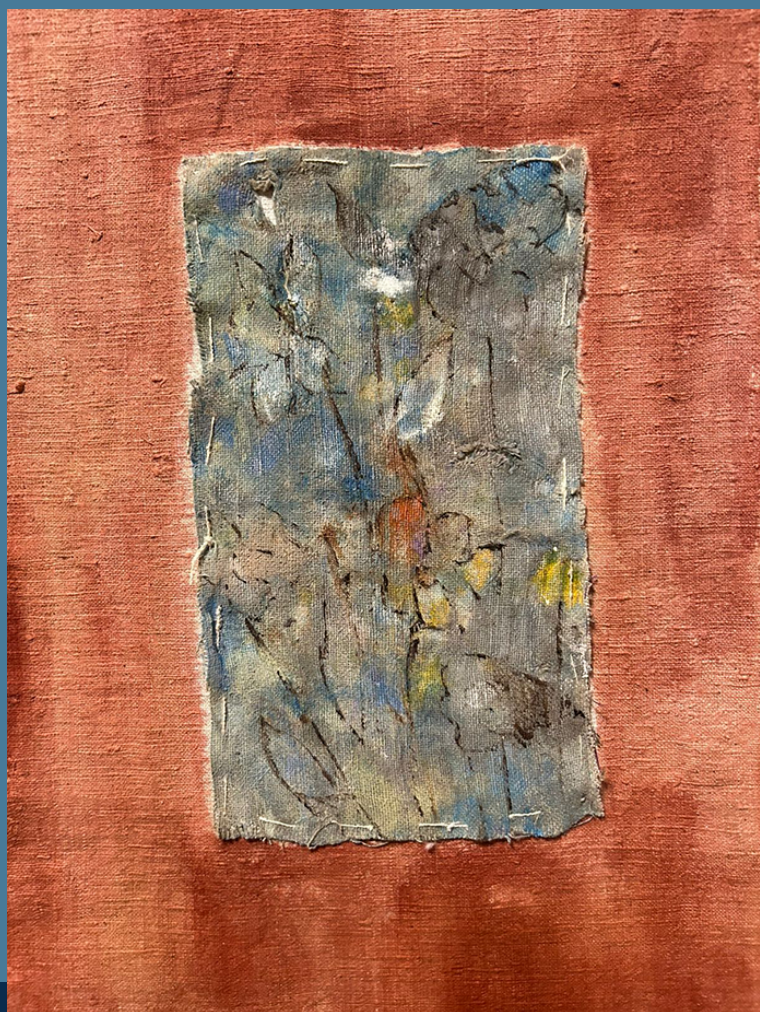


- Психотерапия
- Психиатрия и наркология
- Медицинская психология
- Психофизиология
- Юридическая психология и психология безопасности личности

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

Вестник ПСИХОТЕРАПИИ

№96



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, научно-практические, научно-организационные и внедренческие проекты на переднем крае науки в области клинической психотерапии и клинической (медицинской) психологии.

ПРИГЛАШАЕТ

специалистов в области психотерапии и смежных дисциплин принять участие в **XXII Санкт-Петербургском Апрельском семинаре по психотерапии и практической психологии «Современная трактовка психической травмы и психотерапия»** (Санкт-Петербург, 1-6 апреля 2026 года, Гостиница «Октябрьская», Лиговский проспект, 10/118)

«СОВРЕМЕННАЯ ТРАКТОВКА ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ И ЕЕ ПСИХОТЕРАПИЯ»

Апрельский семинар 2026 года разработает эту важную, для отечественной медицины и психотерапии трудную профессиональную тему опираясь на опыт экспертов, лидеров мнений и ведущих специалистов

Апрельский семинар 2026 года сформирует новый стандарт понимания психической травмы и ее психотерапии

Апрельский семинар 2026 года подготовит личность участников к работе последствиями психической травмы

Апрельский семинар 2026 — это лаборатория клинической психотерапии, где исследуются механизмы и последствия психической травмы, а также разрабатываются психотерапевтические подходы.

Цель Апрельского семинара 2026 года: создание работоспособной концепции психической травмы, определение места личностных механизмов в развитии психической травмы и возникновение кризисных состояний и расстройств, ассоциированных со стрессом, разработка психотерапевтического подхода, повышающего эффективность программ лечения и реабилитации людей, переживших последствие психической травмы.

Важным событием Апрельского семинара 2026 года станет однодневный большой **научно-практический Конгресс с международным участием «Современная трактовка психической травмы и психотерапия; история, методология, методика и организация помощи»**, который состоится 1 апреля 2026 года. Это полноценное научно-практическое событие психотерапевтического типа, где наука сочетается с личностным участием, а практика — с личным опытом

В течение дня мы будем рассматривать современное представление о психической травме и психотерапевтические подходы к лечению последствий психической травмы. Тема будет рассмотрена с позиции Школ отечественной психотерапии, основных направлений психотерапии, научных специальностей области охраны психического здоровья, наук, исследующих психическую травму и кризисные состояния человека.

- Участников и гостей Апрельского семинара 2026 года ждут большое количество различных мероприятий — мастерские и мастер-классы, лекции основных спикеров, большая ежедневная группа для рефлексии опыта, дискуссии и работа основных групп для участников с акцентом на понимание и проявлений явлений психической травмы, а также психотерапию ее последствий. Одно из занятий вечерней группы будет посвящено работе Ассоциации развития Клинической психотерапии (АРКП)
- Участники Могут выбрать несколько вариантов участия: **Вариант 1** «Все включено», **Вариант 2** «Только Конгресс», **Вариант 3** «Конгресс и Семинар без участия в основных группах».

Все интересующие Вас вопросы можно уточнить, зайдя на сайт, позвонив нам по номеру +7 812 467-47-90, написав по адресу client@ipmp-spb.ru или зайдя на Сайт Апрельского семинара 2025: <https://aprel-seminar-2026.ipmp-spb.ru/> или сайт Института: <https://ipmp-spb.ru/>

Подробнее читайте:



Апрельский семинар

IPMP

На 1 странице обложки журнала «Вестник психотерапии» N96 использован фрагмент художественной работы Коростелевой Лилии Ивановны «Аграрные праздники и фольклор». Работа № 2. Домоткань, темпера, шпек 100/70

© Ким М., гузайн, 2022

ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ

№ 96
2025

Научный рецензируемый журнал

Издается ежеквартально с 1991 г.

Учредитель

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

Журнал зарегистрирован

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

Индекс для подписки

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

Импакт-фактор (2020) 0,608

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. Никитова МЧС России <http://www.nrcerm.ru>

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

Подписано в печать: 19.12.2025
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: 26.12.2025
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

Колонка главного редактора 5

Психотерапия

Назыров Р.К. Клинико-психотерапевтический подход как возможность развития психотерапии в медицине 6

Чермянин С.В., Загорная Е.В., Капитанаки В.Е.
Мишени психотерапии невротических нарушений в подростковом возрасте 19

Психиатрия и наркология

Стряпухина Ю.В. Взаимосвязь хронического утомления и диспозиционного оптимизма у созависимых лиц 27

Медицинская психология

Гуськова О.А., Приленский Б.Ю., Стоянова И.Я., Николаенко Т.А., Ярославская Е.И., Авдеева К.С., Петелина Т.И. Клинико-психологические аспекты астении и тревожности у пациентов, перенесших COVID-19 36

Евмененко А.О. Динамика симптомов тревоги у матерей недоношенных детей: лонгитюдное исследование 49

Кутыкова А.К. Мишени нейropsychологической коррекции в работе с пациентами, перенесшими новую коронавирусную инфекцию 58

Васильева Г.Н. Программа психологической коррекции когнитивных и эмоциональных нарушений у ВИЧ-инфицированных пациентов 69

Юридическая психология и психология безопасности личности

Ильянкова Е.И., Семакова А.И., Жарких А.А.
Дисфункциональность психологических границ личности как предиктор интернет-зависимого поведения девиантных подростков 81

Клиническая практика

Макимова Н.В., Петрова Р.В., Преображенская Е.В.
Роль психолога в реабилитации участников СВО и их семей на примере серии клинических случаев 93

Дискуссионный клуб. Медицинская психология

Крылатова Е.В., Селиверстова Н.А. Особенности психического состояния у лиц, находящихся в затяжных стрессовых ситуациях 104

Мельникова А.А., Андрущенко Н.В. Балинтовские группы как ресурс профилактики выгорания у специалистов помогающих профессий: обзор литературы 111

Суворова Э.А., Шаболтас А.В. Психологические факторы эффективности краткосрочного стационарного лечения пациентов с коксартрозом: обзор отечественного и зарубежного опыта 120

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)

Каравеева 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 96
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 19.12.2025

Format 60×84/8

Conventional sheets 14,25

No. of printed copies 500

Publication date 26.12.2025

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

Editor-in-chief's column 5

Psychotherapy

Nazyrov R.K. Clinical-psychotherapeutic approach
as a possibility for the development of psychotherapy
in medicine 6

Chermyanin S.V., Zagornaya E.V., Kapitanaki V.E.
Psychotherapy targets for neurotic disorders in adolescents .. 19

Psychiatry and narcology

Stryapukhina Yu.V. The relationship between chronic fatigue
and dispositional optimism in codependent individuals 27

Medical psychology

*Guskova O.A., Prilenskii B.Yu., Stoyanova I.Ya.,
Nikolaenko T.A., Yaroslavskaya E.I., Avdeeva K.S., Petelina T.I.*
Clinical and psychological aspects of asthenia and anxiety in
COVID-19 patients..... 36

Evmenenko A.O. Dynamics of anxiety symptoms in mothers
of premature infants: a longitudinal study..... 49

Kutkova A.K. Targets of psychological and neuropsychological
correction in working with patients who have undergone
a new coronavirus infection 58

Vasilieva G.N. Program of psychological correction for
cognitive and emotional disorders in HIV-positive patients... 69

Legal psychology and psychology of personal security

Ilyankova E.I., Semakova A.I., Zharkikh A.A.
Dysfunctionality of psychological boundaries of personality
as a predictor of internet-dependent behavior of deviant
teenagers..... 81

Clinical practice

Maksimova N.V., Petrova R.V., Preobrazhenskaya E.V.
The role of a psychologist in the rehabilitation of participants
in a special military operation and their families using the
example of a series of clinical cases..... 93

Discussion club. Medical psychology

Krylatova E.V., Seliverstova N.A. Peculiarities
of the mental state of individuals experiencing prolonged
stressful situations..... 104

Melnikova A.A., Andrushchenko N.V. Balint groups
as a resource for burnout prevention among helping
professionals: a literature review..... 111

Suvorova E.A., SHaboltas A.V. Psychological factors of
effectiveness of short-term inpatient treatment of patients with
coxarthrosis: a review of domestic and foreign experience.... 120

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 коллеги и друзья!

Вы держите в руках 96-й номер научного рецензируемого журнала «Вестник психотерапии». В последнем номере 2025 года публикуются результаты исследований по ряду научных специальностей. В двух особых рубриках размещены материалы дискуссионного клуба и анализ клинической практики (на примере реабилитации участников специальной военной операции).

В настоящем номере «Вестника психотерапии» представлены статьи по всем основным рубрикам: «Психотерапия», «Психиатрия и наркология», «Медицинская психология», «Юридическая психология и психология безопасности личности».

Рубрику «Психотерапия» открывает статья моего авторства о клинко-психотерапевтическом подходе как перспективе развития психотерапии в медицине. Здесь же представлено исследование Чермянина С.В., Загорной Е.В. и Капитанаки В.Е., которые раскрыли тему определения мишеней психотерапии невротических нарушений в подростковом возрасте.

В раздел «Психиатрия и наркология» помещена статья Стряпухиной Ю.В. о взаимосвязи хронического утомления и диспозиционного оптимизма у созависимых лиц.

Раздел «Медицинская психология» включает статьи различной содержательной направленности. Во-первых, это коллективная работа группы авторов из Тюмени: Гуськовой О.А., Приленского Б.Ю., Стояновой И.Я., Николаенко Т.А., Ярославской Е.И., Авдеевой К.С. и Петелиной Т.И., посвященная изучению клинко-психологических аспектов астении и тревожности у пациентов, перенесших COVID-19. Во-вторых, лонгитюдное исследование динамики симптомов тревоги у матерей недоношенных детей, выполненное Евмененко А.О. В-третьих, изучение мишеней нейропсихологической коррекции в работе с пациентами, перенесшими новую коронавирусную инфекцию, осуществленное Кутьковой А.К. И, наконец, программа психологической коррекции когнитивных и эмоциональных нарушений у ВИЧ-инфицированных пациентов, разработанная Васильевой Г.Н.

В рубрике «Юридическая психология и психология безопасности личности» представлена статья Ильянковой Е.И., Семаковой А.И. и Жарких А.А. о дисфункциональности психологических границ личности как предикторе интернет-зависимого поведения девиантных подростков.

В этом номере открывается новая рубрика – «Клиническая практика», которая будет представлять научный анализ результатов практической деятельности психотерапевтов и психологов. В этой рубрике помещено научное исследование серии клинических случаев для уточнения роли психолога в процессе реабилитации участников СВО и их семей, выполненное Максимовой Н.В., Петровой Р.В. и Преображенской Е.В.

В «Дискуссионном клубе» выпуска представлены три публикации. Статья Мельниковой А.А. и Андрущенко Н.В. представляет собой научный обзор развития балинтовских групп – важнейшего метода совершенствования личности и профилактики выгорания у самих психотерапевтов и представителей других помогающих профессий. Суворова Э.А. и Шаболтас А.В. предлагают для обсуждения научный обзор отечественного и зарубежного опыта по теме анализа психологических факторов эффективности краткосрочного стационарного лечения пациентов с коксартрозом. Крылатова Е.В. и Селиверстова Н.А. исследуют особенности психического состояния лиц, находящихся в затяжных стрессовых ситуациях.

Вот таким с позиции 96-го номера «Вестника психотерапии» видится передний край исследований в области психотерапии и других наук, ориентированных на изучение психического здоровья.

Хочу пригласить к сотрудничеству потенциальных авторов и напомнить им, что наш журнал дает широкие возможности для публикации результатов научных исследований в области психотерапии и по научным специальностям ВАК: «Психиатрия и наркология», «Медицинская психология» (по медицинским и психологическим наукам), «Психофизиология», «Юридическая психология и психология безопасности личности». Материалы нашего журнала являются хорошим поводом для дискуссии и разработки научных вопросов.

Присоединяйтесь, господа!



*Равиль Назыров,
главный редактор,
ректор Института психотерапии и медицинской психологии им. Б.Д. Карвасарского,
президент Ассоциации развития клинической психотерапии (АРКП),
руководитель Школы клинической психотерапии,
доктор медицинских наук*

Р.К. Назыров

КЛИНИКО-ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПОДХОД КАК ВОЗМОЖНОСТЬ РАЗВИТИЯ ПСИХОТЕРАПИИ В МЕДИЦИНЕ

Институт психотерапии и медицинской психологии им. Б.Д. Карвасарского
(Россия, Санкт-Петербург, Басков пер., д. 34)

Актуальность. Клиническая практика и научные исследования последнего времени показывают расширение границ применения психотерапии в медицине, для лечения и реабилитации пациентов с пограничными психическими расстройствами и других клинических групп. При этом развитие психотерапии в медицине сдерживается недостаточной проработкой методологии и методики. Для развития психотерапии в медицине должна быть создана система обоснованного использования существующих возможностей и достижений психотерапии, что затруднено практикой изолированного применения отдельных психотерапевтических методов, количество которых, по некоторым оценкам, превышает 800.

Цель: экспертный анализ результатов и перспектив применения клинико-психотерапевтического подхода при работе с пациентами, страдающими пограничными психическими расстройствами и расстройствами других клинических групп, формирование плана его совершенствования.

Методология. На серии научно-практических конференций с международным участием проведен экспертный анализ концепции клинической психотерапии, опыта ее использования в различных клинических группах с целью совершенствования клинико-психотерапевтического подхода и создания условий для психотерапевтического лечения и реабилитации пациентов с граничными психическими расстройствами и последствиями психической травмы.

Результаты и обсуждение. Представлена концепция и общие подходы к перспективам развития клинико-психотерапевтического подхода в медицине. Рассмотрены основные принципы клинической психотерапии. Разобраны общие требования к психотерапевтической диагностике, основанные на постановке функционального диагноза, формулировании психотерапевтической гипотезы, определении перечня психотерапевтических мишеней конкретного психотерапевтического случая, разработке индивидуальной психотерапевтической программы, методов совершенствования психотерапевтической практики. Проведенный экспертный анализ концепции и результатов ее реализации в условиях клинической практики показал необходимость совершенствования предлагаемой системы и ее отдельных элементов для развития клинико-психотерапевтического подхода и его применения в лечении и реабилитации пациентов с пограничными психическими расстройствами, в том числе расстройствами, связанными с последствиями психической травмы.

Заключение. В целом концепция клинической психотерапии оправдала ожидания и дает возможность развития психотерапии медицинкой модели. Клинико-психотерапевтический подход обладает ресурсом развития психотерапии в медицине. Проведенный экспертный анализ концепции определил перспективы его дальнейшей разработки, в т.ч. создания подходов для лечения и реабилитации пациентов с последствием психической травмы.

Ключевые слова: психотерапия, медицинская модель психотерапии, клиническая психотерапия, клинико-психотерапевтический подход.

Зачем нужна клиническая психотерапия?

Концепция клинической психотерапии создавалась в ответ на потребность в осознанном применении существующих психотерапевтических достижений и подходов в медицине, а также на поиск интеграции достижений различных психотерапевтических школ в лечении пациентов. Первоначально принципы клинко-психотерапевтического подхода были определены и сформулированы по заданию Бориса Дмитриевича Карвасарского автором публикации совместно с Александром Константиновичем Королевым как система с опорой на самостоятельные группы психотерапевтических мишеней в психотерапевтической клинике «Эйдос» (г. Тольятти) [8].

В дальнейшем к работе над этой концепцией были привлечены сотрудники профильного НИИ, которые занимались проработкой ее отдельных элементов [11] и целостного клинко-психологического подхода [10]. В совершенствовании и развитии концепции принимают участие сотрудники Института психотерапии и медицинской психологии им. Б.Д. Карвасарского [9] на основе принципов научности в психотерапии [1] и понимания современных взглядов на лечение пациентов с психическими расстройствами [2]. Ее внедрение осуществлялось в медицинских организациях России и Казахстана. Одной из задач развития клинко-психотерапевтического подхода была работа с людьми, пережившими тяжелый стресс [14].

1. Концепция клинической психотерапии

Клиническая психотерапия служит потребности интеграции обширного и противоречивого мира психотерапевтических направлений, методов, форм и подходов в медицинскую организационно-методологическую контекстную рамку.

Клиническая психотерапия является составной частью медицины. Это означает,

что весь обширный массив эмпирически востребованных психотерапевтических методов должен быть проанализирован исходя из принятой в медицине системы критериев обоснованности и эффективности.

Сама же клиническая психотерапия не является методом психотерапии, а представляет собой формирующуюся из междисциплинарной области знания медицинскую науку и практику, методическую систему организации, управления, оценки качества и эффективности психотерапевтической помощи – вариант реализации медицинской модели психотерапии [5].

Базовые принципы развития психотерапии в медицине

Базовыми принципами развития клинической психотерапии являются: 1) стремление к научной обоснованности, 2) профессиональная ответственность, 3) влияние на качество психотерапевтического процесса, 4) компетентностное обучение.

1) Перспективы научного обоснования клинической психотерапии

Клиническая психотерапия может рассматриваться в качестве формирующейся медицинской науки. Она становится медицинской наукой и областью практики нового типа – возможно, первым представителем постнеклассических наук в медицине, где исследователь (как субъект познания) как минимум принимает участие и в определении предметной области, и в формировании научного или практического результата. Это хорошо видно на примере кризисных состояний и расстройств, связанных со стрессом: пациент может признавать себя страдающим расстройством, связанным со стрессом, или на первое место выдвигать коморбидную патологию либо психологические трудности. Любые научные и практические результаты, конечно же, не должны противоречить уже существующим «классическим» научным данным медицины, полученным в результате психологических, физиологических, биохимических и биогенетических исследований.

Важным следствием определения клинической психотерапии как формирующейся

постнеклассической науки является ее принципиальная толерантность к любым другим системам психотерапии. При этом клиническая психотерапия каждую психотерапевтическую идею воспринимает как потенциальный ресурс для применения в медицине.

2) *Профессиональная ответственность как характеристика клинической психотерапии*

В клинической психотерапии назначение компонентов индивидуальной психотерапевтической программы определяется показаниями и противопоказаниями с учетом:

- клинического состояния пациента, обротившегося за психотерапевтической помощью;
- его личностных и психологических особенностей;
- уровня социально-психологической адаптации в конкретной клинической ситуации;
- особенностей психотерапевтического контакта и характера функционирования диады «психотерапевт – пациент»;
- доказанных возможностей выбираемого психотерапевтического метода.

Клинико-психотерапевтический анализ всех этих групп факторов может определить показания к выбору основного психотерапевтического метода на конкретном этапе лечения, необходимые формы психотерапии (индивидуальная, семейная, групповая), а также целесообразность применения дополнительных методов психотерапии, психосоциальной реабилитации и психосоциальной терапии.

Одним из серьезных ограничений по применению в клинике «монометодической» психотерапии является претензия практически всех «основных» психотерапевтических методов на роль панацеи: из когнитивной психотерапии не появится обоснование назначения курса гуманистической психотерапии, и наоборот [3, 12]. Клиническая психотерапия формулирует подход с позиции достижения результата, ее интересует исключительно клиническая эффективность воздействия, поэтому в ее основе лежат не сами методы психотерапии, а возможность

их сочетанного применения для решения конкретных задач в структуре индивидуальной психотерапевтической программы лечения (ИПП) конкретного пациента.

3) *Психотерапевтический процесс: значение психотерапевтической диады, управляемость и организованность*

Психотерапевтический процесс в рамках клинической психотерапии рассматривается в структуре диады «пациент – психотерапевт». Она представляет собой сложную и многогранную структуру коммуникации, в которой взаимодействие ее участников создает условия для эффективной психотерапии. Значение психотерапевтической диады подчеркивается в различных психотерапевтических системах. Важными общепризнанными аспектами функционирования диады являются: эмпатия и создание доверительной атмосферы, качественной коммуникации, индивидуальный подход и умение работать с различными эмоциональными состояниями пациента, формирование особых отношений между ее участниками. В клинической психотерапии диада рассматривается не просто как сложная система коммуникации и взаимодействия между пациентом и психотерапевтом, а как модель личностного функционирования пациента, реализуемая в системе отношений с психотерапевтом и другими участниками психотерапевтического процесса. Такое понимание психотерапевтической диады позволило создать условия для лучшего понимания психотерапевтического процесса и разработать специальные методы его оценки и повышения эффективности.

В частности, это помогло, наряду с клиническими консилиумами, разработать и применить специальные психотерапевтические консилиумы (клинико-психотерапевтический анализ психотерапевтического случая – КАПС), а также более точно определить другие методы диадного анализа и повышения качества психотерапевтического процесса, такие как супервизия, интервизия, балинтовские группы и др., рассмотрев их в качестве факторов психотерапевтического воздействия пациента и психотерапев-

та, а не только как источники информации о пациенте. Диада «психотерапевт – пациент» рассматривается как модель личности в концепции теории отношений В.Н. Мясищева и Б.Д. Карвасарского [4].

4) Компетентностное обучение клинических психотерапевтов

Для освоения клиничко-психотерапевтического подхода проводится специальное обучение, которое обеспечивает личностно-профессиональную трансформацию специалиста, которая позволяет сформировать профессиональные, личностные и организационные компетенции, необходимые для проведения клинической психотерапии.

К компетентностным трансформациям клинического психотерапевта относятся следующие:

- постижение психического как сложной многоуровневой системы отражения реальной действительности;
- понимание личности как системы отношений, ее экзопсихического характера;
- принятие сути пограничных расстройств как постнеклассического медицинского объекта (форма патологической психологической адаптации);
- постижение сути психотерапевтического контракта;
- понимание сути психотерапевтического воздействия;
- постижение сути психотерапевтического изменения;
- принятие нелинейности динамики психотерапевтических изменений.

Клиническая психотерапия и медицинская модель психотерапии

Для развития специального подхода психотерапии в медицине должна быть создана система, которая могла бы определить показания и противопоказания к назначению всех известных инструментов психотерапии и была бы основана на учете клинических, клиничко-психологических и клиничко-социальных факторов расстройства и способов лечения. До создания этой концепции была описана медицинская модель психоте-

рапии. В ней предполагалось использование психосоциальных факторов болезни и лечения, которые основываются на достижениях медицины. Однако медицинская модель психотерапии была прописана гипотетически, и это не давало шансов реализовать ее возможности на практике [7].

При формулировании подходов медицинской модели психотерапии в литературе, как правило, подчеркивается, что этот тип психотерапевтического лечения предполагает оказание психотерапевтической помощи и проведение психотерапевтического лечения, а не реализацию психотерапевтического метода [7]. Целью такого воздействия определяется выздоровление, а не решение других практических и психологических задач. Обратившийся человек в такой модели рассматривается как пациент, т.е. страдающий расстройством. Ответственность за выбор методов и результат лечения распределяется между пациентом и психотерапевтом или, в некоторых случаях, в большей степени относится к психотерапевту и полипрофессиональной бригаде. Результат психотерапевтического лечения определяется психотерапевтическим контрактом. Психотерапевтическими средствами в медицинской модели предполагается создание программ психотерапии, а в клинической психотерапии – специальной индивидуальной психотерапевтической программы, которая включает в себя необходимый и достаточный для осуществления лечения набор психотерапевтических инструментов. Тип отношений в процессе психотерапии в медицинской модели определяется актуальным клиническим состоянием, нозологической принадлежностью, этапом прохождения программы лечения. Медицинская модель направлена на личностные механизмы этиопатогенеза расстройства. Однако сформулированные таким образом подходы медицинской модели не давали возможности для ее реального воплощения – в данной трактовке предполагается, скорее, некоторая система понятий без конкретного воздействия в определенном терапевтическом случае.

В связи с этим потребовалась специальная доработка теории и практики психо-

терапевтического воздействия, чтобы при создании клинической модели психотерапии увязать современные достижения медицины с психотерапевтическим воздействием, что позволило бы формулировать показания и противопоказания к назначению конкретных психотерапевтических методов и других инструментов психотерапии.

Клиническая психотерапия ориентирована на пациента

Устройство психотерапевтического знания в настоящий момент не позволяет определять показания к использованию всего многообразия психотерапевтических инструментов при проведении психотерапии для конкретного пациента.

Клиническая психотерапия осуществляет важный «тектонический сдвиг», который позволяет трансформировать медико-психотерапевтическую (медико-психологическую) парадигму, основанную на этапности программ лечения и реабилитации, в клинико-психотерапевтическую (клинико-психологическую), – к новому подходу, где в центре внимания – этапы индивидуальной динамики пациента. Традиционные программы психотерапии в наркологии, психиатрии, соматической медицине строились по принципу последовательных, предписывающих фиксированные временные рамки этапов. Однако реальная практика показывает, что пациенты продвигаются в лечении неравномерно и универсальные этапы часто не соответствуют их индивидуальным возможностям.

Этапы лечения сохраняют значение для планирования и учета, но перестают быть технологической схемой, навязываемой всем пациентам. В основе лежит понимание особенностей личностного функционирования пациента, его готовности к изменениям и прогрессу состояния в лечебно-реабилитационном процессе. Такой подход минимизирует риски несоответствия между этапами и реальным состоянием пациента, открывая возможности для более точного планирования работы.

Клиническая психотерапия рассматривает пациента через призму его уникальных

потребностей и факторов, определяющих успех лечения. Это позволяет формировать новые подходы к реабилитации, основанные не на усредненных схемах, а на индивидуальном взаимодействии, в котором пациент становится активным участником своего выздоровления.

Клиническая психотерапия создает условия, когда пациенту служит вся современная психотерапия

Современная психотерапия включает в себя необходимое и достаточное количество психотерапевтических инструментов, которые могут обеспечить воздействие на личность и психологический механизм функционирования человека и применение которых решает все основные задачи, имеет возможность воздействия на все сферы личностного функционирования. Традиционные психотерапевтические подходы могут определить показания для назначения различных психотерапевтических инструментов.

В современной психотерапии созданы и используются различные психотерапевтические инструменты [12]:

- а) методы основных направлений психотерапии,
- б) подходы психотерапии так называемые «неосновных» (экспрессивных) направлений психотерапии,
- в) формы психотерапии,
- г) виды психотерапии,
- д) типы психотерапевтической среды,
- е) условия оказания психотерапевтической помощи.

Клиническая психотерапия предназначена и создает условия для того, чтобы все возможности современной психотерапии стали доступны пациенту.

Патогенетическое значение психотерапии для лечения невротических и других пограничных состояний

Этот раздел клинической психотерапии учитывает общие факторы психотерапии, неспецифические психосоциальные факторы расстройств, исследует важные существующие психосоциальные факторы изученных известных болезней, расстройств и состояний. Поскольку МКБ-10 описыва-

ет проявления расстройств, включающие психические и поведенческие расстройства, это дает основания рассматривать психотерапию в медицине как специальность, имеющую общемедицинскую направленность и общемедицинский характер, как отмечал Б.Д. Карвасарский. Такое понимание психотерапии означает, что она охватывает своими подходами не только пограничную психиатрию, «большую» психиатрию и наркологию, но и ряд областей «соматической» медицины, внутренние болезни, психосоматику. И также необходимо иметь в виду, что клиническая психотерапия должна учитывать существующие доказательные исследования, предположительные исследования, гипотетические взгляды на причины возникновения и развития расстройств, а также применение средств психотерапевтического лечения. Необходимо провести исследования в тех случаях, когда научного обоснования недостаточно. И в перспективе можно было бы определить, сформулировать взгляд на каждое расстройство. В настоящее время, помимо невротических расстройств, которые наиболее полно изучены Петербургской (Ленинградской) школой психотерапии, роль психосоциальных факторов болезней и расстройств исследована в основных клинических группах психических и соматических расстройств.

В основе психотерапевтической гипотезы находятся устойчивые и обоснованные сочетания специфических клинко-психологических и клинко-социальных факторов расстройства – «формула болезни». Те факторы, которые непосредственно влияют на запуск болезни и формирование основных специфических симптомов, являются специфическими факторами расстройства, его течения, функционирования и проявления основных патогенных механизмов. К неспецифическим этиопатогенетическим факторам можно отнести, например, состояние мозгового субстрата.

Кроме того, в психотерапевтической гипотезе могут быть учтены и общие факторы психотерапии, предложенные Мармор Дж. [15]: ослабление напряжения на началь-

ной стадии болезни, познавательное обучение пациента, модификация поведения, приобретение социальных навыков, скрытое и явное внушение, трансовое воздействия и др., которые существуют в любой психотерапии.

Психотерапевтическая гипотеза может иметь более широкую рамку и описание и более сжатую (формула болезни). Примером формулы болезни для невротического расстройства является ее краткая формулировка, которая описывает причину невротического расстройства с позиции Петербургской (Ленинградской) школы психотерапии как «личность – ситуацию – болезнь»: 1) личность, со специфической уязвимостью, в центре которой находится интерпсихический конфликт, попадает в 2) специфическую для интрапсихического конфликта психогенную, субъективно непреодолимую ситуацию, выход из которой осуществляется с помощью 3) проявлений невротического расстройства – симптома с условной выгодой [6].

Для других расстройств, в т.ч. связанных со стрессом, могут быть сформулированы другие формулы расстройства.

Клиническая диагностика в психотерапии

Система показаний и противопоказаний. Показания и противопоказания к психотерапии основываются на учете клинических, психологических и социальных факторов расстройства.

Значение функционального диагноза. Определить ведущий клинический и психологический социальный фактор расстройства можно через формулирование функционального диагноза, который дает необходимые основания для описания всей глубины психосоциальной составляющей болезни. Формулировка функционального диагноза является обязательной для проведения диагностики и планирования психотерапевтической интервенции в условиях клиники.

Психотерапевтическая гипотеза. Для определения показаний к психотерапии система факторов болезни, выявленных в ре-

зультате функциональной диагностики, может быть представлена в специальной – под психотерапевтическую интервенцию – форме и предполагает трансформацию функционального диагноза в психотерапевтическую гипотезу. Психотерапевтическая гипотеза имеет свою собственную структуру и содержание.

Содержание и патогенетическое значение психотерапевтической гипотезы психотерапии для психотерапевтического лечения психических расстройств. Современная психотерапия в медицине учитывает общие факторы психотерапии, неспецифические факторы расстройств, исследует важные существующие психосоциальные факторы изученных известных болезней, расстройств и состояний.

Психосоциальные факторы находят свои отражение в функциональном диагнозе и его специальной для психотерапии форме – психотерапевтической гипотезе, систематизирующей факторы и представляющей научно обоснованное предположение о связи специфических и неспецифических клинических, психологических и психосоциальных факторов болезни, включая особенности нахождения пациента в микросоциальной ситуации, с учетом общих факторов психотерапии, которые можно было бы сопоставить с ситуацией начала возникновения расстройства, его динамикой и течением, с учетом эффективности лечения и психотерапевтической работы, а также завершения лечения, выздоровления или, по крайней мере, качественного улучшения и устойчивой ремиссии.

В психотерапевтической гипотезе должны быть отражены особенности микросоциальной ситуации, которые тоже имеют определенное влияние на механизмы психологической адаптации

Формирование психотерапевтической гипотезы. При формировании психотерапевтической гипотезы определяют нарушенные механизмы психологической адаптации, опыт соприкосновения с проявлениями болезни, учитывают адаптационное значение расстройства и их связь с психосоциальным функционированием.

В психотерапевтической гипотезе учитываются:

- специфические клиничко-психологические факторы болезни – это группа факторов, которые непосредственно влияют на психосоциальные факторы возникновения и развития болезни;

- неспецифические клиничко-психологические факторы, которые непосредственно влияют на механизмы возникновения и развития болезни не оказывают, но влияют на динамику расстройства и определяют выбор психотерапевтического инструментария;

- также для формирования психотерапевтической гипотезы исследуется микросоциальная ситуация, в которой находится пациент, – факторы психосоциального окружения, влияющие на специфику проявления расстройства и саму психотерапию;

- психотерапевтическая гипотеза учитывает общие факторы психотерапии, которые предполагают определение основных воздействующих элементов современной психотерапии.

Таким образом, формирование психотерапевтической гипотезы на основании функциональной диагностики предполагает построение краткой характеристики сочетания психосоциальных факторов – «формулы болезни», которая учитывает основные механизмы личностного функционирования, с учетом врожденных особенностей организма.

Понятие «Психотерапевтическая мишень»

На основании психотерапевтической гипотезы, сформированной в ходе функциональной диагностики, можно определить мишени, которые представляют собой конкретные цели психотерапевтического воздействия.

Под «мишенью» в психотерапии понимается проявляемый пациентом или предполагаемый специалистом феномен, изменения которого в процессе психотерапевтического воздействия является осознаваемой психотерапевтом и пациентом целью психотерапевтического воздействия. В клинической

психотерапии в настоящее время выявляются пять основных групп мишеней [11]:

При планировании лечебного психотерапевтического воздействия и составлении ИПП для пациентов с пограничными расстройствами, в т.ч. с расстройствами, связанными со стрессом, основой для единого понимания алгоритма проводимого лечения служит типология мишеней психотерапии.

Типология психотерапевтических мишеней

Предлагаемый вариант типологии психотерапевтических мишеней опирается на результаты работы по научной оценке методов психотерапии и существующих теоретических взглядов, а также клинические исследования в психотерапии и выглядит следующим образом.

1-я группа мишеней: нозологические психотерапевтические мишени, связанные с расстройством

В эту группу психотерапевтических мишеней включаются феномены, описываемые языком клинической семиотики и специфичные для конкретного заболевания. Мишени этой группы способствуют формированию клинически-ориентированной программы психотерапии и обеспечивают профессиональную коммуникацию между психотерапевтами (например, при проведении разными специалистами индивидуальной и групповой психотерапии в рамках одной лечебной программы), между врачом-психотерапевтом и другими участниками психотерапевтической бригады (врачом-психиатром, медицинским психологом, социальным специалистом), между врачом-психотерапевтом и руководителем медицинской организации. Для включения психотерапевтической мишени в эту группу необходимо ее наличие в семиотических системах – МКБ или специальных глоссариях.

2-я группа мишеней: мишени, специфичные для индивидуально-психологических и личностных особенностей пациента

Психотерапевтические мишени этой группы не связаны напрямую с конкретным типом расстройства, ассоциированного со

стрессом или существующим симптоматическим комплексом, однако, по имеющимся научным данным, могут рассматриваться в качестве существенных элементов этиопатогенеза. Они влияют на возникновение и развитие расстройства. Примерами мишеней этой группы могут быть психологическая незрелость, проблемы самооценки (низкая, крайне неустойчивая и поляризованная самооценка), алекситимия, эгоцентричность.

3-я группа мишеней: психотерапевтические мишени, специфичные для психотерапевтического процесса

Это феномены, имеющие отношение к психотерапевтическому взаимодействию психотерапевта и пациента вне рамок конкретного психотерапевтического метода. Воздействие на мишени этой группы необходимо для создания качественных условий проводимой психотерапии. Примерами мишеней такого рода могут быть феномены, отражающие особенности участия в психотерапии пациента (избегание, пассивность, низкая мотивация), психотерапевта (созависимость, степень директивности) или стиля коммуникации между ними в процессе психотерапии. Психотерапевтические мишени этой группы описывают специфику построения психотерапевтических отношений, качество и специфику психотерапевтического контакта.

4-я группа мишеней: психотерапевтические мишени, специфичные для клинической (микросоциальной) ситуации

Разделения сфер компетенции специалистов помогает определять потребность в конкретных специалистах (враче-психиатре, коррекционном педагоге, медицинском психологе, специалисте по социальной работе).

Примеры мишеней этой группы: неразрешенная или неконструктивно решенная психотравмирующая ситуация, социальная изоляция, провоцирующее поведение социального окружения, семейный конфликт.

5-я группа мишеней: мишени, специфичные для психотерапевтического метода

Многие этиологические (объяснительные) теории при описании мишеней пси-

хотерапии оперируют конструктами (предположительными образованиями в форме интрапсихического конфликта, когнитивной сети, личностного роста или мифа как управляющей метафоры сознания), часть из них можно сопоставить с выявляемыми, проявляемыми или обозначаемыми феноменами.

Значение психотерапевтических мишеней для определения отдельных компонентов индивидуальной психотерапевтической программы

Психотерапевтические мишени могут определить показания к различным инструментам психотерапии и определить специфику психотерапевтического лечения:

- «нозологические» мишени психотерапии могут определить показания к кризисной и симптоматической психотерапии, продолжительности психотерапии и сочетанию различных форм психотерапии, они определяются спецификой расстройства;
- «психологические» мишени определяют показания к назначению методик экспрессивных психотерапевтических подходов (методик так называемых неосновных направлений психотерапии), психологических тренингов и методов психологической помощи;
- мишени «психотерапевтического процесса» определяют особенности психотерапевтического процесса и психотерапевтических отношений;
- психотерапевтические мишени «клинической ситуации» определяют назначение психотерапевтических инструментов, оптимизирующих микросоциальную ситуацию, в которой находится пациент (например, семейно-супружеской формы психотерапии), показания для психосоциальной работы, условий оказания психотерапевтической помощи (стационарные, полустационарные, внебольничные, амбулаторные);
- мишени «психотерапевтического метода» определяют показания для выбора основного, «большого» психотерапевтического метода.

**Индивидуальная
психотерапевтическая
программа (ИПП)**

ИПП разрабатывается на основании выявленных психотерапевтических мишеней.

ИПП является планом психотерапевтических, клинко-психологических и психосоциальных мероприятий, обоснованным психотерапевтической гипотезой и структурой психотерапевтической мишеней с учетом клинических, психологических, социальных факторов и особенностей языковой коммуникации в психотерапии.

ИПП, отдельные компоненты которой определяются психотерапевтическими мишенями, включает в себя:

- необходимость и объем кризисной психотерапии;
- необходимость и объем симптоматической психотерапии;
- первоначальную глубину психотерапевтического вмешательства;
- основной метод психотерапии;
- необходимость применения экспрессивных метода(ов) психотерапии (подходов неосновных направлений психотерапии);
- необходимость применения и специфику тренингов;
- частоту психотерапевтических встреч с лечащим врачом (ведущим специалистом), проводящим основной метод психотерапии;
- продолжительность программы (этапа) психотерапевтического лечения;
- необходимость проведения, специфику и объем мероприятий психосоциальной реабилитации;
- тип психотерапевтической (реабилитационной) среды;
- основной психотерапевтический режим;
- состав психотерапевтической бригады в зависимости от особенностей клинической ситуации;
- условия оказания психотерапевтической помощи.

Разработка ИПП и психотерапевтической программы осуществляется с применением специальных алгоритмов, выбор

которых определяется уровнем подготовки специалистов, осуществляющих психотерапевтическое лечение и реабилитацию.

Клинический опыт и динамика психотерапии

Выявленные новые клинические, психологические и социальные факторы болезни, результаты психотерапии и ее эффективность предполагают коррекцию индивидуальной программы психотерапии. Для этого должна быть пересмотрена психотерапевтическая гипотеза и уточнены психотерапевтические мишени.

2. Экспертный анализ концепции и его основные результаты

На нескольких научно-практических конференциях Института психотерапии и медицинской психологии им. Б.Д. Карвасарского был осуществлен экспертный анализ концепции клинической психотерапии, ее отдельных элементов, опыта ее внедрения в работу учреждений психиатрической и наркологической помощи для совершенствования и разработки подходов к лечению и реабилитации пациентов с последствиями психической травмы [13].

В результате экспертного анализа были отмечено, что в целом концепция клинической психотерапии оправдала ожидания, позволяет интегрировать психотерапевтическую практику в лечение и реабилитацию психических расстройств различных клинических групп, позволяя сочетать все группы психотерапевтических инструментов, включая психотерапевтические методы, подходы, формы, виды психотерапии, типы психотерапевтической среды и условия оказания психотерапевтической помощи. Концепция и построенные на ее основе методики позволяют создавать программы психотерапевтического лечения, основанные на показаниях и противопоказаниях.

Для развития клиническо-психотерапевтического подхода необходимо осуществить доработку следующих аспектов концепции:

1. Обосновать возможность применения сложных систем, позволяющих лучше понять функционирование личности пациента, диады «пациент – психотерапевт» в психотерапевтической практике клинической психотерапии.

2. Провести доработку понимания пограничных психических расстройств с позиции постнеклассической научной парадигмы и обосновать ее применение в психотерапии.

3. С целью обоснования клинико-психотерапевтического подходов к лечению и реабилитации последствий тяжелого стресса провести проработку психотерапевтического понимания психической травмы, основанного на теории отношений В.Н. Мясищева – Б.Д. Карвасарского.

4. Для обоснованного применения ИПП разработать этапы индивидуального прогресса пациентов, страдающих пограничными психическими расстройствами, последствиями психических травм и расстройств, связанных со стрессом.

5. Уточнить алгоритм взаимодействия в психотерапевтическом процессе участников полипрофессиональной бригады, осуществляющей психотерапевтическую помощь, с опорой на сотрудничество врача-психотерапевта и медицинского психолога.

Заключение

Проведенный анализ концепции клинической психотерапии показал, что в целом концепция клинической психотерапии и создаваемые на ее основе подходы оправдали ожидания. Она создает условия для развития психотерапии медицинской модели в здравоохранении при лечении и реабилитации пациентов различных клинических групп. Клинико-психотерапевтический подход обладает ресурсом развития психотерапии в медицине. Проведенный экспертный анализ концепции определил перспективы его дальнейшей разработки, в т.ч. для создания подхода с целью лечения и реабилитации пациентов с последствиями психической травмы.

Литература

1. Абабков В.А. Становление психотерапии как науки // Психотерапия и клиническая психология: теория, практика и организация : мат. Росс. конф. Иваново, 26–28 мая 1999 г. Иваново, 2000. С. 7–10.
2. Александровский Ю.А. Общие принципы терапии психически больных // Доктор. Неврология и психиатрия. М., 2005. С. 44–49.
3. Бек А., Фримен А. Когнитивная психотерапия расстройств личности. СПб.: Питер, 2002. 544 с.
4. Васильева А.В. Становление Ленинградской – Санкт-Петербургской школы психотерапии // Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины: сб. тезисов конф. с междунар. участием, Санкт-Петербург, 15–17 февраля 2006 г. СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева. С. 18–20.
5. Казаковцев Б.А. Материально-техническое и кадровое обеспечение сети учреждений и подразделений, оказывающих психотерапевтическую помощь // Психотерапия и клиническая психология: методы, обучение, организация: мат. Росс. конф. «Психотерапия и клиническая психология в общемедицинской практике», Иваново, 26–28 мая 1999 г. Иваново, 2000. С. 476–482.
6. Карвасарский Б.Д. Неврозы. М.: Медицина, 1990. 576 с.
7. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. М.: Медицина, 1985. 303 с.
8. Королёв А.К. Деятельность амбулаторного психотерапевтического центра: организационные, клиничко-эпидемиологические, психотерапевтические и экспериментально-психологические исследования : автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Санкт-Петербург, 2008. 26 с.
9. Клиническая психотерапия в наркологии. 2-е изд. / под ред. Р.К. Назырова. СПб.: Скифия принт, 2020. 496 с.
10. Клиническая психотерапия в общей врачебной практике: [практическое руководство] / под ред. Н.Г. Незнанова, Б.Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 2008. 523 с.
11. Назыров Р.К., Холявко В.В. О клинической психотерапии // Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины: сб. тезисов науч. конф. с междунар. участием, Санкт-Петербург, 15–17 февраля 2006 г. СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2006. С. 41–42.
12. Психотерапевтическая энциклопедия. 3-е изд. / под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 2006. 944 с.
13. Сакович П.В., Ичитовкина Е.Г., Соловьев А.Г. [и др.]. Биопсихосоциальные маркеры посттравматического стрессового расстройства у комбатантов // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2024. № 1. С. 50–55. DOI: 10.25016/2541-7487-2024-0-1-50-55.
14. Тришкин Д.В., Серговец А.А., Шамрей В.К. [и др.]. Стресс-ассоциированные психические расстройства у военнослужащих // Военно-медицинский журнал. 2023. Т. 344, № 6. С. 4–14. DOI: 10.52424/00269050_2023_344_6_4.
15. Marmor J. *Psychiatry in Transition*. New Jersey: Library of Congress, 1994.

Поступила 01.12.2025

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

Для цитирования. Назыров Р.К. Клиничко-психотерапевтический подход как возможность развития психотерапии в медицине // Вестник психотерапии. 2025. № 96. С. 06–18. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-96-06-18

R.K. Nazyrov

The Clinical-Psychotherapeutic Approach as a Driver for the Development of Psychotherapy in Medicine

Karvasarsky Institute of Psychotherapy and Medical Psychology (32–34, Baskov lane, St. Petersburg, Russia)

✉ Ravil' Kaisovich Nazyrov – Dr. Med. Sci., director, Karvasarsky Institute of Psychotherapy and Medical Psychology (32–34, Baskov lane, St. Petersburg, 191014, Russia), e-mail: ravil.nazyrov@gmail.com

Abstract

Relevance. Contemporary clinical practice and recent scientific research indicate an expanding use of psychotherapy within medical settings, where it is increasingly applied to the treatment and rehabilitation of patients across diverse clinical groups. However, the advancement of psychotherapy in medicine is constrained by insufficiently developed methodologies and techniques for its clinical application. Progress in this field requires the establishment of a system that reduces the number of psychotherapeutic methods and ensures justified clinical use of existing therapeutic tools and achievements. This task is complicated by the tendency to apply isolated psychotherapeutic methods, the number of which is estimated in some sources to exceed 800.

The aim of the study is to conduct an expert analysis of the results and prospects for implementing the clinical–psychotherapeutic approach in work with patients from various clinical groups and to outline directions for its further refinement.

Methodology. A series of scientific and practical conferences with international participation served as the platform for expert analysis of the concept of clinical psychotherapy and the experience of its application in different clinical populations. The goal was to improve the clinical–psychotherapeutic approach and to create conditions for developing a framework for applying psychotherapy in the treatment and rehabilitation of patients with consequences of psychological trauma.

Results and Discussion. The study presents the conceptual foundations and general approaches to advancing the clinical–psychotherapeutic approach in medical practice. Core principles of clinical psychotherapy are examined, along with the essential requirements for psychotherapeutic diagnostics. These requirements include the formation of a functional diagnosis, the development of a psychotherapeutic hypothesis, the identification of therapeutic targets for each specific psychotherapeutic case, the formulation of an Individual Psychotherapeutic Program (IPP), and methods for improving psychotherapeutic practice. Expert analysis of the concept and its implementation under real clinical conditions demonstrated the need for further refinement of the proposed system and its components to enhance the clinical–psychotherapeutic approach, particularly in the treatment and rehabilitation of patients affected by psychological trauma.

Conclusion. Overall, the concept of clinical psychotherapy has met expectations and offers substantive potential for the development of a medical model of psychotherapy within healthcare. The clinical–psychotherapeutic approach constitutes an important resource for strengthening the role of psychotherapy in medicine. Expert evaluation of the concept has identified key directions for its continued development, including the elaboration of approaches for treating and rehabilitating patients with psychological trauma.

Keywords: psychotherapy, medical model of psychotherapy, clinical psychotherapy, clinical–psychotherapeutic approach.

References

1. Ababkov V.A. Stanovlenie psikhoterapii kak nauki [The development of psychotherapy as a science] *Psikhoterapiya i klinicheskaya psikhologiya: teoriya, praktika i organizatsiya* [Psychotherapy and clinical psychology: theory, practice and organization]. Ivanovo, 2000. Pp. 7–10. (In Russ.)
2. Aleksandrovskii Yu.A. Obshchie printsipy terapii psikhicheskii bolnykh [General principles of therapy for mentally ill patients]. *Doktor. Nevrologiya i psikhiatriya* [Doctor. Neurology and Psychiatry]. Moscow, 2005: 44–49. (In Russ.)
3. Bek A., Frimen A. Kognitivnaya psikhoterapiya rasstroistv lichnosti [Cognitive therapy of personality disorders]. Sankt-Petersburg, 2002. 544 p. (In Russ.)
4. Vasil'eva A.V. Stanovlenie Leningradskoi – Sankt-Peterburgskoi shkoly psikhoterapii [Formation of the Leningrad – Saint Petersburg school of psychotherapy]. *Psikhoterapiya v sisteme meditsinskikh nauk v period stanovleniya dokazatel'noi meditsiny* [Psychotherapy in the system of medical sciences during the formation of evidence-based medicine]. Sankt-Petersburg, 2006. Pp. 18–20. (In Russ.)
5. Kazakovtsev B.A. Material'no-tekhnicheskoe i kadrovoe obespechenie seti uchrezhdenii i podrazdelenii, okazyvayushchikh psikhoterapevticheskuyu pomoshch' [Material and staffing support of the network of institutions and units providing psychotherapeutic care]. *Psikhoterapiya i klinicheskaya psikhologiya: metody, obuchenie, organizatsiya* [Psychotherapy and clinical psychology: methods, training, organization]. Ivanovo, 2000. Pp. 476–482. (In Russ.)
6. Karvasarskii B.D. Nevrozy [Neuroses]. Moscow, 1990. 576 p. (In Russ.)

7. Karvasarskii B.D. Psikhoterapiya [Psychotherapy]. Moscow, 1985. 303 p. (In Russ.)
8. Korolev A.K. Deyatel'nost' ambulatornogo psikhoterapevticheskogo tsentra: organizatsionnye, kliniko-epidemiologicheskie, psikhoterapevticheskie i eksperimental'no-psikhologicheskie issledovaniya [Activities of the outpatient psychotherapeutic center: organizational, clinical-epidemiological, psychotherapeutic, and experimental-psychological studies]: abstract dissertation PhD Med. Sci. Sankt-Petersburg, 2008. 26 p. (In Russ.)
9. Nazyrov R.K. Klinicheskaya psikhoterapiya v narkologii [Clinical psychotherapy in narcology]. Ed. R.K. Nazyrov. Sankt-Petersburg, 2020. 496 p.
10. Neznanov N.G., Karvasarskii B.D. Klinicheskaya psikhoterapiya v obshchei vrachebnoi praktike [Clinical psychotherapy in general medical practice]: [practical guide]. Sankt-Petersburg, 2008. 523 p.
11. Nazyrov R.K., Kholyavko V.V. O klinicheskoi psikhoterapii [On clinical psychotherapy]. Psikhoterapiya v sisteme meditsinskikh nauk v period stanovleniya dokazatel'noi meditsiny [Psychotherapy in the system of medical sciences during the formation of evidence-based medicine]. Sankt-Petersburg, 2006. Pp. 41–42. (In Russ.)
12. Psikhoterapevticheskaya entsiklopediya [Psychotherapeutic encyclopedia]. Ed. B.D. Karvasarskii. Sankt-Petersburg, 2006. 944 p.
13. Sakovich P.V., Ichtovkina E.G., Solov'ev A.G. [et al.]. Biopsichososial'nye markery posttravmaticheskogo stressovogo rasstroistva u kombatanov [Biopsychosocial markers of post-traumatic stress disorder in combatants]. *Mediko-biologicheskie i sotsial'no-psikhologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychaynykh situatsiyakh* [Medical-Biological and Socio-Psychological Problems of Safety in Emergency Situations]. 2024; (1): 50–55. DOI: 10.25016/2541-7487-2024-0-1-50-55. EDN FGRWDQ. (In Russ.)
14. Trishkin D.V., Sergoventsev A.A., Shamrei V.K. [et al.]. Stress-assotsiirovannye psikhicheskie rasstroistva u voennosluzhashchikh [Stress-associated mental disorders in military personnel]. *Voennno-meditsinskii zhurnal* [Military Medical Journal]. 2023; 344(6): 4–14. DOI: 10.52424/00269050_2023_344_6_4. (In Russ.)
15. Marmor J. Psychiatry in Transition. New Jersey: Library of Congress, 1994.

Received: 01.12.2025

For citing: Nazyrov R.K. Kliniko-psikhoterapevticheskii podkhod kak vozmozhnost' razvitiya psikhoterapii v meditsine. *Vestnik psikhoterapii*. 2025; (96): 06–18. (In Russ.)

Nazyrov R.K. Clinical-psychotherapeutic approach as a possibility for the development of psychotherapy in medicine. *Bulletin of Psychotherapy*. 2025. (96): 06–18. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-96-06-18.

С.В. Чермянин, Е.В. Загорная, В.Е. Капитанаки

МИШЕНИ ПСИХОТЕРАПИИ НЕВРОТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Ленинградский государственный областной университет им. А.С. Пушкина
(Россия, Санкт-Петербург, г. Пушкин, Петербургское шоссе, д. 10)

Введение. Вопрос о невротических нарушениях в детском и подростковом возрасте остается на сегодняшний день одним из дискуссионных, т.к. не существует единого взгляда на невротический патогенез, и в первую очередь это связано с тем, что недостаточно изучена роль психосоциальных факторов, лежащих в основе этого механизма. Понимая специфику детско-родительских отношений подростков с невротическими нарушениями, можно не только выделить мишени психотерапевтической работы с такими детьми, но и отследить на практике динамику выздоровления.

Цель – на основе оценки детско-родительских отношений и качества жизни подростков с невротическими нарушениями выделить мишени дальнейшей психотерапевтической работы с данной категорией детей.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 80 респондентов среднего подросткового возраста (от 14 до 16 лет), мужского пола. Основную группу составили 40 подростков с невротическими нарушениями, контрольную группу составили 40 здоровых подростков. В соответствии с целями и задачами исследования, а также с учетом специфики анализируемых переменных была проведена проверка на нормальность распределения данных посредством критерия Колмогорова – Смирнова. Сравнительный анализ эмпирических данных был осуществлен на основе применения U-критерия Манна – Уитни. Для выявления корреляционных взаимосвязей был применен коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Результаты и их анализ. В исследовании изучались показатели качества жизни подростков с невротическими нарушениями, был проведен анализ детско-родительских отношений. Результаты показали, что для подростков с невротическими проявлениями характерно снижение социальной и психофизиологической активности, но чаще всего это связано с активацией деструктивных психологических защит в ответ на ожидания и требования матери. Такая защитная позиция, с одной стороны, снижает напряжение в отношении мать – сын, с другой – актуализирует соматическую симптоматику.

Заключение. Результаты исследования показали, что матери подростков с невротическими нарушениями используют деструктивные стратегии воспитания. Директивная и враждебная материнская стратегия воспитания провоцирует активацию регрессивных механизмов психологической защиты, таких как «уход в болезнь», тогда как неустойчивая, постоянно колеблющаяся от любви и доверия к отчуждению и жестокости, стратегия влечет за собой психосоциальный диссонанс, в результате которого возникают невротические нарушения и дебюты девиантного поведения.

Ключевые слова: невротические нарушения, психосоматика, дезадаптация, качество жизни, психотерапия.

Чермянин Сергей Викторович – д-р мед. наук проф., проф. каф. психофизиологии и клинич. психологии, Ленинградский гос. ун-т им. А.С. Пушкина (Россия, 196605, Санкт-Петербург, г. Пушкин, Петербургское шоссе, д. 10), ORCID: 0000-0002-3344-1780, e-mail: cherma2009@yandex.ru;

✉ Загорная Елена Владимировна – канд. психол. наук доц., доц. каф. психофизиологии и клинич. психологии, Ленинградский гос. ун-т им. А.С. Пушкина (Россия, 196605, Санкт-Петербург, г. Пушкин, Петербургское шоссе, д. 10), ORCID: 0000-0002-3746-8833, e-mail: noisia-007@mail.ru;

Капитанаки Вероника Евгеньевна – канд. психол. наук, доц. каф. психофизиологии и клинич. психологии, Ленинградский гос. ун-т им. А.С. Пушкина (Россия, 196605, Санкт-Петербург, г. Пушкин, Петербургское шоссе, д. 10), ORCID: 0000-0001-9709-4995, e-mail: nitanaki@mail.ru

Введение

Здоровье общества – это показатель социально-психологического благополучия в стране, а потому большое внимание сегодня уделяется здоровью и качеству жизни подрастающего поколения. В этой связи проблема невротических нарушений в детском и подростковом возрасте становится одной из актуальнейших междисциплинарных проблем, т.к., во-первых, распространенность таких нарушений в этих возрастных группах значительна и имеет устойчивую тенденцию к росту [2], а во-вторых, несмотря на большое количество исследований, вопрос о природе и механизмах возникновения невротических нарушений в детском и подростковом возрасте остается дискуссионным.

В основе невротических нарушений лежит сложное взаимодействие гормональных, неврологических и психологических факторов. Длительный стресс, травматические переживания, подавленные эмоции приводят к нарушениям в работе нервной и эндокринной систем, получающим физические проявления. Многочисленные исследования (Холмогорова А.Б., Лифинцева А.А.; Смирнова С.В.; Кравцова Н.А. и др.), посвященные проблеме влияния детско-родительских отношений на психическое и соматическое здоровье детей, показывают, что деструкция таких отношений является одним из ключевых факторов возникновения социально-психологической дезадаптации, тесно связанной с невротическими нарушениями у детей [3, 4, 6].

Важнейшую роль в психическом развитии ребенка играют его отношения с матерью, гармоничность которых создают благоприятные условия и эмоциональный комфорт для дальнейшего развития. В то же время гипертрофированная эмоциональная привязанность матери, как и материнская депривация, негативно сказывается не только на психическом развитии, но и на социализации ребенка [8].

Роль отца в воспитании ребенка связана с построением системы социальных координат, т.е. системы отношений человека

с внешним миром – от социального положения ребенка и его принадлежности к определенным социальным группам до понимания им своей роли и принципов взаимодействия с другими. Именно отец формирует психологическую основу Я-концепции ребенка – чувство защищенности, поддержки и уверенность в себе.

Не менее важны семейный климат, менталитет и система отношений в семье, которые демонстрируют ребенку не только базовые концептуальные принципы социального взаимодействия, но и стратегии поведения в стрессогенных ситуациях, которые позволяют эффективно адаптироваться [9].

Таким образом, изучение показателей качества жизни детей с невротическими нарушениями и их взаимосвязь с различными интерпсихическими и интрапсихическими факторами позволят выделить важнейшие предикторы социально-психологической дезадаптации в социально-значимых для ребенка сферах и предельно точно определять мишень дальнейшей психотерапевтической работы.

Цель исследования – оценка качества жизни подростков с невротическими нарушениями и выявление мишеней психотерапии детско-родительских отношений.

Материал и методы

В исследовании приняли участие 80 респондентов среднего подросткового возраста (от 14 до 16 лет), мужского пола. Основную группу составили 40 подростков с соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы (F45.3 МКБ-10), контрольную группу – 40 здоровых подростков.

В исследовании были использованы апробированные в научной практике, валидные методики: опросник «Краткая форма оценки здоровья» (SF-36) John E. Ware; опросник «Подростки о родителях» (ADOR) E. Schaefer в модификации З. Матейчика и П. Ржичана; методика «Многомерная оценка детской тревожности» (МОДТ) Е.Е. Ромицына; методика «Шкала депрессии» А.Т. Бека (подростковый вариант).

В процессе математико-статистической обработки полученных данных были использованы специализированные пакеты прикладных программ Excel 7.0, Statistica for Windows (ver.10.0) и SPSS 19.0 for Windows.

В соответствии с целями и задачами исследования, а также с учетом специфики анализируемых переменных была проведена проверка на нормальность распределения данных посредством критерия Колмогорова – Смирнова. Сравнительный анализ данных с проверкой статистических гипотез был осуществлен на основе применения U-критерия Манна – Уитни. Для выявления корреляционных взаимосвязей был применен коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Результаты и их анализ

Изучение показателей, характеризующих качество жизни респондентов, проводилось посредством проведения опросника «Краткая форма оценки здоровья SF-36». В таблице 1 представлены результаты сравнительного анализа полученных данных.

В результате проведенного исследования были выявлены различия между среднегрупповыми показателями респондентов основной и контрольной групп по следующим шкалам: *Физическое функционирование* (PF) на уровне значимости $p \leq 0,05$; *Общее состояние здоровья* (GH); *Роловое функционирование, обусловленное эмоциональным со-*

стоянием (RE) и *Психическое здоровье* (MH) на уровне значимости $p \leq 0,01$; *Роловое функционирование, обусловленное физическим состоянием* (RP) и *Интенсивность боли* (BP) на уровне значимости $p \leq 0,001$.

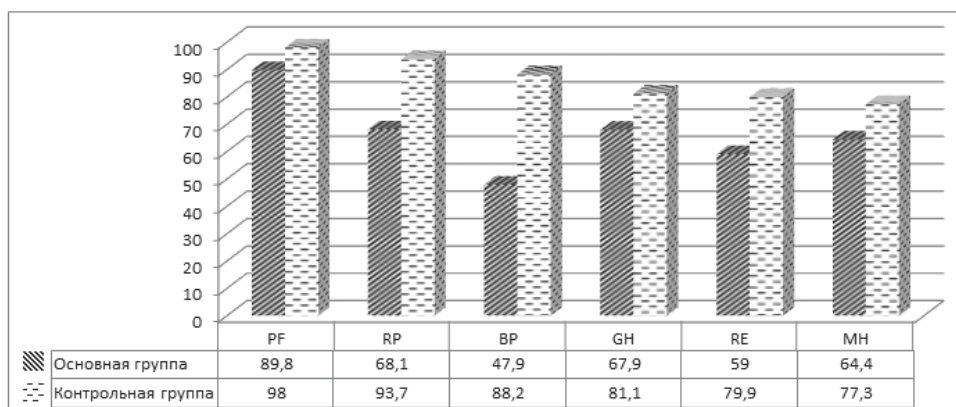
Более низкие показатели по шкале «Физическое функционирование» свидетельствуют о том, что подростки с соматическими нарушениями, в отличие от здоровых подростков, физически менее активны, не готовы к физическим нагрузкам, а потому стараются их избегать по мере возможности. Вполне вероятно, что такое поведение связано с психологическим механизмом защиты «уход в болезнь», при котором болезнь становится способом решения жизненных проблем. Если такой механизм формируется в раннем детстве, то человек не способен осознать связь своего нарушения с психотравмирующей ситуацией. Наряду с этим, если за болезнью закрепляется «вторичная» выгода, то она практически не лечится традиционными медицинскими методами.

Данные выводы подкрепляют полученные результаты средне-групповых показателей по шкале «Роловое функционирование, обусловленное физическим состоянием». Подростки с невротическими нарушениями имеют более низкие показатели (на уровне значимости $p \leq 0,001$), свидетельствующие о том, что их болезнь не позволяет им полноценно выполнять повседневные задачи, например физическую работу по дому.

Таблица 1

Результаты сравнительного анализа показателей методики
«Краткая форма оценки здоровья SF-36»

Показатель	Основная группа (n = 40)		Контрольная группа (n = 40)		Уровень $p \leq$
	M ± m	y	M ± m	y	
Физическое функционирование (PF)	89,75 ± 1,84	11,65	98,00 ± 0,59	3,72	0,05
Роловое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)	68,13 ± 4,38	27,73	93,75 ± 2,33	14,71	0,001
Интенсивность боли (BP)	47,88 ± 2,39	15,11	88,23 ± 2,65	16,76	0,001
Общее состояние здоровья (GH)	67,90 ± 2,86	18,07	81,13 ± 1,95	12,3	0,01
Роловое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	59,03 ± 4,48	28,35	79,98 ± 5,32	33,65	0,01
Психическое здоровье (MH)	64,40 ± 2,76	17,47	77,30 ± 2,28	14,45	0,01



Результаты сравнительного анализа данных опросника «Краткая форма оценки здоровья SF-36»

Примечание: PF – физическое функционирование; RP – ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; BP – интенсивность боли; GH – общее состояние здоровья; RE – ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием; MH – психическое здоровье.

Полученные в исследовании данные наглядно представлены на рисунке.

По шкале «Интенсивность боли» (на уровне значимости $p \leq 0,001$) были получены вполне закономерные результаты, свидетельствующие о том, что боль, которую очень часто испытывают подростки с невротическими нарушениями, оказывает значительное влияние на их повседневную деятельность. При этом привыкнуть к боли и не замечать ее они не могут, т.к. отдельные симптомы не только не позволяют им чувствовать себя полноценными людьми, но и вызывают насмешки и укор со стороны окружающих, что в свою очередь только обостряет болезнь.

Неоптимистична также оценка подростками с невротическими нарушениями своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив выздоровления, на что указывают значимые различия между показателями по шкале «Общее состояние здоровья» (на уровне значимости $p \leq 0,01$), свидетельствующие о том, что они смирились со своей болезнью и своим образом жизни.

Более низкие показатели, полученные по шкалам «Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» и «Психическое здоровье» (на уровне значимости $p \leq 0,01$) в основной группе, дают основание сделать вывод о том, что чувство своей физической неполноценности особенно на фоне здоровых ровесников вызывает у таких подростков негативные эмоции, ко-

торые только отягощают их психоэмоциональное и физическое состояние.

Тревожные переживания, связанные с оценкой своего будущего и настоящего, вызывают у подростков с невротическими нарушениями депрессивные мысли, ощущение себя несчастными, беспомощными, одинокими. Социальное дистанцирование, как защитный механизм, позволяющий нивелировать конфликтную ситуацию и снизить чувство неполноценности, действует недолго. Затем наступает очередь более глубоких эмоциональных переживаний о своем будущем и ощущение безвыходности и безысходности.

В результате проведения корреляционного анализа изучаемых показателей в группе подростков с соматическими нарушениями был выявлен ряд значимых положительных и отрицательных взаимосвязей, представленных в таблице 2.

Показатель по шкале «Позитивный интерес» со стороны матери (POZ) положительно коррелирует с такими показателями, как «Ролевое функционирование» и «Психическое здоровье» (на уровне значимости $p < 0,05$). Полученные данные свидетельствуют о том, что нормальный эмоциональный контакт с матерью и дружеские отношения с ней положительно отражаются на физическом и психическом здоровье подростков с невротическими нарушениями.

Отрицательная корреляция между такими показателями, как «Интенсивность бо-

Таблица 2

**Результаты корреляционного анализа показателей детско-родительских отношений
и качества жизни подростков основной группы**

Показатели	POZ	DIR	HOS	NED
Интенсивность боли (BP)		-0,334*		
Общее здоровье (GH)			-0,483**	
Физическое функционирование (PF)			0,469**	-0,441**
Рольное функционирование (RE)	0,331*			
Психическое здоровье (MH)	0,339*		-0,390*	
Шкала депрессии			0,636**	0,531**
Тревога во взаимоотношениях с родителями			0,422**	
Снижение психической активности			0,420**	0,443**

Примечание: POZ – позитивный интерес; DIR – директивность; HOS – враждебность; NED – непоследовательность. Оценка по критерию Спирмена. Уровень значимости различий: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

ли» (BP) и «Директивность матери» (DIR) (на уровне значимости $p < 0,05$), указывает на проявление защитной стратегии психики подростка «уход в болезнь». Иначе говоря, если позиция матери по отношению к сыну директивная, при этом она акцентируется на оценку социума и соответствие сына «эталону ребенка», невротическая симптоматика обостряется. Мать неосознанно перекладывает свое чувство вины за воспитание «слабого мужчины» на него самого, а «уход в болезнь» хоть и регрессивная защитная стратегия психики, однако способствует снижению психического напряжения в ситуации конфликта: стремление оправдать материнские ожидания при одновременном осознании невозможности им соответствовать.

Такая стратегия, как «Враждебность со стороны матери», отрицательно коррелирует с такими показателями, как «Общее здоровье» (на уровне значимости $p < 0,01$) и «Психическое здоровье» (на уровне значимости $p < 0,05$), а также имеет положительные взаимосвязи с показателями «Физическое функционирование», «Тревога в связи с взаимоотношениями с родителями» и «Снижение психической активности» (на уровне значимости $p < 0,01$).

Полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что эгоистическая позиция матери по отношению к сыну-подростку, ее агрессивность, подавляющая и унижающая достоинство строгость в отношениях с ним порождает в душе ребенка неимоверный

страх быть отвергнутым самым родным и близким человеком – матерью. Это страх на какое-то время мобилизует физическую активность подростка, дабы доказать матери, что он не обуза. Однако тревога и страх настолько сильны, что очень скоро наступает психическое истощение, а невротическая симптоматика обостряется. Отсутствие эмоциональной привязанности и постоянная критика в адрес сына провоцирует депрессивное состояние у подростка.

Показатель «Непоследовательность» в отношениях матери с сыном-подростком отрицательно коррелирует с показателем «Физическое функционирование» (на уровне значимости $p < 0,01$) и имеет положительные взаимосвязи с показателями по «Шкале депрессии» (на уровне значимости $p < 0,01$) и шкале «Снижение психической активности» (на уровне значимости $p < 0,01$).

Непоследовательный стиль характеризуется постоянной сменой тактики воспитания с максимально амплитудой колебаний – от господства силы и амбиций до чрезмерной снисходительности – независимо от поступков ребенка. Подросток не может предугадать, как поведет себя мать в той или иной ситуации, следовательно, нормативные ориентиры социального взаимодействия у него не сформированы. В такой ситуации чаще всего у детей возникает психосоциальная дезадаптация, которая проявляется в трудности поддержания нормальных социальных

контактов и выполнения своей социальной роли. Невротические нарушения при таких первичных и базовых принципах построения социальных отношений могут являться индикатором психосоциального диссонанса.

Заключение

Полученные данные подтверждают результаты исследований детско-родительских отношений в семьях детей и подростков с невротическими нарушениями, в которых отмечалось, что чаще всего такие отношения характеризуются одновременным сочетанием доверия и отчуждения [5].

Таким образом, результаты исследования позволяют сделать вывод о том, что деструктивные отношения матери и сына-подростка выступают одним из факторов риска возникновения невротической патологии у детей. Директивная и враждебная материнская тактика воспитания провоцирует активацию регрессивных механизмов психологической защиты, таких как «уход в болезнь», тогда как биполярная тактика воспитания, с колебаниями от либеральности к жестокости и отвержению, влечет за собой психосоциальный диссонанс, в результате которого возникают невротические нарушения и дебюты девиантного поведения.

Литература

1. Антропов Ю.Ф., Бельмер С.В. Соматизация психических расстройств в детском возрасте. М.: ИД Медпрактика-М, 2005. 443 с.
2. Дракина С.А., Перевощикова Н.К., Торочкина Г.П. Роль детско-родительских отношений в формировании психосоматических расстройств // *Мать и дитя в Кузбассе*. 2016. № 1 (64). С. 27–33.
3. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс. Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. СПб.: Речь, 2005. 400 с.
4. Кравцова Н.А. Роль детско-родительских отношений в формировании психосоматических нарушений у детей и подростков (динамическая модель психосоматического дизонтогенеза) // *Сибирский психологический журнал*. 2005. № 22. С. 13–18.
5. Лифинцева А.А., Холмогорова А.Б. Семейные факторы психосоматических расстройств у детей и подростков // *Консультативная психология и психотерапия*. 2015. Т. 23, № 1. С. 70–83.
6. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. М.: МЕДпресс-информ, 2002. 596 с.
7. Смирнова С.В., Залевский Г.В. Психологические особенности матери как фактор формирования психосоматического заболевания ребенка (на примере бронхиальной астмы) // *Сибирский психологический журнал*. 2009. № 32. С. 78–81.
8. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. М.: Академический проект, 2024. 232 с.
9. Lowen L. *The Language of the Body*. N. Y.: Macmillan, 1971. 352 p.

Поступила 07.07.2025

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

Участие авторов: С.В. Чермянин – руководство работой, критический анализ и редактирование текста статьи; Е.В. Загорная – анализ данных, написание первого черновика статьи, подготовка рисунков; В.Е. Капитанаки – формальный анализ, визуализация.

Для цитирования. Чермянин С.В., Загорная Е.В., Капитанаки В.Е. Мишени психотерапии невротических нарушений в подростковом возрасте // *Вестник психотерапии*. 2025. № 96. С. 19–26. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-96-19-26

S.V. Chermyanin, E.V. Zagornaya, V.E. Kapitanaki

Psychotherapy Targets for Neurotic Disorders in Adolescents

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

Sergei Viktorovich Chermyanin – Dr. Med. Sci. Prof., Prof. of the Department of Psychophysiology and Clinical Psychology, Pushkin Leningrad State University (10, Petersburg Highway, Pushkin, St. Petersburg, 196605, Russia), ORCID ID: 0000-0002-3344-1780, e-mail: cherma2009@yandex.ru;

✉ Elena Vladimirovna Zagornaya – PhD Psychol. Sci. Associate Prof., Associate Prof. of the Department of Psychophysiology and Clinical Psychology, Pushkin Leningrad State University (10, Petersburg Highway, Pushkin, St. Petersburg, 196605, Russia), ORCID ID: 0000-0002-3746-8833, e-mail: eversmilea@gmail.com;

Veronika Evgen'evna Kapitanaki – PhD Psychol. Sci., Associate Prof. of the Department of Psychophysiology and Clinical Psychology, Pushkin Leningrad State University (10, Petersburg Highway, Pushkin, St. Petersburg, 196605, Russia), ORCID ID: 0000-0001-9709-4995, e-mail: nitanaki@mail.ru

Abstract

Introduction. The issue of neurotic disorders in childhood and adolescence remains one of the most debated topics today, as there is no unified perspective on neurotic pathogenesis. This is primarily due to an insufficient understanding of the psychosocial factors underlying its mechanisms. A deeper understanding of parent-child relationships in adolescents with neurotic disorders makes it possible not only to identify targets for psychotherapeutic intervention but also to monitor treatment dynamics in clinical practice.

Objective. To identify the targets for further psychotherapeutic work with adolescents with neurotic disorders, based on an assessment of their parent-child relationships and quality of life.

Material and methods. The study involved 80 male respondents of middle adolescence (aged 14 to 16 years). The main group consisted of 40 adolescents with neurotic disorders, and the control group included 40 healthy adolescents. In accordance with the research objectives and the characteristics of the variables analyzed, the normality of the data distribution was tested using the Kolmogorov-Smirnov test. A comparative analysis of the empirical data was performed using the Mann-Whitney U test. Spearman's rank correlation coefficient was applied to identify correlational relationships.

Results and their analysis. The study examined the quality of life indicators of adolescents with neurotic disorders included an analysis of parent-child relationships. The results showed that adolescents with neurotic manifestations are characterized by reduced social and psychophysiological activity. Most often, however, this is associated with the activation of destructive psychological defenses in response to maternal expectations and demands. This defensive position, on the one hand, reduces tension in the mother-son relationship, but on the other hand, it triggers the development of somatic symptoms.

Conclusion. The study results revealed that mothers of adolescents with neurotic disorders employ destructive parenting strategies. A directive and hostile maternal parenting strategy provokes the activation of regressive psychological defense mechanisms, such as “withdrawal into illness”. In contrast, an unstable strategy, constantly fluctuating between love and trust to alienation and cruelty, leads to psychosocial dissonance, which results in neurotic disorders and the onset of deviant behavior.

Keywords: neurotic disorders, psychosomatics, maladjustment, quality of life, psychotherapy.

References

1. Antropov Yu.F., Bel'mer S.V. Somatizatsiya psikhicheskikh rasstroistv v detskom vozraste. [Somatization of mental disorders in childhood]. Moscow, 2005. 443 p. (In Russ.)
2. Drakina S.A., Perevoshchikova N.K., Torochkina G.P. Rol' detsko-roditel'skikh otnoshenii v formirovanii psikhomaticheskikh rasstroistv [The role of parents-child relationships in the formation of psychosomatic disorders]. *Mat' i ditya v Kuzbasse* [Mothers and Children in Kuzbass]. 2016; (1(64)): 27–33. (In Russ.)

3. Isaev D.N. Emotsional'nyi stress. Psikhosomaticheskie i somatopsikhicheskie rasstroistva u detei. [Emotional stress. Psychosomatic and somatopsychic disorders in children]. Sankt-Petersburg, 2005. 400 p. (In Russ.)
4. Kravtsova N.A. Rol' detsko-roditel'skikh otnoshenii v formirovanii psikhosomaticheskikh narushenii u detei i podrostkov (dinamicheskaya model' psikhosomaticheskogo dizontogeneza) [Role of child-mother relationships in forming kids and teenagers psychosomatal disorders]. *Sibirskii psikhologicheskii zhurnal* [Siberian psychological journal]. 2005; (22): 13–18. (In Russ.)
5. Lifintseva A.A., Kholmogorova A.B. Semeinye faktory psikhosomaticheskikh rasstroistv u detei i podrostkov [Family factors of psychosomatic disorders in children and adolescents]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy]. 2015; 23(1): 70–83. (In Russ.)
6. Mendelevich V.D., Solov'eva S.L. Nevrozologiya i psikhosomaticheskaya meditsina. [Neurosology and psychosomatic medicine]. Moscow, 2002. 596 p. (In Russ.)
7. Smirnova S.V., Zalevskii G.V. Psikhologicheskie osobennosti materi kak faktor formirovaniya psikhosomaticheskogo zabolevaniya rebenka (na primere bronkhial'noi astmy) [Psychological features of parents as the factor of formation psychosomatal of disease of the child]. *Sibirskii psikhologicheskii zhurnal* [Siberian psychological journal]. 2009; (32): 78–81. (In Russ.)
8. Khorni K. Nevroticheskaya lichnost' nashego vremeni. [The neurotic personality of our time]. Moscow, 2024. 232 p. (In Russ.)
9. Lowen L. The Language of the Body. New York: Macmillan, 1971. 352 p.

Received 07.07.2025

For citing: Chermnyanin S.V., Zagornaya E.V., Kapitanaki V.E. Misheni psikhoterapii nevroticheskikh narushenii v podrastkovom vozraste. *Vestnik psikhoterapii*. 2025; (96): 19–26. **(In Russ.)**

Chermnyanin S.V., Zagornaya E.V., Kapitanaki V.E. Psychotherapy targets for neurotic disorders in adolescents. *Bulletin of Psychotherapy*. 2025; (96): 19–26. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-96-19-26

Ю.В. Стряпухина

ВЗАИМОСВЯЗЬ ХРОНИЧЕСКОГО УТОМЛЕНИЯ И ДИСПОЗИЦИОННОГО ОПТИМИЗМА У СОЗАВИСИМЫХ ЛИЦ

Русская христианская гуманитарная академия им. Ф.М. Достоевского
(Россия, Санкт-Петербург, наб. р. Фонтанки, д. 15)

Актуальность. В современной психологической и клинической практике феномен созависимости привлекает все большее внимание. Созависимые лица часто переживают снижение общего благополучия, которое может проявляться в развитии хронического утомления. Однако за счет высокого напряжения психологических защит они чаще обращаются за помощью с запросами в отношении близких, а свои собственные потребности игнорируют [16].

Цель – исследование взаимосвязи хронического утомления и диспозиционного оптимизма у созависимых лиц.

Методология. Исследование проходило на базе АНО ВО «Русская христианская гуманитарная академия им. Ф.М. Достоевского», ряда сообществ для родственников зависимых и с помощью интернет-ресурса Google Forms. Всего с помощью клинико-психологического метода обследованы 253 человека в возрасте от 18 лет до 71 года. Диагностика уровня созависимости проводилась с помощью методики «Шкала созависимости в отношениях» (J.L. Fischer, L. Spann). Для определения степени хронического утомления участников использовалась методика «Степень хронического утомления» (А.Б. Леонова, И.В. Шишкина). Для выявления тенденций в ожидании будущего использовался опросник «Тест диспозиционного оптимизма» (Т.О. Гордеева, О.А. Сычёв, Е.Н. Осин). Анализ эмпирических данных проводился с помощью методов описательной статистики и методов математико-статистической обработки данных.

Результаты и их анализ. Установлено, что уровень созависимости, состояние хронического утомления и диспозиционный оптимизм связаны между собой. Чем выше уровень созависимости, тем сильнее у человека проявляются симптомы хронического утомления и снижается уровень диспозиционного оптимизма.

Заключение. Полученные результаты могут быть использованы для разработки и планирования программ оказания клинико-психологической помощи созависимым с акцентом на ранние этапы развития проблемы и профилактику.

Ключевые слова: созависимость, хроническое утомление, диспозиционный оптимизм.

Введение

Созависимость – это многомерный, полифункциональный и динамичный клинико-психологический феномен, отражающий выраженную ориентацию личности на ценность другого человека и полную идентификацию с ним, влекущую деформацию самоотношения, дефицит целеполагания и последующую непродуктивную (патоло-

гическую) адаптацию в трудной жизненной ситуации [15].

В настоящее время созависимость не внесена в Международную классификацию болезней как отдельное патологическое состояние. Однако эмпирические исследования демонстрируют, что по мере прогрессирования созависимости у человека может наблюдаться развитие симптомов хрониче-

ского утомления [13] и состояния эмоционального истощения, интерпретируемого рядом авторов в рамках концепции эмоционального выгорания [1, 2].

Созависимость нередко приводит к проблемам со здоровьем и поиску облегчения в других зависимостях – как химических, так и поведенческих [9, 20, 21]. Параллельно отмечается формирование аутоагрессивных и аутодеструктивных паттернов поведения [10].

Согласно результатам исследования Ю.А. Перминовой [13], в когорте лиц с созависимостью выявляются как суицидальные поведенческие реакции, так и разнообразные формы несуйцидального саморазрушающего поведения, включая соматизацию психологического дистресса, дезадаптацию в профессиональной и социальной сферах, повышенную склонность к рискованным и виктимным поведенческим актам. При этом аутоагрессивные проявления могут носить как моно-, так и полифокальный характер, затрагивая различные жизненные сферы.

Созависимые, фактически испытывая снижение общего благополучия, во многих случаях игнорируют свои потребности. За счет высокого напряжения психологических защит они чаще обращаются за помощью с запросами в отношении близких. Внимание к особенностям развития состояния хронического утомления и такой тенденции в ожидании будущего, как диспозиционный оптимизм, которая формирует степень психологической адаптации личности к трудной ситуации зависимости близкого, может способствовать получению клинико-психологической помощи созависимыми на более ранних этапах развития проблемы.

Характеристика выборки и методы

Выборку составили 253 человека из числа студентов АНО ВО «Русская христианская гуманитарная академия им. Ф.М. Достоевского» и членов сообществ для родственников зависимых в возрасте от 18 до 71 года, из них 41 мужчина и 212 женщин. Большинство

(41 %) состоят в браке. Большинство (57 %) имеют высшее образование, при этом 22 % принадлежат к кадрам высшей квалификации (аспирантура, адъюнктура, ординатура), 4 % имеют степень доктора наук.

Испытуемым была предоставлена информация о целях исследования и времени, необходимом для участия в нем. Все испытуемые были проинформированы о принципе конфиденциальности и дали свое согласие на участие в исследовании в добровольном порядке.

В текущем исследовании были использованы следующие методики:

1. «Шкала созависимости в отношениях» (J.L. Fischer, L. Spann) – для оценки уровня созависимости. Методика содержит 16 вопросов [3, 18].

2. «Степень хронического утомления» (А.Б. Леонова, И.В. Шишкина) – для определения степени хронического утомления участников. Методика представлена в виде традиционного опросника, который включает 36 развернутых утверждений, соответствующих наиболее типичным проявлениям хронического утомления в разных сферах жизнедеятельности [4, 11].

3. Опросник «Тест диспозиционного оптимизма» (Т.О. Гордеева, О.А. Сычев, Е.Н. Осин) – для выявления уровня диспозиционного оптимизма. Методика состоит из 12 вопросов и предназначена для измерения такой жизненной черты, как оптимизм – обобщенное ожидание того, что в будущем будут скорее происходить хорошие, чем плохие события [5].

Для сбора данных использовался онлайн-сервис Google Forms.

Анализ данных реализован с помощью программ SPSS, Jamovi 2.5.3 и Microsoft Office Excel. Использовались описательные статистики, методы дифференцированного и корреляционного анализа.

Результаты и их анализ

На первом этапе выборка была разделена на две группы: лица с зависимым человеком в близком окружении (208 человек) и без зависимого близкого (45 человек).

После проверки нормальности распределения с использованием критерия Колмогорова – Смирнова было выявлено, что данные в группе без зависимого близкого имеют нормальное распределение по результатам всех методик (табл. 1).

Несмотря на то, что в выборке с зависимым близким наблюдаются отклонения от нормального распределения по методике диспозиционного оптимизма (табл. 1), было принято во внимание, что, чем больше размер выборки, тем менее критичны требования к распределению (по центральной предельной теореме). В виду того, что размер выборки с зависимым близким составляет 208 человек, было принято решение для дифференцированного анализа использовать t-критерий Стьюдента.

Отсутствие статистически значимых различий между группами (табл. 2) становится дополнительным подтверждением идеи, что созависимость может рассматриваться как отдельная проблема, не всегда связанная с наличием зависимого в окружении человека. Далее мы рассматривали выборку как генеральную совокупность.

В результате корреляционного анализа с применением коэффициента корреляции Пирсона установлено, что уровень созави-

симости, состояние хронического утомления и диспозиционный оптимизм связаны между собой (рис. 1).

Чем выше уровень созависимости, тем сильнее у человека проявляются симптомы хронического утомления, в особенности симптомы физиологического дискомфорта, снижение общего самочувствия и когнитивный дискомфорт, нарушения в эмоционально-аффективной сфере [4, 11]. При этом снижается уровень диспозиционного оптимизма.

Полученные данные свидетельствуют, что созависимость немного больше выражена у женщин. Также у женщин могут сильнее проявляться симптомы хронического утомления (см. рис. 1).

Результаты исследования по методике «Шкала созависимости в отношениях» свидетельствуют о значимом повышении уровня созависимости в выборке относительно нормы (табл. 3). При этом у 33 % участников зафиксирована резко выраженная созависимость, что требует особого внимания и клинико-психологической интервенции. У 63 % наблюдается умеренно выраженная созависимость. Лишь у 9 % респондентов результаты соответствуют условной норме [3, 18] (рис. 2).

Таблица 1

Оценка нормальности распределения в выборках респондентов с зависимым близким в окружении и без такового

	Уровень созависимости	Индекс хронического утомления	Диспозиционный оптимизм
К-S (D) (с зависимым n = 208)	0,05489	0,07866	0,11226
Степень достоверности	p > 0,05	p > 0,05	p < 0,05
К-S (D) (без зависимого n = 45)	0,12558	0,18273	0,15185
Степень достоверности	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05

Таблица 2

Результаты дифференцированного анализа с использованием t-критерия Стьюдента в выборках респондентов с зависимым близким в окружении и без такового

	Уровень созависимости	Индекс хронического утомления	Диспозиционный оптимизм
t эмп.	1,5	1	0,8
t кр. (p ≤ 0,05)	1,96	1,96	1,96
t кр. (p ≤ 0,01)	2,58	2,58	2,58
Вывод	различия не значимы	различия не значимы	различия не значимы

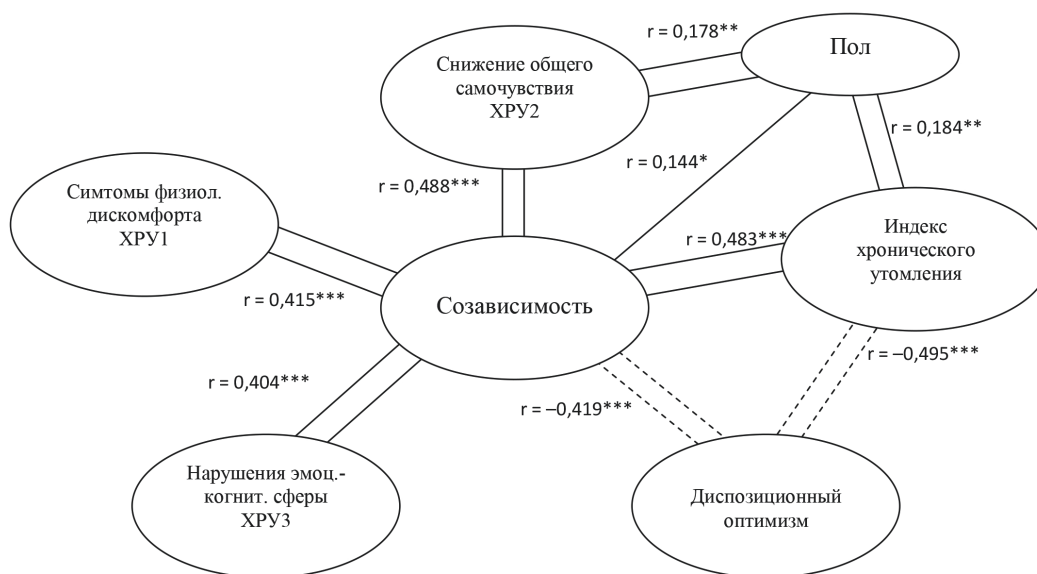


Рис. 1. Корреляционная плеяда показателей созависимости, хронического утомления и диспозиционного оптимизма

Примечание: приведены взаимосвязи высокого (** $p \leq 0,01$, *** $p \leq 0,001$) и среднего (* $p \leq 0,05$) уровней достоверности.

Таблица 3

Средние значения показателей созависимости, хронического утомления и диспозиционного оптимизма

N = 253	Уровень созависимости	ХРУ1	ХРУ2	ХРУ3	ХРУ4	Индекс хронического утомления	Диспозиционный оптимизм
Среднее	53,9	10,4	8,99	4,79	3,76	28	22,8
Станд. ошибка средней	0,923	0,436	0,354	0,212	0,156	0,981	0,398
Степень достоверности	$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p < 0,05$

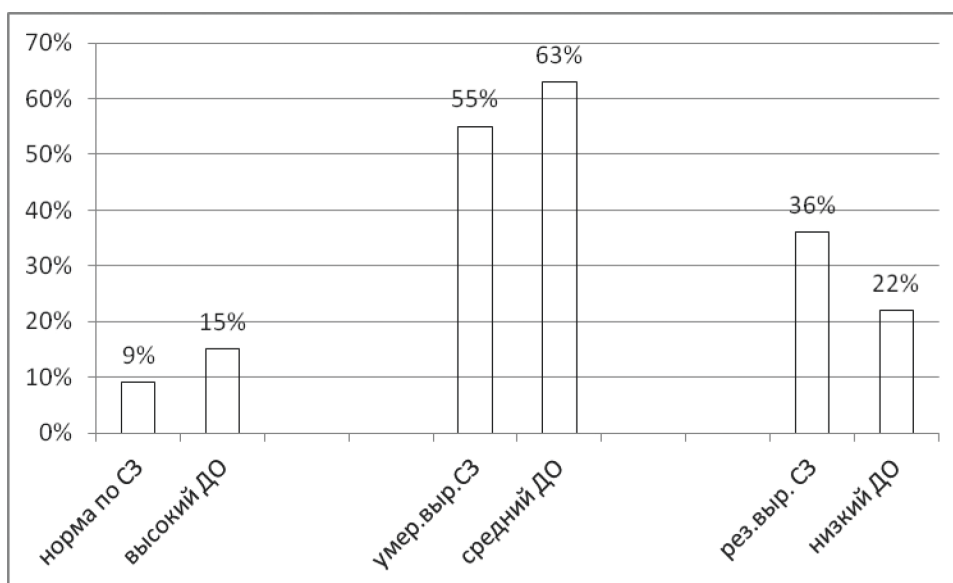


Рис. 2. Профили уровней созависимости и диспозиционного оптимизма

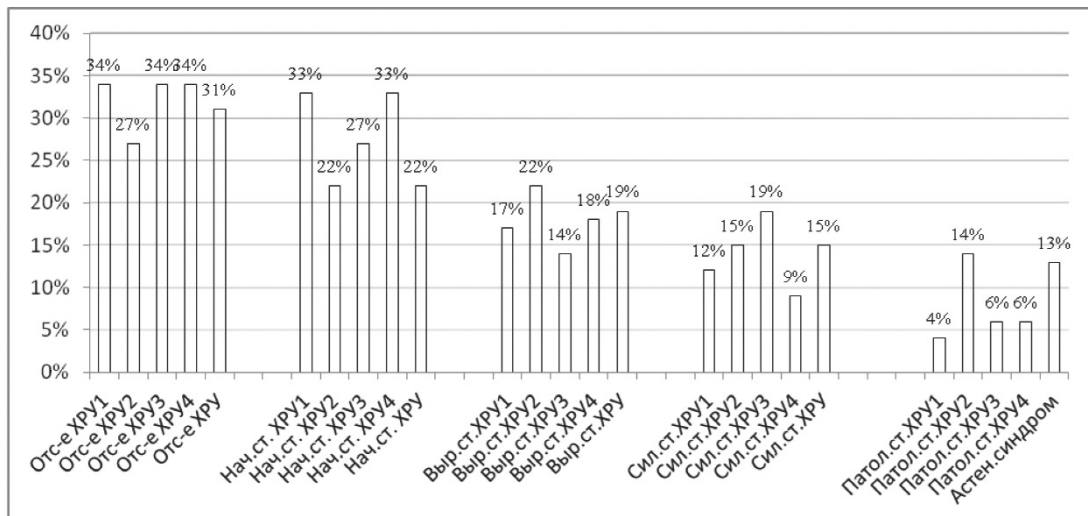


Рис. 3. Профили отдельных показателей и общего индекса хронического утомления

Имеется тенденция к снижению среднего значения по методике «Диспозиционный оптимизм» (см. табл. 3). Вероятно, большинство респондентов имеют умеренные позитивные ожидания относительно будущего, в средней степени склонны к активным действиям. Также можно говорить о среднем уровне психологической адаптации к проблеме зависимости и созависимости [5].

С ростом уровня созависимости уровень диспозиционного оптимизма снижается (см. рис. 1, 2). Это может быть связано и с особенностями временной перспективы, характерными для созависимых: разрозненностью категорий времени; ригидностью переключаемости между прошлым, настоящим и будущим; дисбалансом временной ориентации; выраженностью отрицательного вектора событийной направленности [7].

На основании исследований доказано, что у людей с более выраженной тенденцией к оптимизму наблюдаются более эффективные стратегии преодоления трудностей, адаптации к стрессу и саморегуляции; выше уровень психического благополучия, самооценка; лучше эмоциональное состояние, внутреннее ощущение контроля происходящего; низкий уровень нейротизма, депрессии и тревожности [6, 17].

Соответственно, с развитием созависимости происходит деструктивное изменение описанных личностных тенденций и ухудшение психологического состояния человека.

Значимо повышено среднее значение индекса хронического утомления в группе: оно соответствует выраженной степени хронического утомления (см. табл. 3). При этом в профилях (рис. 3) видно, что около трети респондентов испытывают крайние степени хронического утомления, которые могут перейти в патологические состояния [4, 11].

При более глубоком анализе кроме общего индекса хронического утомления (далее ИХРУ) выделяется четыре показателя: 1) симптомы физиологического дискомфорта (далее ХРУ1); 2) снижение общего самочувствия и когнитивный дискомфорт (далее ХРУ2); 3) нарушения в эмоционально-аффективной сфере (далее ХРУ3); 4) снижение мотивации и изменения в сфере социального общения (далее ХРУ4). Средние значения по данным показателям в группе также значимо повышены относительно нормы (табл. 3). Можно обратить внимание, что в сильной степени проявленности у респондентов преобладают симптомы ХРУ3 (19%), которые включают в себя признаки раздражительности и конфликтности, подавленное настроение [4, 11].

В патологической степени больше представлены признаки ХРУ2 (14%): плохое самочувствие, забывчивость, головные боли, вялость, безразличие, трудности в работе, усталость, общее недомогание, ощущение нездоровья [4, 11].

Исследования выявляют взаимосвязь хронического утомления и таких деформаций личности, как сниженная самооценка, преобладание мотивации неуспеха, повышенная тревожность, конфликтность [14]. Также исследователи отмечают истощение психологических ресурсов саморегуляции в состоянии хронического утомления [16]. Это может усиливать последствия развития созависимости и ухудшение психологического состояния человека.

Практические рекомендации

Данные исследования можно использовать при разработке программ клинико-психологической помощи созависимым. При этом рекомендуется делать акцент на психофизиологическое состояние участников, ориентироваться на выявление их потребностей разного уровня (в первую очередь, базовых). Кроме того, предлагается включать в занятия обучение навыкам саморегуляции; блоки, направленные на повышение осознанности;

формирование позитивного образа будущего с ориентацией на актуальные ресурсы.

Заключение

На основании данных исследования можно сделать вывод, что созависимость – достаточно серьезная проблема, которая проявляется в том числе на психологическом, эмоциональном и поведенческом уровнях жизни человека и требует комплексной клинико-психологической интервенции. С ростом уровня созависимости у человека развиваются симптомы хронического утомления и снижается диспозиционный оптимизм, что приводит к ухудшению возможностей адаптации и саморегуляции, личностным деформациям, развитию общего неблагополучия человека. Все это требует особого внимания при разработке программ клинико-психологической помощи созависимым с учетом особенностей их психологических состояний и необходимости возможно более раннего вмешательства и профилактики.

Литература

1. Башманов В.В., Калиниченко О.Ю. Феномен созависимости: медико-психо-социальный аспект // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. № 1. Публикация 5–3. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-1/5093.pdf> (дата обращения: 11.07.2025).
2. Бочаров В.В., Шишкова А.М., Ипатова К.А. Взаимосвязь клинических и социально-демографических факторов с проявлениями эмоционального выгорания у родственников больных с аддитивными расстройствами // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. [Электронное издание]. 2019. Т. 11, № 6(59). http://mprj.ru/archiv_global/2019_6_59/nomer09.php (дата обращения: 04.07.2025).
3. Бердичевский А.А., Падун М.А., Гагарина М.А. Апробация модифицированной версии методики «Шкала созависимости Спенн – Фишер» // Клиническая и специальная психология. [Электронное издание]. 2019. Т. 8, № 1. С. 215–234. DOI: 10.17759/psycljn.2019080113 (дата обращения: 01.07.2025).
4. Габдреева Г.Ш., Прохоров А.О. Практикум по психологии состояний: учебное пособие / под ред. проф. А.О. Прохорова. СПб.: Речь, 2004. 480 с.
5. Гордеева Т.О. Разработка русскоязычной версии теста диспозиционного оптимизма (LOT) // Психологическая диагностика. 2010. № 2. С. 36–64.
6. Давыдова М.О., Остапенко Р.И. Исследование связи оптимизма и совладающего поведения в период ранней взрослости // Перспективы науки и образования. [Электронное издание]. 2016. № 3(21). С. 76–81. https://psyjournals.ru/journals/science_and_education/archive/2016_n3/science_and_education_2016_n3_Davydova_Ostapenko.pdf (дата обращения: 11.07.2025).
7. Кириллова Д.С. Влияние созависимых отношений на особенности временной перспективы при состоянии алкогольной зависимости // Коллекция гуманитарных исследований. [Электронный научный журнал]. 2019. № 1(16). С. 41–49. <https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-sozavisimyh-otnosheniy-na-osobennosti-vremennoy-perspektivy-pri-sostoyanii-alkogolnoy-zavisimosti/viewer> (дата обращения: 14.06.2025).
8. Куфтяк Е.В., Бехтер А.А., Филатова О.А. [и др.]. Предикторы проактивного преодоления на этапе ранней взрослости: кросс-культурное исследование // Клиническая и специальная психология. [Электронное издание]. 2023. Т. 12, № 2. С. 164–191. DOI: 10.17759/cpse.2023120208.
9. Менделевич В.Д., Садыкова Р.Г. Психология зависимой личности, или подросток в окружении соблазнов. Казань: РЦПНН при КМРТ; Йошкар-Ола: Марево, 2002. 240 с.

10. Меринов А.В., Шустов Д.И., Федотов И.А. Современные взгляды на феномен созависимого поведения при алкогольной зависимости (обзор литературных данных) // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. [Электронное издание]. 2011. № 3. С. 136–141. <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-vzglyady-na-fenomen-sozavisimogo-povedeniya-pri-alkogolnoy-zavisimosti-obzor-literaturnyh-dannyh/viewer> (дата обращения: 03.07.2025).
11. Методические материалы к программному комплексу для психологических исследований Лонгитюд / под ред. С.А. Мирошников. СПб.: Изд-во «ЛЕМА», 2018. 176 с.
12. Перминова Ю.А. Саморазрушающее поведение у супруг мужчин, страдающих алкогольной зависимостью // Здравоохранение Югры: опыт и инновации. [Электронное издание]. 2017. № 3. С. 70–72. <https://cyberleninka.ru/article/n/samorazrushayuschee-povedenie-u-suprug-muzhchin-stradayushih-alkogolnoy-zavisimostyu/viewer> (дата обращения: 01.07.2025).
13. Посохова С.Т., Вахрушева И.А., Стряпухина Ю.В. Динамика компонентов созависимости у участников программы клинико-психологической помощи «Солнечный круг» // Перспективы клинической психологии в медицине и образовании: коллективная монография / под науч. ред. В.М. Голянич, Е.Р. Исаевой. СПб.: НИЦ АРТ, 2024. С. 235–246.
14. Родина О.Н. Личностные деформации при развитии состояния хронического утомления // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2019. № 1. С. 123–140.
15. Стряпухина Ю.В., Посохова С.Т. Проблема созависимости в современных психологических исследованиях // СибСкрипт. 2025. Т. 27, № 2. С. 247–266. DOI: 10.21603/sibscript-2025-27-2-247-266.
16. Широкая М.Ю., Кобзева Д.М. Психологическая саморегуляция при разных уровнях хронического утомления // Психология сегодня: актуальные исследования и перспективы. Мат. Всеросс. психол. форума. Екатеринбург: Изд-во Уральского университета, 2022. С. 921–925.
17. Bargiel-Matusiewicz K., Krzyszkowska A. Dispositional optimism and coping with pain // *European Journal of Medical Research*. 2009. Vol. 14, Suppl. 4. Pp. 271–274. DOI: 10.1186/2047-783X-14-S4-271.
18. Fischer J., Spann L., Crawford D. Measuring codependency // *Alcoholism Treatment Quarterly*. 1991. Vol. 8, N 1. Pp. 87–99. DOI: 10.1300/J020V08N01_06.
19. Happ Z., Body-Varga Z., Bandi S.A. [et al.]. How codependency affects dyadic coping, relationship perception and life satisfaction // *Current Psychology*. 2023. Vol. 42. Pp. 15688–15695. DOI: 10.1007/s12144-022-02875-9.
20. Knappek E, Kuritárné Szabó I. A kodependencia fogalma, tünetei és a kialakulásában szerepet játszó tényezők [The concept, the symptoms and the etiological factors of codependency]. *Psychiatria Hungarica*. 2014. Vol. 29(1). Pp. 56–64. (Hungarian). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24670293> (дата обращения: 02.07.2025).
21. Morgan O.J., Litzke C.H. Family interventions in substance abuse: Current best practices. Routledge, 2012. 240 p.

Поступила 18.07.2025

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

Для цитирования. Стряпухина Ю.В. Взаимосвязь хронического утомления и диспозиционного оптимизма у созависимых лиц // Вестник психотерапии. 2025. № 96. С. 27–35. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-96-27-35

Yu.V. Stryapukhina

The Relationship Between Chronic Fatigue and Dispositional Optimism in Codependent Individuals

The Russian Christian Academy for the Humanities named after Fyodor Dostoevsky
(15, Fontanka Emb., St. Petersburg, Russia)

✉ Yulia Vital'evna Stryapukhina – senior lecturer, Psychology Department, The Russian Christian Academy for the Humanities named after Fyodor Dostoevsky (15, Fontanka Emb., St. Petersburg, 191023, Russia), e-mail: kurry@yandex.ru

Abstract

Relevance. Codependency is now becoming an independent unit of not only psychological, but also clinical practice. Codependent individuals frequently experience a decline in overall well-being, which can manifest as chronic fatigue. However, due to the heightened tension of psychological defense mechanisms, they more often seek help with concerns related to significant others while ignoring their own needs. The aim is to examine the relationship between chronic fatigue and dispositional optimism in codependent individuals.

Methodology. The research was conducted at The Russian Christian Academy for the Humanities named after Fyodor Dostoevsky, in several support communities for relatives of individuals with addictions, and via the online platform Google Forms. A total of 253 participants aged 18 to 71 were assessed using clinical-psychological methods. Codependency levels were measured using the Codependency Relationship Scale (J.L. Fischer, L. Spann). To determine the degree of chronic fatigue of the participants the method “Degree of chronic fatigue” (A.B. Leonova, I.V. Shishkina) was used. Expectations regarding the future were evaluated with the “Dispositional optimism test” (T.O. Gordeeva, O.A. Sychev, E.N. Osin). Empirical data were analyzed using descriptive statistics and mathematical statistical data processing methods.

Results and discussion. The study established that codependency level, chronic fatigue, and dispositional optimism are interrelated. Higher levels of codependency correspond to more pronounced symptoms of chronic fatigue, accompanied by a decrease in dispositional optimism.

Conclusion. The results may be applied in the development and planning of clinical-psychological intervention programs for individuals with codependency, with an emphasis on early identification and prevention.

Keywords: codependency, chronic fatigue, dispositional optimism.

References

1. Bashmanov V.V., Kalinichenko O.Ju. Fenomen sozavisimosti: mediko-psiho-social'nyj aspekt [The phenomenon of codependency: medical-psycho-social aspect]. *Vestnik novykh medicinskih tehnologij* [Bulletin of new medical technologies]. 2015; (1): 5–3. <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-1/5093.pdf> (In Russ.)
2. Bocharov V.V., Shishkova A.M., Ipatova K.A. Vzaimosvjaz' klinicheskikh i social'no-demograficheskikh faktorov s proyavlenijami jemocional'nogo vygoraniya u rodstvennikov bol'nyh s addiktivnymi rasstrojstvami [The relationship of clinical and socio-demographic factors with manifestations of emotional burnout in relatives of patients with addictive disorders]. *Medicinskaja psihologija v Rossii* [Medical psychology in Russia]. 2019; 11(6(59)) http://mprj.ru/archiv_global/2019_6_59/nomer09.php (In Russ.)
3. Berdichevskij A.A., Padun M.A., Gagarina M.A. Aprobacija modifitsirovannoj versii metodiki «Shkala sozavisimosti Spenn-Fisher» [Testing of a modified version of the Spenn-Fischer Codependency Scale]. *Klinicheskaja i special'naja psihologija* [Clinical and Special psychology]. 2019; 8(1): 215–234. DOI: 10.17759/psycljn.2019080113 (In Russ.)
4. Gabdreva G.Sh., Prohorov A.O. Praktikum po psihologii sostojanij: uchebnoe posobie [A workshop on the psychology of states: a textbook]. Ed. prof. A.O. Prohorova. Sankt-Peterburg, 2004: 480. (In Russ.)
5. Gordeeva T.O. Razrabotka russkojazychnoj versii testa dispozicionnogo optimizma (LOT) [Development of a Russian-language version of the dispositional optimism test (LOT)]. *Psihologicheskaja diagnostika* [Psychological diagnostics]. 2010; (2): 36–64. (In Russ.)
6. Davydova M.O., Ostapenko R.I. Issledovanie svjazi optimizma i sovladajushhego povedenija v period rannej vzroslosti [A study of the relationship between optimism and coping behavior in early adulthood]. *Perspektivy nauki i obrazovanija* [Prospects of Science and Education]. 2016; 3(21): 76–81. https://psyjournals.ru/journals/science_and_education/archive/2016_n3/science_and_education_2016_n3_Davydova_Ostapenko.pdf (In Russ.)
7. Kirillova D.S. Vlijanie sozavisimyh otnoshenij na osobennosti vremennoj perspektivy pri sostojanii alkogol'noj zavisimosti [The influence of codependent relationships on the features of the time perspective in the state of alcohol dependence]. *Kollekcija gumanitarnyh issledovanij. Jelektronnyj nauchnyj zhurnal* [The Collection of Humanitarian Researches. Electronic scientific journal]. 2019; (1(16)): 41–49. <https://cyberleninka.ru/article/n/vlijanie-sozavisimyh-otnoshenij-na-osobennosti-vremennoj-perspektivy-pri-sostoyanii-alkogolnoj-zavisimosti/viewer> (In Russ.)
8. Kuftjak E.V., Behter A.A., Filatova O.A. [et al.]. Prediktory proaktivnogo preodolenija na jetape rannej vzroslosti: kross-kul'turnoe issledovanie [Predictors of proactive coping in early adulthood: a cross-cultural study]. *Klinicheskaja i special'naja psihologija* [Clinical and Special psychology]. 2023; 12(2): 164–191. DOI: 10.17759/cpse.2023120208 (In Russ.)

9. Mendelevich V.D., Sadykova R.G. Psihologija zavisimoy lichnosti, ili podrostok v okruzenii soblaznov [The psychology of a dependent personality, or a teenager surrounded by temptations]. Kazan'; Joshkar-Ola, 2002. 240 p. (In Russ.)
10. Merinov A.V., Shustov D.I., Fedotov I.A. Sovremennye vzglyady na fenomen sozavisimogo povedeniya pri alkogol'noj zavisimosti (obzor literaturnykh dannykh) [Modern views on the phenomenon of codependent behavior in alcohol addiction (review of literature data)]. *Rossiiskij mediko-biologicheskij vestnik imeni akademika I.P. Pavlova* [Russian Medical and Biological Bulletin named after academician I.P. Pavlov]. 2011; (3): 136–141 <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-vzglyady-na-fenomen-sozavisimogo-povedeniya-pri-alkogolnoy-zavisimosti-obzor-literaturnykh-dannykh/viewer> (In Russ.)
11. Metodicheskie materialy k programmnomu kompleksu dlja psihologicheskikh issledovanij Longitjud [Methodological materials for the software package for psychological research Longitudinal]. Ed. S.A. Miroshnikova. Sankt-Peterburg, 2018: 176. (In Russ.)
12. Perminova Ju.A. Samorazrushajushhee povedenie u suprug muzhchin, stradayushhih alkogol'noj zavisimost'ju [Self-destructive behavior in the spouses of men suffering from alcohol addiction]. *Zdravooohranenie Jugry: opyt i innovacii* [Ugra healthcare: experience and innovations]. 2017; (3): 70–72. <https://cyberleninka.ru/article/n/samorazrushayuschee-povedenie-u-suprug-muzhchin-stradayushchih-alkogolnoy-zavisimostyu/viewer> (In Russ.)
13. Posohova S.T., Vahrusheva I.A., Strjapuhina Ju.V. Dinamika komponentov sozavisimosti u uchastnikov programmy kliniko-psihologicheskoy pomoshhi «Solnechnyj krug» [Dynamics of codependency components among participants of the Sunny Circle clinical and psychological assistance program]. *Perspektivy klinicheskoy psihologii v medicine i obrazovanii* [Perspectives of clinical psychology in medicine and education]. Ed. V.M. Goljanicha, E.R. Isaevoy. Sankt-Peterburg, 2024: 236–246. (In Russ.)
14. Rodina O.N. Lichnostnye deformacii pri razvitanii sostojaniya hronicheskogo utomleniya [Personal deformations in the development of chronic fatigue]. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14. Psihologija* [Bulletin of the Moscow University]. 2019; (1): 123–140. (In Russ.)
15. Strjapuhina Ju. V., Posohova S. T. Problema sozavisimosti v sovremennykh psihologicheskikh issledovaniyakh [The problem of codependency in modern psychological research]. *SibSkript* [SibScript]. 2025; 27(2): 247–266. DOI: 10.21603/sibscript-2025-27-2-247-266 (In Russ.)
16. Shirokaja M.Ju., Kobzeva D.M. Psihologicheskaja samoreguljacija pri raznyh urovnjah hronicheskogo utomleniya [Psychological self-regulation at different levels of chronic fatigue]. Psihologija segodnja: aktual'nye issledovaniya i perspektivy. Materialy Vserossijskogo psihologicheskogo foruma [Psychology today: current research and prospects. Materials of the All-Russian Psychological Forum.]. Ekaterinburg, 2022: 921–925. (In Russ.)
17. Bargiel-Matusiewicz K., Krzyszkowska A. Dispositional optimism and coping with pain. *European Journal of Medical Research*. 2009; 14(4): 271–274. DOI: 10.1186/2047-783X-14-S4-271 <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3521344/>.
18. Fischer J., Spann L., Crawford D. Measuring codependency. *Alcoholism Treatment Quarterly*. 1991; 8(1): 87–99. DOI: 10.1300/J020V08N01_06.
19. Happ Z., Body-Varga Z., Bandi S.A. [et al.]. How codependency affects dyadic coping, relationship perception and life satisfaction. *Curr Psychol*. 2023; (42): 15688–15695 DOI: 10.1007/s12144-022-02875-9.
20. Knappek E., Kuritórné Szabó I. A kodependencia fogalma, tünetei és a kialakulásában szerepet játszó tényezők [The concept, the symptoms and the etiological factors of codependency]. *Psychiatr Hung*. 2014; 29(1): 56–64. Hungarian. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24670293/>.
21. Morgan O.J., Litzke C.H. Family interventions in substance abuse: current best practices. Routledge, 2012: 240.

Received 18.07.2025

For citing: Stryapukhina Yu.V. Vzaimosvyaz' khronicheskogo utomleniya i dispozitsionnogo optimizma u sozavisimyykh lits. *Vestnik psikhoterapii*. 2025; (96): 27–35. (In Russ.)

Stryapukhina Yu.V. The relationship between chronic fatigue and dispositional optimism in codependent individuals. *Bulletin of Psychotherapy*. 2025; (96): 27–35. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-96-27-35

О.А. Гуськова^{1,2}, Б.Ю. Приленский², И.Я. Стоянова^{3,4}, Т.А. Николаенко¹,
Е.И. Ярославская¹, К.С.Авдеева¹, Т.И. Петелина¹

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АСТЕНИИ И ТРЕВОЖНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

¹ Тюменский кардиологический научный центр, филиал Томского национального исследовательского медицинского центра РАН (Россия, г. Тюмень, ул. Мельникайте, д. 111);

² Тюменский государственный медицинский университет (Россия, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 54);

³ Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН (Россия, г. Томск, пер. Кооперативный, д. 5);

⁴ Национальный исследовательский Томский государственный университет (Россия, г. Томск, пр. Ленина, д. 36)

Актуальность. Среди лиц, перенесших COVID-19, высоко распространены тревога, депрессия, нарушения сна и астения, которые отмечались в остром периоде заболевания и после выздоровления. При астении характерно усиление нарушений эмоциональной и мотивационной сфер, ухудшение когнитивного функционирования, болевые ощущения и вегетативная дисфункция.

Цель: изучение распространенности астенического компонента тревоги и ее взаимосвязи через 2 года после выздоровления от COVID-19.

Методология. Обследовано 70 человек (51,4% – женщины), возраст 56 ± 9 лет, через 3 и 12 месяцев после выздоровления от COVID-19 с поражением легких. Использованы дан-

✉ Гуськова Ольга Александровна – мл. науч. сотр., мед. психолог, Тюменский кардиолог. науч. центр, фил. Томского нац. исслед. мед. центра РАН (Россия, 625026, г. Тюмень, ул. Мельникайте, д. 111); ассистент каф. психологии с курсом психотерапии, Тюменский гос. мед. ун-т (Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 54), ORCID: 0000-0001-8552-1646, e-mail: guskovaoa@infarkta.net;

Приленский Борис Юрьевич – д-р мед. наук проф., зав. каф. психологии с курсом психотерапии, Тюменский гос. мед. ун-т (Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 54), ORCID: 0000-0002-5449-5008, e-mail: prilensk@mail.ru;

Стоянова Ирина Яковлевна – д-р психол. наук проф., вед. науч. сотр., отд-ние аффективных состояний, Науч.-исслед. ин-т психического здоровья, Томский нац. исслед. мед. центр (Россия, 634009, г. Томск, Кооперативный пер., д. 5); проф. каф. психотерапии и психол. консультирования, Нац. исслед. Томский гос. ун-т (Россия, 634050, г. Томск, пр. Ленина, д. 36), ORCID: 0000-0003-2483-9604, e-mail: ithka1948@mail.ru;

Николаенко Татьяна Андреевна – врач-психиатр, многопрофильное консулт. отд-ние, Тюменский кардиолог. науч. центр, фил. Томского нац. исслед. мед. центра РАН (Россия, 625026, г. Тюмень, ул. Мельникайте, д. 111), ORCID: 0000-0002-2115-1161, e-mail: tanunbnun@gmail.com;

Ярославская Елена Ильинична – д-р мед. наук проф., зав. лаб. инструмент. диагностики науч. отд. инструментальных методов исследования, Тюменский кардиолог. науч. центр, фил. Томского нац. исслед. мед. центра РАН (Россия, 625026, г. Тюмень, ул. Мельникайте, д. 111), ORCID: 0000-0003-1436-8853, e-mail: yaroslavskaya@gmail.com;

Авдеева Ксения Сергеевна – канд. мед. наук, врач-кардиолог, отд-ние артериальной гипертензии, Тюменский кардиолог. науч. центр, фил. Томского нац. исслед. мед. центра РАН (Россия, 625026, г. Тюмень, ул. Мельникайте, д. 111), ORCID: 0000-0002-2134-4107, e-mail: avdeevaKS@infarkta.net;

Петелина Татьяна Ивановна – д-р мед. наук, вед. науч. сотр., отд-ние артериальной гипертензии и коронарной недостаточности науч. отд. клинич. кардиологии, Тюменский кардиолог. науч. центр, фил. Томского нац. исслед. мед. центра РАН, 625026, Россия, г. Тюмень, ул. Мельникайте, д. 111), ORCID: 0000-0001-6251-4179, e-mail: petelinati@infarkta.net

ные структурированного интервью, шкалы GAD-7, PHQ-9 и субтеста личностной тревожности шкалы ИТТ, результаты осмотров врача-психиатра и врача-кардиолога.

Результаты и обсуждение. У 32,9% обследованных астенический компонент тревоги превышает норму, симптомы астении выявлены у 71,4%, проявления аффективной симптоматики – более чем у 40%. При превышающих норму значениях астенического компонента отмечаются более интенсивные проявления тревоги, депрессии и субъективных нарушений когнитивных процессов. У обследованных с астенической личностной тревожностью снизилась распространенность астении через год ($p = 0,002$, 87,0% и 47,8%) и выраженность проявлений депрессии ($p = 0,030$, 6,60 [4,00; 9,00] и 5,00 [3,00; 8,00]). Снижение внимания прямо коррелирует с частотой сердечных сокращений (ЧСС) через 3 месяца после выздоровления ($r = 0,532$, $p = 0,034$), а выраженность депрессии – с ЧСС через год ($r = 0,474$, $p = 0,022$). У обследованных с нормативно выраженной астенической тревожностью на протяжении периода наблюдения снизилась выраженность проявлений аффективных расстройств, астении ($p = 0,006$, 63,8% и 34,0%) и расстройств адаптации ($p = 0,012$, 21,3% и 4,3%), сохранялась обратная взаимосвязь между выраженностью тревоги и показателями диастолического артериального давления (ДАД) ($r = -0,353$, $p = 0,015$), эмоциональной лабильностью и ЧСС ($r = -0,318$, $p = 0,029$), ухудшением внимания и показателями ДАД ($r = -0,308$, $p = 0,035$). В первую очередь клинически выраженные симптомы астении сформировались у лиц с астенической тревожностью, конституционально более чувствительных к стрессовым событиям. В обеих группах обследованных соматизация является компенсаторным механизмом, основанным на регрессии и реактивных образованиях. При нормативной астенической тревожности соматизация основана на подавлении избыточно выраженных переживаний, отрицании и компенсации. Избыточная астеническая тревожность представляет особую личностную predisposition.

Заключение. Степень выраженности астенической личностной тревожности важно оценивать у пациентов соматического профиля. Вне зависимости от выраженности астенической тревожности при взаимодействии с лицами, склонными к повышенному артериальному давлению, рекомендуется обращать внимание на личностные особенности и специфику взаимосвязи между эмоциональной и соматической сферами.

Ключевые слова: COVID-19, астения, тревога, психосоматические проявления.

В настоящее время во всем мире отмечается высокая распространенность тревоги о здоровье, спровоцированной повышенным интересом к медицинской тематике и здравоохранению, большим объемом доступной информации [27]. Тревога, отличная от страха, возникающего в ответ на переживаемые в реальности события, представляет собой эмоциональное переживание, связанное с предвосхищением угрозы и негативным отношением к неопределенности. С точки зрения эволюционной теории тревога является необходимой для выживания, поскольку выполняет адаптационную функцию предупреждения от опасности, мобилизуя ресурсы организма. В своем адаптивном варианте тревога помогает преодолеть стресс [9, 21].

Представление о тревоге сформировано на основе комбинации параметров различных сфер психического функционирования,

в частности настроения, мыслей, поведения и соматических симптомов, которые укладываются в различные нозологические формы [29]. Избыточная тревога сопряжена с нейрофизиологическими особенностями и темпераментными характеристиками: специфическим типом ответа на стрессовую ситуацию, выраженным нейротизмом или негативной аффектацией, способствующими гиперактивации гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси. В основе тревоги лежит избегающее поведение, вызванное негативным влиянием окружающей среды, гиперопекающим стилем воспитания в детстве или опытом перенесенных травм. Патологическая форма тревоги рассматривается как интенсивно выраженная, генерализованная дезадаптивная реакция на широкий спектр стимулов, которая сопровождается повышенной чувствительностью и искажением регуляторных процессов [24].

Пандемия COVID-19 привела к ухудшению здоровья и психического состояния у людей, перенесших это заболевание [30], в виде широкого спектра негативной клинико-психологической симптоматики. При этом проявления тревоги, депрессии, нарушения сна, посттравматический стресс отмечались как в остром периоде заболевания, так и после выздоровления [19, 23, 31].

В начале пандемии исследователи предполагали, что соматические симптомы инфекционного заболевания, представленные кашлем и затруднением дыхания, могут провоцировать выраженные проявления аффективных нарушений [20]. В течение первого месяца после госпитализации в связи с вирусной инфекцией симптомы аффективных нарушений выявлены более чем у 25 % обследованных [22]. Huang L. с соавт. определили наличие тревоги и депрессии у $\frac{1}{4}$ пациентов через год после выздоровления [25]. Проведенное нами исследование также показало высокую распространенность признаков тревоги через 3 месяца после COVID-19 [8]. Симптомы тревоги являются следствием болезни и поддерживают психологическую дезадаптацию [28].

Причины развития аффективной психопатологической симптоматики в связи с COVID-19 представлены рядом психогенных факторов. К ним относятся поток информации о заболевании, неопределенность прогноза при заражении, социальная изоляция. Отмечаются соматогенные факторы, включая гипоксию, микротромбозы, прямое поражение нервной системы. К ятрогенным факторам относятся последствия госпитализации и искусственной вентиляции легких [17]. Важную роль в формировании симптомов сыграли факторы пола и возраста, социально-демографические характеристики, такие как семейное положение, образование, уровень дохода, трудовой статус и занятость домашними делами. Сопутствующая соматическая патология ухудшает прогноз и повышает вероятность развития тревожно-депрессивной симптоматики и психологической дезадаптации [11, 32].

Помимо тревоги, после перенесенного COVID-19 распространены симптомы астении, которые сопровождаются переживанием усталости, ухудшают физическое и психическое состояние [13]. Симптомы астении рассматриваются в рамках органических непсихотических расстройств у пациентов с соматическими заболеваниями [1] и как проявления черт личности, включая акцентуацию или личностное расстройство. Личностная астения сопровождается тревожностью, которая проявляется как пассивность, зависимость от других, недостаточная уверенность в себе [18].

В клинической практике выделяют реактивную, первичную или вторичную формы астении. Реактивная астения связана с постоянным психофизиологическим напряжением, возникающим вследствие влияния требующих постоянной адаптации факторов. Первичная астения представляет собой заболевание, вызванное сочетанием конституциональных и психогенных факторов. Вторичная астения развивается на фоне соматических и психических расстройств [16]. Вне зависимости от формы астении при данном состоянии отмечаются нарушения эмоциональной и мотивационной сфер, ухудшение когнитивного функционирования, болевые ощущения и вегетативная дисфункция [10]. Такие проявления вызваны включением миндалины в структуру лимбической системы и активацией симпатoadrenalовой системы на фоне стресса, несмотря на то что активность неокортекса подавляет физические ответы на происходящие сложные жизненные события [6]. Таким образом, очевидна тесная взаимосвязь между тревогой и астенией.

Цель исследования: изучение распространенности астенического компонента тревоги и ее взаимосвязи через 2 года после выздоровления от COVID-19.

Материалы и методы

В работу включены данные 70 обследованных после перенесенного COVID-19 с поражением легких, 51,4 % ($n = 36$) соста-

вили женщины. Средний возраст пациентов 56 ± 9 лет. Каждым пациентом подписано информированное согласие на участие в научной программе.

Сбор материала проводился на базе Тюменского кардиологического научного центра. Работа выполнена в рамках исследований, одобренных локальным этическим комитетом, – «Однолетнее кардиологическое наблюдение пациентов после COVID-19-ассоциированной пневмонии» (протокол ЛЭК № 159 от 23.07.2020) и «Описание и оценка копинг-стратегий и отношения к состоянию здоровья у пациентов, перенесших доказанную COVID-19-ассоциированную пневмонию» (протокол ЛЭК № 177 от 18.01.2022).

На приеме медицинского психолога во время визитов через 3 и 12 месяцев после выздоровления получены результаты структурированного интервью о нарушении когнитивного функционирования, показатели шкал GAD-7 (оценка выраженности тревоги) и PHQ-9 (оценка выраженности депрессии), адаптированные для носителей русского языка. Итоговый суммарный балл по шкалам использован в качестве количественной переменной. Сумма в 5 и более баллов принята как показатель наличия признаков нарушения аффективной сферы [26]. Интервью самооценки включало вопросы о степени выраженности эмоциональной лабильности и нарушении памяти и внимания, ответы предлагалось дать в баллах от 0 до 10. Интегративный тест тревожности (ИТТ) заполнен пациентами через 26 месяцев после COVID-19. В данной работе использован субтест личностной тревожности, результат которого представлен в баллах по пяти компонентам и обобщенному показателю тревожности. В соответствии с методическим руководством к тестированию и обработке результатов проведено ранжирование итоговых баллов по соответствующим категориям [3].

Обследованные осмотрены врачом-психиатром с целью выявления наличия психопатологической симптоматики. Данные собраны с помощью полуструктурированного

клинического интервью, разработанного на основе критериев диагностики психических расстройств по МКБ-10 для невротических, связанных со стрессом (F43), и соматоформных расстройств (F45), и аффективных нарушений (F32). В рамках данной работы психопатологические синдромы не сформулированы, психические нарушения представлены на уровне симптомов.

Состояние сердечно-сосудистой системы определялось врачом-кардиологом. На приеме проведено измерение артериального давления (АД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС).

Информация о тяжести перенесенного COVID-19 получена из выписных эпикризов госпитализации. Поражение легких 3-й и 4-й степеней по результатам компьютерной томографии определено у 37 (52,9 %) пациентов. Продолжительность лечения в стационаре моногоспиталя составила 12,00 [10,00; 16,00] дней.

Статистическая обработка

Статистическая обработка данных проводилась при помощи пакета программ IBM SPSS Statistics 21. Нормальность распределения количественных данных проверена с помощью критерия Шапиро – Уилка. При нормальном распределении данные представлены в виде среднего значения со стандартным отклонением ($M \pm SD$). При распределении, отличном от нормального, переменные представлены медианой и интерквартильным размахом ($ME [Q2; Q3]$). Сопоставление количественных показателей в динамике осуществлено с помощью критерия Фридмана, сопоставление бинарных переменных – с помощью критерия Мак-Немара. Взаимосвязь между бинарными переменными исследовалась посредством логистической регрессии и расчета отношения шансов (ОШ). Критерий Манна – Уитни использован для выявления различий между группами пациентов. Корреляция Спирмана применялась для оценки взаимозависимостей между количественными данными.

Результаты

Распространенность проявлений личностной тревожности через 2 года после выздоровления от COVID-19 представлена на рисунке. По всем показателям тревожности распространенность значений в рамках нормы и ниже определена более чем в 60 % случаев. Среди превышающих норму значений наиболее распространен астенический компонент тревожности. Фобический компонент чаще всего выражен минимально. Очень редко его значение превышает норму.

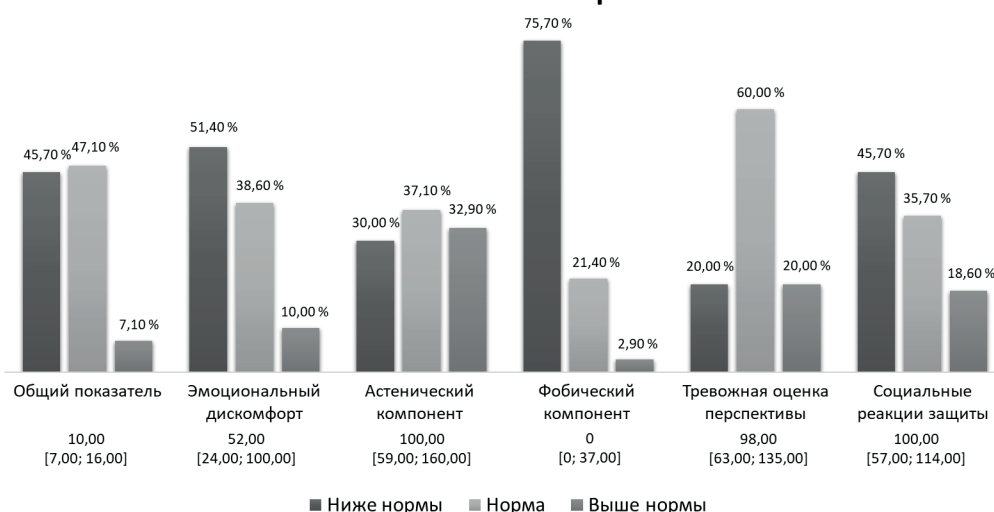
Признаки тревоги и симптомы расстройств тревожного спектра через 3 месяца после выздоровления определены у 40 % и 48,6 % обследованных соответственно. Признаки депрессии выявлены у 44,3 %, симптомы депрессивных расстройств – у 10 % пациентов. Наиболее распространенными проявлениями психопатологической симптоматики являются симптомы астении, определенные у 71,4 % включенных в исследование. Нарушения сна определены у 37,1 % пациентов, симптомы расстройств адаптации – у 18,6 %, соматоформных нарушений – у 4,3 % обследованных. Выраженность проявлений тревоги и депрессии через 3 месяца после выздоровления составила 3,00 [2,00; 7,00] и 4,00 [2,00; 7,00] соответственно. Интенсивность субъективно оцененных когнитивных нарушений представлена одинаковым значением для всех параметров 3,00 [0–5,00] (нарушение памяти, внимания и эмоциональная лабильность).

Показатели функционирования сердечно-сосудистой системы через 3 месяца после выздоровления представлены следующими значениями: систолическое артериальное давление (САД) составило 134 [125; 145], диастолическое артериальное давление (ДАД) – 90 [80; 98], ЧСС – 72 [66; 80]. За 9 месяцев значимые изменения не определены.

При первом обследовании у пациентов с наличием симптомов астении, по сравнению с лицами без данных симптомов, выраженность астенического компонента тревожности значимо выше ($p = 0,009$, 76,00 [0; 100,00] и 100,00 [70,00; 160,00]), также ДАД определено значимо более высоким ($p = 0,042$, 91 [84; 100] и 87 [77; 90] соответственно). Через год после выздоровления от COVID-19 симптомы астении выявлены в 3 раза чаще при наличии признаков тревоги по GAD-7 ($p = 0,031$, ОШ = 3,064, 95 % ДИ 1,09–8,23). Взаимосвязь между распространенностью признаков тревоги и депрессии и психопатологических симптомов со степенью поражения легких в остром периоде заболевания не выявлена. Продолжительность госпитализации значимо не различалась относительно наличия проявлений тревоги и другой психопатологической симптоматики.

Астенический компонент тревожности с превышением нормы выявлен в 4 раза чаще при наличии признаков тревоги через 3 месяца после выздоровления и в 3,5 раза чаще при нарушениях сна через год ($p = 0,003$, ОШ = 4,904, 95 % ДИ 1,68–14,30 и $p = 0,016$,

Показатели личностной тревожности



ОШ = 3,570, 95 % ДИ 1,24–10,31 соответственно). Избыточная выраженность астенического компонента не имеет различий в распределении по полу, возрасту и степени поражения легких по результатам КТ.

Сопоставление показателей психического функционирования относительно наличия выраженной тревожности в рамках астенического компонента показало значимые различия в выраженности проявлений тревоги и депрессии, а также субъективно оцененных ухудшениях функционирования памяти и внимания через 3 месяца и год после COVID-19 (данные представлены в таблице). На первой контрольной точке у обследованных значимо различались значения САД в зависимости от наличия или отсутствия избыточно выраженного астенического компонента ($p = 0,038$, 138 [133; 150] и 130 [124; 140] соответственно).

У пациентов с астенической тревожностью от 3 месяцев к году после выздоровления значимо снизились выраженность проявлений депрессии и распространенность симптомов астении ($p = 0,002$, 87,0 % и 47,8 % соответственно). Изменений в распростра-

ненности других психопатологических симптомов не выявлено.

Корреляционный анализ, проведенный в данной группе, показал наличие взаимосвязей между продолжительностью госпитализации и субъективным ухудшением когнитивного функционирования через 3 месяца после выздоровления: с нарушением внимания ($r = 0,521$, $p = 0,039$) и нарушением памяти ($r = 0,498$, $p = 0,030$). Выявлены ассоциации снижения внимания с ЧСС при первом обследовании ($r = 0,532$, $p = 0,034$) и выраженности депрессии с ЧСС при повторном обследовании ($r = 0,474$, $p = 0,022$).

При астенической тревожности, выраженной нормативно и ниже нормы, от 3 месяцев к году после выздоровления снизилась выраженность проявлений депрессии и распространенность симптомов тревожных расстройств ($p = 0,006$, 44,7 % и 25,5 %), астении ($p = 0,006$, 63,8 % и 34,0 %) и расстройств адаптации ($p = 0,012$, 21,3 % и 4,3 %).

В результате корреляционного анализа определены взаимосвязи между выраженностью тревоги и депрессии со значениями артериального давления через 3 месяца по-

Сравнительная характеристика выраженности нарушения психического функционирования относительно интенсивности астенического компонента личностной тревоги

Показатель		Астенический компонент выше нормы	Астенический компонент в норме	Значимость
Тревога, ME [25; 75]	3 месяца	6,00 [2,00; 9,00]	2,00 [1,00; 5,00]	0,019
	12 месяцев	4,00 [2,00; 7,00]	2,00 [0; 5,00]	0,007
Значимость		0,432	0,313	
Депрессия, ME [25; 75]	3 месяца	6,60 [4,00; 9,00]	3,00 [2,00; 6,00]	0,002
	12 месяцев	5,00 [3,00; 8,00]	2,00 [1,00; 4,00]	0,002
Значимость		0,030	0,050	
Ухудшение памяти, ME [25; 75]	3 месяца	5,00 [3,00; 7,00]	3,00 [0; 5,00]	0,009
	12 месяцев	5,00 [4,00; 7,00]	3,00 [0; 5,00]	> 0,001
Значимость		0,059	0,349	
Ухудшение внимания, ME [25; 75]	3 месяца	5,00 [0; 6,50]	2,00 [0; 4,00]	0,033
	12 месяцев	3,00 [0; 5,00]	2,00 [0; 4,00]	0,045
Значимость		0,861	0,404	
Эмоциональная лабильность, ME [25; 75]	3 месяца	5,00 [0; 7,00]	2,50 [0; 5,00]	0,183
	12 месяцев	3,00 [0; 5,00]	2,00 [0; 5,00]	0,798
Значимость		0,621	0,903	

сле COVID-19. Проявления тревоги обратно взаимосвязаны с ДАД ($r = -0,320$, $p = 0,028$), проявления депрессии – с САД и ДАД ($r = -0,336$, $p = 0,021$ и $r = -0,304$, $p = 0,037$ соответственно). Через год после выздоровления сохранилась взаимосвязь между выраженностью тревоги и ДАД ($r = -0,353$, $p = 0,015$), также выявлены корреляции между степенью эмоциональной лабильности и ЧСС ($r = -0,318$, $p = 0,029$), ухудшением внимания и ДАД ($r = -0,308$, $p = 0,035$).

Обсуждение

Наличие выраженного астенического компонента в структуре личностной тревожности взаимосвязано с симптомами астении в раннем восстановительном периоде после COVID-19. Такие результаты говорят о том, что в первую очередь клинически выраженные симптомы астении сформировались у лиц с астенической тревожностью, которые конституционально более чувствительны к стрессовым событиям. В дальнейшем такая взаимосвязь нами не обнаружена, но определены зависимости между признаками аффективных нарушений, астенической тревожностью и астенией. Васенина Е.Е. с соавт. отмечают, что диагностические критерии астении (нарушения памяти и внимания, ощущения головокружения и др.) имеют высокую степень сходства с аффективными расстройствами. Более того, проявления дистимии и симптомов тревоги высоко распространены у лиц с подтвержденным диагнозом астении. Это обусловлено активацией общих зон головного мозга [5].

Обращают на себя внимание обратные взаимосвязи между показателями функционирования сердечно-сосудистой системы и проявлениями нарушений эмоциональной и когнитивной сфер у пациентов с нормативно выраженным астеническим компонентом личностной тревоги. Объяснить такой результат возможно через механизм «подавления эмоциогенности», рассмотренный в работе Коренек В.В. с соавт. Исследователи описали отрицательную обратную связь артериального давления с ограничением

физиологического и поведенческого ответа на выраженные стимулы. Входящая информация оказывает меньшее воздействие на эмоциональную сферу, проявляясь на уровне реакций со стороны сердечно-сосудистой системы [12].

У обследованных с превышающей норму выраженностью астенического компонента личностной тревоги определены прямые взаимосвязи между функционированием психики и сердечно-сосудистой системы. Это может быть связано с недостаточной активацией подкрепляющей мотивационной системы головного мозга при генерации положительных эмоций, как определено у пациентов с артериальной гипертонией в исследовании Афтанас Л.И. с соавт. [2]. В нашем случае у лиц с избыточной тревогой по астеническому типу определены более высокие значения артериального давления, несмотря на то что в обеих группах давление превышало нормативные значения. Наличие личностной тревоги, ассоциированной с артериальной гипертонией, часто сопровождается перфекционизмом, настороженностью, замкнутостью, репрессией проявлений злости и приводит к гиперактивности симпатического отдела нервной системы [7]. В совокупности такие черты личности и реакции приводят к предпочтительным реакциям на негативно окрашенные стимулы, игнорированию положительно окрашенных триггеров, что формирует замкнутый цикл психического и физиологического напряжения при недостатке положительных эмоций.

В обеих группах обследованных отмечается компенсаторный механизм соматизации, который основан на регрессии и реактивных образованиях. Но при избыточной или нормативной астенической тревожности данный механизм функционирует по-разному. При нормативной астенической тревожности соматизация основана на подавлении избыточно выраженных переживаний [4], а также на отрицании и компенсации [14]. Наличие избыточной астенической тревожности представляет собой личностную predisпозицию, которая проявляется в специфической когнитивной оценке теле-

сных ощущений, в соответствии с теорией «соматосенсорного усиления» [15].

Таким образом, лица с астенической личностной тревожностью в первую очередь являются наиболее уязвимыми для развития клинических симптомов астении. Астеническая тревожность и астения тесно связаны с повышением АД и активацией симпатического отдела нервной системы. Взаимосвязь между астенической тревожностью и тяжестью COVID-19 не выявлена.

Практическая значимость

У пациентов соматического профиля важно оценивать степень выраженности астенической личностной тревожности для профилактики и своевременной коррекции отклонений в психическом состоянии. Вне зависимости от наличия избыточной астенической тревожности при терапевтическом взаимодействии с лицами, склонными к повышенному АД, рекомендуется обращать внимание на их личностные особенности и специфику взаимосвязи между эмоциональной и соматической сферами.

Ограничения исследования

Проведенное исследование ограничено количеством обследованных и исполь-

зованным инструментарием. Дополнение анализа данными о психическом функционировании и состоянии, а также об особенностях личности респондентов позволит изучить вопрос тревожности и астении после COVID-19 более полноценно.

Выводы

Проявления избыточной личностной тревожности в виде астенического компонента имеют наибольшее распространение среди обследованных через 2 года после выздоровления. Клинически выраженная астения является наиболее распространенным психопатологическим симптомом через 3 месяца после COVID-19. В раннем восстановительном периоде астения характерна для лиц с выраженной личностной астенической тревогой. Через год после COVID-19 при характерной личностной астенической тревожности значительно более выражены проявления нарушений аффективной сферы и субъективно оцененного когнитивного функционирования. Для всех обследованных характерна гиперактивность симпатического отдела нервной системы в отношении функционирования сердечно-сосудистой системы, но механизм соматизации различен и зависит от наличия или отсутствия превышения нормы по астеническому компоненту тревожности.

Литература

1. Андросова Л.В., Ветлугина Т.П., Никитина В.Б. [и др.]. Воспалительные маркеры при органических непсихотических расстройствах // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2023. Т. 123, № 3. С. 88–93.
2. Афтанас Л.И., Гишинская О.М., Коренек В.В. [и др.]. Психофизиологический анализ баланса активности оборонительной и подкрепляющей мотивационных систем у больных с гипертонией // Сибирский научный медицинский журнал. 2011. № 6. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihofiziologicheskij-analiz-balansa-aktivnosti-oboronitelnoy-i-podkreplyayushey-motivatsionnyh-sistem-u-bolnyh-s-gipertoniey> (дата обращения: 05.03.2025).
3. Бизюк А.П., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В. Применение интегративного теста тревожности (ИТТ): метод. рекомендации. СПб.: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. 23 с.
4. Валиуллина Е.В. Психологический механизм вытеснения при ситуативной и личностной тревожности // Вестник Северо-Восточного федерального университета им. М.К. Аммосова. Серия «Педагогика. Психология. Философия». 2020. Т. 18, № 2. С. 25–29.
5. Васенина Е.Е., Ганькина О.А. Хронический стресс и астения // Лечебное дело. 2023. № 1. С. 29–38. DOI: 10.24412/2071-5315-2023-12950.
6. Васенина Е.Е., Ганькина О.А., Левин О.С. Стресс, астения и когнитивные расстройства // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2022. Т. 122, № 5. С. 23–29. DOI: 10.17116/jnevro202212205123.
7. Володина О.В. Психосоматические взаимосвязи тревожных невротических расстройств и гипертонической болезни (аналитический обзор) // Российский психиатрический журнал. 2009. № 5. С. 43–50.

8. Гуськова О.А., Ярославская Е.И., Приленский Б.Ю., Петелина Т.И. Характеристика психологического состояния пациентов, перенесших пневмонию, ассоциированную с COVID-19, через три месяца после выписки из стационара // *Профилактическая медицина*. 2021. Т. 24, № 9. С. 59–65. DOI: 10.17116/profmed20212409159.
9. Дзяк Л.А., Цуркаленко Е.С. Тревожные расстройства в общеврачебной практике // *Семейная медицина*. 2018. № 4(78). С. 50–55. DOI: 10.30841/2307-5112.4.2018.160701.
10. Дюкова Г.М. Астенический синдром: проблемы диагностики и терапии // *Эффективная фармакотерапия*. 2012. № 1. С. 40–45.
11. Ешимбетова С.З., Распопова Н.И., Дуйсенова А.К. [и др.]. Тревожно-депрессивные расстройства у пациентов с COVID-19 // *Вестник КазНМУ*. 2021. № 4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/trevozhno-depressivnye-rasstroystva-u-patsientov-s-covid-19> (дата обращения: 26.02.2025).
12. Коренек В.В., Афтанас Л.И., Павлов С.В. [и др.]. Особенности динамики активации сердечнососудистой системы в условиях положительной и отрицательной эмоциональной активации у человека в норме и при нарушении регуляции артериального давления // *Сибирский научный медицинский журнал*. 2007. № 3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-dinamiki-aktivatsii-serdechnosudustoy-sistemy-v-usloviyah-polozhitelnoy-i-otritsatelnoy-emotsionalnoy-aktivatsii-u> (дата обращения: 05.03.2025).
13. Петрова Л.В., Костенко Е.В., Энеева М.А. Астения в структуре постковидного синдрома: патогенез, клиника, диагностика и медицинская реабилитация // *Доктор.Ру*. 2021. № 9. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/asteniya-v-strukture-postkovidnogo-sindroma-patogenez-klinika-diagnostika-i-meditsinskaya-reabilitatsiya> (дата обращения: 05.03.2025). DOI: 10.31550/1727-2378-2021-20-9-36-42.
14. Торопова А.С., Субботина Л.Ю. Исследование роли и места соматизации в структуре психологической защиты личности // *Вестник Ярославского государственного университета им. П.Г. Демидова. Серия Гуманитарные науки*. 2013. № 2(24). С. 78–81.
15. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Соматизация: история понятия, культуральные и семейные аспекты, объяснительные и психотерапевтические модели // *Московский психотерапевтический журнал*. 2000. № 2(25). С. 5–48.
16. Шакирова Н.И., Дюкова Г.М. Астения – междисциплинарная проблема // *Трудный пациент*. 2012. Т. 10, № 5. С. 14–16: [Электронный ресурс]. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/asteniya-mezhdistsiplinarnaya-problema> (дата обращения: 06.03.2025).
17. Ярочкина М.В. Психологические и психические расстройства, связанные с пандемией covid-19 // *Научные высказывания*. 2023. № 9(33). С. 57–63. URL: https://nvjournal.ru/article/Psihologicheskie_i_psihicheskie_rasstrojstva_svjazannye_s_pandemiej_covid19.
18. Andrews G., Kiloh L.G., Kehoe L. Asthenic personality, myth or reality // *Aust N Z J Psychiatry*. 1978. N 12(2). Pp. 95–98. DOI: 10.3109/00048677809159599.
19. Bin Adnan M.A.A., Bin Kassim M.S.A., Bt Sahril N., Bin Abd Razak M.A. Prevalence and predictors of anxiety among stable hospitalized COVID-19 patients in Malaysia // *Int J Environ Res Public Health*. 2022. Vol. 20, N 1. P. 586. DOI: 10.3390/ijerph20010586.
20. Cathébras P., Kohout É., Savall A., Goutte J. L'anxiété centrée sur la santé: une autre épidémie à laquelle il faut se préparer // *Rev Med Interne*. 2024. Vol. 45, N 10. Pp. 641–648. DOI: 10.1016/j.revmed.2024.03.002.
21. Crocq M.A. A history of anxiety: from Hippocrates to DSM // *Dialogues Clin Neurosci*. 2015. Vol. 17, N 3. Pp. 319–325. DOI: 10.31887/DCNS.2015.17.3/macrocq.
22. Demiryürek E., Çekiç D., İşsever K. [et al.]. Depression and anxiety disorders in COVID-19 survivors: Role of inflammatory predictors // *Noro Psikiyatr Ars*. 2022. Vol. 59, N 2. Pp. 105–109. DOI: 10.1007/s12264-022-00970-2.
23. Gramaglia C., Gattoni E., Gambaro E. [et al.]. Anxiety, stress and depression in COVID-19 survivors from an Italian cohort of hospitalized patients: Results from a 1-year follow-up // *Front Psychiatry*. 2022. Vol. 13. P. 862651. DOI: 10.3389/fpsy.2022.862651.
24. Grogans S.E., Bliss-Moreau E., Buss K.A. [et al.]. The nature and neurobiology of fear and anxiety: State of the science and opportunities for accelerating discovery // *Neurosci Biobehav Rev*. 2023. Vol. 151. P. 105237. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2023.105237.
25. Huang L., Yao Q., Gu X. [et al.]. 1-year outcomes in hospital survivors with COVID-19: A longitudinal cohort study // *Lancet*. 2021. Vol. 398, N 10302. Pp. 747–758. DOI: 10.1016/S0140-6736(22)00795-4.
26. Instructions for patient health questionnaire (PHQ) and GAD-7 measures. 2010. Pp. 1–9: [Электронный ресурс]. URL: [PHQandGAD7_InstructionManual.pdf](https://www.fda.gov/oc/ohrt/PHQandGAD7_InstructionManual.pdf) (дата обращения: 15.07.2020).
27. Kaya U., Güvenir M., Aykac A. Post-quarantine anxiety and depression levels of COVID-19 positive patients, Northern Cyprus // *Afr Health Sci*. 2023. Vol. 23, N 4. Pp. 143–154. DOI: 10.4314/ahs.v23i4.17.
28. Keough M.E., Riccardi C.J., Timpano K.R. [et al.]. Anxiety symptomatology: The association with distress tolerance and anxiety sensitivity // *Behav Ther*. 2010. Vol. 41, N 4. Pp. 567–574. DOI: 10.1016/j.beth.2010.04.002.
29. Rose M., Devine J. Assessment of patient-reported symptoms of anxiety // *Dialogues Clin Neurosci*. 2014. Vol. 16, N 2. Pp. 197–211. DOI: 10.31887/DCNS.2014.16.2/mrose.

30. Sohrabivafa M., Sadeghi R., Riahi F. [et al.]. Predictive factors of anxiety and depression in COVID-19 survivors: A cross-sectional study // *Health Sci Rep*. 2023. Vol. 6, N 11. DOI: 10.1002/hsr2.1712.
31. Yıldırım N., Dayılar Candan H., İnan A.H. Psychological distress in patients with COVID-19 during hospitalization // *Clin Nurs Res*. 2022. Vol. 31, N 3. Pp. 376-384. DOI: 10.1177/10547738211040322.
32. Zhu C., Zhang T., Li Q. [et al.]. Depression and anxiety during the COVID-19 Pandemic: Epidemiology, mechanism, and treatment // *Neurosci Bull*. 2023. Vol 39, N 4. Pp. 675-684. DOI: 10.1007/s12264-022-00970-2.

Поступила 29.05.2025

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

Участие авторов: О.А. Гуськова – сбор материала, ведение базы данных, статистическая обработка, написание текста статьи; Б.Ю. Приленский – научное руководство исследованием написание текста статьи; И.Я. Стоянова – научное руководство, редактирование текста статьи; Т.А. Николаенко – сбор материала, написание текста статьи; Е.И. Ярославская – научное руководство исследованием, редактирование текста статьи; К.С. Авдеева – сбор материала, написание текста статьи; Т.И. Петелина – администрирование научных проектов.

Для цитирования. Гуськова О.А., Приленский Б.Ю., Стоянова И.Я., Николаенко Т.А., Ярославская Е.И., Авдеева К.С., Петелина Т.И. Клинико-психологические аспекты астении и тревожности у пациентов, перенесших COVID-19 // *Вестник психотерапии*. 2025. № 96. С. 36–48. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-96-36-48

**O.A. Guskova^{1,2}, B.Yu. Prilenskii², I.Ya. Stoyanova^{3,4}, T.A. Nikolaenko¹,
E.I. Yaroslavskaya¹, K.S. Avdeeva¹, T.I. Petelina¹**

Clinical and Psychological Aspects of Asthenia and Anxiety in COVID-19 Patients

¹Tyumen Cardiology Research Center, Branch of Tomsk National Research Medical Center
(111, Melnikaite Lane, Tyumen, 625026, Russia);

²Tyumen State Medical University (54, Odesskaya Lane, Tyumen, 625023, Russia);

³Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center of the Russian Academy of Sciences
(5, Kooperativny Lane, Tomsk, 634009, Russia);

⁴National Research Tomsk State University (36, Lenin Ave., Tomsk, 634050, Russia)

✉ Olga Aleksandrovna Guskova – clinical psychologist, Junior Research Associate, Tyumen Cardiology Research Center, Branch of Tomsk National Research Medical Center, 111, Melnikaite Lane, Tyumen, 625026, Russia); assistant of the Department of Medical Psychology and Pedagogy, Tyumen State Medical University (54, Odesskaya Lane, Tyumen, 625023, Russia), ORCID: 0000-0001-8552-1646, e-mail: guskovaoa@infarkta.net;

Boris Yur'evich Prilenskii – Dr. Med. Sci. Prof., Head of the Department of Medical Psychology and Pedagogy, Tyumen State Medical University (54, Odesskaya Lane, Tyumen, 625023, Russia), ORCID: 0000-0002-5449-5008, e-mail: prilensk@mail.ru;

Irina Yakovlevna Stoyanova – Dr. Psychol. Sci. Prof., Leading Researcher at the Department of Affective States, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center of the Russian Academy of Sciences (5, Kooperativny Lane, Tomsk, 634009, Russia); Prof., National Research Tomsk State University (36, Lenin Ave., Tomsk, 634050, Russia), ORCID: 0000-0003-2483-9604, e-mail: ithka1948@mail.ru;

Tatyana Andreevna Nikolaenko – psychiatrist, Tyumen Cardiology Research Center, Branch of Tomsk National Research Medical Center (111, Melnikaite Lane, Tyumen, 625026, Russia), ORCID: 0000-0002-2115-1161, e-mail: tanun6nun@gmail.com;

Elena Il'ichna Yaroslavskaya – Dr. Med. Sci. Prof., Leading Researcher, Head of the Laboratory of Instrumental Diagnostics, Tyumen Cardiological Research Center – branch of Tomsk National Research Medical Center (111, Melnikaite Lane, Tyumen, 625026, Russia), ORCID: 0000-0003-1436-8853, e-mail: yaroslavskayae@gmail.com;

Kseniya Sergeevna Avdeeva – PhD Med. Sci., cardiologist at the Department of Arterial Hypertension and Coronary Insufficiency, Department of Clinical Cardiology, Tyumen Cardiologial Research Center – branch of Tomsk National Research Medical Center (111, Melnikaite Lane, Tyumen, 625026, Russia), ORCID: 0000-0002-2134-4107, e-mail: avdeevaKS@infarkta.net;

Tatyana Ivanovna Petelina – Dr. Med. Sci., Leading Researcher at the Department of Arterial Hypertension and Coronary Insufficiency, Department of Clinical Cardiology, Tyumen Cardiologial Research Center – branch of Tomsk National Research Medical Center (111, Melnikaite Lane, Tyumen, 625026, Russia), ORCID: 0000-0001-6251-4179, e-mail: petelinati@infarkta.net

Abstract

Relevance. Among individuals who have recovered from COVID-19, anxiety, depression, sleep disturbances, and asthenia are highly prevalent; these symptoms are observed both during the acute phase of the disease and after recovery. Asthenia is characterized by exacerbation of emotional and motivational dysfunction, impaired cognitive performance, pain symptoms, and autonomic dysregulation.

Intention: to investigate the prevalence of the asthenic component of anxiety and its associations 2 years after recovery from COVID-19.

Methodology. 70 people (51.4 % women) aged 56 ± 9 years in 3 and 12 months after recovery from lung damage COVID-19 were examined. Data included structured interview, scores on the GAD-7, PHQ-9 and personality anxiety subtest of the IAT scale, results of examinations by a psychiatrist and a cardiologist.

Results and discussion. The asthenic component of anxiety exceeded the norm in 32.9 % of the examined patients, asthenia symptoms were detected in 71.4 %, affective symptoms - in more than 40 %. There were intensive manifestations of anxiety, depression and subjective disturbances of cognitive processes in patients with the asthenic anxiety above the norm. The prevalence of asthenia ($p = 0.002$, 87.0 % and 47.8 %) and the severity of depression manifestations ($p = 0.030$, 6.60 [4.00; 9.00] and 5.00 [3.00; 8.00]) decreased by a year in this group. Attention deficits correlated with heart rate 3 months after recovery ($r = 0.532$, $p = 0.034$) and depression severity with heart rate 9 months later ($r = 0.474$, $p = 0.022$). In the subjects with normatively expressed asthenic anxiety the severity of manifestations of affective disorders, asthenia ($p = 0.006$, 63.8 % and 34, 0 %) and adaptation disorders ($p = 0.012$, 21.3 % and 4.3 %). In addition, there were the inverse correlation between anxiety and diastolic arterial pressure ($r = -0.353$, $p = 0.015$), emotional lability and heart rate ($r = -0.318$, $p = 0.029$), impaired attention and diastolic arterial pressure ($r = -0.308$, $p = 0.035$) remained during the observation period. First, clinically expressed symptoms of asthenia are used to form in individuals with asthenic anxiety, who are constitutionally more sensitive to stressful events. In both groups of subjects, somatisation is a compensatory mechanism based on regression and reactive formations. In patients with normative asthenic anxiety, somatisation is based on the suppression of over-expressed experiences, on denial and compensation. There is a representation of a special personality predisposition in patients with excessive asthenic anxiety.

Conclusion. Assessing the severity of asthenic personal anxiety is crucial in patients with somatic disorders. Regardless of its intensity, when working with individuals prone to elevated blood pressure, clinicians should attend to personality characteristics and the specific interplay between emotional and somatic domains.

Keywords: COVID-19, asthenia, anxiety, psychosomatic manifestations.

References

1. Androsova L.V., Vetlugina T.P., Nikitina V.B. [et al.]. Vospalitel'nye markery pri organicheskikh nepsikhoticheskikh rasstroistvakh [Inflammatory markers in organic nonpsychotic disorders]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. C.C. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2023; 123(3): 88–93. DOI: 10.17116/jnevro202312303188 (In Russ.)
2. Aftanas L.I., Gilinskaya O.M., Korenyok V.V. [et al.]. Psihofiziologicheskij analiz balansa aktivnosti oboronitel'noj i podkreplajushhej motivacionnyh sistem u bol'nyh s gipertoniej [Psychophysiological analysis of defensive vs. Appetitive motivational systems activity balance in treatment naive hypertensives]. *Sibirskij nauchnyj medicinskij zhurnal* [Siberian Scientific Medical Journal]. 2011; 31(6): 122–134. (In Russ.)

3. Bizuk A.P., Vasserman L.I., Iovleva B.V. Primenenie integrativnogo testa trevozhnosti (ITT): metod. rekomendatsii [Application of the Integrative Anxiety Test (IAT): Methodological Recommendations.]. St. Petersburg: NIPNI named after V.M. Bekhterev, 2005. 23 p. (In Russ.)
4. Valiullina E.V. Psikhologicheskii mekhanizm vytesneniya pri situativnoi i lichnostnoi trevozhnosti [Psychological repression mechanism in situational and personal anxiety]. *Vestnik of North-Eastern Federal University. Pedagogics. Psychology. Philosophy* [Vestnik of North-Eastern Federal University. Pedagogics. Psychology. Philosophy]. 2020; (2): 25-29. (In Russ.)
5. Vasenina E.E., Gankina O.A. Hronicheskij stress i astenija [Chronic Stress and Fatigue]. *Lechebnoe delo* [Medical Business]. 2023; (1): 29-38. DOI: 10.24412/2071-5315-2023-12950. (In Russ.)
6. Vasenina E.E., Gankina O.A., Levin O.S. Stress, astenija i kognitivnye rasstrojstva [Stress, asthenia and cognitive disorders]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2022; 122(5): 23-29. DOI: 10.17116/jnevro202212205123. (In Russ.)
7. Volodina O.V. Psihosomaticheskie vzaimosvjazi trevozhnyh nevroticheskikh rasstrojstv i gipertonicheskoy bolezni (analiticheskij obzor) [Psychosomatic interactions between anxiety neurotic disorders and hypertensive disease (analytical review)]. *Rossijskij psichiatricheskij zhurnal* [Russian journal of psychiatry]. 2009; (5): 43-50. (In Russ.)
8. Gus'kova O.A., Jaroslavskaja E.I., Prilenskij B.Ju., Petelina T.I. Harakteristika psihologicheskogo sostojaniya pacientov, perenessih pnevmoniju, associirovannuju s COVID-19, cherez tri mesjaca posle vypiski iz stacionara [Psychological state characteristics of patients with COVID-19-associated pneumonia in three months after hospital discharge]. *Profilakticheskaja medicina* [Russian Journal of Preventive Medicine]. 2021; 24(9): 59-65. DOI: 10.17116/profmed20212409159. (In Russ.)
9. Dzyak L.A., Tsurkalenko E.S. Trevozhnye rasstrojstva v obshhevrachebnoj praktike [Anxiety disorders in general practice]. *Semejnaja medicina* [Family Medicine]. 2018; (78(4)): 50-55. DOI: 10.30841/2307-5112.4.2018.160701. (In Russ.)
10. Dyukova G.M. Astenicheskii sindrom: problemy diagnostiki i terapii [Asthenic syndrome: problems of diagnostics and treatment]. *Effektivnaya farmakologiya* [Effective pharmacotherapy]. 2012; (1): 40-45. (In Russ.)
11. Eshimbetova S.Z., Raspopova N.I., Dujsenova A.K. [et al.]. Trevozhno-depressivnye rasstrojstva u pacientov s COVID-19 [Anxiety-depressive disorders in patients with COVID-19]. *Vestnik Kazahskogo Nacional'nogo medicinskogo universiteta* [Vestnik KazNMU]. 2021; (4). (In Russ.)
12. Korenyok V.V., Aftanas L.I., Pavlov S.V. [et al.]. Osobennosti dinamiki aktivatsii serdechnosodustoi sistemy v usloviyakh polozhitel'noi i otritsatel'noi emotsional'noi aktivatsii u cheloveka v norme i pri narushenii reguljatsii arterial'nogo davleniya [Individual time-course of cardiovascular activity during positive and negative emotional arousal in normal and hypertensive men]. *Byulleten' Sibirskogo otdeleniya Rossijskoj akademii meditsinskikh nauk* [Bulletin of Siberian Branch of Russian Academy of Medical Sciences]. 2007; (125(3)): 53-63. (In Russ.)
13. Petrova L.V., Kostenko E.V., Eneeva M.A. Asteniya v strukture postkovidnogo sindroma: patogeneza, klinika, diagnostika i meditsinskaya reabilitatsiya [Asthenia and post-COVID syndrome: pathogenesis, clinical presentations, diagnosis, and medical rehabilitation]. *Doktor. Ru* [Doctor. Ru]. 2021; (20(9)): 36-42. DOI: 10.31550/1727-2378-2021-20-9-36-42 (in Russ.)
14. Toropova A.S., Subbotina L.U. Issledovanie roli i mesta somatizatsii v strukture psikhologicheskoi zashchity lichnosti [Investigation of Somatization as Mechanism of Psychological Defense of Person]. *Vestnik Yaroslavskogo gosudarstvennogo universiteta im. P. G. Demidova. Seriya gumanitarnye nauki* [Bulletin of the P. G. Demidov Yaroslavl State University. Series On Humanities]. 2013; (24(2)): 78-81. (In Russ.)
15. Kholmogorova A.B., Garanyan N.G. Somatizacija: istorija ponja-tija, kul'tural'nye i semejnye aspekty, ob#jasnitel'nye i psihoterapevticheskie modeli [Somatization: the history of the ponja-tiya, cultural and seminal aspects, explanatory and psychotherapeutic models.]. *Konsul'tativnaja psihologija i psihoterapija* [Counseling Psychology and Psychotherapy]. 2000; (25(2)): 5-48. (In Russ.)
16. Shakirova I.N., Dyukova G.M. Asteniya – mezhdistsiplinarnaya problema [Asthenia – an interdisciplinary problem]. *Trudnyi patsient* [A difficult patient]. 2012; 10(5): 14-16. (in Russ.)
17. Yarochnikina M.V. Psikhologicheskie i psikhicheskie rasstrojstva, svyazannye s pandemiei COVID-19 [Psychological and psychiatric disorders associated with the COVID-19 pandemic]. *Nauchnye vyskazyvaniya* [Scientific statements]. 2023; (33(9)): 57-63. (In Russ.)
18. Andrews G., Kiloh L.G., Kehoe L. Asthenic personality, myth or reality. *Aust N Z J Psychiatry*. 1978; 12(2): 95-98. DOI: 10.3109/00048677809159599.
19. Bin Adnan M.A.A., Bin Kassim M.S.A., Bt Sahril N., Bin Abd Razak M.A. Prevalence and Predictors of Anxiety among Stable Hospitalized COVID-19 Patients in Malaysia. *Int J Environ Res Public Health*. 2022; 20(1): 586. DOI: 10.3390/ijerph20010586.
20. Cathébras P., Kohout É., Savall A., Goutte J. L'anxiété centrée sur la santé: une autre épidémie à laquelle il faut se préparer [Health anxiety: Another epidemic to prepare for]. *Rev Med Interne*. 2024; 45(10): 641-648. DOI: 10.1016/j.revmed.2024.03.002. (In French)

21. Crocq M.A. A history of anxiety: from Hippocrates to DSM. *Dialogues Clin Neurosci.* 2015; 17(3): 319–325. DOI: 10.31887/DCNS.2015.17.3/macrocq.
22. Demiryürek E., Çekiç D., Işsever K. [et al.]. Depression and anxiety disorders in COVID-19 survivors: role of inflammatory predictors. *Noro Psikiyatr Ars.* 2022; 59(2): 105–109. DOI: 10.29399/npa.27698.
23. Gramaglia C., Gattoni E., Gambaro E. [et al.]. Anxiety, stress and depression in COVID-19 survivors from an Italian cohort of hospitalized patients: results from a 1-year follow-up. *Front Psychiatry.* 2022; 13: 862651. DOI: 10.3389/fpsyt.2022.862651.
24. Grogans S.E., Bliss-Moreau E., Buss K.A. [et al.]. The nature and neurobiology of fear and anxiety: State of the science and opportunities for accelerating discovery. *Neurosci Biobehav Rev.* 2023; 151: 105237. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2023.105237.
25. Huang L., Yao Q., Gu X. [et al.]. 1-year outcomes in hospital survivors with COVID-19: a longitudinal cohort study. *Lancet.* 2021; 398(10302): 747–758. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)01755-4.
26. Instructions for patient health questionnaire (PHQ) and GAD-7 measures. 2010. [Internet] URL: PHQandGAD7_InstructionManual.pdf
27. Kaya U., Güvenir M., Aykac A. Post-quarantine anxiety and depression levels of COVID-19 positive patients, Northern Cyprus. *Afr Health Sci.* 2023; 23(4): 143–154. DOI: 10.4314/ahs.v23i4.17.
28. Keough M.E., Riccardi C.J., Timpano K.R. [et al.]. Anxiety symptomatology: the association with distress tolerance and anxiety sensitivity. *Behav Ther.* 2010; 41(4): 567–574. DOI: 10.1016/j.beth.2010.04.002.
29. Rose M., Devine J. Assessment of patient-reported symptoms of anxiety. *Dialogues Clin Neurosci.* 2014; 16(2): 197–211. DOI: 10.31887/DCNS.2014.16.2/mrose.
30. Sohrabivafa M., Sadeghi R., Riahi F. [et al.]. Predictive factors of anxiety and depression in COVID-19 survivors: a cross-sectional study. *Health Sci Rep.* 2023; 6(11): e1712. DOI: 10.1002/hsr2.1712.
31. Yıldırım N., Dayılar Candan H., İnan A.H. Psychological distress in patients with COVID-19 during hospitalization. *Clin Nurs Res.* 2022; 31(3): 376–384. DOI: 10.1177/10547738211040322.
32. Zhu C., Zhang T., Li Q. [et al.]. Depression and anxiety during the COVID-19 pandemic: epidemiology, mechanism, and treatment. *Neurosci Bull.* 2023; 39(4): 675–684. DOI: 10.1007/s12264-022-00970-2.

Received 29.05.2025

For citing: Gus'kova O.A., Prilenskii B.Yu., Stoyanova I.Ya., Nikolaenko T.A., Yaroslavskaya E.I., Avdeeva K.S., Petelina T.I. Kliniko-psikhologicheskie aspekty astenii i trevozhnosti u patsientov, perenesshikh COVID-19. *Vestnik psikhoterapii.* 2025; (96): 36–48. (In Russ.)

Guskova O.A., Prilenskii B.Yu., Stoyanova I.Ya., Nikolaenko T.A., Yaroslavskaya E.I., Avdeeva K.S., Petelina T.I. Clinical and psychological aspects of asthenia and anxiety in COVID-19 patients. *Bulletin of Psychotherapy.* 2025; (96): 36–48. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-96-36-48

А.О. Евмененко

ДИНАМИКА СИМПТОМОВ ТРЕВОГИ У МАТЕРЕЙ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ: ЛОНГИТЮДНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

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

Актуальность. Преждевременные роды в настоящее время представляют собой актуальную междисциплинарную проблему, требующую комплексного подхода специалистов разных областей. Стоит подчеркнуть, что научные работы, фокусирующиеся на изучении эмоционального состояния матерей недоношенных детей, в т.ч. симптомов тревоги, встречаются достаточно редко. Актуальным и практически значимым является изучение динамики симптомов тревоги с целью выявления группы риска и своевременного оказания комплексной медико-психологической помощи данной категории женщин.

Цель – выявление динамики симптомов тревоги у матерей недоношенных детей.

Методология. В лонгитюдном исследовании приняли участие 83 женщины в возрасте от 19 лет до 41 года ($M = 33,69$; $SD = 4,10$). Применялись: авторская анкета, опросный лист наличия неблагоприятных жизненных обстоятельств, скрининговая шкала перинатальной тревоги (Perinatal Anxiety Screening Scale) в адаптации М.А. Коргожи и А.О. Евмененко. Анализ эмпирических данных включал в себя методы описательной статистики, для расчета различий показателей на первом и втором этапе исследования использовался Т-критерий Вилкоксона (W). Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью IBM SPSS Statistics 26.

Результаты и их обсуждение. В настоящем исследовании было выявлено, что через 12–14 недель после рождения недоношенного ребенка в эмоциональном состоянии матерей присутствуют симптомы тревоги различной специфики. Для них характерно наличие симптомов генерализованной тревоги, перинатальной тревоги, также у них имеются выраженные трудности адаптации.

Заключение. Полученные данные подчеркивают важность изучения различных аспектов эмоционального состояния женщин в ситуации рождения недоношенного ребенка. В выводах исследования обосновывается необходимость внедрения комплексного подхода к оказанию медико-психологической помощи матерям недоношенных детей.

Ключевые слова: медицинская психология, эмоциональное состояние, преждевременные роды, недоношенный ребенок, тревога.

Введение

Роды, произошедшие на сроке от 22 до 36,6 гестационных недель, считаются преждевременными и являются важнейшей и актуальной темой современной науки и практики в области здравоохранения [3]. По

данным ВОЗ, в мире ежегодно около 15 млн. родов завершаются преждевременно [11]. Анализ научных данных показывает, что в Российской Федерации за последние годы количество детей, рожденных преждевременно, составляет около 6 % от общего

✉ Евмененко Алеся Олеговна – ассистент, каф. общей и прикладной психологии с курсами мед.-биолог. дисциплин и педагогики, С.-Петерб. гос. педиатр. мед. ун-т (Россия, 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2), e-mail: alesya_545@mail.ru

числа новорожденных [6, 12]. Неблагоприятные последствия преждевременных родов включают в себя респираторные заболевания и повышенную вероятность задержки нервно-психического развития у недоношенных детей [7, 8].

По данным исследований, матери, родившие преждевременно, чаще испытывают симптомы тревоги, стресса и послеродовой депрессии [2, 10, 19].

В исследовании B.D. Tilahun отмечается важность гестационного возраста недоношенного ребенка при рождении для оценки эмоционального состояния матери [17]. Тем не менее некоторые исследования указывают на другие факторы, такие как вес ребенка при рождении, его пребывание в реанимационном отделении, а также сопутствующие обстоятельства, которые могут влиять на особенности эмоционального состояния матери [1, 18].

Актуальные исследования, проведенные за последние пять лет, в качестве специфических категорий тревожных состояний у женщин в дородовом и послеродовом периодах также выделяют перинатальную тревогу – эмоциональное состояние женщины, характеризующееся устойчивым чувством выраженной напряженности и озабоченности ситуацией рождения ребенка, чрезмерным беспокойством о беременности, родах и/или послеродовом периоде, а также предчувствием неблагоприятного исхода беременности и негативных последствий для здоровья и благополучия ребенка [4]. Преждевременное рождение ребенка является фактором риска наличия более выраженного уровня перинатальной тревоги в эмоциональном состоянии матерей, что подтверждается рядом научных исследований [16, 20].

Некоторые научные работы, посвященные изучению динамики эмоционального состояния у матерей недоношенных детей, подтверждают, что симптомы тревоги могут сохраняться и иметь отрицательную динамику в течение первого года после преждевременных родов [5, 9, 13].

Таким образом, целью настоящего исследования является выявление динамики

симптомов тревоги у матерей недоношенных детей.

На данный момент единственным современным и узкоспециализированным методом скрининговой диагностики, используемым в России и в странах Европы и позволяющим изучить симптомы тревоги в послеродовом периоде, является скрининговая шкала перинатальной тревоги (Perinatal Anxiety Screening Scale). В Российской Федерации метод адаптирован и апробирован в 2021 году [14]. Шкала представляет собой самоопросник из 31 вопроса и имеет 5 субшкал и 3 диапазона (уровня) тяжести симптомов тревоги. Значимым для научных и прикладных целей является то, что одна из субшкал методики (субшкала 4 – специфические страхи) отражает проявления специфических симптомов перинатальной тревоги, характерной для ситуации рождения ребенка. Представленная шкала стала основным психодиагностическим методом настоящего исследования.

Материал и методы

Представленные данные являются самостоятельной частью научного исследования, посвященного изучению эмоционального состояния матерей недоношенных детей. Исследование осуществлялось на базе Перинатального центра ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава РФ с 2021 по 2023 год. Процедура и методы исследования одобрены решением локального этического комитета ФГБОУ ВО СПбГПМУ (протокол заседания комитета № 04/05 от 11 ноября 2021 г.), также все респонденты подписывали добровольное информированное согласие на участие в научном исследовании.

Лонгитюдное исследование было реализовано в два этапа. Первый этап – в течение первой недели после рождения недоношенного ребенка, второй этап – через 12–14 недель после родов. Итоговую выборку составили 83 матери в ситуации рождения недоношенного ребенка на сроке гестации

от 22 до 37 недель. Дополнительно для выявления социально-демографических данных и анализа особенностей течения дородового и послеродового периодов использовались два варианта авторской анкеты, также женщины заполняли опросный лист касательно наличия неблагоприятных жизненных обстоятельств.

На первом этапе исследования с целью сбора клинических и социально демографических данных проводилась беседа медицинского психолога с респондентками, анализировались данные обменных карт родильниц и историй родов. В авторскую анкету были включены вопросы, касающиеся удовлетворенности оказанием стационарной медицинской помощи. Также женщины заполняли опросный лист по наличию неблагоприятных жизненных обстоятельств в течение последних 12 месяцев. Для изучения симптомов тревоги применялась скрининговая шкала перинатальной тревоги (Perinatal Anxiety Screening Scale – PASS-R) в адаптации М.А. Коргожи и А.О. Евмененко.

На втором этапе исследования предлагался следующий вариант социально-демографической анкеты, включающий в себя вопросы о соматическом состоянии матери и ребенка, об особенностях организации процесса ухода и заботы о ребенке, о наличии помощи со стороны ближайшего окружения, а также о потребности матерей в получении психологической помощи и поддержки. Женщины также заполняли опросный лист о наличии неблагоприятных жизненных обстоятельствах за последние 3 месяца. Использовалась методика «Скрининговая шкала перинатальной тревоги», как и на первом этапе исследования. Сбор данных на втором этапе исследования осуществлялся с помощью онлайн-формы.

Анализ эмпирических данных включал в себя методы описательной статистики, для расчета различий показателей на первом и втором этапе исследования использовался Т-критерий Вилкоксона (W). Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью IBM SPSS Statistics 26.

Результаты и их анализ

Социально-демографические данные

В исследовании приняли участие 83 женщины (100 %) в ситуации рождения недоношенного ребенка, в возрасте от 29 лет до 41 года ($M = 33,69$; $SD = 4,10$), на сроке гестации с 23-й по 36-ю неделю ($M = 31,1$; $SD = 3,56$).

На момент участия в исследовании большая часть женщин (73,49 %) проживали в Санкт-Петербурге. В зарегистрированных отношениях состояли 90,36 % респонденток, в разводе и не замужем находились по 2,4 % женщин, состояли в незарегистрированных отношениях 4,82 % женщин. У 87,95 % респонденток – полное высшее профессиональное образование. Трудоустроены на момент участия в исследовании были 87,95 % женщин. Уровень доходов 7,23 % респонденток оценивали как низкий, 49,4 % женщин – как средний, 43,37 % – как высокий. Большинство женщин (77,11 %) за последний год не обращались за психологической помощью.

По данным анализа опросного листа о наличии неблагоприятных жизненных обстоятельств, за последние 12 месяцев 67,47 % женщин отметили наличие дополнительных жизненных обстоятельств, таких как проблемы во взаимоотношениях с мужем/партнером, потеря поддержки близких людей, незапланированная беременность, а также финансовые проблемы. На втором этапе исследования 62,65 % матерей отметили неблагоприятные жизненные обстоятельства, такие как потеря поддержки близких, финансовые проблемы, а также значительные проблемы с физическим здоровьем у себя и своих близких.

Клинико-anamnestические данные.

При анализе клинических данных было выявлено следующее: у 31,33 % респонденток имелись сердечно-сосудистые заболевания (I83 по МКБ-10), у 12,05 % – заболевания оториноларингологического профиля (J03 по МКБ-10), у 27,71 % – заболевания эндокринологического профиля (E05 по МКБ-10), у 21,69 % – заболевания гастроэнтерологического профиля (K29 по МКБ-10). Различная

сопутствующая гинекологическая патология (N80, N87, N96 по МКБ-10) наблюдалась у 22,89 % женщин. Для 74,7 % актуальная беременность была в анамнезе первой, для 18,07 % – второй, а для 7,23 % женщин – третьей. Использование вспомогательных репродуктивных технологий для достижения актуальной беременности отметили 22,89 % респондентов. В результате анализа историй родов было выявлено следующее: родоразрешение через естественные родовые пути проходило у 12,05 % женщин, перенесли экстренную операцию кесарева сечения 46,99 % женщин, плановую операцию кесарева сечения – 16,87 %.

После преждевременных родов 43,37 % новорожденных были переведены в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных, 36,14 % детей находились в отделении патологии и детей грудного возраста, а также 20,48 % новорожденных находились вместе с матерью в акушерско-физиологическом отделении. На смешанном вскармливании находились 46,6 % от общей выборки новорожденных. Оценивая удовлетворенность взаимодействием с медицинским персоналом Перинатального центра, 66,67 % респонденток отметили, что полностью им удовлетворены, 33,33 % – частично.

На втором этапе исследования, через 12–14 недель после родов, большая часть матерей и детей были выписаны из стационара (98,8 %), 1,2 % находились в условиях стационара на втором этапе выхаживания

недоношенного ребенка. У 43,33 % детей было сохранено смешанное вскармливание, а 30 % детей были на грудном вскармливании. Дополнительная консультация специалистов различного профиля была необходима 85,54 % недоношенных детей и 70 % матерей. Наличие помощи со стороны ближайшего окружения отметили 73 % матерей. Только 13 % женщин в течение 12–14 недель после родов обратились за психологической помощью и поддержкой.

Для изучения симптомов тревоги на первом и втором этапах исследования были рассчитаны средние значения, а также определена динамика эмоционального состояния с использованием Т-критерия Вилкоксона (см. табл.).

Изучение результатов, полученных с использованием скрининговой шкалы перинатальной тревоги, показывает, что средние значения общего балла на первом этапе исследования составляют $35,02 \pm 15,44$ балла, на втором этапе – $40,16 \pm 15,62$ балла, что соответствует среднему (умеренному) уровню тревоги. Спустя 12–14 недель после рождения недоношенного ребенка наблюдается достоверно значимая отрицательная динамика данного показателя ($p < 0,05$), что отражено в таблице. Выявленные результаты указывают на то, что для матерей, родивших преждевременно, в течение 12–14 недель после родов свойственно наличие устойчивых признаков тревоги различного характера, оказывающих влияние на процесс адапта-

Результаты статистического анализа сравнения симптомов тревоги у матерей недоношенных детей ($n = 83$)

Скрининговая шкала перинатальной тревоги (Perinatal Anxiety Screening Scale – PASS-R)			
Шкалы	Средние значения показателей и стандартное отклонение		Значения Т-критерия Вилкоксона, z/p
	Первый этап	Второй этап	
Общий балл	$35,02 \pm 15,44$	$40,16 \pm 15,62$	$-5,364 / \mathbf{0,001}$
Острая и навязчивая тревога	$11,96 \pm 7,68$	$13,13 \pm 7,77$	$-3,178 / \mathbf{0,001}$
Социальная тревога	$4,37 \pm 3,66$	$4,74 \pm 3,77$	$-1,668 / 0,095$
Навязчивый перфекционизм	$6,11 \pm 3,65$	$6,41 \pm 3,38$	$-1,084 / 0,278$
Специфические страхи	$8,74 \pm 3,97$	$10,79 \pm 3,67$	$-5,477 / \mathbf{0,001}$
Проблемы адаптации (диссоциация)	$3,69 \pm 2,55$	$5,13 \pm 3,09$	$-5,331 / \mathbf{0,001}$

Примечание: жирным шрифтом отмечен уровень значимости $p \leq 0,05$.

ции к послеродовому периоду; также у них отмечается умеренный риск развития тревожного расстройства.

Согласно анализу полученных данных, у матерей, чьи дети родились преждевременно, на первом этапе диагностики, в течение первой недели после родов, не наблюдается значительных признаков выраженной острой или навязчивой тревожности ($11,96 \pm 7,68$ балла). Это указывает на то, что уровень их личностной тревожности находится в пределах средних нормативных значений и им не свойственны навязчивые, беспокойные мысли и переживания. Эти результаты согласуются с опубликованными ранее исследованиями, авторы которых также отмечали нормативные показатели личностной тревоги у матерей недоношенных детей [1, 15]. Однако к 12–14 неделям этот показатель увеличивается до $13,13 \pm 7,77$ балла, демонстрируя отрицательную динамику ($p < 0,05$), что свидетельствует о появлении тенденции развития симптомов генерализованной тревоги у матерей недоношенных детей.

Полученные средние значения по субшкале социальной тревоги ($4,37 \pm 3,66$ и $4,74 \pm 3,77$ балла) указывают на то, что женщины, столкнувшиеся с рождением недоношенного ребенка, в целом не испытывают сильного страха перед социальным взаимодействием и не склонны избегать его. Это обстоятельство может играть существенную роль в возможности получения необходимой психологической поддержки и специализированной помощи как от близких людей, так и от специалистов различного профиля. Статистически значимых изменений между первым и вторым замерами обнаружено не было ($p > 0,05$).

На первом этапе исследования средние значения по субшкале навязчивого перфекционизма составили $6,11 \pm 3,65$ балла, а на втором этапе – $6,41 \pm 3,38$ балла. Таким образом, у матерей недоношенных детей не обнаружено ярко выраженной тенденции к тотальному контролю и непрерывному улучшению текущих обстоятельств жизни. С одной стороны, результаты указывают на отсутствие у женщин обсессивно-компульсивной

специфики симптомов тревоги, а с другой стороны, низкие значения могут быть обусловлены наличием высокого уровня стресса и отсутствием психологического ресурса для улучшения актуальной жизненной ситуации. Статистически значимых различий между первым и вторым замерами по данному параметру не выявлено ($p > 0,05$).

Что касается симптомов перинатальной тревоги, специфика которой характерна для женщин исключительно в ситуации рождения ребенка, в среднем на первом этапе исследования значения составляют $8,74 \pm 3,97$ балла. Спустя 12–14 недель после родов отмечается достоверно значимая ($p < 0,05$) отрицательная динамика данного показателя и среднее значение возрастает до $10,79 \pm 3,67$ балла. Анализ данных свидетельствуют о постоянном беспокойстве матерей о здоровье и развитии ребенка, о боязни нанести ему вред или о страхе неблагоприятных событий. Полученные данные также свидетельствуют о высоком риске развития послеродовой депрессии и должны быть приняты во внимание медицинскими психологами и психиатрами в работе с женщинами данной категории.

При анализе наличия диссоциативных симптомов было выявлено, что в первую неделю после родов женщины не склонны испытывать трудности с адаптацией ($3,69 \pm 2,55$ балла). Однако на втором этапе исследования показатель субшкалы соответствует $5,13 \pm 3,09$ балла и имеет достоверно значимую отрицательную динамику. Полученные результаты свидетельствуют о том, что у матерей недоношенных детей через 12–14 недель после родов наблюдаются проблемы с адаптацией, стремление избегать травмирующих ситуаций и чувство эмоциональной обособленности.

Результаты оценки выраженности фобий у женщин на первом и втором этапах исследования показывают средние значения $0,40 \pm 0,74$ и $0,42 \pm 0,68$ балла соответственно. Это свидетельствует об отсутствии значимой фобической симптоматики, сильного страха игл, крови, родов, боли и т.п. как в течение первой недели после преждевременных родов, так и спустя 12–14 недель после них.

Статистически значимые различия между первым и вторым замерами обнаружены не были ($p > 0,05$).

Выводы

На основании результатов исследования динамики симптомов тревоги у матерей недоношенных детей можно сделать следующие выводы:

У матерей недоношенных детей присутствуют устойчивые симптомы тревоги различной специфики, которые имеют отрицательную динамику через 12–14 недель после родов и становятся достоверно более выраженными.

Через 12–14 недель у матерей недоношенных детей наблюдается тенденция к проявлению симптомов генерализованной тревоги.

У матерей недоношенных детей наблюдаются симптомы перинатальной тревоги, проявление которых значимо увеличивается через 12–14 недель после преждевременных родов.

Через 12–14 недель после преждевременных родов у женщин наблюдаются более выраженные трудности адаптации к ситуации послеродового периода, заботе и уходу о недоношенном ребенке.

Эмоциональное состояние матерей недоношенных детей характеризуется отсутствием симптомов социальной тревоги, также у матерей не наблюдается компульсивного желания контролировать сложившуюся актуальную ситуацию или активно ее улучшать.

Заключение

Результаты проведенного исследования подчеркивают значимость анализа разнообразных аспектов эмоционального состояния женщин, столкнувшихся с преждевременными родами. Полученные данные подтверждают целесообразность применения комплексного подхода к предоставлению медико-психологической помощи и поддержки данной категории женщин как во время их пребывания в стационаре на протяжении всего периода ухода за недоношенным ребенком, так и после выписки. Кроме того, результаты исследования указывают на потребность в интеграции современных методик психологической поддержки и программ, эффективно снижающих уровень тревоги у матерей недоношенных детей, в практику перинатальных центров и родильных домов.

Литература

1. Аникина В.О., Блох М.Е. Специфика отношений «врач – пациент» в системе неонатологической и педиатрической помощи и направления работы психолога // Вестник СПбГУ. 2020. Т. 16, № 3. С. 245–260.
2. Арустамян М.А., Аветисян Л.Р., Котанян А.О. Особенности психологического статуса матерей недоношенных и доношенных детей // Доктор.Ру. 2023. Т. 3, № 22. С. 56–60. DOI: 10.31550/1727-2378-2023-22-3-56-60.
3. Беглов Д.Е., Артымук Н.В., Новикова О.Н., Факторы риска преждевременных родов // Фундаментальная и клиническая медицина. 2022. Т. 7, № 4. С. 8–17. DOI: 10.23946/2500-0764-2022-7-4-8-17.
4. Коргожа М.А., Евмененко А.О., Сергиенко О.И. Перинатальная тревога и ее предикторы: эмпирическое исследование у женщин с первой беременностью // Азимут научных исследований: педагогика и психология. 2023. Т. 12, № 3(44). С. 128–132. DOI: 10.57145/27128474_2023_12_03_30.
5. Коргожа М.А. Комплексная диагностика психоэмоциональных нарушений у женщин в перинатальном периоде: проблемы инструментария и их решение // Медицинская психология в России. 2021. Т. 13, № 2(67). С. 1–9. DOI: 10.24412/2219-8245-2021-2-5.
6. Кузибаева Р.К., Хадарцева К.А. Структура и частота преждевременных родов у первородящих // Вестник новых медицинских технологий: [Электронное издание]. 2015. № 2. С. 1–5. DOI: 10.12737/10811.
7. Куклина Л.В., Кравченко Е.Н., Батырева Н.В. Факторы риска, течение беременности и исходы гестации в различных сроках беременности при преждевременных родах // Мать и Дитя в Кузбассе. 2021. № 2(85). С. 103–108. DOI: 10.24411/2686-7338 -2021-10029.
8. Мамедалиева Н.М., Ким В.Д., Кейдарова С.А. Особенности перинатальных исходов поздних преждевременных родов // Вестник КазНМУ. 2016. № 2. С. 8–12.
9. Морозова Л.Б., Салахетдинова Р.Ж. Выраженность тревоги у женщин в дородовом и послеродовом периоде // Нижегородский психологический альманах. 2023. № 2. С. 1–8.

10. Палиева Н.В., Тарасова А.Ю., Петров Ю.А., Чернавский В.В. Психологические особенности и состояние здоровья беременных женщин, угрожаемых по выкидышам и преждевременным родам // Главный врач Юга России. 2023. № 2(88). С. 34–38.
11. Радзинский В.Е., Оразмурадов А.А., Савенкова И.В. Преждевременные роды – нерешенная проблема XXI века // Кубанский научный медицинский вестник. 2020. № 4. С. 27–37. DOI: 10.25207/1608-6228-2020-27-4-27-37.
12. Ховалыг Н.М., Ремнёва О.В., Колядо О.В. Эпидемиология преждевременных родов и нюансы медицинской эвакуации в Республике Тыва и Алтайском крае // Сибирское медицинское обозрение. 2020. № 1. С. 68–72. DOI: 10.20333/2500136-2020-6-68-72.
13. Carson C., Redshaw M., Gray R. [et al.]. Risk of psychological distress in parents of preterm children in the first year: Evidence from the UK Millennium Cohort Study // *BMJ Open*. 2015. Vol. 5, N 12. e007942. DOI: 10.1136/bmjopen-2015-007942.
14. Korgozha M.A., Evmenenko A.O. Validation and reliability of the Russian version of the Perinatal Anxiety Screening Scale // *Minerva Psychiatry*. 2023. Vol. 64, N 2. Pp. 175–184. DOI: 10.23736/S2724-6612.22.02306-5.
15. Neri E., Genova F., Monti F. [et al.]. Developmental dimensions in preterm infants during the 1st year of life: The influence of severity of prematurity and maternal generalized anxiety // *Frontiers in Psychology*. 2020. Vol. 11. Article 455. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.00455.
16. Silverwood V.A., Bullock L., Turner K. [et al.]. The approach to managing perinatal anxiety: A mini-review // *Front. Psychiatry*. 2022. Article 13: 1022459. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.1022459.
17. Tilahun B.D. Parental stress and associated factors among parents of preterm neonates admitted at neonatal intensive care unit among selected governmental hospitals Addis Ababa, Ethiopia, 2022 // *Frontiers in Psychiatry*. 2024. Vol. 15. Article 1377180. DOI: 10.3389/fpsyg.2024.1377180.
18. Trumello C., Candelori C., Cofini M. [et al.]. Mothers' depression, anxiety, and mental representations after preterm birth: A study during the infant's hospitalization in a neonatal intensive care unit // *Frontiers in Public Health*. 2018. Vol. 6. Article 359. DOI: 10.3389/fpubh.2018.00359.
19. Worrall S., Christiansen P., Khalil A. [et al.]. Measurement invariance analysis of the Postpartum Specific Anxiety Scale – research short form in mothers of premature and term infants // *BMC Res Notes*. 2024. Vol. 17, N 1. P. 75. DOI: 10.1186/s13104-024-06746-3.
20. Yang L., Sun J., Nan Y. [et al.]. Prevalence of perinatal anxiety and its determinants in mainland China: A systematic review and meta-analysis // *Journal of Affective Disorders*. 2023. Vol. 323. Pp. 193–203. DOI: 10.1016/j.jad.2022.11.075.

Поступила 16.06.2025

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

Для цитирования. Евмененко А.О. Динамика симптомов тревоги у матерей недоношенных детей: лонгитюдное исследование // Вестник психотерапии. 2025. № 96. С. 49–57. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-96-49-57

A.O. Evmenenko

Dynamics of Anxiety Symptoms in Mothers of Premature Infants: a Longitudinal Study

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

✉ Alesia Olegovna Evmenenko – associate, Department of General and Applied Psychology with courses in medical-biological disciplines and pedagogy, Saint Petersburg State Pediatric Medical University (2, Litovskaya Str., St. Petersburg, 194100, Russia), e-mail: alesya_545@mail.ru, ORCID: 0000-0003-0048-2196

Abstract

Relevance. Premature birth is currently a pressing interdisciplinary problem that requires a comprehensive approach involving specialists from various fields. It is worth emphasizing that scientific works focusing on the study of the emotional state, including anxiety symptoms in mothers of premature babies, are much less common. Investigating the dynamics of anxiety symptoms is both relevant and practically significant for identifying at-risk groups and providing timely, comprehensive medical and psychological support to this category of women.

Purpose: to identify the dynamics of anxiety symptoms in mothers of premature infants.

Methodology. The longitudinal study involved 83 women aged 19 to 41 years ($M = 33.69$; $SD = 4.10$). The following instruments were used: the author's questionnaire, a questionnaire on the presence of unfavorable life circumstances, the Perinatal Anxiety Screening Scale adapted by M.A. Korgozha and A.O. Evmenenko. The analysis of empirical data included descriptive statistics methods, and the Wilcoxon T-test (W) was used to calculate the differences in indicators at the first and second stages of the study. Statistical processing of the study results was conducted using IBM SPSS Statistics 26.

Results and Discussion. The present study revealed that 12–14 weeks after the birth of a premature baby, the emotional state of mothers includes anxiety symptoms of various specifics. They demonstrate signs of generalized anxiety and perinatal anxiety, as well as pronounced difficulties with adaptation.

Conclusion. The data obtained emphasize the importance of studying various aspects of the emotional state of women in the situation of the birth of a premature baby. The findings of the study substantiate the need to implement a comprehensive approach to providing medical and psychological assistance to mothers of premature babies.

Keywords: medical psychology, emotional state, premature birth, premature baby, anxiety.

References

1. Anikina V.O., Blokh M.E. Specifika otnoshenij «vrach – pacient» v sisteme neonatologicheskoy i pediatricheskoy pomoshchi i napravleniya raboty psihologa [The specifics of the doctor-patient relationship in the system of neonatological and pediatric care and the areas of psychological work]. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta* [Vestnik of Saint Petersburg University]. 2020; 10(3): 289–302. (In Russ.)
2. Arustamyan M.A., Avetisyan L.R., Kotanyan A.O. Osobennosti psihologicheskogo statusa materej nedonoshennyh i donoshennyh detej [Psychological features of mothers of premature and full-term babies]. *Doctor.Ru* [Doctor.Ru]. 2023; 22(3): 56–60. (In Russ.)
3. Beglov D.E., Artymuk N.V., Novikova O.N. Faktory riska prezhdevremennyh rodov [Risk factors for extremely preterm and very preterm birth]. *Fundamental'naya i klinicheskaya medicina* [Fundamental and Clinical Medicine]. 2022; 7(4): 8–17. (In Russ.)
4. Korgozha M.A., Evmenenko A.O., Sergienko O.I. Perinatal'naya trevoga i ee prediktory: empiricheskoe issledovanie u zhenshchin s pervoj beremennost'yu [The perinatal anxiety and its predictors: an empirical study in women with first pregnancy]. *Azimut nauchnih issledovanii _ pedagogika i psihologiya* [Azimuth of Scientific Research: Pedagogy and Psychology]. 2023; 12(44): 128–132. DOI: 10.57145/27128474_2023_12_03_30 (In Russ.)
5. Korgozha M.A. Kompleksnaya diagnostika psihoemocional'nyh narushenij u zhenshchin v perinatal'nom periode: problemy instrumentariya i ih reshenii [Complex diagnostics of psychoemotional disorders in women during the perinatal period: problems of tools and their solution]. *Medicinskaya psihologiya v Rossii* [Medical Psychology in Russia]. 2021; 2(67): 1–9. DOI: 10.24412/2219-8245-2021-2-5 2021 (In Russ.)
6. Kuzibaeva R.K., Khadartseva K.A. Struktura i chastota prezhdevremennyh rodov u pervorodyashchih [The structure and incidence of preterm birth in nulliparous women]. *Vestnik novih medicinskih tehnologiy. Elektronnoe izdanie* [Journal of New Medical Technologies]. 2015; (2): 1–5. DOI: 10.12737/10811 (In Russ.)
7. Kuklina L.V., Kravchenko E.N., Batyreva N.V. Faktory riska, techenie beremennosti i ishody gestacii v razlichnyh srokah beremennosti pri prezhdevremennyh rodah [Risk factors, the course of pregnancy and gestational outcomes in different stages of pregnancy in preterm birth]. *Mat i ditya v Kuzbasse* [Mother and child in Kuzbass]. 2021; (2(85)): 103–108. DOI: 10.24411/2686-7338 -2021-10029 (In Russ.)
8. Mamedaliyeva N.M., Kim V.D., Keidarova C.A. Osobennosti perinatal'nyh ishodov pozdnyh prezhdevremennyh rodov [Peculiarities of perinatal outcomes of late preterm birth]. *Vestnik Kazakhskogo Nacional'nogo medicinskogo universiteta* [Bulletin of the Kazakh National Medical University]. 2016; (2): 8–12. (In Russ.)
9. Morozova L.B., Salakhedinova R.Z. Vyrazhennost' trevogi u zhenshchin v dorodovom i poslerodovom periode [Severity of anxiety in women in the prenatal and postpartum period]. *Nijegorodskii psihologicheskii almanah* [Nizhny Novgorod psychological almanac]. 2023; (2): 1–8. (In Russ.)

10. Palieva N.V., Tarasova A.Y., Petrov Y.A., Chernavsky V.V. Psihologicheskie osobennosti i sostoyanie zdorov'ya beremennyh zhenshchin, ugrozhaemyh po vykidysham i prezhddevremennym rodam [Psychological characteristics and health status of pregnant women threatened by miscarriages and premature birth]. *Glavnii vrach Yuga Rossii* [Chief Physician of the South of Russia]. 2023; (2(88)): 34-38. (In Russ.)
11. Radzinsky V.E., Orazmuradov, A.A., Savenkova. Prezhddevremennye rody – nereshennaya problema XXI veka [Preterm labour: an open problem in XXI century]. *Kubanskii nauchnyi meditsinskii vestnik* [Kuban Scientific Medical Bulletin]. 2023; (4): 27–37. DOI: 10.25207/1608-6228-2020-27-4-27-37. (In Russ.)
12. Hovalyg N.M., Remneva O.V., Kolyado O.V. Epidemiologiya prezhddevremennyh rodov i nyuansy medicinskoj evakuacii v Respublike Tyva i Altajskom krae [Epidemiology of premature birth and details of medical evacuation in the Tyva Republic and Altai Territory]. *Sibirskoe medicinskoe obozrenie* [Siberian Medical Review]. 2020; (1): 68–72. DOI: 10.20333/2500136-2020-6-68-72 (In Russ.)
13. Carson C., Redshaw M., Gray R. [et al.]. Risk of psychological distress in parents of preterm children in the first year: evidence from the UK Millennium Cohort Study. *BMJ Open*. 2015; 5(12): e007942 DOI: 10.1136/bmjopen-2015-007942
14. Korgozha M.A., Evmenenko A.O. Validaciya i nadyozhnost' russkoj versii shkaly skrininga perinatal'noj trevozhnosti [Validation and reliability of the Russian version of the Perinatal Anxiety Screening Scale]. *Psihiatriya «Minerva»* [Minerva Psychiatry]. 2023; 64(2): 175–184. DOI: 10.23736/S2724-6612.22.02306-5
15. Neri E., Genova F., Monti F. [et al.]. Developmental dimensions in preterm infants during the 1st year of life: the Influence of Severity of Prematurity and Maternal Generalized Anxiety. *Frontiers in Psychology*. 2020; 11: Article 455. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.00455
16. Silverwood V.A., Bullock, L., Turner, K. [et al.]. The approach to managing perinatal anxiety: a mini-review. *Front. Psychiatry*. 2022; article 13: 1022459 DOI: 10.3389/fpsyt.2022.1022459
17. Tilahun B.D. Parental stress and associated factors among parents of preterm neonates admitted at neonatal intensive care unit among selected governmental hospitals Addis Ababa, Ethiopia. 2022. *Frontiers in Psychiatry*. 2024; 15: 1377180. DOI: 10.3389/fpsyt.2024.1377180
18. Trumello C, Candelori C., Cofini M. [et al.]. Mothers' depression, anxiety, and mental representations after preterm birth: a study during the infant's hospitalization in a neonatal intensive care unit. *Frontiers in Public Health*. 2018; 6: 359. DOI: 10.3389/fpubh.2018.00359
19. Worrall S., Christiansen P., Khalil A. [et al.]. Measurement invariance analysis of the postpartum specific anxiety scale – research short form in mothers of premature and term infants. *BMC Res Notes*. 2024; 17(1): 75. DOI: 10.1186/s13104-024-06746-3
20. Yang L., Sun J., Nan Y. [et al.]. Prevalence of perinatal anxiety and its determinants in mainland China: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2023; 323: 193–203. DOI: 10.1016/j.jad.2022.11.075

Received 16.06.2025

For citing: Evmenenko A.O. Dinamika simptomov trevogi u materei nedonoshennykh detei: longityudnoe issledovanie. *Vestnik psikhoterapii*. 2025; (96): 49–57. (In Russ.)

Evmenenko A.O. Dynamics of anxiety symptoms in mothers of premature infants: a longitudinal study. *Bulletin of Psychotherapy*. 2025; (96): 49–57. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-96-49-57

А.К. Кутькова

МИШЕНИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ И НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ В РАБОТЕ С ПАЦИЕНТАМИ, ПЕРЕНЕСШИМИ НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова (Россия, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8);
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2)

Актуальность и научная новизна. В настоящее время активно исследуются постковидные когнитивные расстройства и неврологические последствия новой коронавирусной инфекции (НКВИ). Эти исследования выявляют широкий спектр нарушений, включая проблемы с памятью, вниманием и эмоциональным состоянием. Однако вопросы психокоррекционно-го вмешательства при лечении этих состояний рассматриваются крайне редко.

Цель – определить мишени психологической и нейропсихологической коррекции для реабилитации пациентов, перенесших НКВИ.

Объект – пациенты, перенесшие НКВИ в легкой и средней степени.

Предмет – когнитивные функции и эмоциональная сфера пациентов, перенесших НКВИ в легкой и средней степени.

Методология. Проведено комплексное нейропсихологическое обследование 50 испытуемых, перенесших НКВИ средней или легкой степени тяжести не более 6 месяцев назад. Для оценки когнитивных функций использовались методики МоСА, FAB, тест «Рисунок часов» и др. Эмоциональное состояние оценивалось с помощью шкалы астении MFI-20, больничной шкалы тревоги и депрессии HADS, методики САН.

Результаты и анализ. Установлены основные дефицитарные факторы – пространственный и регуляторный, – проявляющиеся в нарушениях устойчивости внимания, снижении беглости речи и ухудшении семантической памяти. Наблюдаются высокие показатели тревоги и астении на фоне сохранной мотивации.

Выводы. Выделены ключевые коррекционные мишени для когнитивной реабилитации: регуляторный праксис, произвольное внимание и квазипространственные представления. Важно уделять внимание тревожным переживаниям пациентов и проводить первичную психопрофилактику для предотвращения депрессивных расстройств. Поддержание мотивации через признание успехов и ведение дневников динамики способствует активному вовлечению пациентов в процесс реабилитации.

Ключевые слова: COVID-19, нейрокогнитивные расстройства, постковидный синдром.

Введение

В последние годы в научной литературе акцентируется внимание на когнитивных нарушениях, возникающих после перене-

сенной новой коронавирусной инфекции (НКВИ). Вирусные респираторные инфекции могут вызывать не только соматические, но и нервно-психические осложнения. Ког-

✉ Кутькова Анна Константиновна – аспирант каф. психосоматики и психотерапии, С.-Петерб. гос. педиатр. мед. ун-т (Россия, 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2); мед. психолог, Первый С.-Петерб. гос. мед. ун-т им. акад. И.П. Павлова (Россия, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8), ORCID 0009-0001-5825-9686, e-mail: kutkova.nura@yandex.ru

нитивные нарушения встречаются у 33–60 % пациентов, что указывает на высокую долю людей с постковидным синдромом, включающим когнитивные проблемы. Анализ отечественных и зарубежных исследований показывает наличие когнитивных симптомов, включая нарушения памяти и внимания, а также аффективные симптомы, такие как тревожность, депрессия и усталость [11].

В зарубежных исследованиях, оценивающих глобальную когнитивную функцию, когнитивные нарушения были выявлены у части пациентов – от 15 % [27]. В крупнейшем исследовании из 185 пациентов 25,4 % имели когнитивные нарушения, определяемые как общий балл МоСА < 24, через 3–4 недели после выписки из отделения интенсивной терапии [18].

Было проанализировано семь исследований, в которых оценивались внимание или исполнительные функции с помощью субтестов глобальных когнитивных шкал (MMSE, МоСА) или специфических нейропсихологических тестов. Все исследования выявили дефицит в исполнительных функциях или внимании [16, 17, 22–24, 28, 29]. В работах М. Almeria соавторов только у одного пациента (2,9 %) была снижена скорость обработки информации, у двух (5,7 %) – показатели распределения внимания, а у трех участников (8,6 %) были трудности с когнитивной гибкостью [16]. В трех исследованиях с использованием батареи лобной дисфункции (FAB) были обнаружены значимо низкие баллы исполнительной функции [17, 22, 23]. Четыре исследования выявили нарушения беглости речи: V. Beaud и соавторы обнаружили дефицит вербальной беглости [17], а F. Negrini и М. Almeria – низкую литеральную беглость у 11 % пациентов [16, 22]. В трех исследованиях, посвященных памяти, также были выявлены нарушения [15, 17, 22]: в исследовании М. Almeria у одного пациента (2,9 %) были низкие баллы по вербальной памяти [16], в двух других сообщалось о дефиците кратковременной памяти [15, 22, 28]. Пять пациентов (16,7 %) в исследовании отметили субъективное снижение беглости речи, что подтвердилось языковыми

тестами [28]. Четыре исследования изучали зрительно-пространственную функцию: V. Beaud и соавторы обнаружили данные нарушения при тестировании по шкале МоСА [17], а В. Raman и соавторы выявили их у 40 % пациентов с НКВИ по сравнению с 16 % в контрольной группе [24].

Все исследования описывают результаты нейропсихологической оценки через характеристики высших психических функций, преимущественно количественного характера. Важно проводить групповые тесты, объединяющие качественный и количественный подходы, для оценки этих функций у взрослых и детей. Это поможет выделить ключевые психокоррекционные мишени и описать сохраненные и нарушенные функции, а в результате разработать и улучшить реабилитационную программу [2,9].

Цель – провести синдромный нейропсихологический анализ нарушений высших психических функций и выявить основные психологические и нейропсихологические коррекционные мишени у пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию (U07.1).

Материалы и методы. В данном исследовании отсутствует контрольная группа из-за недостатка испытуемых, не перенесших НКВИ и с отрицательным результатом ПЦР. Поэтому была поставлена задача строго соблюдать критерии включения в основную выборку и использовать методики с нормативными показателями для обеспечения надежности данных. Анализировались истории болезни пациентов, лечившихся в стационарах Санкт-Петербурга в 2022–2023 гг. с диагнозом U07.1 (COVID-19, вирус идентифицирован). Из 254 проанализированных историй были отобраны 89, соответствующие критериям. В результате индивидуальных бесед в исследование были включены 50 испытуемых, подписавших добровольное информированное согласие. Критерии включения в группу:

- 1) возраст 30–65 лет;
- 2) отсутствие на магнитно-резонансной томографии очаговых нарушений вещества головного мозга;

3) отсутствие в анамнезе черепно-мозговых травм, острых нарушений мозгового кровообращения, тяжелых интоксикаций, сахарного диабета, данных о наличии когнитивного дефицита либо подозрения на него;

4) подтвержденный ПЦР-тестом COVID-19, перенесенный испытуемым за 6–9 месяцев до момента исследования;

5) отсутствие жалоб на состояние когнитивных функций (КФ) до перенесенной болезни;

6) наличие жалоб на состояние КФ на момент исследования (субъективно связываемых самими испытуемыми с перенесенной инфекцией);

7) отсутствие когнитивных нарушений тяжелой степени выраженности по результатам скрининговой диагностики на отборочном этапе (не менее 10 баллов по шкале MoCA);

8) отсутствие афазии умеренной и грубой степени (не более 21 балла по шкале Вассермана Л.И. для оценки степени выраженности речевых нарушений у больных с локальными поражениями мозга).

В ходе исследования соблюдались положения Хельсинкской декларации ВМА 1964 г. (с изменениями 2013 г.). Все участники дали информированное согласие, обеспечена конфиденциальность данных, и у них было право в любой момент отказаться от участия. Исследование было одобрено Локальным Этическим комитетом при Санкт-Петербургском государственном педиатрическом университете (протокол 17/06 от 14 октября 2022 г.).

Выбор психодиагностических методик основывался на анализе литературных данных о распространенных когнитивных нарушениях в данной группе пациентов. Учитывалась необходимость сочетания количественного (психометрического) и качественного (синдромного) анализа для более глубокого понимания структуры когнитивного дефицита. Для оценки когнитивных функций использовались следующие диагностические шкалы и пробы:

- Методики, использованные для оценки когнитивного статуса и высших психических функций:

1. Монреальская когнитивная шкала (MoCA), S. Ziad Nasreddine, 1996 [21]. Для статистической обработки данных использовались нормативные показатели, указанные авторами данной методики.

2. Батарея лобной дисфункции (FAB), B. Dubois et al., 1999. Для статистической обработки данных использовались нормативные показатели, указанные авторами данной методики [19].

3. Тест «Рисунок часов» (Clock Drawing Test), Г. Хэд. Использовалась десятибалльная система оценки результатов данного теста [8]. Для статистической обработки использовались нормативные значения, описанные в исследовании W. Souillard-Mandar соавт. [26].

4. Проба Г. Хэда, направленная на исследование пространственного праксиса [4, 7]. Данная методика использовалась для проведения качественного анализа.

5. Тест на семантическую вербальную беглость, D. Barry. Для статистической обработки использовались нормативные значения, описанные в исследовании М.В. Алфимовой [1].

6. Проба «Понимание сравнительных конструкций» Т.В. Ахутина [3]. Данная методика использовалась для проведения качественного анализа.

7. Проба на понимание логико-грамматических (квазипространственных) конструкций «Бочка и ящик», А.Р. Лурия [13]. Данная методика использовалась для проведения качественного анализа.

8. Методика «Заучивание 10 слов», А.Р. Лурия. Для статистической обработки использовались нормативные значения, описанные в исследовании Е.Д. Соловенко [12].

9. Тест символично-цифрового кодирования К.М. Kiely. Для статистической обработки данных нами использовались нормативные показатели, указанные авторами данной методики [30].

- Для оценки эмоциональной сферы были использованы следующие шкалы и опросники. Для статистической обработки данных нами использовались нормативные показатели, указанные авторами данных шкал:

1. Субъективная шкала оценки астении (MFI-20), Е.М. Smets [25].

2. Больничная шкала тревоги и депрессии (HADS), A.S. Zigmond, R.P. Snaith, в адаптации М.А. Морозовой и соавторов [10].

3. Самочувствие – активность – настроение (САН), В.А. Доскин, Н.А. Лаврентьева, В.Б. Шарай, М.П. Мирошников [5].

Диагностика проводилась индивидуально с каждым испытуемым, что позволило произвести качественную и количественную оценку полученных результатов.

Всего в исследовании приняли участие 50 человек в возрасте от 25 до 65 лет (медиана возраста составила 46,3 года, мода – 43 года, среднее – 48,6 года). Соотношение по полу составило: 25 мужчин (50 % выборки), 25 женщин (50 % выборки). Средний возраст мужчин составил 50,4 года (32; 65), средний возраст женщин составил 46,8 года (25; 60). Таким образом, выборку составили лица, входящие в состав трудоспособного населения [6].

Жалобы на когнитивные функции: 100 % испытуемых (50 человек) не имели жалоб на когнитивные функции до COVID-19, но все (100 %) на момент исследования связывали появление жалоб с заболеванием. На момент исследования 84 % (42 человека) жаловались на внимание, 78 % (39 человек) – на ухудшение памяти, 74 % (37 человек) – на ухудшение мышления, 58 % (29 человек) – на ухудшение речи, 38 % (19 человек) – на нарушение ориентации в пространстве.

Сравнительный анализ

Был проведен статистический анализ по каждой методике путем сравнения среднего с константой. Учитывая объем выборки (50 человек) и центральную предельную теорему, использовались параметрические методы. Сравнение среднего с константой осуществлялось с помощью одновыборочного t-критерия Стьюдента, при этом константой служили средние значения нормы, указанные авторами методик, или медиана среднего уровня выраженности признака в рамках нормы.

МоСА. Полученная средняя по шкале (21,92) укладывается в диапазон легких когнитивных нарушений (18–25 баллов), имеет достоверное отличие от показателей нормы ($p \leq 0,001$), а также не имеет достоверных различий со средним показателем, который демонстрируют пациенты с легкими когнитивными нарушениями (22,1). Таким образом, у пациентов выборки выявлены легкие когнитивные нарушения по скрининговой монреальской шкале когнитивного дефицита.

По остальным когнитивным пробам и шкалам были выявлены достоверные отрицательные отклонения от нормы (табл. 1).

Наибольшее отрицательное отклонение от нормы выявлено по методике *семантической беглости речи*. Испытуемые, назвав пару слов, испытывали значительные затруднения. Частые комментарии во время выполнения пробы: «это мучительно», «слова

Таблица 1

Результаты сравнительного анализа по основным когнитивным шкалам

Методика	Среднее	Значение критерия (константа)	Значение, T	Значимость (двусторонняя), p
FAV	16,7	17,3	–3,951	0,0001***
Тест «Рисунок часов»	9	9,5	–3,572	0,001***
Семантическая беглость	23	40,8	–18,468	0,0001***
Заучивание 10 слов	6,4	7,6	–3,588	0,001***
Символьно-цифровое кодирование	41,6	49,16	–8,376	0,0001***
Проба Хэда	8,02	9,5	–5,092	0,0001***
Понимание сравнительных конструкций	1,58	2,5	–7,012	0,0001***
«Бочка и ящик»	7,08	7,5	–1,826	0,074

Примечание: *** $p \leq 0,001$.

разбегаются», «в голове пусто», «не могу найти слова». Многие чувствовали недоумение и тревогу из-за невыполнения задания, некоторые испытывали раздражение и злость на себя. Результаты указывают на снижение скорости мыслительных процессов, снижение управляющих функций и семантической памяти, ассоциированных с префронтальными отделами, височной и теменной корой головного мозга.

Следующей методикой с наибольшим отрицательным отклонением от нормы является *символьно-цифровое кодирование*. Испытуемые обработали в среднем 41,6 символа за 90 с, что достоверно ниже нормы. При этом, среднее количество ошибок составило 1, что считается низким показателем. Во время наблюдения за пациентами было отмечено, что они выполняли задание медленно, часто перепроверяя правильность символов. Немногие успели запомнить соотношение цифра – символ и продолжали заполнять их без сверки, в то время как большинство регулярно сверялись с ключом. Это указывает на снижение оперативной памяти и дефицит в сфере квазипространственных представлений.

В ходе выполнения методики «Рисунок часов» наиболее распространенной ошибкой была неверная интерпретация заданного времени, несмотря на правильное размещение стрелок. Это свидетельствует о нарушении понимания обратных речевых конструкций, а не о пространственных или регуляторных дисфункциях.

В шкале FAB основная доля ошибок была зафиксирована в пробе «Кулак–ребро–ладонь», где испытуемые часто путали порядок элементов, а также в пробе «Беглость речи», что может указывать на дисфункцию задне-лобных и префронтальных отделов мозга.

При *отсроченном воспроизведении* 10 слов конфабуляторные включения не наблюдались, в то время как использование подсказок способствовало успешному воспроизведению у 92 % испытуемых (46 человек), что указывает на корковый характер нарушений памяти.

Понимание сравнительных конструкций. Во время выполнения данной пробы большинство испытуемых давали неверные ответы, которые затем ими же корректировались после дополнительных размышлений. Это может указывать на снижение тормозного контроля, ассоциированного с префронтальными отделами головного мозга.

Понимание предложных конструкций. В процессе выполнения пробы многие пациенты запрашивали возможность использовать бумагу и ручку, особенно при ответе на последний вопрос с двойным сравнением, но, согласно инструкции, это было запрещено. Кроме того, многие из них не проявляли критичности к своим ошибкам и не всегда понимали, почему их ответы оказались неверными. Это может указывать на дефицит квазипространственных представлений, ассоциированных с теменно-височной затылочной зоной.

Проба Хэда. В процессе выполнения данной методики не все пациенты смогли сразу усвоить инструкцию, что привело к необходимости повторного объяснения. Большинство из них допускали импульсивные зеркальные ошибки, которые затем корректировались. Учитывая характер этих ошибок, данная проба указывает на нарушения пространственных представлений, а также регуляторного праксиса.

HADS. Значимые отрицательные отклонения от верхнего порогового значения были выявлены по показателям депрессии (табл. 2). Данные показатели указывают на отсутствие у исследуемых депрессивных переживаний. По показателям тревоги не было выявлено значимых отличий от верхнего порогового значения. Это указывает на наличие тревожных переживаний у пациентов – испытуемых выборки.

Ни один из респондентов не жаловался на депрессивные переживания, а сниженное настроение (24 %, 12 человек) объяснялось как результат борьбы с симптомами или временной слабостью. Однако 92 % пациентов (46 человек) отмечали повышенный уровень тревоги, который не всегда связывали с состоянием

своих высших психических функций. Многие испытывали тревогу «без повода» или по незначительным причинам, а также сообщали о вечерних и ночных мыслях, симптомах гипервентиляции и внутренней дрожи.

MFI-20. Все пациенты жаловались на астению, быструю утомляемость и постоянную усталость без видимых причин. При статистической обработке использовались два ключевых показателя: пороговое значение (12 баллов) для выраженной астении и медиана высокого уровня (16 баллов). Средний показатель общей астении составил 14 баллов, что указывает на умеренную астению ($p \leq 0,001$). По шкале «Снижение мотивации» средний показатель составил 8,38 балла, что достоверно ниже порогового значения ($p \leq 0,001$) и указывает на низкую выраженность. Испытуемые активно участвуют в исследовании и стремятся преодолеть симптомы. Наивысший средний показатель (11,72) отмечен на шкале «Психическая астения», что свидетельствует о ее выраженности. Основные жалобы связаны с психической усталостью: трудности с кон-

центрацией, быстрая утомляемость и эмоциональная раздражительность. Показатели физической астении (11,08) и пониженной активности (11,42) близки к пороговому значению, но менее выражены по сравнению с психической астенией.

САН. Результаты средних данных методик сравнивались с нижней границей нормы (30 баллов) и средним показателем нормы (40 баллов). Значительное позитивное отклонение от нормы наблюдается по всем шкалам, кроме шкалы самочувствия, где значимых отличий не было выявлено. Положительное отклонение от среднего показателя нормы отмечено по шкалам «Активность» (44,92; $p \leq 0,001$) и «Настроение» (45,5; $p \leq 0,001$), при этом наибольшее отклонение наблюдается по шкале «Настроение». Шкала самочувствия имеет наименьшее среднее значение (43,42). Эти результаты соответствуют наблюдениям: испытуемые реже жаловались на эмоциональный фон и неготовность к активной работе, чаще указывая на психологический и физиологический дискомфорт

Таблица 2

Результаты сравнительного анализа по методикам, исследующим эмоциональную сферу

Методика	Среднее	Значение критерия (константа)	Значение, T	Значимость (двусторонняя), p
HADS, депрессия	5,18	10	-13,146	0,001*
HADS, тревога	8,12	9	-1,807	0,077
MFI-20, общая астения	14	16	-4,796	0,0001***
MFI-20, психическая астения	11,72	16	-8,721	0,0001***
MFI-20, физическая астения	11,08	16	-7,634	0,0001***
MFI-20, пониженная активность	11,42	16	-8,58	0,0001***
MFI-20, снижение мотивации	8,38	16	-21,499	0,0001***
MFI-20, снижение мотивации	8,38	12	-10,213	0,0001***
САН, самочувствие	43,42	30	7,497	0,0001***
САН, самочувствие	43,42	40	1,911	0,062
САН, активность	44,92	30	8,291	0,0001***
САН, активность	44,92	40	2,734	0,009**
САН, настроение	45,5	30	11,859	0,0001***
САН, настроение	45,5	40	4,218	0,0001***

Примечание: *** $p \leq 0,001$.

Обсуждение результатов

Основные дефицитарные факторы у данной когорты пациентов – пространственный и регуляторный (фактор произвольной и непроизвольной регуляции психической деятельности). Эти факторы проявляются симптомами нарушения устойчивости внимания, снижения беглости речи, ухудшения семантической памяти, уменьшения скорости мышления и нарушения квазипространственных представлений. Таким образом, у пациентов, перенесших НКВИ, наблюдается сочетание нейропсихологических синдромов, связанных с дисфункцией третичных корковых полей теменно-височно-затылочной зоны, префронтальных третичных областей коры головного мозга [20]. Эти синдромы можно объединить в метасиндром дисфункции третичных корковых полей префронтальных отделов головного мозга и ТРО.

У пациентов, перенесших НКВИ, отмечаются высокие показатели тревоги и астении ведущим психическим компонентом астении на фоне сохранной мотивации и низких показателей депрессии.

Выводы

На основе проведенного синдромного нейропсихологического анализа можно выделить ключевые коррекционные мишени

для когнитивной реабилитации пациентов, перенесших НКВИ:

- 1) регуляторный праксис, особенно в сферах программирования и контроля;
- 2) произвольное внимание;
- 3) квазипространственные представления;
- 4) пространственный праксис.

Мишенями психокоррекционной работы с данными пациентами выступают:

- 1) тревожные переживания;
- 2) психическая астения.

В процессе консультативной работы с этими пациентами важно уделять особое внимание тревожным переживаниям, а также проводить всестороннее психологическое информирование пациентов об их состоянии и о структуре их когнитивных нарушений. Не менее значимым является осуществление первичной психопрофилактики для предотвращения депрессивных расстройств. В контексте мотивации следует отметить, что большинство пациентов изначально демонстрируют высокий уровень мотивационной активности. Поэтому акцент необходимо сделать не на формировании мотивации, а на ее поддержании и укреплении. Это можно осуществлять через регулярное признание достигнутых успехов и ведение дневников динамики, что будет способствовать поддержанию позитивного настроения и активному вовлечению пациентов в процесс реабилитации.

Литература

1. Алфимова М.В. Семантическая вербальная беглость: нормативные данные и особенности выполнения задания больными шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20, № 3. С. 20–25.
2. Ахутина Т.В., Корнеев А.А., Матвеева Е.Ю., Статников А.И. Понимание логико-грамматических конструкций у второклассников: нейролингвистический анализ механизмов // Воспитание и обучение детей младшего возраста: Сб. мат. ежегодной межд. науч.-практ. конф. 2016. № 5. С. 245–251.
3. Ахутина Т.В., Матвеева Е.Ю., Романова А.А. Применение лурьевского принципа синдромного анализа в обработке данных нейропсихологического расстройства детей с отклонениями в развитии // Вестник Московского университета. Сер. 14. Психология. 2012. № 2. С. 5–10.
4. Балашова Е.Ю., Ковязина М.С. Нейропсихологическая диагностика. Классические стимульные материалы. М.: Генезис, 2017. 72 с.
5. Доскин В.А., Лаврентьева Н.А., Мирошников М.П., Шарай В.Б. Тест дифференцированной самооценки функционального состояния // Вопросы психологии. 1973. № 6. С. 34–42.
6. Залевская М.А. Возрастная периодизация в Российской Федерации в современных условиях // Международный научно-исследовательский журнал. 2020. № 12 (102). С. 12–15.
7. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1962. 512 с.

8. Мелёхин А.И. Использование теста рисования часов в скрининг-обследовании когнитивного дефицита // Национальные приоритеты России. 2014. № 2 (12). С. 5–8.
9. Микадзе Ю.В. Некоторые методологические вопросы качественного и количественного анализа в нейропсихологической диагностике // Вестник Московского университета. Сер. 14. Психология. 2012. № 2. С. 96–103.
10. Морозова М.А., Потанин С.С., Бениашвили А.Г. [и др.]. Валидация русскоязычной версии Госпитальной шкалы тревоги и депрессии в общей популяции // Профилактическая медицина. 2023. Т. 26, № 4. С. 7–14.
11. Поляков В.М., Черевикова И.А., Мясищев Н.А. [и др.]. Когнитивные и эмоциональные нарушения, ассоциированные с COVID-19 (обзор литературы) // *Acta Biomedica Scientifica*. 2022. № 6. С. 71–81.
12. Словенко Е.Д., Яремченко П.И., Хохлов Н.А. Нормативные характеристики выполнения методики «Заучивание 10 слов» и способы выявления установочного поведения при исследовании памяти // Вестник по педагогике и психологии Южной Сибири. 2020. № 3. С. 45–51.
13. Фотекова Т.А., Ахутина Т.В. Диагностика речевых нарушений школьников с использованием нейропсихологических методов: Пособие для логопедов и психологов. М.: АРКТИ, 2002. 136 с.
14. Хомская Е. Д. Нейропсихология. 4-е изд. СПб.: Питер, 2005. 496 с.
15. Alemanno F, Houdayer E., Parma A. [et al.]. COVID-19 cognitive deficits after respiratory assistance in the subacute phase: A COVID-rehabilitation unit experience // *PLOS ONE*. 2021. Vol. 16. Article e0246590. DOI: 10.1371/journal.pone.0246590.
16. Almeria M., Cejudo J.C., Sotoca J. [et al.]. Cognitive profile following COVID-19 infection: Clinical predictors leading to neuropsychological impairment // *BBB Health*. 2020. Vol. 9. Article 100163. DOI: 10.1016/j.bbhi.2020.100163.
17. Beaud V., Crottaz-Herbette S., Dunet V. [et al.]. Pattern of cognitive deficits in severe COVID-19 // *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 2021. Vol. 92. Pp. 567–568. DOI: 10.1136/jnnp-2020-325173.
18. De Lorenzo R., Conte C., Lanzani C. [et al.]. Residual clinical damage after COVID-19: A retrospective and prospective observational cohort study // *PLOS ONE*. 2020. Vol. 15. Article e0239570. DOI: 10.1371/journal.pone.0239570.
19. Dubois B., Slachevsky A., Litvan I., Pillon B. The FAB: A Frontal Assessment Battery at bedside // *Neurology*. 2000. Vol. 55, N 11. Pp. 1621–1626. DOI: 10.1212/wnl.55.11.1621.
20. Mikadze Y.V. Methodology of neuropsychological assessment: Qualitative (metasyndromal analysis of cognitive deficit structure) and quantitative (psychometric estimate) aspects // *Psychology in Russia: State of the Art* / Ed. Yu.P. Zinchenko, V.F. Petrenko. Moscow; 2011. Pp. 261–267.
21. Nasreddine Z.S., Phillips N.A., Bedirian V. [et al.]. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment // *JAGS*. 2005. Vol. 53, N 4. Pp. 695–699. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2005.53221.
22. Negrini F., Ferrario I., Mazziotti D. [et al.]. Neuropsychological features of severe hospitalized coronavirus disease 2019 patients at clinical stability and clues for postacute rehabilitation // *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2021. Vol. 102. Pp. 155–158. DOI: 10.1016/j.apmr.2020.09.376.
23. Ortellì P., Ferrazzoli D., Sebastianelli L. [et al.]. Neuropsychological and neurophysiological correlates of fatigue in post-acute patients with neurological manifestations of COVID-19: Insights into a challenging symptom // *JNS*. 2021. Vol. 420. Article 117271. DOI: 10.1016/j.jns.2020.117271.
24. Raman B., Cassar M.P., Tunnicliffe E.M. [et al.]. Medium-term effects of SARS-CoV-2 infection on multiple vital organs, exercise capacity, cognition, quality of life and mental health, post-hospital discharge // *E Clinical Medicine*. 2021. Vol. 31. Article 100683. DOI: 10.1016/j.eclinm.2020.100683.
25. Smets E.M., Garssen B., Bonke B., De Haes J.C. The multidimensional fatigue inventory (MFI): Psychometric qualities of an instrument to assess fatigue // *J. Psychosom. Res.* 1995. Vol. 39, N 3. Pp. 315–325. DOI: 10.1016/0022-3999(94)00125-o.
26. Souillard-Mandar W., Penney D., Schaible B. [et al.]. DCTclock: Clinically-interpretable and automated artificial intelligence analysis of drawing behavior for capturing cognition // *Front. Digit. Health*. 2021. Vol. 3. Article 750661. DOI: 10.3389/fdgth.2021.750661.
27. Van Den Borst B., Peters J.B., Brink M. [et al.]. Comprehensive health assessment three months after recovery from acute COVID-19 // *CID*. 2020. DOI: 10.1093/cid/ciaa1750.
28. Woo M.S., Malsy J., Pottgen J. [et al.]. Frequent neurocognitive deficits after recovery from mild COVID-19 // *Brain Commun*. 2020. Vol. 2. Article fcaa205. DOI: 10.1093/braincomms/fcaa205.
29. Zhou H., Lu S., Chen J. [et al.]. The landscape of cognitive function in recovered COVID-19 patients // *J. Psychiatr. Res.* 2020. Vol. 129. Pp. 98–102. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2020.06.022.
30. Zucker R.A. Normative Symbol Digit Modalities Test performance in a community-based sample // *Arch Clin Neuropsychol*. 2006. Vol. 21, N 1. Pp. 23–28. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.acn.2005.07.003>.

Поступила 10.04.2025

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

Для цитирования. Кутькова А.К. Мишени нейropsychологической коррекции в работе с пациентами, перенесшими новую коронавирусную инфекцию // Вестник психотерапии. 2025. № 96. С. 58–68. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-96-58-68

Автор выражает признательность за помощь в проведении исследования:

Вознюку Игорю Алексеевичу, д-ру мед. наук, проф., гл. внештатному специалисту-неврологу Комитета по здравоохранению С.-Петербурга и МЗ по СЗФО, зам. гл. врача клиники по неврологии, проф. каф. неврологии Первого С.-Петерб. гос. мед. ун-та им. акад. И.П. Павлова;

Земляных Марине Веанировне, канд. мед. наук, доц. каф. психосоматики и психотерапии С.-Петерб. гос. педиатр. мед. ун-та.

A.K. Kutkova

Targets of Psychological and Neuropsychological Correction in Working with Patients Who Have Undergone a New Coronavirus Infection

Pavlov First State Medical University of Saint-Petersburg (6–8, Leo Tolstoy Str., St. Petersburg, Russia);
St. Petersburg State Pediatric Medical University (2, Litovskaya Str., St. Petersburg, Russia)

✉ Anna Konstantinovna Kutkova – PhD student, Department of Psychosomatics and Psychotherapy, St. Petersburg State Pediatric Medical University (2, Litovskaya Str., St. Petersburg, 194100, Russia); medical psychologist, Pavlov First State Medical University of Saint-Petersburg (6–8, Leo Tolstoy Str., St. Petersburg, 197022, Russia), ORCID 0009-0001-5825-9686, e-mail: kutkova.nura@yandex.ru

Abstract

Relevance and scientific novelty. Currently, post-COVID cognitive disorders and neurological consequences of the new coronavirus infection (NCVI) are being actively investigated. These studies reveal a wide spectrum of dysfunctions, including deficits in memory, attention, and emotional regulation. However, issues of psychocorrective intervention in the treatment of these conditions are extremely rarely considered.

Objective. To identify psychological and neuropsychological intervention targets for the rehabilitation of patients recovering from a new coronavirus infection.

Object. Patients who experienced mild or moderate NCoVI.

Subject. Cognitive functions and emotional functioning in patients who have had NCoVI in mild and moderate degrees.

Methodology. A comprehensive neuropsychological assessment was conducted with 50 participants who had recovered from mild or moderate NCoVI no more than six months prior. To evaluate cognitive functions, the MoCA, FAB, Clock Drawing test and other methods were used. The emotional state was assessed using the MFI-20 asthenia scale and the HADS – hospital anxiety and depression scale, SAN test.

Results and analysis. The main deficit-related factors identified were spatial and regulatory, manifested in impaired sustained attention, reduced verbal fluency, and decreased semantic memory performance. Elevated anxiety and asthenia were observed against the background of preserved motivation.

Conclusions. The key targets for cognitive rehabilitation were identified: regulatory praxis, voluntary attention and quasi-spatial representations. It is important to pay attention to the anxious experiences of patients and conduct primary psychoprophylaxis to prevent depressive disorders.

Maintaining motivation through recognition of successes and keeping dynamics diaries contributes to the active involvement of patients in the rehabilitation process.

Keywords: COVID-19, neurocognitive disorders, post-COVID syndrome.

References

1. Alfimova M.V. Semanticheskaya verbal'naya beglost': normativnye dannye i osobennosti vypolneniya zadaniya bol'nymi shizofreniy [Semantic verbal fluency: normative data and features of task performance by patients with schizophrenia]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiyatriya* [Social and Clinical Psychiatry]. 2010; 20(3): 20–25. (In Russ.)
2. Akhutina T.V., Korneev A.A., Matveeva E.Yu., Statnikov A.I. Ponimaniye logiko-grammaticheskikh konstruktsey u vtoroklassnikov: neyrolingvisticheskiy analiz mekhanizmov [Understanding Logical-Grammatical Constructions in Second Graders: Neurolinguistic Analysis of Mechanisms]. *Vospitaniye i obucheniye detey mladshogo vozrasta: Sbornik materialov Yezhegodnoy mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii* [Education and Training of Young Children: Collection of Materials of the Annual International Scientific and Practical Conference]. 2016; (5): 245–251. (In Russ.)
3. Akhutina T.V., Matveeva E.Yu., Romanova A.A. Primeneniye Luriyevskogo printsipa sindromnogo analiza v obrabotke dannykh neyropsikhologicheskogo rasstroystva detey s otkloneniyami v razviti [Application of luria's principle of syndromic analysis in processing data on neuropsychological disorders in children with developmental delays]. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14. Psikhologiya* [Bulletin of Moscow University. Series 14. Psychology]. 2012; (2): 5–10. (In Russ.)
4. Balashova E.Yu., Kovyazina M.S. Neyropsikhologicheskaya diagnostika. Klassicheskie stimulyarnye materialy [Neuropsychological diagnosis. Classical stimulus materials]. Moscow, 2017. 72 p. (In Russ.)
5. Doskin V.A., Lavrent'eva N.A., Miroshnikov M.P., Sharay V.B. Test differentsirovannoy samootsenki funktsional'nogo sostoyaniya [Test of Differentiated Self-Assessment of Functional State]. *Voprosy psikhologii* [Issues of Psychology]. 1973; (6): 34–42. (In Russ.)
6. Zalevskaya M.A. Vozrastnaya periodizatsiya v Rossiyskoy Federatsii v sovremennykh usloviyakh [Age Periodization in the Russian Federation under Modern Conditions]. *Mezhdunarodnyy nauchno-issledovatel'skiy zhurnal* [International Scientific Research Journal]. 2020; (12(102)): 12–15. (In Russ.)
7. Luriya A.R. Vysshie korkovye funktsii cheloveka i ikh narusheniya pri lokal'nykh porazheniyakh mozga [Higher Cortical Functions of Man and Their Disorders in Local Brain Lesions]. Moscow, 1962. 512p. (In Russ.)
8. Melyokhin A.I. Ispol'zovaniye testa risovaniya chasov v skrining-obsledovanii kognitivnogo defitsita [Use of the Clock Drawing Test in Screening for Cognitive Deficit]. *Natsional'nye prioritety Rossii* [National Priorities of Russia]. 2014; (2(12)): 5–8. (In Russ.)
9. Mikadze Yu.V. Nekotorye metodologicheskie voprosy kachestvennogo i kolichestvennogo analiza v neyropsikhologicheskoy diagnostike [Some Methodological Issues of Qualitative and Quantitative Analysis in Neuropsychological Diagnosis]. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14. Psikhologiya* [Bulletin of Moscow University. Series 14. Psychology]. 2012; (2): 96–103. (In Russ.)
10. Morozova M.A., Potanin S.S., Benyashvili A.G. [et al.]. Validatsiya russkoyazychnoy versii Gospital'noy shkal'y trevogi i depressii v obshchey populatsii [Validation of the Russian version of the hospital anxiety and depression scale in the general population]. *Profilakticheskaya meditsina* [Preventive Medicine]. 2023; 26(4): 7–14. (In Russ.)
11. Polyakov V.M., Cherevikova I.A., Myasishchev N.A. [et al.]. Kognitivnye i emotsional'nye narusheniya, assotsiirovannyye s COVID-19 (obzor literatury) [Cognitive and Emotional Disorders Associated with COVID-19 (Literature Review)]. *Acta biomedica scientifica* [Acta Biomedica Scientifica]. 2022; (6): 71–81. (In Russ.)
12. Slovenko E.D., Yaremchenko P.I., Khokhlov N.A. Normativnye kharakteristiki vypolneniya metodiki "zauchivaniye 10 slov" i sposoby vyyavleniya ustanovochno go povedeniya pri issledovanii pamyati [Normative Characteristics of the "Learning 10 Words" Method and Ways to Identify Set Behavior in Memory Research]. *Vestnik po pedagogike i psikhologii Yuzhnoy Sibiri* [Bulletin of Pedagogy and Psychology of Southern Siberia]. 2020; (3): 45–51. (In Russ.)
13. Fotekova T.A., Akhutina T.V. Diagnostika rechevykh narusheniy shkol'nikov s ispol'zovaniem neyropsikhologicheskikh metodov: posobiye dlya logopedov i psikhologov [Diagnosis of speech disorders in schoolchildren using neuropsychological methods: a guide for speech therapists and psychologists]. *Biblioteka praktikuushchego logopeda* [Library of the Practicing Speech Therapist]. Moscow, 2002. 136 p. (In Russ.)
14. Khomskaia E.D. Neyropsikhologiya: 4-e izd. [Neuropsychology: 4th ed.]. Sankt-Peterburg, 2005. 496 p. (In Russ.)
15. Alemanno F., Houdayer E., Parma A. [et al.]. COVID-19 cognitive deficits after respiratory assistance in the subacute phase: A COVID-rehabilitation unit experience. *PLOS ONE*. 2021; 16: e0246590. DOI: 10.1371/journal.pone.0246590.
16. Almeria M., Cejudo J. C., Sotoca J. [et al.]. Cognitive profile following COVID-19 infection: clinical predictors leading to neuropsychological impairment. *Brain, Behavior, and Immunity. Health*. 2020; 9: 100163. DOI: 10.1016/j.bbih.2020.100163.

17. Beaud V., Crottaz-Herbette S., Dunet V. [et al.]. Pattern of cognitive deficits in severe COVID-19. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 2021; 92: 567–568. DOI: 10.1136/jnnp-2020-325173.
18. De Lorenzo R., Conte C., Lanzani C. [et al.]. Residual clinical damage after COVID-19: a retrospective and prospective observational cohort study. *PLOS ONE*. 2020; 15: e0239570. DOI: 10.1371/journal.pone.0239570.
19. Dubois B., Slachevsky A., Litvan I., Pillon B. The FAB: a frontal assessment battery at bedside. *Neurology*. 2000; 55(11): 1621–1626. DOI: 10.1212/wnl.55.11.1621.
20. Mikadze Y.V. Methodology of neuropsychological assessment: qualitative (metasyndromal analysis of cognitive deficit structure) and quantitative (psychometric estimate) aspects. In: *Psychology in Russia: State of the Art* / Ed. by Yu.P. Zinchenko, V.F. Petrenko. Moscow. 2011: 261–267.
21. Nasreddine Z.S., Phillips N.A., Břidirian V. [et al.]. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2005; 53(4): 695–699. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2005.53221.
22. Negrini F., Ferrario I., Mazziotti D. [et al.]. Neuropsychological features of severe hospitalized coronavirus disease 2019 patients at clinical stability and clues for postacute rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2021; 102: 155–158. DOI: 10.1016/j.apmr.2020.09.376.
23. Ortelli P., Ferrazzoli D., Sebastianelli L. [et al.]. Neuropsychological and neurophysiological correlates of fatigue in post-acute patients with neurological manifestations of COVID-19: insights into a challenging symptom. *Journal of Neurological Sciences*. 2021; 420: article 117271. DOI: 10.1016/j.jns.2020.117271.
24. Raman B., Cassar M.P., Tunnicliffe E.M. [et al.]. Medium-term effects of SARS-CoV-2 infection on multiple vital organs, exercise capacity, cognition, quality of life and mental health, post-hospital discharge. *E Clinical Medicine*. 2021; 31: article 100683. DOI: 10.1016/j.eclinm.2020.100683.
25. Smets E.M., Garssen B., Bonke B., De Haes J.C. The Multidimensional Fatigue Inventory (MFI): psychometric qualities of an instrument to assess fatigue. *Journal of Psychosomatic Research*. 1995; 39(3): 315–325. DOI: 10.1016/0022-3999(94)00125-o.
26. Souillard-Mandar W., Penney D., Schaible B. [et al.]. DCTclock: clinically-interpretable and automated artificial intelligence analysis of drawing behavior for capturing cognition. *Frontiers in Digital Health*. 2021; 3: article 750661. DOI: 10.3389/fdgth.2021.750661.
27. Van Den Borst B., Peters J.B., Brink M. [et al.]. Comprehensive health assessment three months after recovery from acute COVID-19. *Clinical Infectious Diseases*. 2020. DOI: 10.1093/cid/ciaa1750.
28. Woo M.S., Malsy J., Pottgen J. [et al.]. Frequent neurocognitive deficits after recovery from mild COVID-19. *Brain Communications*. 2020; 2: article fcaa205. DOI: 10.1093/braincomms/fcaa205.
29. Zhou H., Lu S., Chen J. [et al.]. The landscape of cognitive function in recovered COVID-19 patients. *Journal of Psychiatric Research*. 2020; 129: 98–102. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2020.06.022.
30. Zucker R.A. Normative Symbol Digit Modalities Test performance in a community-based sample. *Archives of Clinical Neuropsychology*. 2006; 21(1): 23–28. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.acn.2005.07.003>.

Received 10.04.2025

For citing: Kutkova A.K. Misheni psikhologicheskoi i neiropsikhologicheskoi korrēktsii v rabote s patsientami, perenesshimi novuyu koronavirusnyuyu infektsiyu. *Vestnik psikhoterapii*. 2025; (96): 58–68. (In Russ.)

Kutkova A.K. Targets of psychological and neuropsychological correction in working with patients who have undergone a new coronavirus infection. *Bulletin of Psychotherapy*. 2025; (96): 58–68. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-96-58-68

Г.Н. Васильева

ПРОГРАММА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ КОГНИТИВНЫХ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

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

Актуальность исследования проблемы обусловлена необходимостью психологической поддержки людей, живущих с ВИЧ-инфекцией, в условиях хронического течения заболевания, сопровождающегося когнитивными и эмоциональными нарушениями. Несмотря на то, что благодаря высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) ВИЧ-инфекция перешла в разряд контролируемых хронических состояний, проблема качества жизни и психологической адаптации ВИЧ-положительных пациентов остается крайне острой. Разработка и внедрение комплексной психологической технологии когнитивно-эмоционального тренинга представляет собой актуальное направление в клинической психологии, ориентированное на повышение адаптивных ресурсов ВИЧ-инфицированных пациентов, укрепление их мотивации к лечению и улучшение общего качества жизни. Программа основана на интеграции когнитивно-поведенческого, деятельностного и нейропсихологического подходов и является результатом проведенного автором эмпирического исследования, в рамках которого была апробирована система упражнений, адаптированных к потребностям данной группы.

Цель исследования заключается в разработке и апробации программы психологической коррекции, направленной на улучшение когнитивного функционирования и стабилизацию эмоционального состояния ВИЧ-инфицированных пациентов. Проведенное исследование подтвердило эффективность созданного когнитивно-эмоционального тренинга, что позволяет рекомендовать его к внедрению в практику психологической помощи и представить его результаты в рамках научного сообщества.

Материалы и методы исследования. Для выявления когнитивных и эмоциональных особенностей ВИЧ-инфицированных пациентов использовался комплекс психодиагностических методик, включающий: пробу на запоминание десяти слов для оценки кратковременной памяти; методику «Отыскивание чисел по таблицам Шульте» для измерения устойчивости и избирательности внимания; методику «Сложные аналогии» для анализа логического мышления. Оценка эмоционального состояния осуществлялась с использованием опросника выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R, методики диагностики иррациональных установок А. Эллиса, а также методики «Индекс жизненной удовлетворенности» (адаптация Н.В. Паниной). Для реализации целей исследования была разработана и внедрена программа когнитивно-эмоционального тренинга, направленная на коррекцию когнитивных дефицитов и снижение выраженности эмоционального дистресса у ВИЧ-положительных пациентов. Программа включала систему групповых занятий с элементами когнитивной стимуляции, мнестических упражнений, логических заданий и техник саморегуляции, а также сопровождалась динамической оценкой эффективности по индивидуальным индикаторам.

Результаты. В ходе реализации программы когнитивно-эмоционального тренинга у ВИЧ-инфицированных пациентов были зафиксированы положительные изменения в когнитивной и эмоциональной сферах. Отмечено достоверное улучшение кратковременной памяти, внимания и логического мышления, а также снижение выраженности тревожности, депрессии и психоэмоционального дистресса. Участники продемонстрировали повышение уровня жизненной удовлетворенности и самооценки, улучшение стрессоустойчивости и частичную коррекцию иррациональных установок. Программа показала высокую степень эффективности как в индивидуальной, так и в групповой динамике, что позволяет рассматривать ее как перспективную технологию психологической поддержки ВИЧ-инфицированных пациентов в клинической практике.

Ключевые слова: когнитивные нарушения, эмоциональные расстройства, ВИЧ-инфекция, когнитивно-эмоциональный тренинг, психологическая коррекция, качество жизни, стрессоустойчивость, эмоциональный дистресс.

Несмотря на достижения в лечении и увеличение продолжительности жизни, обусловленное совершенствованием и широким внедрением современных схем антиретровирусной терапии (АРВТ), люди, живущие с ВИЧ (ЛЖВ), продолжают испытывать физические, когнитивные, психологические и социальные трудности, обусловленные как самим ВИЧ-статусом, так и сопутствующими заболеваниями и возрастными изменениями.

Отсутствие устойчивого психологического состояния и дефицит знаний о влиянии ВИЧ-инфекции на когнитивное и эмоциональное здоровье [11] способствуют формированию выраженных эмоциональных нарушений и снижению качества жизни пациентов [7]. Эти состояния осложняют адаптацию к диагнозу, мешают формированию приверженности к лечению и повышают риск социальной изоляции. Психологическая адаптация ВИЧ-инфицированных зависит от множества факторов, включая осведомленность о заболевании, уровень социальной поддержки, эмоциональную устойчивость, а также особенности функционирования когнитивной сферы, которая часто остается вне фокуса внимания специалистов [4].

К тому же тревожные и депрессивные расстройства, широко распространенные среди ВИЧ-положительных пациентов, оказывают прямое негативное влияние на когнитивные функции [8, 10, 13]. Эмоциональный дистресс сопровождается нейровоспалительными реакциями и функциональными изменениями в мозге, что может усиливать нейрокогнитивные расстройства, даже при

стабильно контролируемом течении ВИЧ-инфекции [13]. В свою очередь, снижение когнитивной продуктивности – ухудшение памяти, трудности в концентрации внимания и планировании – становится источником дополнительного психологического напряжения, усиливает фрустрацию и снижает самооффективность, что приводит к росту тревожности, депрессивных переживаний и социальной изоляции [10, 15]. Таким образом, формируется замкнутый паттерн психической дезадаптации, при котором эмоциональные и когнитивные дефициты поддерживают и усугубляют друг друга.

Разработанная когнитивно-эмоциональная программа психологической коррекции основывается на результатах эмпирического исследования когнитивных и эмоциональных характеристик ВИЧ-инфицированных пациентов. Было установлено, что данную группу характеризуют выраженная тревожность, депрессия, психоэмоциональный дистресс, низкая самооценка, сниженная стрессоустойчивость и неудовлетворенность жизнью. В частности, дистресс проявляется посредством высокого уровня обсессивно-компульсивных симптомов, повышенной межличностной тревожности, депрессивных переживаний, обилия соматических жалоб. В составе иррациональных убеждений преобладают катастрофизация и чрезмерные требования к себе. В показателях жизненной удовлетворенности наиболее выраженные проблемы наблюдаются в таких областях, как согласованность между поставленными и достигнутыми целями, а также положи-

тельная оценка себя и собственных поступков. Когнитивные нарушения проявляются в снижении кратковременной памяти, нарушении концентрации и переключаемости внимания, а также в недостаточном развитии логического мышления.

Материалы и методы

На основании данных, полученных в ходе психодиагностического этапа, была сформирована и реализована программа психологической коррекции когнитивных и эмоциональных нарушений у ВИЧ-инфицированных пациентов.

Методологическая структура программы основана на совмещении теоретических положений отечественной психологической школы и актуальных международных исследований в области нейропсихологии, когнитивной терапии и психосоциальной реабилитации.

Одним из фундаментальных оснований программы является *деятельностный подход*, сформулированный в работах Л.С. Выготского и А.Н. Леонтьева, согласно которому развитие психических функций осуществляется в процессе активной деятельности и социального взаимодействия [1, 5]. Этот подход реализуется в тренинге через практические групповые задания, ориентированные на восстановление и развитие внимания, памяти, мышления и рефлексии, а также через совместную работу участников, способствующую личностной активности и внутренней мотивации к изменениям.

Важным теоретическим основанием тренинга является *когнитивно-поведенческий подход (КПТ)*, основанный на представлении о взаимосвязи между мышлением, эмоциями и поведением. Работа с иррациональными установками, характерными для пациентов, переживающих хронические заболевания, реализуется посредством упражнений на самонаблюдение, перестройку деструктивных когнитивных схем и формирование более адаптивного мышления. Доказанная эффективность КПТ в работе с тревожными и депрессивными расстройствами под-

тверждается как классическими, так и современными исследованиями [3].

Особое место в построении программы занимает *нейропсихологический подход*, в частности концепция А.Р. Лурии о восстановлении высших психических функций на основе системной тренировки сохраненных функциональных блоков [6]. Упражнения на произвольное внимание, логическое и образное мышление, запоминание и ассоциативную активность направлены на компенсацию когнитивного дефицита и активацию пластичности нейронных связей.

Методологически значимым компонентом тренинга является концепция когнитивного резерва, согласно которой тренировка когнитивных функций даже при наличии нейроорганического поражения способствует сохранению адаптационного потенциала и отсрочке выраженных когнитивных расстройств. Исследования подтверждают, что высокий уровень когнитивного резерва может снижать выраженность нейрокогнитивных расстройств у ВИЧ-инфицированных лиц [12, 14].

Важной составляющей тренинга является акцент на развитии стрессоустойчивости и психологической устойчивости как факторов, обеспечивающих эмоциональное восстановление и сопротивление дезадаптивному влиянию хронического заболевания. Упражнения, направленные на развитие навыков саморегуляции, повышение самооценки и субъективного контроля, опираются как на классические концепции, так и на современные нейробиологические модели устойчивости [9].

Когнитивные нарушения у ВИЧ-инфицированных пациентов формируются под влиянием нейровоспалительных процессов, вызванных прямым воздействием вируса на структуры головного мозга, что приводит к снижению памяти, внимания и логического мышления [2, 16]. Эти дефициты усугубляются тревожными и депрессивными расстройствами, характерными для данной группы, в результате чего возникает замкнутый круг: эмоциональные нарушения усиливают когнитивные проблемы, а последние, в свою

очередь, затрудняют адаптацию, снижают самооценку и повышают уровень дистресса [16, 23]. Дополнительным отягощающим фактором выступает переживание стигмы и наличие иррациональных установок, связанных с заболеванием, что нарушает эмоциональное равновесие и искажает восприятие жизненной ситуации [9] пациентов.

Таким образом, построение когнитивно-эмоционального тренинга представляет собой целостную интеграцию *деятельностного, когнитивно-поведенческого, нейропсихологического и ресурсно-ориентированного подходов*, обоснованных классической психологической теорией и подкрепленных новейшими эмпирическими данными. Это обеспечивает теоретическую целостность и практическую эффективность технологии коррекции когнитивных и эмоциональных нарушений у ВИЧ-инфицированных пациентов.

Цель программы – создание специальной системы групповых занятий, сопровождающихся регулярной динамической оценкой когнитивных функций и эмоционально-личностных характеристик каждого из участников в отдельности, побуждающих их к самопознанию, развитию и пониманию своих возможностей с учетом сохраненных когнитивных функций и компенсации утраченных.

Метод работы – тренинг.

Форма работы – групповая.

Методика групповой работы реализовывалась в формате открытой, добровольной группы с еженедельными встречами. Участники могли присоединяться в удобное для себя время, что формировало атмосферу принятия и снижало тревожность. Групповой формат способствовал развитию коммуникативных навыков, формированию терпимости, стимулировал самопознание и обмен опытом. Регулярная обратная связь от участников использовалась для адаптации содержания и повышения эффективности тренинга.

В связи с отсутствием стандартизированного протокола когнитивного тренинга для лиц, живущих с ВИЧ, с целью обеспечения сопоставимости результатов и последующего

анализа, был разработан авторский протокол занятий, направленных на коррекцию когнитивных нарушений и стабилизацию эмоционального состояния у ВИЧ-инфицированных пациентов.

Занятия строились согласно единой структуре, включающей чередование разминки, когнитивных упражнений и эмоционально-рефлексивных блоков. На начальном этапе проводились игровые упражнения, способствующие знакомству, снижению напряженности и тренировке внимания, памяти и ассоциативного мышления. Далее следовали психогимнастика и самодиагностика. Основную часть тренинга составляли задания, направленные на развитие когнитивных функций: внимания, памяти и логического мышления, а также фонетической вербальной беглости. Использовались методики, повышающие стрессоустойчивость и межличностную включенность. Дополнительно вводились упражнения на развитие навыков саморегуляции, повышение самооценки и жизненной удовлетворенности. Каждое занятие завершалось обсуждением результатов, обратной связью и рефлексией по поводу применения освоенных техник в повседневной жизни.

Для получения достоверной оценки эффективности вмешательства требовалось обязательное участие в восьми занятиях по два академических часа, что было определено как минимально необходимый объем программы. Анализ пилотной фазы и сопоставление с зарубежными программами показали, что устойчивые положительные сдвиги у большинства участников возникали именно после восьми занятий по два академических часа. Такой формат обеспечивал формирование базовых навыков саморегуляции, сохранял ресурс участников и оказался оптимальным по эффективности и устойчивости изменений.

В рамках разработки программы когнитивного тренинга в период с июня 2022 по сентябрь 2024 г. в исследовании приняли участие 60 пациентов, состоящих на учете в Центре СПИД с диагнозом В23. Средний возраст составил 47 лет (от 18 до 75 лет),

что отражает демографический профиль взрослой популяции ЛЖВ. Такой широкий возрастной диапазон обусловлен необходимостью охвата всей взрослой популяции ЛЖВ, а полученные результаты показали, что эффективность тренинга не зависела от возраста участников. Женщины составляли 56 % выборки; 82 % не состояли в браке; 70 % имели трудовую занятость. Стаж заболевания (время с момента постановки диагноза) варьировал от 1 года до 23 лет. Все пациенты на момент исследования находились в стадии ремиссии, получали АРВТ и имели неопределяемую вирусную нагрузку, что указывает на высокую приверженность лечению и стабильное соматическое состояние. В исследование включались лица без признаков продуктивной психопатологии, наличия врожденного интеллектуального дефекта или приобретенной деменции. В совокупности разнообразие характеристик участников приблизило исследование к реальным условиям клинической практики, однако потребовало гибкости в организации тренинга и адаптации методов под индивидуальные возможности каждого пациента.

Участие в программе носило добровольный характер и осуществлялось с различной степенью вовлеченности и активности. 24 участника прошли все восемь занятий.

В исследовании был применен комплекс психодиагностических методик, направленный на всестороннюю оценку когнитивных и эмоциональных нарушений, характерных для ЛЖВ. Выбор инструментария обусловлен необходимостью охвата наиболее уязвимых функций при ВИЧ-инфекции и обеспечения валидного измерения эффективности коррекционной программы. Когнитивные параметры оценивались с помощью пробы на запоминание десяти слов для оценки кратковременной памяти, методики «Отсчитывание чисел по таблицам Шульте» для измерения устойчивости и избирательности внимания, методики «Сложные аналогии» для анализа логического мышления. Перечисленные методики позволяют выявлять легкие и умеренные нейрокогнитивные дефициты, часто наблюдаемые при ВИЧ-ас-

социированных нарушениях. Для анализа эмоционального состояния использовались: опросник SCL-90-R, методика диагностики иррациональных установок А. Эллиса и индекс жизненной удовлетворенности (ИЖУ). Эти инструменты позволили зафиксировать уровень тревожно-депрессивной симптоматики, особенности когнитивной установки, степень дистресса и субъективное восприятие качества жизни.

Все методики обладают высокой чувствительностью к минимальным нейрокогнитивным дефицитам, а также позволяют точно выявлять тревожно-депрессивные проявления, выраженность дистресса и дезадаптирующие иррациональные установки, существенно влияющие на качество жизни и приверженность терапии ЛЖВ. Каждая методика отобрана с учетом ее психометрических свойств, научной обоснованности и диагностической релевантности данной клинической категории.

Статистические методы обработки данных применялись с учетом ненормальности распределения. Вычислены абсолютные показатели в виде среднего арифметического значения (M) и среднеквадратичного отклонения (SD), также использован Т-критерий Вилкоксона для сравнительного анализа результатов до и после тренинга. Статистически значимыми различия считались при $p \leq 0,05$. Обработка данных проводилась с помощью SPSS 23.

Результаты и их анализ

Проведенная программа когнитивно-эмоционального тренинга показала статистически значимую эффективность по ряду ключевых показателей. После восьми занятий у участников было зафиксировано улучшение кратковременной и отсроченной памяти (табл. 1), а также повышение устойчивости внимания, подтверждаемое снижением времени выполнения заданий по таблицам Шульте (табл. 2). Логическое мышление также улучшилось, о чем свидетельствует рост баллов по методике «Сложные аналогии» (табл. 3). В эмоциональной сфере

наблюдалось значительное снижение показателей по шкалам психопатологической симптоматики (SCL-90-R): тревожности, депрессии, обсессивности-компульсивности, психотизма и общего уровня дистресса (табл. 4), что свидетельствует о стабилизации психоэмоционального состояния участников. По методике А. Эллиса выявлены изменения

в иррациональных установках: значимая динамика отмечена по шкале «Долженствование в отношении себя» (табл. 5), что может указывать на рост чувства личной ответственности и мотивации к саморегуляции. По данным методики ИЖУ зафиксировано достоверное повышение общего индекса удовлетворенности жизнью и положитель-

Таблица 1

Сравнение показателей кратковременной и отсроченной памяти до и после тренинга, (M ± SD) балл

Показатель	До тренинга (N = 24)	После 8 занятий (N = 24)	T-критерий Вилкоксона	Значимость, p
Объем речеслуховой кратковременной памяти	5,17 ± 1,32	6,29 ± 1,57	0,0	p < 0,05
Объем отсроченного воспроизведения	6,5 ± 1,85	7,29 ± 1,80	30,0	p < 0,05

Таблица 2

Сравнительные результаты тестирования по таблицам Шульте до и после тренинга, (M ± SD) балл

Показатель	До тренинга (N = 24)	После 8 занятий (N = 24)	T-критерий Вилкоксона	Значимость, p
Средняя скорость выполнения заданий по таблицам Шульте	50,0 ± 20,1	43,4 ± 20,25	-3,8	p < 0,05

Таблица 3

Результаты сравнительного анализа уровня логического мышления до и после тренинга, (M ± SD) балл

Показатель	До тренинга (N = 24)	После 8 занятий (N = 24)	T-критерий Вилкоксона	Значимость, p
Логическое мышление (методика «Сложные аналогии»)	9,32 ± 2,4	14,74 ± 3,24	12,5	p < 0,05

Таблица 4

Выраженность психопатологической симптоматики до и после тренинга, (M ± SD) балл

Подшкалы SCL-90-R	До тренинга (N = 24)	После 8 занятий (N = 24)	T-критерий Вилкоксона	Значимость, p
Соматизация	0,85 ± 0,70	0,51 ± 0,69	-2,10	p < 0,05
Обсессивность-компульсивность	1,35 ± 0,92	0,96 ± 0,76	-2,90	p < 0,05
Межличностная сензитивность	1,05 ± 0,86	0,80 ± 0,80	-0,26	p > 0,05
Депрессия	1,25 ± 0,93	0,85 ± 0,89	-1,92	p < 0,05
Тревожность	1,10 ± 0,61	0,43 ± 0,55	-2,20	p < 0,05
Враждебность	0,45 ± 0,57	0,47 ± 0,68	-0,07	p > 0,05
Фобическая тревожность	0,52 ± 0,54	0,23 ± 0,30	-1,18	p > 0,05
Паранойяльные симптомы	0,53 ± 0,79	0,58 ± 0,80	-0,50	p > 0,05
Психотизм	0,30 ± 0,59	0,25 ± 0,36	-2,32	p < 0,05
Общий индекс тяжести (дистресс)	0,82 ± 0,65	0,60 ± 0,59	-2,20	p < 0,05

Таблица 5

Анализ выраженности иррациональных установок до и после тренинга, (M±SD) балл

Показатель	До тренинга (N = 24)	После 8 занятий (N = 24)	T-критерий Вилкоксона	Значимость, p
Катастрофизация	29,09 ± 9,94	30,6 ± 10,3	40,0	p > 0,05
Долженствование в отношении себя	24,17 ± 10,16	26,74 ± 7,89	28,5	p < 0,05
Долженствование в отношении других	30,22 ± 7,74	30,47 ± 6,70	55,0	p > 0,05
Рациональность мышления	33,91 ± 12,37	32,47 ± 9,80	52,0	p > 0,05
Фрустрационная толерантность (стрессоустойчивость)	32,30 ± 8,99	35,84 ± 11,10	63,0	p > 0,05

Таблица 6

Выраженность уровня жизненной удовлетворенности до и после тренинга, (M ± SD) балл

Показатель	До тренинга (N = 24)	После 8 занятий (N = 24)	T-критерий Вилкоксона	Значимость, p
Индекс ЖУ	19,2 ± 10,3	24,4 ± 9,93	-3,01	p < 0,05
Интерес к жизни	4,4 ± 2,84	5,6 ± 2,82	-1,02	p > 0,05
Последовательность в достижении целей	4,5 ± 1,94	5,1 ± 1,82	-1,14	p > 0,05
Согласованность между поставлен- ными и достигнутыми целями	3,4 ± 2,17	4,5 ± 2,30	-1,07	p > 0,05
Положит оценка себя и своих поступков	3,5 ± 2,31	4,7 ± 2,21	-2,96	p < 0,05
Общий фон настроения	3,9 ± 2,59	4,6 ± 3,16	-0,201	p > 0,05

ной самооценки (табл. 6), что также отражает позитивный эффект от участия в программе.

Достигнутые улучшения объясняются воздействием тренинга на когнитивные и эмоционально-личностные ресурсы пациентов. Во-первых, повысилась способность к саморефлексии и самоанализу, что позволило участникам лучше осознавать свои трудности и активнее применять стратегии совладания. Во-вторых, за счет регулярных упражнений на переключение задач и абстрактное мышление улучшилась когнитивная гибкость, что снизило исходную ригидность мышления и его уязвимость к стрессу. В-третьих, благодаря использованию рационально-эмотивной терапии снизились иррациональные убеждения: участники научились заменять деструктивные мысли на адаптивные, что способствовало уменьшению тревожности и депрессии. Наконец, освоение техник эмоциональной саморегуляции (релаксация, дыхательные упражне-

ния) и развитие личностной осмысленности повысили мотивацию и способность справляться с неопределенностью и стрессом, связанным с ВИЧ-инфекцией. Таким образом, ключевыми механизмами позитивных изменений стали рефлексия, когнитивная гибкость, коррекция иррациональных установок и эмоциональная саморегуляция.

Предложенный тренинг уникален интеграцией нескольких подходов: когнитивно-поведенческого, нейропсихологического, деятельностного и ресурсно-ориентированного. В одном протоколе сочетаются когнитивные техники (коррекция искажений), нейропсихологические упражнения (развитие памяти и внимания), групповые задания (общение, мотивация) и стресс-менеджмент (релаксация, контроль эмоций). В отличие от существующих аналогов, данный тренинг адаптирован именно к специфическим потребностям ВИЧ-пациентов (принятие диагноза, преодоление стигмы, социальная поддержка). Подобная комплексная программа ранее

практически не встречалась в литературе и показала более высокую эффективность по сравнению с отдельно взятыми методиками.

Полученные результаты расширяют понимание пластичности когнитивных и эмоциональных процессов. Всего восемь встреч обеспечили значительные улучшения одновременно в сфере памяти, внимания, мышления и по аффективным показателям. Такой комплексный эффект особенно важен для ВИЧ-инфицированных: улучшение когнитивных функций способствует повышению повседневной эффективности и приверженности АРВТ, снижение эмоционального напряжения облегчает социализацию и поддерживает эмоциональную устойчивость, а рост самооценки и удовлетворенности жизнью способствует поддержанию здоровых поведенческих стратегий. Высокая эффективность тренинга при минимальных ресурсных затратах подтверждает его перспективность для широкого внедрения в практику ВИЧ-сервисов.

Заключение

Таким образом, программа тренинга продемонстрировала комплексное воздействие на когнитивные, эмоциональные и личностные характеристики ВИЧ-инфицированных пациентов, подтвердив свою эффективность в условиях краткосрочного группового формата.

Полученные данные представляют существенный интерес как для клинической практики, так и для развития психотерапевтических подходов в научной среде.

С клинической точки зрения продемонстрировано, что целенаправленная психологическая помощь способна снизить риск развития вторичной психопатологии у людей, живущих с ВИЧ. Известно, что ВИЧ-инфекция повышает вероятность эмоциональных расстройств – от хронического дистресса до тяжелой депрессии. В нашем исследовании после тренинга уровень тревожных и депрессивных симптомов у пациентов значимо снизился, что потенциально уменьшает вероятность эскалации этих состояний в кли-

нически выраженные расстройства. Кроме того, укрепление когнитивных функций (памяти, исполнительных навыков) и повышение стрессоустойчивости могут благоприятно сказаться на повседневном функционировании пациентов: улучшение памяти и внимания помогает им справляться с работой и бытовыми задачами, а эмоциональная стабильность – эффективнее выдерживать долгосрочное лечение. Это особенно важно для повышения приверженности лечению. Ранее отмечалось, что нейрокогнитивные нарушения и эмоциональные проблемы ведут к снижению комплаентности и отказам от терапии [2]. Соответственно, коррекция этих нарушений – за счет тренинга – способна опосредованно улучшить приверженность: пациенты с более ясным мышлением и меньшим уровнем дистресса лучше организуют прием медикаментов и реже прерывают лечение. Также результаты тренинга важны для социальной адаптации ВИЧ-позитивных лиц: снижение тревожности и повышение самооценки облегчает выстраивание взаимоотношений, возвращение к труду, участие в сообществе, что в конечном итоге ведет к росту качества жизни.

С научной точки зрения наше исследование заполняет существенный пробел в области психокоррекции при ВИЧ. Если ранее упор делался преимущественно на медикаментозное лечение и поддержание соматического статуса, то сейчас очевидна необходимость развивать эффективные протоколы психологической реабилитации для данной группы пациентов. Наш опыт демонстрирует модель такого протокола и подтверждает его эффективность, предоставляя эмпирическую базу для дальнейшего распространения подхода. В более широком плане результаты согласуются с общемировой тенденцией интеграции когнитивных и психотерапевтических интервенций для повышения адаптационных ресурсов пациентов с хроническими заболеваниями. Данные нашей работы могут послужить основой для внедрения аналогичных тренингов в практику медицинских и клинических психологов, работающих с ВИЧ-инфицированными, и способствуют

обоснованию психотерапевтических вмешательств как неотъемлемой части комплексного ведения таких пациентов.

Однако, интерпретируя результаты, необходимо учитывать ряд ограничений проведенного исследования. Во-первых, выборка была небольшой, что снижает статистическую надежность и ограничивает обобщение выводов. Во-вторых, отсутствие контрольной группы не позволяет исключить влияние внешних факторов (например, спонтанное улучшение). В-третьих, краткосрочность наблюдения не дает возможности оценить долговременность полученных эффектов. Кроме того, не все участники посетили все занятия, и выборка состояла из наиболее мотивированных пациентов, что ограничивает распространение результатов на всю популяцию ВИЧ-инфицированных. Наконец, психологические изменения невозможно полностью отделить от влияния медицинских факторов (АРТ, вирусная нагрузка). Эти ограничения указывают на предварительный характер выводов и необходимость их подтверждения в более масштабных и контролируемых исследованиях.

Для укрепления доказательности полученных выводов и развития данного направления требуется продолжить исследования с учетом обозначенных выше ограничений.

Во-первых, назрела необходимость провести лонгитюдное исследование эффектов тренинга. Желательно проследить состояние участников через продолжительный срок после окончания занятий (6–12 месяцев и более), что позволит определить стойкость когнитивных и эмоциональных улучшений и выявить, не происходит ли возврат симптоматики со временем. Долговременное наблюдение также поможет оценить отдаленные позитивные исходы, к примеру: действительно ли повышенная стрессоустойчивость уменьшает частоту развития депрессии или улучшает медицинские показатели (приверженность АРТ, уровень иммунного статуса).

Во-вторых, целесообразно проверить, сопровождаются ли улучшения когнитивных функций и снижение дистресса у пациентов

объективными изменениями: стабилизацией иммунного статуса, снижением показателей воспаления или улучшением нейрокогнитивных маркеров (например, по данным нейровизуализации). Подобные данные укрепили бы научное обоснование тренинга, показав его многоуровневое действие.

В-третьих, следует провести рандомизированные контролируемые исследования с достаточным числом участников, распределенных в группы (тренинг vs контроль), чтобы строго оценить эффективность программы. Рандомизированный дизайн исключит систематические смещения и позволит определить, какие именно компоненты тренинга вносят наибольший вклад в успех (можно, например, сравнить полноформатную программу с укороченными вариантами или с акцентом на отдельные модули).

Наконец, заслуживает внимания дальнейшая персонализация тренинга. Наш анализ индивидуальной динамики показал, что не все изменения отражаются на групповом уровне, однако отдельные участники демонстрируют выраженные улучшения в плане когнитивной гибкости, внимания, эмоциональной саморегуляции даже при умеренных среднегрупповых эффектах. Это указывает на ценность дифференцированного подхода – в будущем стоит разрабатывать адаптивные версии программы, учитывающие исходный когнитивно-эмоциональный профиль пациента. Возможно, предварительная диагностика сможет выявлять, кому больше нужны нейрокогнитивные упражнения, а кому – расширенный блок работы с эмоциями. Индивидуализация повысит эффективность вмешательства и расширит его применение для различных подгрупп ВИЧ-положительных (с различным стадией болезни, с коморбидными расстройствами и т.д.).

В целом, дальнейшие исследования должны не только подтвердить эффективность когнитивно-эмоционального тренинга на больших выборках и в контролируемых условиях, но и оптимизировать его содержание, делая программу еще более результативной и доступной для клинической практики.

Литература

1. Выготский Л.С. Психология развития человека. М.: Смысл; Эксмо, 2005. 1136 с.
2. Громова Е.А., Катаева Г.В., Хоменко Ю.Г. [и др.]. Психоэмоциональное состояние и когнитивные функции у ВИЧ-инфицированных пациентов и функциональное состояние структур головного мозга (по данным позитронно-эмиссионной томографии и магнитно-резонансной спектроскопии) // Клиническая и специальная психология. 2020. Т. 9, № 1. С. 78–103. DOI: 10.17759/CPSE.2020090105.
3. Когнитивно-поведенческая терапия: учебник и практикум для вузов / под ред. Л.А. Карвасарского. М.: Юрайт, 2023. 512 с.
4. Курамбаева С.Р. Нарушение когнитивных функций у больных ВИЧ // Доброхотовские чтения: Материалы III междисциплинарной науч. конф. (Махачкала, 2018 г.) / под ред. Б.А. Абусуева. Махачкала: ПБОЮЛ «Зулумханов», 2018. С. 70–74.
5. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. М.: Смысл, 2005. 431 с.
6. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии: Учеб. пособие для студ. учреждений высш. проф. образования. 8-е изд., стер. М.: Издат. центр «Академия», 2013. 384 с.
7. Рехтина Н.В. Качество жизни лиц, живущих с ВИЧ, в современной России: автореф. дисс. ... канд. социол. наук: 22.00.04. Барнаул, 2012. 24 с.
8. Hoare J., Sevenoaks T., Mtukushe B. [et al.]. Global systematic review of common mental health disorders in adults living with HIV // *Current HIV/AIDS Reports*. 2021. Vol. 18. Pp. 569–580. DOI: 10.1007/s11904-021-00583-w.
9. Kalisch R., Muller M.B., Tuschler O. A conceptual framework for the neurobiological study of resilience // *Behavioral and Brain Sciences*. 2015. Vol. 38. e92. DOI: 10.1017/S0140525X1400082X.
10. Lu P.H., Lee G.J., Raven E.P. [et al.]. Age-related slowing in cognitive processing speed is associated with myelin integrity in a very healthy elderly sample // *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. 2011. Vol. 33, N 10. Pp. 1059–1068. DOI: 10.1080/13803395.2011.595397.
11. Rao M.A. Assessment of emotional problems faced by people living with HIV/AIDS and to study the role of family support and role of a counselor to manage the emotional problems // *Imperial Journal of Interdisciplinary Research*. 2016. Vol. 2, Iss. 7. Pp. 546–551.
12. Satz P. Brain reserve capacity on symptom onset after brain injury: a formulation and review of evidence for threshold theory // *Neuropsychology*. 1993. Vol. 7, N 3. Pp. 273–295. DOI: 10.1037/0894-4105.7.3.273.
13. Shan Z.Y., Sun G., Ji J. [et al.]. Neuroinflammation and brain function in HIV-positive individuals with comorbid anxiety // *Frontiers in Psychiatry*. 2024. Vol. 15. Article 1336233. DOI: 10.3389/fpsy.2024.1336233.
14. Stern Y. Cognitive reserve: implications for assessment and intervention // *Folia Phoniatrica et Logopaedica*. 2013. Vol. 65, N 2. Pp. 49–54. DOI: 10.1159/000353443.
15. Tareke M., Belete T., Ergetie T. [et al.]. Triple burden of neurocognitive impairment and co-occurring depression and anxiety among people living with HIV in Bahir Dar, Ethiopia: a multicenter study // *Frontiers in Psychiatry*. 2022. Vol. 13. Article 732229. DOI: 10.3389/fpsy.2022.732229/

Поступила 05.07.2025

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

Для цитирования. Васильева Г.Н. Программа психологической коррекции когнитивных и эмоциональных нарушений у ВИЧ-инфицированных пациентов // Вестник психотерапии. 2025. № 96. С. 69–80. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-96-69-80

G.N. Vasilieva

Program of Psychological Correction for Cognitive and Emotional Disorders in HIV-positive Patients

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

✉ Galina Nikolaevna Vasilieva – postgraduate student, Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University (6–8, L'va Tolstogo Str., St. Petersburg, 197022, Russia); ORCID 0000-0002-5052-9661; SPIN 4002-5330, e-mail: galya@list.ru

Abstract

Relevance. Relevance of the research problem is determined by the need for psychological support for people living with HIV infection in the context of the chronic disease course accompanied by cognitive and emotional impairments. Although highly active antiretroviral therapy (HAART) has transformed HIV infection into a manageable chronic condition, the issue of quality of life and psychological adaptation in HIV-positive patients remains highly acute. The development and implementation of a comprehensive psychological technology – cognitive-emotional training – represents a current direction in clinical psychology, aimed at enhancing the adaptive resources of HIV-infected patients, strengthening their motivation for treatment, and improving overall quality of life. The program is based on the integration of cognitive-behavioral, activity-based, and neuropsychological approaches and is the result of empirical research conducted by the author, during which a system of exercises adapted to the needs of this group was tested.

Purpose. The aim of the study is to develop and test a psychological correction program aimed at improving cognitive functioning and stabilizing the emotional state of HIV-infected patients. The study confirmed the effectiveness of the developed cognitive-emotional training, which allows it to be recommended for implementation in psychological care practice and to present the results to the scientific community.

Materials and methods. To identify cognitive and emotional characteristics of HIV-infected patients, a set of psychodiagnostic methods was used, including: the ten-word memorization test for short-term memory assessment, the Schulte tables for measuring attention stability and selectivity, and the “Complex Analogies” method for logical thinking analysis. Emotional state was assessed using the SCL-90-R symptom checklist, A. Ellis's irrational beliefs diagnostic, and the Life Satisfaction Index (adapted by N.V. Panina). To achieve the study's objectives, a cognitive-emotional training program was developed and implemented, aimed at correcting cognitive deficits and reducing emotional distress in HIV-positive patients. The program included a system of group sessions with elements of cognitive stimulation, mnemonic exercises, logical tasks, and self-regulation techniques, accompanied by dynamic assessment of effectiveness using individual indicators.

Results. Implementation of the cognitive-emotional training program in HIV-infected patients led to positive changes in cognitive and emotional domains. Significant improvements were observed in short-term memory, attention, and logical thinking, as well as a reduction in anxiety, depression, and psychoemotional distress. Participants demonstrated increased life satisfaction and self-esteem, improved stress resilience, and partial correction of irrational beliefs. The program showed a high degree of effectiveness both individually and in group dynamics, making it a promising approach.

Keywords: cognitive impairments, emotional disorders, HIV infection, cognitive-emotional training, psychological correction, quality of life, stress resilience, emotional distress.

References

1. Vygotskii L.S. *Psikhologiya razvitiia cheloveka* [The psychology of human development]. Moscow, 2005. 1136 p. (In Russ.)
2. Gromova E.A., Kataeva G.V., Khomenko Yu.G. [et al.]. *Psikhoemotsional'noe sostoyanie i kognitivnye funktsii u VICH-infirtsirovannykh patsientov i funktsional'noe sostoyanie struktur golovnogogo mozga (po dannym pozitronno-emissionnoy tomografii i magnitno-rezonansnoy spektroskopii)* [Psycho-emotional state and cognitive functions in HIV-infected patients and the functional state of brain structures (according to positron emission

- tomography and magnetic resonance spectroscopy data)]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya* [Clinical and Special Psychology]. 2020; 9(1): 78–103. <https://doi.org/10.17759/cpse.2020090105>. (In Russ.)
3. Kognitivno-povedencheskaia terapiia: uchebnik i praktikum dlia vuzov [Cognitive-behavioral therapy: textbook and practical guide for universities]. Ed. L.A. Karvasarskogo. Moscow, 2023. 512 p. (In Russ.)
 4. Kurambaeva S.R. Narushenie kognitivnykh funktsii u bol'nykh VICH [Cognitive impairment in HIV patients]. Dobrokhotovskie chteniia: materialy III mezhdistsiplinarnoi nauchnoi konferentsii (Makhachkala, 2018) [Dobrokhotov readings: proceedings of the III interdisciplinary scientific conference (Makhachkala, 2018)]. Ed. B.A. Abusueva. Makhachkala, 2018. Pp. 70–74. (In Russ.)
 5. Leont'ev A.N. Deiatel'nost'. Soznanie. Lichnost' [Activity. Consciousness. Personality]. Moscow, 2005. 431 p. (In Russ.)
 6. Lurii A.R. Osnovy neiropsikhologii: uchebnoe posobie dlia studentov uchebnykh zavedenii vysshego professional'nogo obrazovaniia [Fundamentals of neuropsychology: textbook for higher education students]. Moscow, 2013. 384 p. (In Russ.)
 7. Rekhtina N.V. Kachestvo zhizni lits, zhivushchikh s VICH, v sovremennoi Rossii [Quality of life of people living with HIV in modern Russia: abstract of PhD Sci. Sociology dissertation]. Barnaul, 2012. 24 p. (In Russ.)
 8. Hoare J., Sevenoaks T., Mtukushe B. [et al.]. Global systematic review of common mental health disorders in adults living with HIV. *Current HIV/AIDS Reports*. 2021; 18: 569–580. DOI: 10.1007/s11904-021-00583-w.
 9. Kalisch R., Muller M.B., Tuscher O. A conceptual framework for the neurobiological study of resilience. *Behavioral and Brain Sciences*. 2015; 38: e92. DOI: 10.1017/S0140525X1400082X.
 10. Lu P.H., Lee G.J., Raven E.P. [et al.]. Age-related slowing in cognitive processing speed is associated with myelin integrity in a very healthy elderly sample. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. 2011; 33(10): 1059–1068. DOI: 10.1080/13803395.2011.595397.
 11. Rao M.A. Assessment of Emotional Problems faced by People Living with HIV/AIDS and to study the role of family support and role of a counsellor to manage the emotional problems. *Imperial Journal of Interdisciplinary Research*. 2016; 2(7): 546–551.
 12. Satz P. Brain reserve capacity on symptom onset after brain injury: A formulation and review of evidence for threshold theory. *Neuropsychology*. 1993; 7(3): 273–295. DOI: 10.1037/0894-4105.7.3.273.
 13. Shan Z.Y., Sun G., Ji J. [et al.]. Neuroinflammation and brain function in HIV-positive individuals with comorbid anxiety. *Frontiers in Psychiatry*. 2024; 15: Article1336233. DOI: 10.3389/fpsyt.2024.1336233.
 14. Stern Y. Cognitive reserve: implications for assessment and intervention. *Folia Phoniatri Logop.* 2013; 65(2): 49–54. DOI: 10.1159/000353443.
 15. Tareke M., Belete T., Ergetie T. [et al.]. Triple burden of neurocognitive impairment and co-occurring depression and anxiety among people living with HIV in Bahir Dar, Ethiopia: A multicenter study. *Frontiers in Psychiatry*. 2022; 13: Article 732229. DOI: 10.3389/fpsyt.2022.732229.

Received 05.07.2025

For citing: Vasil'eva G.N. Programma psikhologicheskoi korrektsii kognitivnykh i emotsional'nykh narushenii u VICH-infitsirovannykh patsientov. *Vestnik psikhoterapii*. 2025; (96): 69–80. (In Russ.)

Vasilieva G.N. Program of psychological correction for cognitive and emotional disorders in HIV-positive patients. *Bulletin of Psychotherapy*. 2025; (96): 69–80. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-96-69-80

Е.И. Ильянкова¹, А.И. Семакова², А.А. Жарких³

ДИСФУНКЦИОНАЛЬНОСТЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ГРАНИЦ ЛИЧНОСТИ КАК ПРЕДИКТОР ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕВИАНТНЫХ ПОДРОСТКОВ

¹ Санкт-Петербургский университет МВД России
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Летчика Пилютова, д. 1);

² Институт судебно-психологических экспертиз
(Россия, Санкт-Петербург, ул. 6-я Советская, д. 18, лит. А);

³ Рязанский государственный университет имени С.А. Есенина
(Россия, г. Рязань, ул. Свободы, д. 46)

Актуальность исследования обусловлена ростом распространенности среди подростков интернет-зависимого поведения, приводящего к социальной дезадаптации.

Цель – эмпирически выявить и оценить диагностический потенциал показателей психологических границ личности для прогнозирования риска десоциализации и интернет-зависимого поведения у несовершеннолетних с девиантным поведением.

Методология: эмпирическое исследование проведено в период с 2020 по 2024 г. на базе учебно-воспитательных учреждений закрытого типа Ленинградской и Вологодской областей с участием 63 подростков мужского пола с девиантным поведением.

Предмет исследования: взаимосвязь психологических границ личности и интернет-зависимого поведения девиантных подростков. Для достижения цели исследования применен психодиагностический инструментарий: шкала проблемного использования интернета Carpan S. в модификации Герасимовой А.А., Холмогоровой А.Б.; опросник «Суверенность психологического пространства» Нартовой-Бочавер С.К.; методика «Психологическая граница личности» Леви Т.С.; методика исследования самооотношения Пантилеева С.Р. Обработка результатов исследования проведена при помощи дескриптивного и корреляционного анализа.

Результаты и их анализ. Дисфункциональность психологических границ подростков выражается в сниженной способности к автономии и регуляции эмоционального состояния, которые свидетельствуют о незрелости личности. Данная характеристика определяет развитие интернет-зависимости и стремительного ухода несовершеннолетнего в виртуальную реальность. Авторы установили, что сохранение целостности и защищенности личного пространства подростка, обеспечивающее ощущение безопасности и контроля, критически важно для профилактики интернет-зависимости. Данный вывод подтверждает значимость автономии для здорового развития. Адекватная самооценка и стремление к самосовершенствованию способствуют снижению риска интернет-зависимости, что подчеркивает важность критического самоанализа и мотивации к росту и согласуется с исследованиями о роли саморегуляции и целеполагания в профилактике аддиктивного поведения.

✉ Ильянкова Екатерина Ивановна – канд. психол. наук, препод. каф. юрид. психологии, С.-Петерб. ун-т МВД России (Россия, 198206, Санкт-Петербург, Летчика Пилютова, д. 1), e-mail: ekaterinapogodina@yandex.ru;

Семакова Анастасия Игоревна – канд. психол. наук доц., психолог-эксперт, Ин-т судебно-психол. экспертиз (Россия, 191036, Санкт-Петербург, ул. 6-я Советская, 18, лит. А), e-mail: nst21911@yandex.ru;

Жарких Александра Анатольевна – канд. психол. наук доц., доц. каф. психологии и соц. работы, Рязанский гос. ун-т им. С.А. Есенина (Россия, 390000, г. Рязань, ул. Свободы, д. 46), e-mail: rsu@rsu-rzn.ru

Полученные результаты подчеркивают необходимость внедрения в деятельность образовательных учреждений следующих мер:

1) разработка и внедрение программ психологической помощи, направленных на формирование функциональных психологических границ у подростков, включая развитие навыков саморегуляции, самостоятельности и критического мышления;

2) создание поддерживающей среды, обеспечивающей подросткам чувство безопасности и защищенности личного пространства как в реальной жизни (семья, школа), так и в онлайн-среде за счет распространения просветительских программ для родителей и педагогов о важности уважения к личным границам подростка и рисках интернет-зависимости;

3) разработка и внедрение образовательных программ, направленных на формирование у подростков адекватной самооценки и мотивации к самосовершенствованию, а также на развитие критического мышления в отношении контента и социального взаимодействия в сети Интернет.

Практическая реализация этих мер позволит снизить распространенность интернет-зависимости и повысить психологическое благополучие подростков, что имеет критическое значение при различных девиациях, обеспечивая успешную интеграцию подростков в законопослушное общество.

Ключевые слова: психологические границы личности, интернет-зависимое поведение, девиантные подростки, невпускающая функция, самооценка, компенсаторные механизмы.

Введение

Подростковый возраст характеризуется активным формированием идентичности и установлением межличностных границ, нарушение которых может создать предпосылки для поиска различных форм компенсаторного поведения в виртуальной среде, в числе которых оказываются и девиантные проявления. Неадекватное восприятие себя и окружающих, диффузность «Я», трудности в установлении здоровых отношений, определяемые нарушением границ, способствуют развитию как интернет-зависимого, так и девиантного поведения. Изучение дисфункциональности психологических границ личности как предиктора данного феномена поскольку позволяет выйти за рамки поверхностного описания поведенческих проявлений и углубиться в изучение когнитивно-личностных механизмов, лежащих в основе девиации.

Актуальность исследования обусловлена повсеместным распространением интернета и увеличением числа подростков, демонстрирующих признаки интернет-зависимого поведения, под которым понимается нехимическая аддикция, характеризующаяся компульсивным использованием сети Интернет, приводящая к дезадаптации в различных сферах жизнедеятельности [3]. Патогенез интернет-зависимого поведения

в подростковом возрасте представляет собой сложную многофакторную проблему, требующую междисциплинарного подхода.

В рамках настоящего исследования предпринята попытка эмпирически обосновать роль психологических границ личности в качестве предиктора интернет-зависимого поведения девиантных подростков. Психологические границы личности, определяемые как когнитивно-аффективные структуры, регулирующие межличностные взаимодействия и обеспечивающие поддержание личностной идентичности [9], играют ключевую роль в формировании интернет-зависимого поведения. Предполагается, что недостаточно сформированные личностные границы, характеризующиеся размытостью границ «Я» и повышенной восприимчивостью к внешнему влиянию [7], повышают уязвимость подростков перед компульсивным использованием интернет-ресурсов в качестве компенсаторного механизма для удовлетворения потребностей в идентичности, аффилиации и саморегуляции.

Выбор подростков с девиантным поведением обусловлен повышенным риском развития аддикций в этой группе из-за особенностей их психосоциального развития, включающих повышенную импульсивность [2], снижение контроля над поведением [10] и трудности в формировании адаптивных

стратегий совладания со стрессом [5]. Целью исследования является выявление статистически значимых взаимосвязей между уровнем сформированности преморбидной готовности к аддиктивному поведению и степенью его выраженности у подростков с девиантным поведением, а также определение относительного вклада различных аспектов преморбидной готовности к аддиктивному поведению в прогнозирование его развития. Полученные результаты могут внести вклад в разработку теоретической модели формирования интернет-зависимого поведения и обоснование психокоррекционных программ, направленных на укрепление психологических границ личности и профилактику аддиктивного поведения у подростков из группы девиантного риска.

Материалы и методы исследования. Эмпирическое исследование проведено в период с 2020 по 2024 г. на базе учебно-воспитательных учреждений закрытого типа Ленинградской и Вологодской областей. В исследовании приняли участие 63 подростка (пол: мужской, возраст: 14–16 лет) с девиантным поведением, выражающемся в систематическом пренебрежении общепринятыми нормами и правилами поведения и усложненным совершением административных правонарушений и преступлений. Для достижения цели исследования применен психодиагностический инструментарий, представленный шкалой проблемного использования интернета Carplan S. в модификации Герасимовой А.А., Холмогоровой А.Б. [1]; опросником «Суверенность психологического пространства» Нартовой-Бочавер С.К. [6]; методикой «Психологическая граница личности» Леви Т.С. [4]; методикой исследования самоотношения Пантеева С.Р. [8]. Обработка результатов исследования проведена при помощи дескриптивного и корреляционного анализа (SPSS 23).

Результаты исследования и их анализ

Девиантное поведение подростков характеризуется их отступлением от об-

щепринятых социальных норм и правил, проявляющимся в различных формах – от асоциальных поступков до криминальных деяний. Подростковый возраст, как период активного формирования личности, нередко сопровождается поиском идентичности, самовыражения и социального принятия, что само по себе может приводить к столкновению с нормами и ожиданиями общества. В современном мире значительную роль в формировании поведенческих паттернов подростков играет интернет, который одновременно предоставляет возможности как для развития и социализации, так и для трансформации отклоняющегося поведения в онлайн-пространстве.

В таблице обобщены результаты дескриптивного анализа.

Эмпирическое исследование выявило ряд особенностей интернет-поведения подростков. Так, для них характерна активная коммуникация, свидетельствующая о важной роли социальных взаимодействий в их жизни, в различных форматах – как непосредственная, «лицом к лицу», так и виртуальная, с анонимными собеседниками ($10,68 \pm 4,07$). Выход в интернет используется как средство эмоциональной регуляции, позволяющее снижать эмоциональное напряжение и стимулировать позитивные эмоции ($11,65 \pm 3,52$). Обследуемые демонстрируют умеренное стремление к онлайн-пространству ($11,78 \pm 3,19$) и в целом не испытывают серьезных трудностей с планированием времени, затрачиваемого на пользование интернетом ($11,13 \pm 4,53$). Интегральный показатель проблемного использования интернета указывает на умеренную выраженность проблемного интернет-поведения в исследуемой группе ($53,68 \pm 14,97$).

В выборке девиантных подростков в среднем наблюдаются нормативные показатели суверенности психологического пространства, свидетельствующие о сформированности у испытуемых чувства защищенности и контроля над различными аспектами их личного пространства. Анализ отдельных компонентов суверенности выявил: отсутствие тенденций к нарушению соматическо-

Результаты дескриптивного анализа					
Название показателя	N	Min	Max	M	Sd
Шкала проблемного использования интернета					
Предпочтение онлайн-общения	63	5,00	18,00	10,68	4,07
Регуляция настроения	63	4,00	21,00	11,65	3,52
Когнитивная поглощенность	63	2,00	17,00	11,78	3,19
Компульсивное использование	63	5,00	19,00	11,13	4,53
Негативные последствия	63	2,00	14,00	8,44	2,90
Интегративный показатель проблемного использования интернета	63	30,00	79,00	53,68	14,97
Суверенность психологического пространства					
Суверенность физического тела	63	25,00	68,00	51,13	8,23
Суверенность территории	63	24,00	65,00	44,75	11,35
Суверенность мира вещей	63	22,00	65,00	42,14	10,77
Суверенность привычек	63	24,00	57,00	45,40	8,65
Суверенность социальных связей	63	28,00	62,00	42,06	9,26
Суверенность ценностей	63	28,00	68,00	49,75	7,86
Суверенность психологического пространства личности	63	31,00	53,00	45,94	4,80
Психологическая граница личности					
Невпускающая функция	63	1,00	8,00	4,68	1,55
Проницаемая функция	63	2,00	8,00	5,60	1,45
Вбирающая функция	63	4,00	8,00	5,65	0,97
Отдающая функция	63	2,00	7,00	4,13	1,31
Сдерживающая функция	63	2,00	7,00	4,43	1,33
Спокойно-нейтральная функция	63	2,00	7,00	4,44	1,39
Общий показатель	63	51,00	93,00	78,40	8,12
Результаты исследования самоотношения					
Открытость	63	2,00	7,00	4,17	1,10
Самоуверенность	63	2,00	9,00	5,33	1,37
Саморуководство	63	4,00	10,00	6,05	1,11
Зеркальное Я	63	4,00	8,00	5,54	0,93
Самоценность	63	5,00	9,00	6,32	1,08
Самопринятие	63	5,00	9,00	6,75	1,03
Самопривязанность	63	4,00	8,00	5,81	1,08
Конфликтность	63	2,00	8,00	5,21	1,03
Самообвинение	63	2,00	6,00	3,27	1,11
Самоуважение	63	4,00	8,25	5,49	0,80
Аутосимпатия	63	5,00	8,00	6,33	0,74
Внутренняя неустойчивость	63	3,00	7,00	4,56	0,92

го благополучия ($51,13 \pm 8,23$), указывающее на стабильное физическое самочувствие; ощущение безопасности в физическом пространстве, подтверждаемое наличием территориальных границ ($44,75 \pm 11,35$); вос-

приятие личных вещей как неприкосновенных и уважаемых со стороны окружающих ($42,14 \pm 10,77$); комфорт и свободу в реализации привычек ($M = 45,40 \pm 8,65$); адекватный контроль над социальной жизнью, не вызы-

вающий дискомфорта ($42,06 \pm 9,26$) и достаточную степень свободы в проявлении вкусов, установок, ценностей и мировоззрения ($49,75 \pm 7,86$).

Анализ показателей функциональности психологических границ показал, что все выделенные методикой функции в исследуемой выборке подростков демонстрируют средние значения, однако находятся на нижней границе этого диапазона. Полученные результаты свидетельствуют о сбалансированности функционирования психологических границ, хотя и на субоптимальном уровне, что указывает на потенциальные трудности в адаптации и взаимодействии с окружающей средой, среди которых защита от нежелательного влияния ($4,68 \pm 1,55$); доступ к информации и опыту ($5,60 \pm 1,45$); усвоение и принятие нового ($5,65 \pm 0,97$); самовыражение и обмен с окружением ($4,13 \pm 1,31$); импульсивность и самоконтроль ($4,43 \pm 1,33$); эмоциональная стабильность ($4,44 \pm 1,39$).

Для подростков характерна ориентация на социальное одобрение и умеренная закрытость ($4,17 \pm 1,10$), проявляющаяся в стремлении получить признание окружающих, но при этом сохранять осторожность и не раскрываться перед другими полностью. Обследуемые характеризуются средневыраженной уверенностью в себе и умеренно позитивным самоотношением, однако периодически испытывают сомнения в своих силах и переживают из-за того, что не вызывают уважения ($5,33 \pm 1,37$). Локус контроля смешанный ($6,05 \pm 1,11$). Респонденты осознают, что некоторые их качества оцениваются окружающими положительно, а другие могут вызывать негативную реакцию ($5,54 \pm 0,93$). В целом подростки позитивно оценивают свое «Я» ($6,32 \pm 1,08$) и в умеренной степени принимают и одобряют свое поведение и отношения с другими людьми ($6,75 \pm 1,03$).

Подросткам не свойственно выраженное стремление к переменам, но отдельные аспекты их личности вызывают у них чувство неудовлетворенности ($5,81 \pm 1,08$). Они испытывают незначительное количество внутренних конфликтов ($5,21 \pm 1,03$) и не

склонны к аутоагрессии, демонстрируя способность адекватно оценивать свои ошибки ($3,27 \pm 1,11$). Оценка вторичных факторов самоотношения показывает, что для подростков характерно умеренно позитивное самоотношение ($5,49 \pm 0,80$), симпатия к себе ($6,33 \pm 0,74$) и умеренная внутренняя устойчивость ($4,56 \pm 0,92$).

Для проверки гипотезы исследования проведен корреляционный анализ.

Установлена обратная корреляция между выраженностью функции невпускания и показателями интернет-зависимого поведения. Снижение способности сопротивляться внешним воздействиям, неумение отказывать и ощущение зависимости от мнения окружающих статистически значимо связаны с предпочтением виртуального общения реальному, увеличением времени, проводимого в сети, и навязчивыми мыслями об интернете в периоды отсутствия доступа к нему. Низкая выраженность функции невпускания также связана с негативным влиянием интернета на повседневную жизнь подростка, в то время как выраженная функция невпускания коррелирует с уменьшением проблем, связанных с использованием интернета. Данные результаты позволяют утверждать, что дефицит функции невпускания выступает фактором риска развития интернет-зависимости.

Выявлена прямая корреляция между проницаемой функцией и показателями интернет-зависимого поведения. Повышенная уверенность в себе и доверие к окружающим статистически значимо связаны с наличием проблем при использовании интернета, увеличением предпочтения онлайн-общения, трудностями в нормировании времени пребывания в сети. В данном случае интернет может выступать средством оптимизации психического состояния и настроения, однако его чрезмерное использование сопряжено с риском негативных последствий. Полученные данные указывают на то, что чрезмерно развитая проницаемая функция психологических границ личности может способствовать формированию интернет-зависимого поведения (рис. 1).

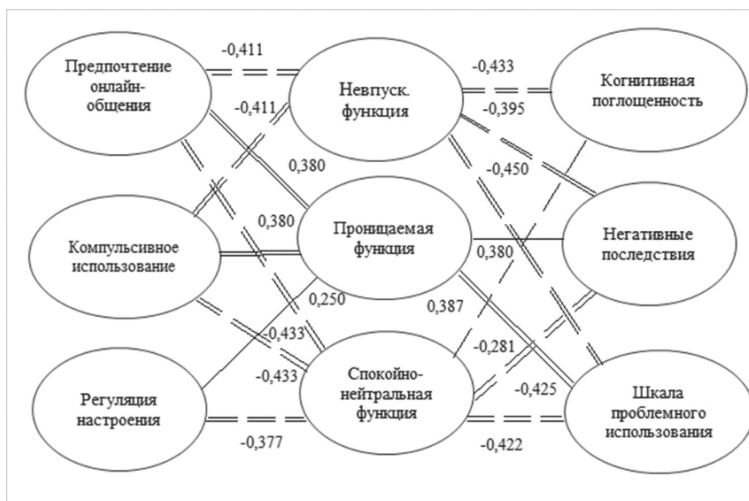


Рис. 1. Взаимосвязь показателей склонности к интернет-зависимости и психологических границ подростков

Установлена прямая корреляция между выраженностью проблем, связанных с использованием интернета, и снижением способности испытывать спокойствие в реальном мире (нарушением спокойно-нейтральной функции). Сниженная способность испытывать спокойствие и комфорт в повседневной жизни, по-видимому, провоцирует стремление вернуться в виртуальную среду, попытки регулировать настроение с помощью онлайн-общения и трудности с контролем времени, проводимого в интернете. Дефицит спокойно-нейтральной функции психологических границ личности представляется фактором, поддерживающим интернет-зависимое поведение.

Анализ взаимосвязи между суверенностью психологического пространства и интернет-зависимым поведением подростков выявил ряд значимых закономерностей. Во-первых, депривация потребности в праве иметь собственные вещи, а также в комфортном распорядке дня стимулирует потребность в виртуальном общении, увеличивает время, проводимое в сети, и влечет за собой негативные последствия. При этом нарушение суверенности привычек может привести к использованию интернета для нормализации психоэмоционального состояния. Во-вторых, нарушение права на свой круг общения и насильственное принятие чуждых ценностей также актуализируют потребность в виртуальном общении, некон-

тролируемом мысленном возвращении в интернет, значительных временных затратах на пребывание в сети, вызывающих негативные последствия.

В то же время результаты исследования показывают, что чем более сохранным и защищенным является психологическое пространство подростка, тем больше он предпочитает живое общение, тем меньше он зависим от интернета, тем проще ему планировать время, проводимое онлайн, и тем меньше его настроение зависит от возможности выйти в сеть и от того, сколько времени он проводит в сети. Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что нарушение суверенности психологического пространства, проявляющееся в депривации различных потребностей, статистически значимо связано с усилением интернет-зависимости у подростков, что подчеркивает важность обеспечения психологической безопасности и сохранения границ личности в этом возрасте для профилактики аддикций (рис. 2).

Анализ взаимосвязей между особенностями самоотношения подростков и их интернет-зависимым поведением показал неоднозначные результаты. С одной стороны, было обнаружено, что высокая самоуверенность и ощущение собственной силы связаны с увеличением негативных последствий от использования интернета, возможно, из-за недооценки рисков. С другой стороны, уве-

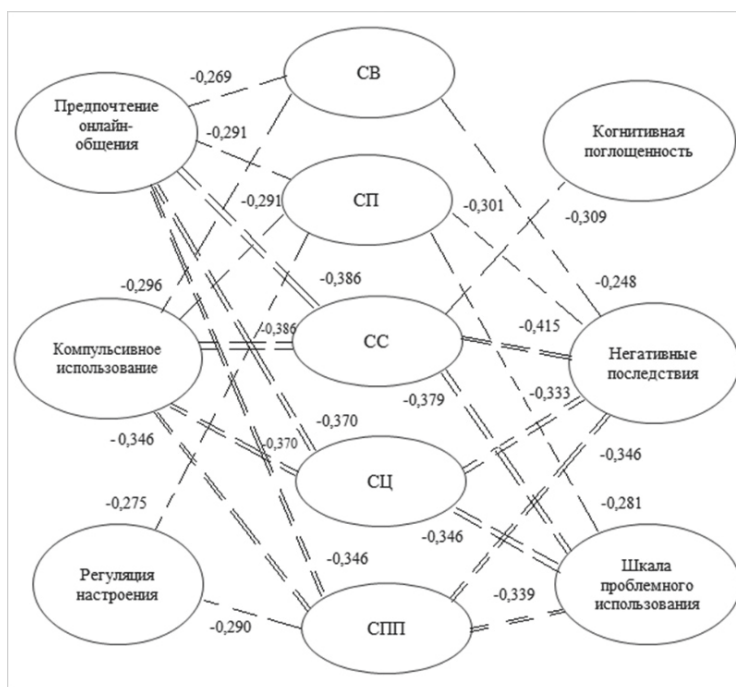


Рис. 2. Взаимосвязь показателей склонности к интернет-зависимости и суверенности психологического пространства подростков

ренность подростка в том, что окружающие положительно оценивают его личностные качества, и высокая ценность собственного «Я» коррелируют со снижением стремления к онлайн-общению и уменьшением трудностей с контролем времени, проводимого в сети, что свидетельствует о протективной роли позитивного самоотношения в отношении интернет-зависимости (рис. 3).

Положительная оценка со стороны окружающих и высокая ценность собственного «Я» формируют у подростка прочный фундамент самодостаточности. Когда подросток чувствует любовь, собственную ценность и безусловное принятие, его самооценка не зависит от внешних, часто эфемерных, атрибутов (например, сегодня один из них – количество лайков или подписчиков в соци-

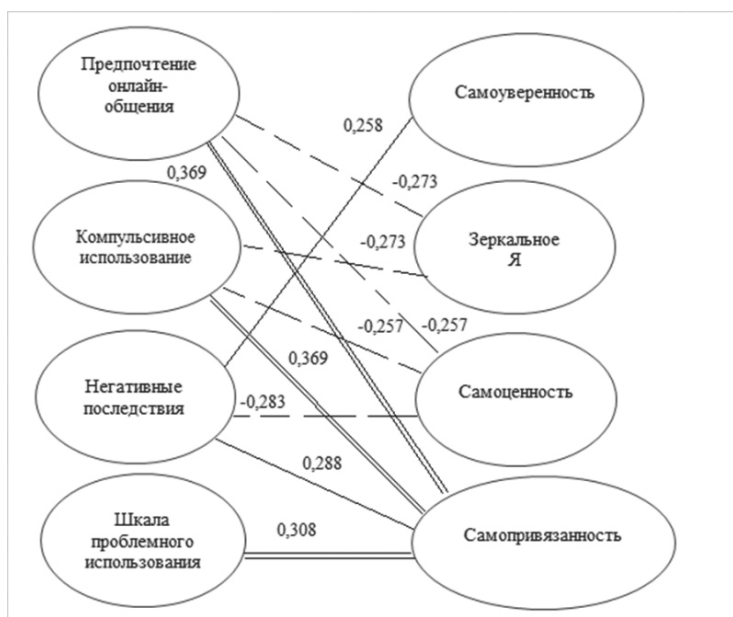


Рис. 3. Взаимосвязь показателей склонности к интернет-зависимости и самоотношения подростков

альных сетях). Такой подросток не нуждается в постоянном внешнем подтверждении своей значимости, потому что его ценность исходит изнутри, подкрепленная реальными, значимыми отношениями. И в таких условиях интернет с его культурой поверхностного одобрения становится менее привлекательным инструментом обеспечения самоуважения.

Ощущение собственной ценности и позитивная обратная связь от реального окружения снижают потребность в компенсаторном поведении. Интернет-общение часто выступает средством удовлетворения дефицитов в реальной жизни: недостатка общения, ощущения собственной неполноценности, невозможности проявить себя. Если подросток уверен в своих личностных качествах и чувствует себя принятым в реальном мире, у него меньше мотивации искать утешения, одобрения или самовыражения в виртуальном пространстве.

Протективная роль позитивного самоотношения напрямую связана с контролем времени, проводимого в сети. Подросток, уверенный в себе и своих реальных отношениях, лучше понимает свои потребности и способен более эффективно управлять своим временем. У него меньше склонности «убегать» в виртуальную реальность от проблем или скуки – он менее склонен к импульсивному использованию интернета, не испытывает трудностей с ограничением времени, проведенного онлайн, и более способен к самоконтролю.

При этом, как ни парадоксально, удовлетворенность своими личностными качествами и отсутствие стремления к самоизменению оказались связаны с усилением стремления к онлайн-общению, проблемами с нормированием времени и негативными последствиями использования интернета. Этот факт может указывать на то, что в некоторых случаях интернет служит средством компенсации и избегания личностного роста, особенно при отсутствии мотивации к самосовершенствованию. В целом полученные данные подчеркивают сложность взаимосвязи между самоотно-

шением и интернет-зависимым поведением, демонстрируя, что различные аспекты самовосприятия могут оказывать как защитное, так и провоцирующее влияние на развитие аддикции.

Выводы

Девиантное поведение подростков является сложным комплексом отклонений от социально приемлемых норм, и одним из наиболее актуальных его проявлений в цифровую эпоху становится интернет-зависимость. Сочетание психовозрастного кризиса и возможностей виртуального пространства является благоприятным условием ее формирования.

Дисфункциональность психологических границ личности выступает фактором риска развития интернет-зависимого поведения. Нарушение функционирования психологических границ (в частности, снижение выраженности не пропускающей и спокойно-нейтральной функций, а также повышенная проницаемость) статистически значимо связано с повышенной склонностью к интернет-зависимости у подростков, проявляющейся в предпочтении виртуального общения реальному и наличии проблем, связанных с использованием интернета.

Сохранение целостности и защищенности личного пространства подростка особо значимо для профилактики интернет-зависимого поведения. Депривация психологического пространства, проявляющаяся в нарушении его суверенности и защищенности, напрямую связана с усилением интернет-зависимого поведения у подростков, что выражается в повышенной потребности в онлайн-общении, зависимости от интернета и трудностях в саморегуляции времени, проведенного в сети.

Адекватная самооценка и стремление к самосовершенствованию – факторы, снижающие риск развития интернет-зависимого поведения. Высокая самоуверенность в сочетании с нежеланием меняться (фиксированная позитивная самооценка) парадоксально связана с усилением склонности

к интернет-зависимости и увеличением негативных последствий использования интернета, что может указывать на компенсаторный механизм и избегание личностного роста через виртуальную среду.

Нарушенное формирование психологических границ личности у подростков с девиантным поведением является существенным фактором, определяющим их противоправную активность в сети Интернет. Слабость внутренних защитных барьеров, неспособность адекватно регулировать свое поведение и взаимодействие с окружающим миром значимо коррелируют с тенденцией к игнорированию правовых норм. Данная взаимосвязь становится особенно очевидной в онлайн-пространстве, где анонимность и низкий уровень непосредственного социального контроля способствуют проявлениям противоправного поведения.

Заключение

Полученные результаты подчеркивают необходимость внедрения в деятельность образовательных учреждений следующих мер:

1) разработка и внедрение программ психологической помощи, направленных на формирование функциональных психологических границ у подростков, включая развитие навыков саморегуляции, самостоятельности и критического мышления;

2) создание поддерживающей среды, обеспечивающей подросткам чувство безопасности и защищенности личного пространства как в реальной жизни (семья, школа), так и в онлайн-среде за счет распространения просветительских программ для родителей и педагогов о важности уважения к личным границам подростка и рисках интернет-зависимости;

3) разработка и внедрение образовательных программ, направленных на формирование у подростков адекватной самооценки и мотивации к самосовершенствованию, а также на развитие критического мышления в отношении контента и социального взаимодействия в сети Интернет;

4) включение в инструменты психопрофилактической работы с несовершеннолетними, демонстрирующими девиантное поведение диагностического комплекса, направленного на изучение психологических границ и их конкретных параметров (уровень самодифференциации, степень автономности, аффективная регуляция и адекватность восприятия социальных сигналов).

Практическая реализация этих мер позволит снизить распространенность интернет-зависимости и повысить психологическое благополучие подростков, что имеет критическое значение при различных девиациях, обеспечивая успешную интеграцию подростков в общество и их законопослушность.

Литература

1. Герасимова А.А., Холмогорова А.Б. Общая шкала проблемного использования интернета: апробация и валидизация в российской выборке третьей версии опросника // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Т. 26, № 3. С. 56–79. DOI: 10.17759/cpp.2018260304.
2. Дементий Л.И. Особенности импульсивности подростков с разной степенью риска девиантного поведения // Саморегуляция личности в контексте жизнедеятельности: Мат. Всерос. науч.-практ. конф. с международным участием. Омск: Омский гос. ун-т им. Ф.М. Достоевского, 2017. С. 111–114.
3. Котова С.А. Интернет-зависимость у детей и подростков: риски, диагностика и коррекция. СПб.: Изд-во ВВМ, 2023. 212 с.
4. Леви Т.С. Методика диагностики психологической границы личности // Вопросы психологии. 2013. № 1. С. 1–16.
5. Морозов А.В. К проблеме социально-психологической адаптации личности в подростковом возрасте // Человеческий фактор: Социальный психолог. 2025. № 2 (54). С. 152–159.
6. Нартова-Бочавер С.К. Опросник «Новая версия опросника «Суверенность психологического пространства – 2010» // Психологический журнал. 2014. Т. 35, № 3. С. 105–119.
7. Нартова-Бочавер С.К. Понятие «психологическое пространство личности»: обоснование и прикладное значение // Психологический журнал. 2003. № 6. С. 27–36.

8. Пантеев С.Р. Самоотношение как эмоционально-оценочная система. М.: Изд-во МГУ, 1991. 108 с.
9. Шаповал И.А., Фоминых Е.С. Самоотношение как феноменологическое поле диагностики психологических границ личности и ее здоровья // Клиническая и специальная психология. 2018. № 7 (1). С. 13–27.
10. Sharapov A.O., Vorotyntseva D. A., Grinyova O. I. Life concept development of students prone to deviant behavior // Вестник психологии и педагогики Алтайского государственного университета, 2022. Т. 4, № 3. С. 90-99.

Поступила 03.07.2025

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

Участие авторов: Е.И. Ильянкова – планирование и методология исследования, сбор первичных данных, написание первого и редактирование окончательного варианта статьи; А.И. Семакова – статистический анализ полученных результатов, обсуждение результатов; А.А. Жарких – обобщение и обсуждение результатов, перевод, транслитерация списка литературы.

Для цитирования. Ильянкова Е.И., Семакова А.И., Жарких А.А. Дисфункциональность психологических границ личности как предиктор интернет-зависимого поведения девиантных подростков // Вестник психотерапии. 2025. № 96. С. 81–92. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-96-81-92

E.I. Ilyankova¹, A.I. Semakova², A.A. Zharkikh³

Dysfunctionality of Psychological Boundaries of Personality as a Predictor of Internet-Dependent Behavior of Deviant Teenagers

¹ Saint Petersburg University of the Ministry of the Interior of Russia

(1, Letchika Pilyutova Str., St. Petersburg, Russia);

² Institute of Forensic Psychological Examinations (18, 6th Sovetskaya Str., lit. A, St. Petersburg, Russia);

³ Ryazan State University named for S. Yesenin

(46, Svobody Str., Ryazan, Russia)

✉ Ekaterina Ivanovna Ilyankova – PhD Psychol. Sci., Lecturer of the Department of Legal. Psychology, Saint Petersburg University of the Ministry of the Interior of Russia (1, Letchika Pilyutova Str., St. Petersburg, 198206, Russia), e-mail: ekaterinapogodina@yandex.ru;

Anastasia Igorevna Semakova – PhD Psychol. Sci. Associate Prof., Expert psychologist, Institute of Forensic Psychological Examinations (18, 6th Sovetskaya Str., lit. A, St. Petersburg, 191036, Russia), e-mail: nst21911@yandex.ru;

Alexandra Anatolyevna Zharkikh – PhD Psychol. Sci. Associate Prof., Associate Prof. of the Department of Psychology and Social Work, Ryazan State University named for S. Yesenin (46, Svobody Str., Ryazan, 390000, Russia), e-mail: rsu@rsu-rzn.ru

Abstract

The relevance of the study is determined by the increasing prevalence of Internet-addictive behavior among adolescents, which leads to social maladaptation.

Purpose. The aim of the research is to empirically identify and evaluate the diagnostic potential of indicators of psychological boundaries of personality for predicting the risk of desocialization and Internet-addictive behavior in minors exhibiting deviant behavior.

Methodology. The empirical study was conducted from 2020 to 2024 in closed-type educational institutions of the Leningrad and Vologda regions and included 63 male adolescents with deviant behavior. The subject of the study concerned the relationship between the characteristics of

psychological boundaries and Internet-addictive behavior in this population. To achieve the research objectives, a set of psychodiagnostic tools was applied, including Caplan's Problematic Internet Use Scale (modified by Gerasimova A.A. and Kholmogorova A.B.), Nartova-Bochaver's "Sovereignty of the Psychological Space" questionnaire, Levi's "Psychological Boundaries of Personality" method, and Pantileev's Self-Attitude Assessment technique. Data were processed using descriptive and correlation analysis.

Results. The results indicate that dysfunctional psychological boundaries in adolescents are expressed in reduced autonomy and impaired emotional regulation, which reflect personality immaturity. These characteristics contribute to the development of Internet addiction, facilitating rapid psychological withdrawal into virtual reality. The authors found that maintaining the integrity and protection of an adolescent's personal space, which ensures a sense of safety and control, is critically important for preventing Internet-addictive behavior and underscores the role of autonomy in healthy psychological development. Adequate self-esteem and a consistent motivation for self-improvement reduce the risk of Internet addiction, highlighting the importance of critical self-reflection and internally driven behavioral regulation. These conclusions are consistent with existing research on the role of self-regulation and goal-directed activity in preventing addictive behavior.

Conclusion. The findings demonstrate the necessity of integrating targeted psychological interventions into the work of educational institutions. Such interventions should aim to develop functional psychological boundaries, enhance self-regulatory competence, support adolescents' sense of personal security both offline and online, strengthen adequate self-esteem, and cultivate motivation for self-improvement and critical thinking regarding digital content and online interaction. Implementing these measures may help reduce the prevalence of Internet-addictive behavior and improve adolescents' psychological well-being, which is of particular relevance for individuals exhibiting deviant behavior and is essential for their successful social integration.

Keywords: psychological boundaries of personality, Internet-addictive behavior, deviant adolescents, filtering function, self-esteem, compensatory mechanisms.

References

1. Gerasimova A.A., Kholmogorova A.B. Obshchaya shkala problemnogo ispol'zovaniya interneta: aprobaciya i validizaciya v rossijskoj vyborke tretej versii oprosnika [General Scale of Problematic Internet Use: Testing and Validation of the Third Version of the Questionnaire in a Russian Sample]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psihoterapiya* [Consulting Psychology and Psychotherapy]. 2018; (3): 56–79. DOI: 10.17759/cpp.2018260304. (In Russ.)
2. Dementiy L.I. Osobennosti impul'sivnosti podrostkov s raznoj stepen'yu riska deviantnogo povedeniya [Features of impulsivity of adolescents with different degrees of risk of deviant behavior]. *Samoregulyaciya lichnosti v kontekste zhiznedeyatel'nosti: materialy Vserossijskoj nauchno-prakticheskoy konferencii s mezhdunarodnym uchastiem* [Self-regulation of personality in the context of life activity: materials of the All-Russian scientific and practical conference with international participation]. Omsk, 2017. Pp. 111–114. (In Russ.)
3. Kotova S.A. Internet-zavisimost' u detej i podrostkov: riski, diagnostika i korrekciya [Internet addiction in children and adolescents: risks, diagnostics and correction]. St. Petersburg, 2023. 212 p. (In Russ.)
4. Levi T.S. Metodika diagnostiki psihologicheskoy granicy lichnosti [Methodology for Diagnosing the Psychological Boundary of an Individual]. *Voprosy psikhologii* [Questions of psychology]. 2013; (1): 1–16. (In Russ.)
5. Morozov A.V. K probleme social'no-psihologicheskoy adaptacii lichnosti v podrostkovom vozraste [On the Problem of Social and Psychological Adaptation of an Individual in Adolescence]. *Chelovecheskij faktor: Social'nyj psiholog* [Human Factor: Social Psychologist]. 2025; (2): 152–159. (In Russ.)
6. Nartova-Bochaver S.K. Oprosnik «Novaya versiya oprosnika «Suverenost' psihologicheskogo prostranstva-2010» [Questionnaire "New version of the questionnaire "Sovereignty of psychological space-2010"]. *Psikhologicheskii zhurnal* [Psychological journal]. 2014; (3): 105–119. (In Russ.)
7. Nartova-Bochaver S.K. Ponyatie «psihologicheskoe prostranstvo lichnosti»: obosnovanie i prikladnoe znachenie [The concept of "psychological space of the individual": substantiation and applied significance]. *Psikhologicheskii zhurnal* [Psychological Journal]. 2003; (6): 27–36. (In Russ.)
8. Pantileev S.R. Samootnoshenie kak emocional'no-ocenochnaya sistema [Self-attitude as an Emotional and Evaluative System]. Moscow, 1991. 108 p. (In Russ.)

9. Shapoval I.A., Fominykh E.S. Samootnoshenie kak fenomenologicheskoe pole diagnostiki psihologicheskikh granic lichnosti i ee zdorov'ya [Self-attitude as a phenomenological field for diagnosing psychological boundaries of personality and its health]. *Klinicheskaya i special'naya psihologiya* [Clinical and Special Psychology]. 2018; (7(1)): 13–27. (In Russ.)
 10. Sharapov A.O., Vorotyntseva D.A., Grinyova O.I. Life concept development of students prone to deviant behavior. *Vestnik psikhologii i pedagogiki Altajskogo gosudarstvennogo universiteta* [Bulletin of Psychology and Pedagogy of the Altai State University]. 2022; (3): 90–99. (In Russ.)
-

Received 03.07.2025

For citing: Il'yankova E.I., Semakova A.I., Zharkikh A.A. Disfunktsional'nost' psikhologicheskikh granits lichnosti kak prediktor internet-zavisimogo povedeniya deviantnykh podrostkov. *Vestnik psikhoterapii*. 2025; (96): 81–92. (In Russ.)

Ilyankova E.I., Semakova A.I., Zharkikh A.A. Dysfunctionality of psychological boundaries of personality as a predictor of internet-dependent behavior of deviant teenagers. *Bulletin of Psychotherapy*. 2025; (96): 81–92. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-96-81-92

Н.В. Максимова¹, Р.В. Петрова^{2,3}, Е.В. Преображенская²

РОЛЬ ПСИХОЛОГА В РЕАБИЛИТАЦИИ УЧАСТНИКОВ СВО И ИХ СЕМЕЙ НА ПРИМЕРЕ СЕРИИ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ

¹ Республиканский клинический госпиталь для ветеранов войн
(Россия, г. Чебоксары, Московский пр-т, д. 49);

² Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования (г. Чебоксары)
(Россия, г. Чебоксары, ул. Фёдора Гладкова, д. 33);

³ Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова
(Россия, г. Чебоксары, Московский пр-т, д. 15)

Актуальность. Реабилитация занимает одну из лидирующих позиций в здравоохранении. Специальная военная операция (СВО) и последовавшая за ней частичная мобилизация затронули многие российские семьи, повысив уровень стресса и напряженности, пошатнув базовые человеческие потребности: в безопасности, в доверии миру, в защищенности и уверенности в будущем. Выросло число посттравматических стрессовых расстройств. Медицинская реабилитация и психологическая поддержка участников специальной операции и членов их семей стали приоритетом для системы здравоохранения.

Цели исследования – представить систему амбулаторной психологической помощи семейным парам участников СВО на клинических примерах.

Материалы и методы. Представленная система психологической помощи включает подходы, методы и средства психологического воздействия в медицинской реабилитации в условиях Республиканского госпиталя для ветеранов войн. В реабилитации трех супружеских пар с использованием Международной классификации функционирования (МКФ) применены клинические, психологические методы и опросники.

Результаты. По окончании реабилитационного курса отмечены: положительная динамика во взаимоотношениях супругов, улучшение понимания происходящего, повышение коммуникативной компетентности, смена уровней коммуникации в паре и по отношению к детям со стороны супруга. При оказании реабилитационной помощи в составе мультидисциплинарной реабилитационной команды использована биопсихосоциальная модель на основе доменов МКФ, с применением психологических техник в работе с семейной парой. При этом важна специальная подготовка психологов по вопросам кризисной психологии и оказания психологической помощи в экстремальных ситуациях и при психологических травмах.

Максимова Наталия Васильевна – мед. психолог амбулаторного отделения мед. реабилитации, Республик. клинич. госпиталь для ветеранов войн (Россия, 428015, г. Чебоксары, Московский пр., д. 49), e-mail: 77777771404@mail.ru, ORCID: 0009-0003-6707-5680;

Петрова Роза Васильевна – канд. мед. наук, врач физич. и реабилит. медицины, руководитель Центра мед. реабилитации, Федер. центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования (г. Чебоксары) (Россия, 428020, г. Чебоксары, ул. Фёдора Гладкова, д. 33); ст. препод. каф. травматологии, ортопедии и экстремальной медицины, Чувашский гос. ун-т им. И.Н. Ульянова (Россия, 428015, г. Чебоксары, Московский пр., 15), e-mail: rpetrova@orthoscheb.ru, ORCID: 0000-0002-2572-5070;

✉ Преображенская Елена Васильевна – нач. науч.-образоват. отдела, Федер. центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования (г. Чебоксары) (Россия, 428020, г. Чебоксары, ул. Фёдора Гладкова, д. 33), e-mail: alenka_22@bk.ru, ORCID: 0000-0003-3556-145X

Заключение. Представленная система психологической работы с семейными парами участников СВО показала свою эффективность при оказании психолого-коррекционной помощи пациентам на амбулаторном этапе медицинской реабилитации в Госпитале для ветеранов войн и может быть рекомендована к внедрению в условиях профильных учреждений.

Ключевые слова: психологическая реабилитация, участники СВО, семейная психотерапия, медицинская реабилитация, МКФ.

Введение

Реабилитация занимает лидирующие позиции в области здравоохранения, являясь одной из главных стратегий достижения в области восстановления здоровья, психического благополучия пациента [9]. Комплексная реабилитация включает медицинскую и физическую, психолого-педагогическую коррекцию, социально-бытовую и профессиональную адаптацию с учетом болезни, направленную на восстановление здоровья пациентов [2]. Приоритетом на амбулаторном этапе реабилитации является восстановление здоровья и психологического благополучия пациента.

Сегодня Россия переживает сложный период. Изменение социально-политических и экономических условий жизни россиян; снижение уровня жизни; реформы; вынужденная миграция населения; разобщение людей, одиночество, отчуждение; терроризм, техногенные катастрофы, чрезвычайные ситуации приводят к негативным последствиям, проявляющимся в социальной напряженности [10].

Специальная военная операция (СВО) с последующей частичной мобилизацией затронула многие российские семьи. Сложившаяся ситуация пошатнула базовые человеческие потребности: потребность в безопасности, в доверии миру, в защищенности и уверенности в будущем (психическая травма мирового масштаба), что повышает уровень стресса и напряженности [3]. Реабилитация и медицинская поддержка как участников СВО, так и членов их семей являются приоритетом для системы здравоохранения [7, 8].

Современные условия требуют качественно нового подхода к процессу реабилитации человека после длительного пребывания в ситуации хронического стресса с учетом характера и уровня нарушений,

с применением новых управленческих технологий, работы мультидисциплинарных команд и современных реабилитационных мероприятий, помогающих пациенту и его окружению вернуться к активной полноценной жизни [4, 7]. Информации о психологической реабилитации участников СВО после боевых действий в научной литературе недостаточно.

Цель исследования: представить систему амбулаторной психологической помощи семейным парам участников СВО на клинических примерах.

Материалы и методы

Нерандомизированное ретроспективное исследование проведено за период 2023–2024 гг. с использованием данных медицинской информационной системы (МИС). Психологическая помощь участникам СВО по семейно-ориентированному принципу предоставлена на амбулаторном этапе медицинской реабилитации в БУ «Республиканский клинический госпиталь для ветеранов войн» Минздрава Чувашии (г. Чебоксары) (далее – Госпиталь), под кураторством специалистов Центра медицинской реабилитации ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г. Чебоксары). Психологическая коррекция в рамках комплексной медицинской реабилитации проводилась в отношении лиц, проходивших военную службу в условиях СВО ($n = 9$), и их супругов. Исследование включало наблюдение серии из трех клинических случаев (каждый наблюдался в течение 2 недель).

Работа Госпиталя организована в соответствии с приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 788 н «Об утверждении порядка организации медицинской реабилитации взрослых» и приказом Минздрава России от 14.10.2022 № 668 н «Об утверждении

Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения», региональными нормативно-правовыми документами.

С апреля 2022 года в Госпитале функционирует амбулаторное отделение медицинской реабилитации для взрослых. Работа ведется по принципу биопсихосоциальной модели с учетом как биологических (генетических, анатомических, физиологических, биохимических и др.), так и психологических (мышление, эмоции и поведение больного) нарушений и социальных (социально-экономических, социального микроокружения, культурных) факторов [11]. Реабилитация осуществляется при условии стабильности клинического состояния и наличии мотивации пациента.

С пациентами работает мультидисциплинарная реабилитационная команда (МДРК), в которую входят врач физической и реабилитационной медицины (ФРМ), врач по лечебной физической культуре, врач-физиотерапевт, врач-терапевт, медицинский психолог, средний медперсонал (медицинские сестры по медицинской реабилитации, массажу, инструкторы по ЛФК). Медицинский психолог обучен методикам оказания психологической помощи в кризисных ситуациях. В программу реабилитации включены методики психологической работы, позволяющие участникам СВО успешно освоиться и пребывать в обществе.

Реабилитационный диагноз участников СВО формулировался на основе *Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья* (МКФ). В подавляющем большинстве наблюдались лица молодого и среднего возраста (25–55 лет) с травматическими повреждениями конечностей и внутренних органов, когнитивно-поведенческими и эмоционально-волевыми расстройствами, снижающими мотивацию к реабилитации.

При первичном обследовании пациента специалистами МДРК выявлялись проблемы и нарушения состояния здоровья; совместно определялись цели, задачи реабилитации; реабилитационный потенциал пациента,

реабилитационный прогноз и перспективы восстановления; формировался реабилитационный диагноз (домены, с которыми работает специалист); уточнялись факторы, ограничивающие проведение реабилитационных мероприятий; составлялся индивидуальный план медицинской реабилитации. Протокол заседаний МДРК оформляется не менее 3 раз: при поступлении, на 7-й день и при выписке.

Проблемы участников СВО требовали особого внимания. *Соматические проблемы:* функциональные нарушения работы внутренних органов, травмы различной степени и локализации, контузии. В психофизиологическом плане – головные боли, нарушение сна, панические атаки, тревожно-депрессивные расстройства на фоне длительного пребывания в ситуации стресса, расстройства поведения. *Психологические проблемы:* трудности адаптации при возвращении домой, обида на близких, отсутствие статуса участника СВО, сильное напряжение, состояние после перенесенных операций в виде психологического стресса (разное восприятие последствий и осложнений после ранения, сильная фиксация на состоянии здоровья либо игнорирование), утрата (однopolчан), сложности возвращения в зону СВО после отпуска.

Применены диагностические методики: госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), монреальская когнитивная шкала (Montreal Cognitive Assessment, MoCA), краткая шкала оценки психического статуса (Mini-Mental State Examination, MMSE), стандартный набор патопсихологических методов исследования. Проведены скрининговое исследование на наличие посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), и скрининговое структурированное интервью (ССИ; шкала серьезности суицидальных намерений, версия для скрининга Columbia Suicide Severity Rating Scale (Screening Version), C-SSRS).

Цели психологического воздействия: коррекция эмоционального состояния, изменение отношения к болезни, уменьшение проблем межличностного взаимодействия, психологическая поддержка пациентов для

конструктивного преодоления кризисной жизненной ситуации, актуализация ресурсного состояния, выработка психологической устойчивости, восстановление адекватной самооценки, дезактуализация тревожных мыслей, выстраивание позитивных перспектив, обучение техникам и методам восстановления психического здоровья, повышение приверженности пациентов к выполнению врачебных рекомендаций по медикаментозной коррекции. Медикаментозное лечение эмоциональных расстройств проводится по назначению невролога, психотерапевта, психиатра; при выявлении деструктивных способов снятия стресса показано лечение у психиатра-нарколога.

С целью контроля эффективности реабилитации проводится повторная диагностика и составление рекомендаций при выписке.

При работе с участниками СВО обязательной является семейная терапия с использованием методов психологической коррекции по принципу системного семейного консультирования (ССК). По запросам супругов проводится «партнерская терапия» с целью обучения умению вести диалог, уважая чувства друг друга; построения новых подходов взаимодействия; поиска перспектив и ресурсов, позволяющих действовать конструктивно. Важным моментом является принятие действительности и осознание происходящих изменений в психике супруга после длительного пребывания в состоянии стресса с формированием позитивных ожиданий и мотивации к самостоятельному использованию психологических техник.

Критерии эффективности психологической коррекции: положительная динамика по оценочным шкалам, субъективное улучшение самочувствия и настроения, снижение уровня ситуационно-личностной тревожности, психического напряжения.

Результаты и их анализ

Итоги реабилитационной психологической работы с близким окружением участника СВО (супружеские пары) в течение двухнедельного курса отражены в клинических примерах.

Клинический пример 1. Пациент А., 43 года. Участник боевых действий в Чечне, частые командировки по работе (снабженец на производстве). У мужчины второй брак, в котором – двое детей дошкольного возраста, в т.ч. один ребенок с ограничениями в здоровье. Супруга не работает, ухаживает за ребенком. Супруг уехал и не сказал, что отправился на СВО. В зоне СВО – по контракту. Супруга узнала через несколько месяцев, когда передали личные вещи. Родители супруга перестали с ней общаться.

Обратился по направлению врача ФРМ с жалобами на утомляемость, снижение концентрации внимания вследствие контузии, заторможенность. Отмечает психологический дискомфорт, обиду: не ожидал таких сложностей по сравнению с участием в боевых действиях ранее. В отношениях с супругой отмечает ревность супруги, постоянный контроль по телефону. В процессе диагностики выявлены трудности общения с супругой.

При формулировании реабилитационного диагноза выделены проблемы пациента в виде доменов МКФ, закрепленных за медицинским психологом. Нарушения функции организма: b117.1 – незначительные нарушения интеллектуальных функций; b1263.2 – умеренные нарушения психической устойчивости; b134.3 – тяжелые нарушения сна; b1400.2 – умеренное снижение устойчивости внимания; b1408.2 – умеренные нарушения концентрации внимания; b144.1 – незначительные нарушения памяти; b1440.1 – ухудшение кратковременной памяти; b152.2 – умеренные нарушения эмоций. Затруднения со стороны активности и участия: d160.22 – умеренное снижение концентрации внимания; d2401.22 – умеренные затруднения преодоления стресса; d2402.22 – умеренные затруднения преодоления кризисных ситуаций.

Методы психологической коррекции: индивидуальная терапия, когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), межполушарная стимуляция и нейрогимнастика, работа на системе для активной реабилитации верхних конечностей и развития мелкой мото-

рики «ОРТОРЕНТ МОТОРИКА» с биологической обратной связью (БОС), активное слушание, выделение перспектив. Работа по изменению моделей поведения в общении с ребенком и супругой. *Результат:* положительная динамика.

Работа с супругой. Жалобы супруги: изменение статуса, сложности пребывания в одиночестве, супруг стал малообщителен, замкнут; не говорит, куда уходит; единственный случай изменения сознания в состоянии алкогольного опьянения супруга; тревожность, беспокойство. Психологический дискомфорт, обида на родителей супруга (перестали общаться во время командировки супруга). Диагностика: проблемы у дочери при консультировании по вопросам детско-родительских отношений в виде отчуждения (по рисуночным тестам). Трудности общения с супругом. У супруги интеллектуальные функции сохранены, выявлены домены: b134.1 – незначительные нарушения сна; b152.1 – незначительные нарушения эмоций; d2401.11 – незначительные затруднения преодоления стресса.

Методы психологической коррекции с супругой: работа с обидами, умение расслабляться и переключаться, объяснение изменений в поведении супруга после длительного отсутствия и пребывания в состоянии стресса. Десенсибилизация и переработка движением глаз (ДПДГ, англ. EMDR, – метод психотерапии для лечения ПТСР, вызванных переживанием стрессовых событий, таких как насилие или участие в военных действиях) [13]; дыхательные техники. *Результат* работы с супругой: положительная динамика.

Результат семейной терапии: положительная динамика, понимание происходящего, повышение коммуникативной компетентности, смена уровней коммуникации в паре, а также по отношению к детям со стороны супруга.

Клинический пример 2. Пациент А., 51 год. Участник боевых действий в горячих точках, три командировки в зону СВО. В официальном браке, воспитывает дочь подросткового возраста. Супруга не работает. В зоне СВО – добровольцем. Обратился

самостоятельно с жалобами на частое употребление алкоголя длительное время, из-за чего потерял хорошую работу. Самостоятельно справиться с данной проблемой не может. Отмечает психологический дискомфорт, обиду на то, что нет статуса участника боевых действий и выплат. Собирался еще в командировку для получения льгот своей семье.

Выявлены проблемы в виде следующих доменов МКФ. Нарушения функции организма: b117.1 – незначительные нарушения интеллектуальных функций; b1263.2 – умеренные нарушения психической устойчивости; b134.1 – незначительные нарушения сна; b1400.2 – умеренное снижение устойчивости внимания; b1408.1 – незначительные нарушения концентрации внимания; b144.1 – незначительные нарушения памяти; b1440.1 – незначительное ухудшение кратковременной памяти; b152.1 – легкие нарушения эмоций. Затруднения со стороны активности и участия: d160.11 – легкие затруднения концентрации внимания; d2401.11 – легкие затруднения преодоления стресса; d2402.11 – легкие затруднения преодоления кризисных ситуаций.

Методы психологической коррекции: индивидуальная терапия, КПТ, межполушарная стимуляция, работа на системе для активной реабилитации верхних конечностей и развития мелкой моторики «ОРТОРЕНТ МОТОРИКА» с БОС, активное слушание, выделение перспектив. Работа по изменению моделей поведения в общении с ребенком и супругой. *Результат:* положительная динамика.

Работа с супругой. Жалобы супруги на давнюю алкогольную зависимость у супруга, эмоциональную лабильность, плаксивость, снижение настроения. Перинатальная потеря 5 лет назад. Диагностика: клинически выраженные показатели по шкале HADS после перинатальной потери, трудности общения с супругом.

Выявлены следующие домены: b117.0 – интеллектуальные функции сохранены; b134.1 – незначительные нарушения сна; b152.3 – выраженные нарушения эмоций; d2401.22 – умеренные затруднения преодоления стресса.

Методы психологической коррекции с супругой: работа с обидами, умение расслабляться и переключаться, объяснение изменений в поведении супруга и его неприятия изменившегося за время его отсутствия семейного уклада, ДПДГ, дыхательные и ресурсные техники по работе с тревогой и депрессивным состоянием. *Результат* работы с супругой: положительная динамика.

Семейная терапия: психологическая коррекция по принципу ССК. По запросам супругов проведена «партнерская терапия».

Результат семейной терапии: положительная динамика, понимание происходящего, повышение коммуникативной компетентности, смена уровней коммуникации в паре.

Клинический пример 3. Пациент В., 34 года. Первый брак, двое детей дошкольного возраста. Собирались на отдых за границу, билеты были куплены заранее; родители настояли, чтобы пошел в военкомат отметиться, чтобы его не считали покинувшим страну. При обращении сразу был мобилизован, не выехал на отдых.

Обратился по направлению врача ФРМ с жалобами на панические атаки 2–5 раз в день длительностью более 2 часов; снимались препаратами по назначению врача-невролога. Предстояла операция по эндокринологии с подозрением на онкологию (после операции не подтвердилась). Отмечает психологический дискомфорт, обиду. Выявлен страх ожидания результатов анализа и возвращения на СВО.

Выявлены проблемы в виде доменов МКФ. Нарушения функции организма: b117.1 – незначительные нарушения интеллектуальных функций; b1263.2 – умеренные нарушения психической устойчивости; b134.3 – выраженные нарушения сна; b1400.1 – незначительное снижение устойчивости внимания; b1408.1 – незначительные нарушения концентрации внимания; b144.1 – незначительные нарушения памяти; b1440.1 – незначительное ухудшение кратковременной памяти; b152.3 – выраженные нарушения эмоций. Затруднения со стороны активности и участия: d160.11 – незначитель-

ные затруднения концентрации внимания; d2401.22 – умеренные затруднения преодоления стресса; d2402.12 – умеренные затруднения преодоления кризисных ситуаций.

Методы психологической коррекции: индивидуальная терапия, КПТ, работа с травмой, обучение техникам саморегуляции и дыхательно-ресурсным техникам. Активное слушание, выделение перспектив, объяснение изменений в организме после длительного стресса. *Результат:* положительная динамика.

Работа с супругой. Жалобы супруги: муж стал замкнут, не общается, уходит в себя, уходит от ответа, избегает разговоров; употребление алкоголя в одиночку; тревожность, беспокойство. Сложности в семейно-супружеском общении. Выявлены следующие домены: b134.1 – незначительные нарушения сна; b152.1 – легкие нарушения эмоций; d2401.11 – умеренные затруднения преодоления стресса.

Методы психологической коррекции с супругой: работа с обидами, умение расслабляться и переключаться, объяснение изменений в поведении супруга, неприятия изменившегося за время его отсутствия семейного уклада и традиций, ДПДГ, дыхательные техники. *Результат* работы с супругой: положительная динамика.

Семейная терапия: психологическая коррекция по принципу ССК, работа с тревогой и запросом. Выстраивание позитивных убеждений, мыслей, образов, построение нового «завтра». Обучение партнерскому взаимодействию, умению вести диалог, уважая чувства друг друга; построение новых подходов взаимодействия, поиск перспектив. Поиск ресурсов, позволяющих действовать конструктивно. Принятие действительности и осознание происходящего. Формирование позитивных ожиданий и мотивации к самостоятельному использованию техник саморегуляции и межличностного взаимодействия в семье.

Результат семейной терапии: положительная динамика, понимание происходящего, повышение коммуникативной компетентности, смена уровней коммуникации

Пациент / Критерии оценки	ПТСР, баллы	ССИ, баллы	HADS, тревога / депрессия, баллы		MoCA, баллы		MMSE, поступление / выписка
	При поступлении	Поступление	Выписка	Поступление	Выписка		
Случай 1							
Участник СВО	8	0	12/9	9/7	25	27	26/28
Супруга	–	–	10/7	8/6	28	28	28/28
Случай 2							
Участник СВО	10	1	8/7	5/4	26	27	27/28
Супруга	–	–	13/14	12/10	26	27	27/27
Случай 3							
Участник СВО	8	0	12/6	11/5	27	29	27/28
Супруга	–	–	8/8	6/4	28	28	29/29

в паре. При повторном формулировании реабилитационного диагноза отмечалась положительная динамика по всем доменам МКФ на 1 единицу, что коррелировало со значительным улучшением психоэмоционального состояния пациентов.

Результаты психологической коррекции отражены в таблице.

Обсуждение

В научной литературе недостаточно данных о психологической помощи участникам СВО. Наряду с другими авторами, в процессе реабилитации нами использована биопсихосоциальная модель [12]. Использование при психологической реабилитации военнослужащих из зоны СВО доменов МКФ позволяет определить основные проблемы пациентов не только в состоянии здоровья, но и в социально-психологическом контексте, с применением современных реабилитационных технологий, на основе реабилитационного диагноза [12].

Наиболее эффективен комплексный подход к психологической реабилитации, включающий работу с обидами, обучение техникам расслабления и переключения, снятие мышечного напряжения, ДПДГ, дыхательные техники для стабилизации психоэмоционального состояния, аппаратную механотерапию с БОС с целью межполушарной стимуляции, нейрогимнастику, арт-терапию с формированием деятельностной активности. Подтверждена эффективность

семейной терапии при работе с семейными парами участников СВО [5].

Опыт авторов подтвердил необходимость обучения специалистов в области медицинской реабилитации вопросам кризисной психологии и оказания психологической помощи в экстремальных ситуациях и при психологических травмах [6].

Бахтина И.С. с соавт. подчеркивают, что современные требования к проведению реабилитационных мероприятий предусматривают реализацию мультидисциплинарного проблемно-ориентированного подхода в сотрудничестве с пациентом [1]; его целесообразность подтверждена настоящим исследованием.

Важным представляется обеспечение готовности профессионального медицинского сообщества к проведению массовых реабилитационных мероприятий, направленных на участников боевых действий и пострадавшее мирное население, ввиду сформировавшейся в ходе СВО медико-социальной ситуации, на основе современных холистических принципов организации реабилитационной помощи [1].

Заключение

Восстановление физического здоровья и психического благополучия человека – главная цель и приоритет стратегий охраны здоровья, в т.ч. на амбулаторном этапе реабилитации. Специальная военная операция существенно повысила уровень стресса

и напряженности в обществе, в особенности у участников СВО и членов их семей, что потребовало дополнительных усилий системы здравоохранения в отношении сохранения и укрепления их здоровья.

Представленные в трех клинических примерах итоги реабилитационной двухнедельной психологической работы с близким окружением участника СВО (супружеские пары) с проведением семейной терапии показали положительную динамику в состоянии пациента, понимание происходящего, повышение коммуникативной компетентности, смену уровней коммуникации в паре, а также по отношению к детям со стороны супруга. Повторное формулирование реабили-

литационного диагноза показало прогресс по всем доменам МКФ на 1 единицу, что коррелировало со значительным улучшением психоэмоционального состояния пациентов.

Опыт работы Республиканского клинического госпиталя для ветеранов войн на конкретных примерах наглядно продемонстрировал систему амбулаторной психологической помощи семейным парам участников СВО и ее эффективность в отношении как пациентов, так и членов их семей, что может быть более широко использовано в амбулаторных учреждениях медицинской и психокоррекционной помощи на фоне военных конфликтов.

Литература

1. Бахтина И.С., Калинина С.А., Гардеробова Л.В. [и др.]. Оценка потребности участников боевых действий в реабилитационной помощи // Физическая и реабилитационная медицина. 2023. Т. 5, № 3. С. 34–40. DOI: 10.26211/2658-4522-2023-5-3-34-40.
2. Бонкало Т.И. Комплексная реабилитация участников специальной военной операции на Украине: дайджест январь – февраль 2023: [Электронный ресурс]. URL: <https://niioz.ru/upload/iblock/7f4/7fd0d46e26b352c373cee7c257668d2.pdf> (дата обращения: 17.11.2025).
3. Воронов В.А., Гармашев А.А., Хрипков К.А. Специальная военная операция как триггер изменений социума приграничного региона // Государственная служба. 2023. № 5. С. 71–78. DOI: 10.22394/2070-8378-2023-25-5-71-78
4. Иванова Г.Е. Новые технологии создают потрясающие возможности для пациентов, которые в течение нескольких лет были изолированы от общества! // Доктор Ру. Анестезиология и реаниматология. Медицинская реабилитация. Ч. II. 2016. Т. 12, № 129. С. 4–6.
5. Матренин А.П., Максимова Н.В. Опыт использования арт-терапии на совместных занятиях логопеда и медицинского психолога на третьем этапе реабилитации с пациентами после инсульта // Аллея науки. 2021. Т. 1, № 12 (63). С. 857–862.
6. Миненко К.О., Миненко А.О. Система мер ресоциализации, социальной адаптации и социальной реабилитации помилованных участников специальной военной операции // Философия права. 2023. Т. 3, № 106. С. 125–134.
7. Николаев Н.С., Преображенская Е.В., Петрова Р.В. [и др.]. Полный цикл медицинской реабилитации пациентов после травматолого-ортопедических операций на примере профильного федерального центра // Национальное здравоохранение. 2023. Т. 4, № 4. С. 23–36. DOI: 10.47093/2713-069X.2023.4.4.23-36.
8. Погонченкова И.В., Рассулова М.А., Макарова М.В. Система организации медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» больным, перенесшим эндопротезирование в Москве // Московская медицина. 2018. Т. 5, № 27. С. 44–49.
9. Погонченкова И.В., Щикота А.М., Кашежев А.Г. [и др.]. Современные аспекты медицинской реабилитации лиц с боевой травмой (аналитический обзор литературы) // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. 2023. Т. 22, № 2. С. 115–127. DOI: 10.17816/622930.
10. Рыбников В.Ю., Марьин М.И. Копинг-поведение сотрудников МВД России и их индивидуальная устойчивость в экстремальных и чрезвычайных ситуациях // Человеческий фактор: проблемы психологии и эргономики. 2005. Т. 3, № 32. С. 54–58.
11. Холмогорова А.Б., Рычкова О.В. 40 лет биопсихосоциальной модели: что нового? // Социальная психология и общество. 2017. Т. 8, № 4. С. 8–31. DOI:10.17759/sps.2017080402.
12. Шмонин А.А., Мальцева М.Н., Мельникова Е.В. [и др.]. Базовые принципы медицинской реабилитации, реабилитационный диагноз в категориях МКФ и реабилитационный план // Вестник восстановительной медицины. 2017. Т. 2, № 78. С. 16–22.
13. de Jongh A, de Roos C, El-Leithy S. State of the science: Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy // J Trauma Stress. 2024. Vol. 37, N 2. Pp. 205–216. DOI: 10.1002/jts.23012.

Поступила 14.04.2025

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

Участие авторов: Н.В. Максимова – идея исследования, обсуждение концепта, подбор и анализ материала, написание текста; Р.В. Петрова – концепция и дизайн исследования, подбор и анализ материала, написание и редактирование текста; Е.В. Преображенская – обсуждение концепта, сбор и обработка данных.

Для цитирования. Максимова Н.В., Петрова Р.В., Преображенская Е.В. Роль психолога в реабилитации участников СВО и их семей на примере серии клинических случаев // Вестник психотерапии. 2025. № 96. С. 93–103. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-96-93-103

N.V. Maksimova¹, R.V. Petrova^{2, 3}, E.V. Preobrazhenskaya²

The Role of a Psychologist in the Rehabilitation of Participants in a Special Military Operation and Their Families Using the Example of a Series of Clinical Cases

¹ Republican Clinical Hospital for War Veterans (49, Moskovskii Ave., Cheboksary, Russia);

² Federal Center for Traumatology, Orthopedics and Arthroplasty (Cheboksary)
(33, F. Gladkova Str., Cheboksary, Russia);

³ Chuvash State University (15, Moskovskii Ave., Cheboksary, Russia)

Natalia Vasilievna Maksimova – medical psychologist of the outpatient department of medical rehabilitation; Republican Clinical Hospital for War Veterans (49, Moskovskii Ave., Cheboksary, 428015, Russia), ORCID: 0009-0003-6707-5680, e-mail: 77777771404@mail.ru;

Roza Vasilievna Petrova – PhD Med. Sci., doctor of physical and rehabilitation medicine, head of the department of early medical rehabilitation, head of the medical rehabilitation center of Federal Center of Traumatology, Orthopedics and Arthroplasty (33, F. Gladkova Str., Cheboksary, 428020, Russia), Senior lecturer of the Department of Traumatology, Orthopedics and Extreme Medicine, Chuvash State University named after I.N. Ulyanov (15, Moskovskii Ave., Cheboksary, 428015, Russia), ORCID: 0000-0002-2572-5070, e-mail: rpetrova@orthoscheb.com;

✉ Elena Vasilievna Preobrazhenskaya – head of scientific and educational department, Federal Center of Traumatology, Orthopedics and Arthroplasty (33, F. Gladkova Str., Cheboksary, 428020, Russia), ORCID: 0000-0003-3556-145X, e-mail: alenka_22@bk.ru

Abstract

Relevance. Rehabilitation occupies one of the leading positions in healthcare. The special military operation (SMO) and the subsequent partial mobilization affected many Russian families, increasing stress and tension levels, undermining fundamental human needs for safety, trust in the world, protection, and a sense of future stability. The number of post-traumatic stress disorders has increased. Medical rehabilitation and psychological support for the participants of the SMO and their family members have become a priority within the healthcare system.

Intention. To present a system of outpatient psychological assistance for marital couples participating in the SMO using clinical examples.

Materials and methods. The presented system of psychological assistance includes approaches, methods and means of psychological impact in medical rehabilitation provided in the Republican Hospital for War Veterans. Clinical, psychological methods and questionnaires were used in the rehabilitation of three married couples using the International Classification of Functioning.

Results and discussion. Upon completion of the rehabilitation course, positive dynamics were observed in spousal relationships, including improved mutual understanding, increased communicative competence, and changes in communication patterns within the couple and in

parent-child interactions from the husband's side. The biopsychosocial model grounded in ICF domains was employed within a multidisciplinary rehabilitation team, integrating psychological techniques for working with couples. Special training of psychologists in crisis psychology, psychological support in extreme situations, and trauma-focused interventions is essential.

Conclusion. The presented system of psychological work with married couples participating in the SMO has shown its effectiveness in providing psychological and correctional care to patients at the outpatient stage of medical rehabilitation in a Hospital for war veterans and can be recommended for implementation in specialized institutions.

Keywords: psychological rehabilitation; participants in a special military operation; family psychotherapy; medical rehabilitation; ICF.

References

1. Bakhtina I.S., Kalinina S.A., Cloakerdova L.V. [et al.]. Otsenka potrebnosti uchastnikov boevykh deistvii v reabilitatsionnoi pomoshchi [Assessment of the rehabilitation needs of combat participants]. *Fizicheskaya i reabilitatsionnaya meditsina* [Physical and rehabilitation medicine]. 2023; 5(3): 34–40. DOI: 10.26211/2658-4522-2023-5-3-34-40 (In Russ.)
2. Bonkalo T.I. Kompleksnaya reabilitatsiya uchastnikov spetsial'noi voennoi operatsii na Ukraine: daidzhest yanvar'-fevral' 2023 [Comprehensive rehabilitation of participants in a special military operation in Ukraine: digest January-February 2023] [Electronic resource]. Moscow, 2023. 39 p. URL: <https://niioz.ru/upload/iblock/7f4/7f4d0d46e26b352c373cee7c257668d2.pdf> (In Russ.)
3. Voronov V.A., Garmashev A.A., Khripkov K.A. Spetsial'naya voennaya operatsiya kak trigger izmenenii sotsiuma prigranichnogo regiona [Special military operation as a trigger of changes in the society of the border region]. *Gosudarstvennaya sluzhba* [Public Administration]. 2023; (5): 71–78. DOI: 10.22394/2070-8378-2023-25-5-71-78 (In Russ.)
4. Ivanova G.E. Novye tekhnologii sozdayut potryasayushchie vozmozhnosti dlya patsientov, kotorye v techenie neskol'kikh let byli izolirovany ot obshchestva! [New technologies create amazing opportunities for patients who have been isolated from society for several years!] *Doktor Ru. Anesteziologiya i reanimatologiya. Meditsinskaya reabilitatsiya* [Dr. Ru. Anesthesiology and intensive care. Medical rehabilitation]. Part II. 2016; 12(129): 4–6. (In Russ.)
5. Matrenin A.P., Maksimova N.V. Opyt ispol'zovaniya art-terapii na sovmestnykh zanyatiyakh logopeda i meditsinskogo psikhologa na tret'em etape reabilitatsii s patsientami posle insulta [The experience of using art therapy in joint classes of a speech therapist and a medical psychologist at the third stage of rehabilitation with patients after a stroke]. *Alleya nauki* [Alley-science]. 2021; 1(12(63)): 857–862. (In Russ.)
6. Minenko K.O., Minenko A.O. Sistema mer resotsializatsii, sotsial'noi adaptatsii i sotsial'noi reabilitatsii pomilovannykh uchastnikov spetsial'noi voennoi operatsii [A system of measures for resocialization, social adaptation and social rehabilitation of pardoned participants in a special military operation]. *Filosofiya prava* [Philosophy of Law]. 2023; 3(106): 125–134. (In Russ.)
7. Nikolaev N.S., Preobrazhenskaya E.V., Petrova R.V. [et al.]. Polnyi tsikl meditsinskoi reabilitatsii patsientov posle travmatologo-ortopedicheskikh operatsii na primere profil'nogo federal'nogo tsentra [Full cycle of medical rehabilitation of patients after traumatological and orthopedic operations using the example of a specialized federal center]. *Natsional'noe zdoravookhranenie* [National Health Care (Russia)]. 2023; 4(4): 23–36. DOI: 10.47093/2713-069X.2023.4.4.23-36 (In Russ.)
8. Pogonchenkova I.V., Rassulova M.A., Makarova M.V. Sistema organizatsii meditsinskoi pomoshchi po profil'nyu «meditsinskaya reabilitatsiya» bol'nym, perenesshim endoprotezirovanie v Moskve [The system of organization of medical care in the profile «medical rehabilitation» for patients who underwent endoprosthetics in Moscow]. *Moskovskaya meditsina* [Moscow medicine]. 2018; 5(27): 44–49. (In Russ.)
9. Pogonchenkova I.V., Shchikota A.M., Kashezhev A.G. [et al.]. Sovremennye aspekty meditsinskoi reabilitatsii lits s boevoi travmoi (analiticheskii obzor literatury) [Recent aspects of medical rehabilitation for combat trauma]. *Fizioterapiya, bal'neologiya i reabilitatsiya* [Russian Journal of Physiotherapy, Balneology and Rehabilitation]. 2023; 22(2): 115–127. DOI: 10.17816/622930 (In Russ.)
10. Rybnikov V.Y., Maryin M.I. Koping-povedenie sotrudnikov MVD Rossii i ikh individual'naya ustoichivost' v ekstremal'nykh i chrezvychaynykh situatsiyakh [Coping behavior of employees of the Ministry of Internal Affairs of Russia and their individual resilience in extreme and emergency situations]. *Chelovecheskii faktor: problemy psikhologii i ergonomiki* [Human factor: problems of psychology and ergonomics]. 2005; 3(32): 54–58. (In Russ.)
11. Kholmogorova A.B., Rychkova O.V. 40 let biopsichosotsial'noi modeli: chto novogo? [40 years of the biopsychosocial model: what's new?] *Sotsial'naya psikhologiya i obshchestvo* [Social psychology and society]. 2017; 8(4): 8–31. DOI:10.17759/sp.2017080402 (In Russ.)

-
12. Shmonin A.A., Maltseva M.N., Melnikova E.V. [et al.]. Bazovye printsipy meditsinskoi reabilitatsii, reabilitatsionnyi diagnoz v kategoriakh MKF i reabilitatsionnyi plan [Basic principles of medical rehabilitation, rehabilitation diagnosis in ICF categories and rehabilitation plan]. *Vestnik vosstanovitel'noi meditsiny* [Bulletin of Restorative Medicine]. 2017; 2(78): 16–22. (In Russ.)
 13. de Jongh A., de Roos C., El-Leithy S. State of the science: Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy. *J Trauma Stress*. 2024; 37(2): 205–216. DOI: 10.1002/jts.23012/
-

Received 14.04.2025

For citing: Maksimova N.V., Petrova R.V., Preobrazhenskaya E.V. Rol' psikhologa v reabilitatsii uchastnikov SVO i ikh semei na primere serii klinicheskikh sluchaev. *Vestnik psikhoterapii*. 2025; (96): 93–103. **(In Russ.)**

Maksimova N.V., Petrova R.V., Preobrazhenskaya E.V. The role of a psychologist in the rehabilitation of participants in a special military operation and their families using the example of a series of clinical cases. *Bulletin of Psychotherapy*. 2025; (96): 93–103. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-96-93-103

Е.В. Крылатова, Н.А. Селиверстова

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ У ЛИЦ, НАХОДЯЩИХСЯ В ЗАТЯЖНЫХ СТРЕССОВЫХ СИТУАЦИЯХ

Институт мозга человека им. Н.П. Бехтеревой Российской академии наук
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Академика Павлова, д. 9)

Актуальность. Изучение психического состояния лиц, находящихся в затяжной стрессовой ситуации, несомненно актуально для медицинской психологии, т.к. такие стрессовые ситуации, сопровождаемые выраженными эмоциональными нарушениями, могут приводить к снижению адаптивных возможностей. Вместе с тем многие пациенты обращаются за консультациями к врачам и избегают помощи психологов, что приводит к длительному самостоятельному переживанию стрессовой ситуации. Поэтому своевременная оценка психического состояния таких лиц является приоритетной для выработки стратегий индивидуальных психокоррекционных программ.

Методология. Исследованы 34 человека (23 женщины, 11 мужчин, в возрасте от 18 до 44 лет), находящиеся в затяжной стрессовой ситуации, которая в данном исследовании понималась таким образом: у всех пациентов в течение 2–3 лет наблюдались повторяющиеся, длительно и напряженно переживаемые психологические стрессы, которые включали в себя различные профессиональные, семейные и социальные конфликты. Критерием включения в группу исследуемых были: возраст от 18 до 44 лет, наличие жалоб на соматическое и психическое состояние, с которыми пациент не мог справиться самостоятельно, в связи с чем обращался за помощью к специалистам.

Психическое состояние пациентов изучалось с помощью наблюдения и комплекса стандартизированных психодиагностических методик, направленных на изучение памяти, внимания и эмоционально-личностной сферы. Для получения персональной оценки испытуемыми своего состояния был составлен опросный лист «Субъективная оценка собственного состояния».

Результаты. Основные результаты исследования показали, что психическое состояние лиц, находившихся в затяжной стрессовой ситуации, характеризовалось незначительными изменениями когнитивной и эмоциональной сферы, проявившимися в повышенном уровне тревоги и враждебности, а также нарушениями личностной адаптации.

Практическая значимость. Полученные результаты могут быть использованы для разработки психокоррекционных программ. Понимание особенностей психического состояния человека, находящегося в затяжной стрессовой ситуации, позволит оценивать эффективность проводимых мероприятий и своевременно вносить коррективы в процесс лечения.

Ключевые слова: психическое состояние, психодиагностика, когнитивные функции, эмоции, личность.

✉ Крылатова Екатерина Валерьевна – аспирант, мед. психолог, Ин-т мозга человека им. Н.П. Бехтеревой РАН (Россия, 197376, Санкт-Петербург, ул. Академика Павлова, д. 9), e-mail: moi_lynx@mail.ru;

Селиверстова Наталья Алексеевна – д-р психол. наук, ст. науч. сотр., Ин-т мозга человека им. Н.П. Бехтеревой РАН (Россия, 197376, Санкт-Петербург, ул. Академика Павлова, д. 9), e-mail: seliverstova@ihb.spb.ru

Введение

Изучение психического состояния в медицинской психологии представляется несомненно актуальным, т.к. социальная и экономическая ситуация, быстрый ритм жизни, постоянные изменения и неопределенность могут приводить к затяжному переживанию стресса, которое негативно сказывается на психическом и физическом здоровье человека [1]. Психическое состояние сопровождается физиологическими и поведенческими проявлениями и непосредственно связано с переживаниями человека. Известно, что в психическом состоянии субъективная сторона (переживание) играет одну из ведущих ролей в регуляции состояний [2]. Поэтому важно изучать не только объективные характеристики психического состояния, но и субъективные представления человека. Из-за противоречий между потребностями человека, его ценностями и целями, а также ограничений, которые накладывает на него общество и окружающая среда, возникают внутренние противоречия между различными когнитивными структурами, которые рассматриваются когнитивными психологами одновременно как источник и следствие когнитивных искажений [3, 5, 7]. С другой стороны, внутренний конфликт может способствовать поиску вариантов решения возникающих трудных ситуаций и помочь конструктивному их разрешению.

Длительные, затяжные стрессовые ситуации могут приводить к тревожным, депрессивным расстройствам, а также нарушениям когнитивного функционирования [4, 7]; кроме того, могут возникать психологический стресс, ведущий к нарушению адаптации. При нем может возникать ощущение труднопреодолимого препятствия на пути к достижению цели, которую поставил перед собой человек [2].

Понимание психического состояния пациентов, оказавшихся в затяжной стрессовой ситуации, чрезвычайно актуально, т.к. позволит разработать более эффективные коррекционные программы, которые будут направлены на улучшение их самочувствия и качества жизни, а также повышение адаптационных возможностей.

Нашей целью являлось исследование особенностей психического состояния лиц, находящихся в затяжных стрессовых ситуациях, в связи с выработкой стратегии для психологической коррекции.

Материалы и методы

Психологическое исследование проводилось в плановом порядке для изучения психического состояния у каждого испытуемого. Приоритетными для них были жалобы соматического характера, с которыми они наблюдались у врача. В нашем исследовании под затяжными стрессовыми ситуациями понималось следующее: у всех испытуемых в анамнезе в течение 2–3 лет наблюдались воспринимаемые ими лично, повторяющиеся, длительно и напряженно переживаемые психологические стрессы, которые включали в себя различные профессиональные (увольнения, межличностные отношения), семейные (разводы, ссоры с супругами, родителями, детьми) и социальные конфликты. Все пациенты испытывали негативные аффекты по поводу своей ситуации, но, несмотря на психологический стресс, у этих лиц не наблюдалось нарушения адаптации и они продолжали профессиональную деятельность, т.к. считали себя психически здоровыми. Обследованы 34 человека, находящиеся в затяжных стрессовых ситуациях, вызванных разными типами внутренних и социальных конфликтов, в возрасте от 18 до 44 лет ($N = 32,47 \pm 10,01$). Доля женщин – 67,7 % (23 человека), доля мужчин – 32,3 % (11 человек). Из них 26 % имеют среднее образование, 53 % – высшее, 19 % – неоконченное высшее. Исследование проведено на базе Института мозга человека им. Н.П. Бехтеревой Российской академии наук (Санкт-Петербург). Каждый участник исследования дал информированное согласие на участие в психологическом исследовании.

Психическое состояние пациентов изучалось с помощью наблюдения и комплекса психодиагностических методик, среди которых: «Двойной тест» (Л.С. Мучник, В.М. Смирнов, 1968); корректурная проба

кольца Ландольта (модификация Б. Бурдона, 1895); шкала самооценки депрессии Цунга (У. Цунг, 1965; русскоязычная адаптация НИПНИ, 1988); шкала проявлений тревоги Тейлор (Дж. Тэйлор, 1953; русскоязычная адаптация Т.А. Немчина, 1966); опросник уровня агрессивности Басса – Дарки (А. Басс, Э. Дарки, 1957; русскоязычная адаптация А.А. Хвана и др., 2005); стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ; И. Маккинли, С. Хэтэуэй, 1949; русскоязычная адаптация Л.Н. Собчик, 2000). Для получения персональных оценок исследования был составлен опросный лист «Субъективная оценка состояния собственного состояния». Оценка пациентами собственного состояния проводилась по следующим показателям: настроение, активность, сонливость, тревога, психическая напряженность, физическая напряженность с применением пятизначной шкалы (0–5 баллов).

Критерием включения в группу исследуемых были: возраст от 18 до 44 лет, наличие жалоб на соматическое и психологическое состояние, с которыми пациент не мог справиться самостоятельно, в связи с чем обращался за помощью к специалистам.

В качестве метода статистической обработки и анализа данных использовались непараметрический критерий различий между связанными выборками (Т-критерий Уилкоксона) и коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Обработка данных проводилась с помощью программ Microsoft Office Excel 2013 и IBM SPSS Statistics 27.0.

Результаты и обсуждение

Пациенты предъявляли жалобы на ощущение страха (41,2 %), повышенную тревожность (35,3 %), сниженный фон настроения (23,5 %), а также появление навязчивых мыслей (20,6 %) и повышение агрессивности (20,6 %). Интенсивность негативных ощущений испытуемые оценивали как «умеренную» и «высокую», а периодичность – как «частую», «повторяющуюся», «регулярную».

Также в процессе беседы лица, находящиеся в затяжных стрессовых ситуациях,

обращали внимание на наличие в их жизни различных вариантов нарушения значимых отношений – разных конфликтных взаимоотношений между близкими людьми или коллегами, оказывающих негативное влияние на их текущую жизнь. У лиц, находящихся в затяжных стрессовых ситуациях, также наблюдались жалобы на нарушение сна (26,5 %); физиологические нарушения, проявляющиеся в чрезмерной потливости и нарушениях сердцебиения (20,6 %); головные боли (32,4 %) и головокружения (17,6 %). Интенсивность ощущений, связанных с перечисленными жалобами, лица, находящиеся в затяжных стрессовых ситуациях, чаще описывали как «среднюю», «умеренную», а частоту их возникновения – в категориях «эпизодические» и «периодические».

В группе лиц, находящихся в затяжных стрессовых ситуациях, отмечалось снижение объема оперативной памяти и внимания относительно нормы. Снижение объема оперативной памяти у человека может проявляться в трудностях с запоминанием и обработкой текущей информации. Снижение концентрации внимания может выражаться в ухудшении восприятия зрительных объектов.

Выявлено, что объем непосредственной памяти (НП) и объем оперативной памяти (ОП) по «Двойному тесту» находились несколько ниже нормы. Индекс кратковременной памяти (ИКП) находился в границах нормативного интервала, так же как и показатель соотношения оперативной и непосредственной памяти (ОП/НП). Исследование внимания по данным корректурной пробы выявило снижение пропускной способности зрительного анализатора относительно нормы, т.е. повышенное количество допущенных ошибок при нормальном времени выполнения корректурной пробы.

Таким образом, у большинства исследованных лиц выявлялись те или иные нерезко выраженные нарушения познавательных процессов. Общей тенденцией для лиц, пребывающих в состоянии затяжного стресса, является высокая склонность совершать ошибки и снижение объема оперативной и кратковременной памяти.

Эмоциональная сфера изучалась с помощью тестов на исследование тревоги, депрессии и агрессии.

У большинства исследуемых лиц отмечались высокий уровень тревоги, внутренняя напряженность, личные переживания, предвосхищение негативных событий. Кроме того, повышенный уровень агрессии проявлялся в сочетании физической, вербальной и косвенной агрессии.

Таким образом, для лиц, находящихся в затяжных стрессовых ситуациях, характерно повышение уровня тревоги и враждебности как скрытой формы проявления агрессии, а также повышение разных видов косвенной, вербальной агрессии и чувства вины. Также для некоторых лиц данной группы характерно наличие симптомов, проявляющихся устойчивым снижением настроения, интереса к жизни и способности радоваться, что может быть признаком наличия депрессии и требовать дополнительной консультации врача-психиатра.

Исследование личности по СМИЛ показало, что усредненный профиль лиц, находящихся в затяжной стрессовой ситуации, характеризовался повышением по 2-й, 7-й и 8-й шкалам (пессимистичность, тревожность, индивидуалистичность), что может свидетельствовать о гипостеническом типе реагирования, характеризующемся неуверенностью в себе, тенденцией испытывать повышенное чувство вины, самокритичным отношением к собственным действиям, тревожностью, нарушением социальной адаптации.

По результатам персональной оценки пациентов своего текущего состояния по предложенным характеристикам, где испытуемые оценивали свое психическое состояние от 0 до 5 по категориям (настроение, активность, сонливость, тревога, психическая и физическая напряженность), в группе пациентов, находящихся в затяжных стрессовых ситуациях, часто встречались лица с повышенным уровнем психической напряженности (в 47,1 % случаев), физической напряженности (32,4 %), повышением сонливости (29,4 %), повышенной тревогой (26,5 %).

Сниженный фон настроения и активности отмечали у себя 17,6 % лиц.

Для изучения взаимосвязей между характеристиками исходного состояния был проведен корреляционный анализ. Выявлены многочисленные связи между изученными когнитивными, эмоциональными и личностными характеристиками пациентов. Общее число исследованных шкал – 43 единицы. Общее число изученных взаимосвязей – 1806 единиц. Всего выявлено 99 статистически значимых корреляций.

В соответствии с задачами исследования из корреляционной матрицы выделены связи между субъективными компонентами восприятия пациентов и объективными характеристиками когнитивного статуса, эмоционального состояния и личностной сферы пациентов.

Субъективные компоненты восприятия собственного состояния у пациентов, находящихся в затяжных стрессовых ситуациях, взаимосвязаны с некоторыми характеристиками когнитивного статуса, эмоциональной и личностной сферы. Однако связи преимущественно носят слабый, редко – умеренный характер. Вместе с тем отмечались некоторые отсутствующие взаимосвязи.

Показатель субъективно воспринимаемой тревоги у пациентов данной группы оказался не взаимосвязанным ни с уровнем тревоги по шкале Тейлор, ни с показателем тревожности по СМИЛ. Показатель субъективно воспринимаемого настроения также оказался не взаимосвязанным с характеристикой оптимистичности по СМИЛ. Характеристика субъективно воспринимаемой активности не имела статистически значимых взаимосвязей с уровнем депрессии по шкале Цунга. Кроме того, не выявлены корреляции объективных характеристик психологического состояния с одним субъективным компонентом восприятия – физической напряженностью.

Таким образом, по результатам проведенного корреляционного анализа можно утверждать, что субъективные компоненты восприятия не только отражают объективные характеристики психологического со-

стояния пациентов, находящихся в затяжной стрессовой ситуации, но и дополняют картину их психического состояния.

Заключение

Продemonстрировано, что у исследуемых лиц, находящихся в затяжной стрессовой ситуации, показатели памяти и внимания незначительно снижены, что проявлялось в трудностях с запоминанием и обработкой текущей информации, ухудшении восприятия визуальной информации, нарушении способности к концентрации на зрительных объектах. Нарушения эмоциональной сферы выражались в повышенном уровне тревоги и враждебности как скрытой формы проявления агрессии, а также в повышении разных видов косвенной, вербальной агрессии и усилении чувства вины. Исследование личности по СМИЛ выявляло преимущественно гипостенический тип реагирования, характеризующийся неуверенностью в себе, ответственностью, тенденцией испытывать повышенное чувство вины, самокритичным отношением к собственным действиям, тревожностью, снижением социальной адаптации. В названии, целях и задачах исследования не было личностных целей исследования.

Изучение субъективных показателей психического состояния показало, что лица, находящиеся в затяжных стрессовых ситуациях, склонны к субъективной оценке собственного состояния (по жалобам: на-

строение, активность, сонливость, тревога, напряженность психическая, напряженность физическая) как «скорее позитивного», несмотря на большое количество разнообразных жалоб. Это может быть проявлением сниженного уровня критики к собственному состоянию, а также свидетельством недостаточного уровня информированности о проявлениях и сущности напряженности, тревоги, активности и настроения. Следует отметить, что выраженных нарушений в психическом состоянии по данным психодиагностического исследования выявлено не было, однако полученные результаты указывают на внутреннюю напряженность и высокую тревогу, которые являются фоновым состоянием при переживании внутренних конфликтов и стрессовых ситуаций у исследуемой группы. Вместе с тем полученные данные отражают рассогласованность между субъективными и объективными показателями психического состояния, что может приводить к трудностям при самостоятельном разрешении внутренних конфликтов.

Полученные данные позволяют предположить, что в рамках реабилитационных процедур для данной группы пациентов целесообразным будет проведение психологических и психокоррекционных мероприятий, что позволит повысить качество оказываемой помощи, снизить риск развития нарушений личностной адаптации и тем самым улучшить качество жизни данной группы пациентов.

Литература

1. Валеева А.С. Внутриличностный конфликт как социальное явление // Вестник Башкирского университета. 2007. № 4. С. 135–138.
2. Ильин Е.П. Психофизиология состояний человека. СПб.: Питер, 2005. 411 с.
3. Кашапов М.М., Серафимович И.В., Огородова Т.В. Метакогнитивное обоснование ситуативности/надситуативности мышления в качестве критерия оценки решения проблемных ситуаций в коммуникациях // Учен. зап. Казан. ун-та. Сер. Гуманит. науки. 2015. № 4. С. 189–202.
4. Куликов Л.В. Проблема описания психических состояний // Психические состояния / сост. и общ. ред. Л.В. Куликов. СПб.: Питер, 2000. 475 с.
5. Фестингер Л. Теория когнитивного диссонанса. М.: Эксмо, 2018. 318 с.
6. Charlson F, van Ommeren M., Flaxman A. [et al.]. New World Health Organization prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis // *Lancet*. 2019. Vol. 394. Pp. 240–248.
7. Michaelson P. Our deadly flaw: healing the inner conflict that cripples us and subverts society. Kindle Edition. 2022. 315 p.

Поступила 14.05.2025

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

Участие авторов: Е.В. Крылатова – сбор первичных данных, статистический анализ результатов, подготовка иллюстраций, написание первого варианта статьи, обобщение результатов, транслитерация списка литературы; Н.А. Селиверстова – планирование и методология исследования, сбор первичных данных, редактирование окончательного варианта статьи.

Для цитирования. Крылатова Е.В., Селиверстова Н.А. Особенности психического состояния у лиц, находящихся в затяжных стрессовых ситуациях // Вестник психотерапии. 2025. № 96. С. 104–110. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-96-104-110

E.V. Krylatova, N.A. Seliverstova

Peculiarities of the Mental State of Individuals Experiencing Prolonged Stressful Situations

N.P. Bechtereva Institute of the Human Brain of the Russian Academy of Sciences
(9, Akademika Pavlova Str., St. Petersburg, Russia)

✉ Ekaterina Valerievna Krylatova – graduate student, medical psychologist, N.P. Bechtereva Institute of the Human Brain of the Russian Academy of Sciences (9, Akademika Pavlova Str., St. Petersburg, 197376, Russia), e-mail: moi_lynx@mail.ru;

Natal'ya Alekseevna Seliverstova – Dr. Psychol. Sci., Senior Researcher, N.P. Bechtereva Institute of the Human Brain of the Russian Academy of Sciences (9, Akademika Pavlova Str., St. Petersburg, 197376, Russia), e-mail: seliverstova@ihb.spb.ru

Abstract

Relevance. The study of the mental state of persons in a prolonged stressful situation is undoubtedly relevant for medical psychology, since such stressful situations, due to the accompaniment of pronounced emotional disorders, can lead to intrapersonal tension and a decrease in adaptive capabilities. At the same time, many patients turn to the help of doctors with somatic complaints and avoid the help of psychologists, which leads to prolonged independent experience of a stressful situation, intrapersonal tension and difficulties of recovery in the subsequent period. Therefore, timely identification of problem areas in the mental state of such persons is a priority for developing strategies for individual psychologically corrective programs.

Methodology. Thirty-four people in a prolonged stressful situation (23 women, 11 men, aged 18 to 44 years) presenting numerous complaints were studied. The participants' mental state was assessed through clinical observation and a set of standardized psychodiagnostic tools aimed at evaluating memory, attention, and emotional-personality functioning. A questionnaire "Subjective Self-Assessment of Condition" was developed to obtain individual self-reports.

Results. The findings demonstrate that the mental state of individuals exposed to prolonged stress is characterized by mild impairments in cognitive and emotional domains, manifesting primarily as elevated anxiety and hostility, as well as difficulties in personality adaptation.

Practical significance. The results may be applied in the development of psychocorrection programs. Understanding the characteristics of the mental state of a person in a protracted stressful situation will allow monitoring the success of the measures taken and making timely adjustments to the process.

Keywords: mental state, intrapersonal tension, psychodiagnostics, stress, cognitive functions, emotions, personality.

References

1. Valeeva A.S. Vnutrilichnostnyj konflikt kak social'noe javlenie [Intrapersonal conflict as a social phenomenon]. *Vestnik Bashkirskogo universiteta* [Bulletin of the Bashkir University]. 2007; (4): 135–138. (In Russ.)
 2. Il'in E.P. Psihofiziologija sostojanij cheloveka [Psychophysiology of human states]. Sankt-Peterburg, 2005. 411 p. (In Russ.)
 3. Kashapov M.M., Serafimovich I.V., Ogorodova T.V. Metakognitivnoe obosnovanie situativnosti/nadsituativnosti myshlenija v kachestve kriterija ocenki reshenija problemnyh situacij v kommunikacijah [Metacognitive rationale for situational/super-situational thinking as a criterion for assessing problem solving in communication situations]. *Uchenyye zapiski Kazanskogo universiteta. Seriya gumanitarnyye nauki* [Scientific Notes of Kazan University. Humanities Series]. 2015; (4): 189–202. (In Russ.)
 4. Kulikov L.V. Problema opisanija psihicheskikh sostojanij [The problem of describing mental states]. *Psihicheskie sostojanija*. [Mental states]. Ed. L.V. Kulikov. Sankt-Peterburg, 2000. 475 p. (In Russ.)
 5. Festinger L. Teorija kognitivnogo dissonansa [Cognitive dissonance theory]. Moscow, 2018. 318 p. (In Russ.)
 6. Charlson F, van Ommeren M., Flaxman A. [et al.]. New World Health Organization prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2019; 394: 240–248.
 7. Michaelson P. Our deadly flaw: healing the inner conflict that cripples us and subverts society. Kindle Edition. 2022. 315 p.
-

Received 14.05.2025

For citing: Krylatova E.V., Seliverstova N.A. Osobennosti psikhicheskogo sostoyaniya u lits, nakhodyashchikhsya v zatyazhnykh stressovykh situatsiyakh. *Vestnik psikhoterapii*. 2025; (96): 104–110. (In Russ.)

Krylatova E.V., Seliverstova N.A. Peculiarities of the mental state of individuals experiencing prolonged stressful situations. *Bulletin of Psychotherapy*. 2025; (96): 104–110. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-96-104-110

А.А. Мельникова, Н.В. Андрущенко

БАЛИНТОВСКИЕ ГРУППЫ КАК РЕСУРС ПРОФИЛАКТИКИ ВЫГОРАНИЯ У СПЕЦИАЛИСТОВ ПОМОГАЮЩИХ ПРОФЕССИЙ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Санкт-Петербургский государственный университет
(Россия, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7–9)

Актуальность. Профессиональное выгорание продолжает оставаться одной из наиболее острых проблем, с которыми сталкиваются специалисты помогающих профессий. Эмоциональное истощение, деперсонализация и снижение мотивации могут приводить к серьезным последствиям для самих специалистов и сказываться на качестве оказываемой ими помощи. В связи с этим возрастает интерес к методам профилактики, которые сочетают доказательную базу и практическую применимость.

Цель: провести аналитический обзор современных научных исследований для систематизации данных, подтверждающих эффективность балинтовских групп как метода профилактики профессионального выгорания у специалистов помогающих профессий.

Методология. Проанализированы современные отечественные и зарубежные публикации по теме профессионального выгорания и групповых методов его профилактики, в т.ч. исследования, оценивающие эффективность участия в балинтовских группах. Поиск осуществлялся в базах eLIBRARY, PsyJournals, PubMed и Google Scholar по ключевым словам: профессиональное выгорание, специалисты помогающих профессий, балинтовские группы, эмоциональное истощение, групповая психотерапия, психологическая поддержка, профессиональная идентичность, профилактика стресса. В обзор включены публикации преимущественно 2018–2024 гг., соответствующие критериям научной достоверности и тематической релевантности.

Объект исследования: научные подходы к профилактике профессионального выгорания, с акцентом на групповую рефлексию и эмоциональную поддержку. Задействованный научный аппарат включает психодиагностические модели выгорания (в частности, модель Маслач), а также принципы работы балинтовских групп, сформулированные в психотерапевтической традиции.

Результаты и их анализ. Обзор подтвердил, что участие в балинтовских группах способствует снижению ключевых симптомов выгорания (эмоциональное истощение, деперсонализация), развитию эмпатии, рефлексивных навыков и профессиональной идентичности у специалистов. Вместе с тем данные о влиянии на ощущение личных достижений остаются противоречивыми, а долгосрочная эффективность и универсальность метода в различных профессиональных контекстах требуют дальнейших исследований.

✉ Мельникова Алиса Андреевна – студентка, каф. психич. здоровья и раннего сопровождения детей и родителей, С.-Петерб. гос. ун-т (Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7–9), e-mail: alice.melnikova2020@gmail.com;

Андрущенко Наталия Владимировна – канд. мед. наук доц., доц. каф. психич. здоровья и раннего сопровождения детей и родителей, С.-Петерб. гос. ун-т (Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7–9), e-mail: natvladandr@gmail.com

Заключение. Балинтовские группы демонстрируют эффективность в снижении ключевых симптомов выгорания и развитии рефлексивных навыков. Для подтверждения универсальности метода требуются дальнейшие исследования влияния на профессиональные достижения, изучение долгосрочных эффектов и эффективности метода.

Ключевые слова: профессиональное выгорание, специалисты помогающих профессий, балинтовские группы, эмоциональное истощение, групповая психотерапия, психологическая поддержка, профессиональная идентичность, профилактика стресса.

Введение

Проблема профессионального выгорания специалистов помогающих профессий в последние годы привлекает все больше внимания в связи с ростом эмоциональных и профессиональных нагрузок в условиях современных социальных и организационных реалий. Профессиональное выгорание рассматривается как состояние физического и эмоционального истощения, сопровождающееся снижением вовлеченности в работу, утратой мотивации и негативным восприятием собственной профессиональной эффективности [25]. Согласно определению, закрепленному в Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10), выгорание – синдром, возникающий вследствие хронического стресса на рабочем месте, который не удается успешно преодолеть в течение длительного времени [29].

Особую уязвимость демонстрируют специалисты, чья деятельность связана с интенсивным взаимодействием с клиентами в кризисных состояниях: врачи, психологи, педагоги, социальные работники [8]. Последствия выгорания затрагивают как личное благополучие специалиста, так и качество оказываемой им помощи, создавая риски для всех участников профессиональной системы [4, 24].

Именно поэтому особый интерес представляют методы, сочетающие профилактику выгорания с анализом профессиональной практики. Балинтовские группы, фокусирующиеся на рефлексии эмоциональных аспектов взаимодействия «специалист – клиент», рассматриваются как один из наиболее перспективных подходов к решению этой комплексной проблемы [14, 15].

Современные модели профилактики выгорания включают как индивидуальные подходы: психотерапию, техники осознан-

ности, обучение стресс-менеджменту, – так и организационные меры, направленные на создание поддерживающей профессиональной среды. Важную роль в этом контексте приобретают групповые форматы, позволяющие специалистам перерабатывать эмоционально сложные профессиональные ситуации в безопасном и поддерживающем пространстве [14].

Одним из таких форматов является балинтовская группа – метод групповой рефлексивной работы, разработанный в середине XX века английским психоаналитиком М. Балинтом специально для врачей общей практики [10]. С тех пор метод был адаптирован для специалистов разных профессиональных сообществ.

В отличие от классической супервизии, где фокус направлен на разбор клинического содержания запроса, работа в балинтовской группе строится вокруг эмоциональных реакций специалиста и межличностной динамики взаимодействия с клиентами или пациентами. Группа предоставляет участникам возможность выявить ранее неосознаваемые эмоциональные реакции и переработать сложные переживания, которые могут негативно влиять на профессиональную деятельность.

Методологической основой балинтовского подхода являются идеи психоанализа и групповой динамики, позволяющие специалистам через обсуждение профессиональных кейсов исследовать свои эмоциональные и поведенческие паттерны [10]. Работа строится в недирективном стиле, без оценки или прямых интерпретаций со стороны лидера. Лидер группы поддерживает процесс фокусировки на чувствах участников, помогая удерживать внимание на ключевых эмоциональных моментах и межличностных отношениях. В группе соблюдаются принципы конфиденциальности, равноправия

и поддерживающей атмосферы. Встречи проводятся регулярно, с частотой от одного раза в неделю до одного раза в месяц, со стабильным составом участников. К ключевым механизмам балинтовских групп относится групповое отзеркаливание представленных клинических ситуаций, позволяющее участникам замечать собственные эмоциональные реакции и межличностную динамику, ранее остававшиеся вне осознания. Этот процесс поддерживает развитие профессиональной рефлексии и повышает чувствительность к отношениям «врач – пациент».

В связи с этим целью настоящей статьи является проведение аналитического обзора современных научных исследований для систематизации данных, подтверждающих эффективность балинтовских групп как метода профилактики профессионального выгорания у специалистов помогающих профессий.

Материалы и методы

Настоящая работа выполнена в формате обзорного теоретико-аналитического исследования. Основной задачей являлся поиск, отбор и систематизация современных научных данных, касающихся профилактики профессионального выгорания у специалистов помогающих профессий, а также практики балинтовских групп как одного из методов психопрофилактики.

В обзор включены отечественные и зарубежные источники. Учитывались как теоретические, так и эмпирические публикации, отражающие актуальное состояние научной дискуссии по теме. Поисковыми площадками выступали электронные научные библиотеки (eLIBRARY, PsyJournals, CyberLeninka), международные базы данных (PubMed, Scopus, Google Scholar), а также профильные журналы по психологии и психотерапии (Frontiers in Psychiatry, BMC Medical Education, BMJ Open, World Psychiatry, Annual Review of Psychology, «Клиническая и специальная психология»).

Критериями включения источников служили: соответствие теме профессионального выгорания и/или методам его профилак-

ки; наличие описания балинтовской группы или примеров ее применения в профессиональной практике; эмпирическая проверка эффективности вмешательства (в случае прикладных исследований); публикация работы в рецензируемом научном издании; временной интервал 2018–2024 гг.; языки публикации: русский, английский, немецкий. Исключались экспертные мнения без эмпирических данных, нерецензируемые источники и публикации на других языках.

Для оценки профессионального выгорания в анализируемых исследованиях применялись следующие стандартизированные методики:

- шкала профессионального выгорания Маслач (Maslach Burnout Inventory, MBI) – наиболее распространенная методика оценки профессионального выгорания [5, 25];

- методика диагностики уровня эмоционального выгорания В.В. Бойко, которая используется в отечественных исследованиях для выявления фаз формирования стресса, резистенции и истощения [1];

- опросник «Отношение к работе и профессиональное выгорание» (ОРПВ) В.А. Винокура, применяемый в российских исследованиях балинтовских групп, хотя количественные данные по этому показателю пока ограничены [2, 6];

- шкала воспринимаемого стресса (Perceived Stress Scale, PSS-10) – для оценки неспецифического стрессового компонента выгорания [11];

- шкала эмпатии Джефферсона (Jefferson Scale of Empathy, JSE) – для оценки способности специалиста понимать переживания пациента [17].

В исследованиях эффективности балинтовских групп применялись различные подходы к статистическому анализу: параметрические методы (t-критерий Стьюдента, дисперсионный анализ) и непараметрические критерии (U-критерий Манна – Уитни, парный критерий Вилкоксона) [17, 27]. Некоторые авторы акцентируют внимание на необходимости проверки нормальности распределения данных перед выбором методов анализа [13, 19].

Наряду с количественными методами, в исследованиях широко применяются качественные подходы: тематический анализ содержательных аспектов группового взаимодействия, интервью с участниками, экспертные оценки динамики группы [8, 12]. Такие методы позволяют фиксировать субъективные изменения, которые не всегда отражаются в количественных показателях, но важны для понимания процессов, происходящих в балинтовских группах.

Результаты

Проведенный анализ литературы показывает, что современные исследования профессионального выгорания преимущественно опираются на трехфакторную модель Маслач, а также на модель дисбаланса между требованиями и ресурсами труда [9, 23]. Факторы риска при этом систематизируются как индивидуальные, включающие перфекционизм и низкую стрессоустойчивость, и организационные, связанные с высокой нагрузкой, дефицитом профессиональной поддержки и неопределенностью рабочих ролей [7, 13]. На фоне анализа факторов риска выделяются и подходы к профилактике выгорания, которые в современной научной литературе описываются на трех уровнях: индивидуальном (психообразование, майндфулнесс-практики, развитие навыков саморегуляции), организационном (изменение структуры нагрузки, поддерживающее управление, супервизия) и групповом. Последний уровень включает поддерживающие форматы, среди которых особую роль занимают балинтовские группы, интегрированные в клинические и образовательные контексты и ориентированные на изучение эмоциональной динамики профессионального взаимодействия [15, 17, 20].

Обобщенные данные крупных обзоров и метаанализов свидетельствуют, что участие в балинтовских группах способствует выраженному снижению проявлений профессионального выгорания, повышению эмоциональной устойчивости специалистов, а также развитию эмпатии как ключевого

компонента эффективных профессиональных отношений [17, 19]. При этом исследования показывают, что положительный эффект усиливается при длительном участии: стаж посещения балинтовских групп более пяти лет ассоциируется с более высоким уровнем субъективной профессиональной удовлетворенности, что сами участники связывают со снижением симптомов выгорания и улучшением качества взаимодействия с пациентами и клиентами [20].

Результаты, полученные на выборках ординаторов и резидентов, демонстрируют умеренное снижение эмоционального истощения и деперсонализации, а также тенденцию к росту профессиональной удовлетворенности после участия в балинтовских группах. В узких профессиональных группах, таких как резиденты акушерско-гинекологического профиля, наблюдаются аналогичные направления изменений, однако в исследованиях с малым объемом выборки эффекты могут быть статистически менее выраженными [16, 19]. Существенным фактором, влияющим на эффективность балинтовских групп, является качество лидерства. Многоцентровые исследования подтверждают, что компетентность лидера определяет глубину рефлексии участников, интенсивность когнитивно-эмоционального обучения и общее качество групповой динамики, что напрямую отражается на терапевтическом потенциале группового процесса [15].

Помимо количественных показателей, в исследованиях систематически подчеркиваются качественные эффекты участия в балинтовских группах: расширение репертуара профессиональных действий, углубление способности к рефлексии, повышение толерантности к собственным ошибкам, укрепление профессиональной идентичности и снижение субъективного уровня стресса. Эти выводы подтверждаются данными тематических интервью и экспертных оценок [8, 12, 14, 20].

В то же время выявлен ряд методологических ограничений, характерных для современной доказательной базы: отсутствие контрольных групп, малые и однородные

выборки, а также короткие сроки наблюдения, не превышающие нескольких месяцев. Эти факторы ограничивают возможность обобщения результатов и сдерживают формирование широких доказательных выводов о долгосрочной эффективности балинтовских групп [8, 13, 15, 17, 27]. Наряду с этим отдельные исследования подчеркивают значимость организационных условий: регулярности и стабильности встреч, качества фасилитации, профессиональной подготовки лидера, а также уровня доверия в группе. Эффективность балинтового процесса существенно зависит от того, насколько лидер способен удерживать фокус на межличностных аспектах профессионального взаимодействия и отзеркаливать ключевые элементы представленных ситуаций [14, 20].

Таким образом, обобщенные результаты подтверждают, что участие в балинтовских группах способствует снижению эмоционального выгорания, укреплению профессиональной идентичности и развитию эмоциональной устойчивости. При этом дальнейшие многоцентровые исследования с использованием унифицированных методик и расширением профессиональных выборок, включая немедицинские и онлайн-форматы, представляются необходимыми для более полного понимания потенциала балинтовских групп в различных профессиональных сообществах.

Заключение

Проблема профессионального выгорания остается одной из ключевых в контексте ментального здоровья специалистов помогающих профессий. Повышенная эмоциональная вовлеченность, хронический стресс и высокая ответственность за благополучие клиентов делают эту группу особенно уязвимой. При наличии различных подходов к профилактике выгорания важным направлением научного поиска становится обоснование эффективности групповых форм поддержки, в частности балинтовских групп.

Проведенный обзор выявил, что участие в балинтовских группах может оказывать положительное влияние на снижение сим-

птомов выгорания, развитие рефлексивных навыков и укрепление профессиональной идентичности [14, 20]. Однако, несмотря на наличие подобных данных, в ряде публикаций подчеркивается, что доказательная база остается неоднородной, – этот факт отражает методологические различия между исследованиями и подчеркивает необходимость дальнейшей работы с расширенными выборками и длительным наблюдением. Особенно актуальной остается задача развития отечественной эмпирической базы, учитывающей культурные и профессиональные особенности в российском контексте.

Обоснованность настоящей работы заключается в том, что, несмотря на активное применение балинтовских групп в практике, лишь немногие исследования демонстрируют строгую научную верификацию их эффективности. Анализ литературы позволяет заполнить этот пробел, обобщив текущие данные, а также выявить ключевые направления для будущих исследований.

В практическом плане дальнейшее развитие метода предполагает подготовку квалифицированных лидеров, обеспечение регулярности встреч и поддержание стабильного состава группы. Немаловажно учитывать и влияние факторов групповой динамики: отзеркаливание случаев, анализ взаимодействия «врач – пациент» и восстановление профессионального смысла.

Научно значимыми задачами будущих исследований становятся: разработка унифицированных протоколов оценки эффективности; проведение рандомизированных контролируемых испытаний с выборками от 100 человек; изучение долгосрочного катамнеза; сравнение очного и дистанционного форматов балинтовских групп.

Таким образом, балинтовский подход сохраняет высокую прикладную ценность, но требует дальнейшей теоретико-методологической проработки. Его внедрение в различные профессиональные среды – при наличии научно обоснованных моделей и обученных фасилитаторов – может стать эффективным инструментом профилактики профессионального выгорания.

Литература

1. Бойко В.В. Психоэнергетика. СПб.: Питер, 2008. 416 с.
2. Винокур В.А. Балинтовские группы: история, технология, структура, границы и ресурсы: уч. пособие. 2-е изд. СПб.: СпецЛит, 2019. 263 с.
3. Винокур В.А. Отношение к работе и профессиональное выгорание: методическое пособие. СПб.: Изд-во СПбГУ, 2009. 48 с.
4. Водопьянова Н.Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. 2-е изд. СПб.: Питер, 2018. 336 с.
5. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. СПб.: Питер, 2001. 336 с.
6. Гофман О.О., Винокур В.А., Иванова И.М. [и др.]. Опыт применения балинтовских групп в подготовке клинических психологов // *Медицинская психология в России*. 2023. Т. 15, № 1. С. 18. DOI: 10.24412/2219-8245-2023-1-18.
7. Amiri S., Mahmood N., Mustafa H., Javaid S.F., Khan M.A. Occupational risk factors for burnout syndrome among healthcare professionals: a global systematic review and meta-analysis // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2024. Vol. 164, N 1. Pp. 3–10.
8. Araujo, D., Bartolo A., Fernandes C. [et al.]. Intervention programs targeting burnout in health professionals: a systematic review // *Iranian Journal of Public Health*. 2024. Vol. 53, N 5. Pp. 997–1008. DOI: 10.18502/ijph.v53i5.15580.
9. Bakker A.B., Demerouti E. The job demands-resources model: state of the art // *Journal of Managerial Psychology*. 2007. Vol. 22, N 3. Pp. 309–328. DOI: 10.1108/02683940710733115.
10. Balint M. The doctor, his patient, and the illness // *Lancet*. 1955. Vol. 268, N 6866. Pp. 683–688. DOI: 10.1016/s0140-6736(55)91061-8.
11. Cohen S., Kamarck T., Mermelstein R. A global measure of perceived stress // *Journal of Health and Social Behavior*. 1983. Vol. 24, N 4. Pp. 385–396. DOI: 10.2307/2136404.
12. Coutinho M. L., Ferreira A. Is the Balint group an opportunity to mentalize? // *Revista de Psiquiatria Clinica*. 2023. Vol. 50, N 3. Pp. 128–133. DOI: 10.1590/0101-60830000000207.
13. Edu-Valsania, S., Laguia A., Moriano J.A. Burnout: A review of theory and measurement // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022. Vol. 19, N 3. Pp. 1780. DOI: 10.3390/ijerph19031780.
14. Figueiredo S., Koch U., Oliveira E., Ennis-Durstine K. Implementing complex interventions to mitigate burnout among qualified healthcare professionals: a realist review protocol // *BMJ Open*. 2023. Vol. 13, N 1. e067577. DOI: 10.1136/bmjopen-2022-067577.
15. Flatten G., Tschuschke V. Effect of group leaders on doctors' learning in Balint groups // *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*. 2019. Vol. 55. Pp. 4–25.
16. Ghetti C., Chang J., Gosman G. Burnout, psychological skills, and empathy: Balint training in obstetrics and gynecology residents // *Journal of Graduate Medical Education*. 2009. Vol. 1, N 2. Pp. 231–235. DOI: 10.4300/JGME-D-09-00014.1.
17. Gong B., Zhang X., Lu C. [et al.]. The effectiveness of Balint groups at improving empathy in medical and nursing education: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials // *BMC Medical Education*. 2024. Vol. 24, N 1. P. 1089. DOI: 10.1186/s12909-024-06098-3.
18. Hojat M., Gonnella J.S., Nasca T.J. [et al.]. The Jefferson Scale of Physician Empathy: Further psychometric data and differences by gender and specialty at item level // *Academic Medicine*. 2002. Vol. 77, N 10. Pp. S58–S60. DOI: 10.1097/00001888-200210001-00019.
19. Huang L., Harsh J., Cui H. [et al.]. A randomized controlled trial of Balint groups to prevent burnout among residents in China // *Frontiers in Psychiatry*. 2020. Vol. 10. P. 957. DOI: 10.3389/fpsy.2019.00957.
20. Kannai R., Krontal S., Freud T. [et al.]. Balint groups: An effective tool for improving health professionals' perceived well-being // *Israel Journal of Health Policy Research*. 2024. Vol. 13. P. 31. DOI: 10.1186/s13584-024-00618-8.
21. Lemogne C., Buffel du Vaure C., Hoertel N. [et al.]. Balint groups and narrative medicine compared to a control condition in promoting students' empathy // *BMC Medical Education*. 2020. Vol. 20, N 1. P. 412. DOI: 10.1186/s12909-020-02316-w.
22. Mao Y., Zhang F., Wang Y. [et al.]. The effect of balint practice on reducing stress, anxiety and depression levels of psychiatric nurses and improving empathy level // *BMC Nursing*. 2024. Vol. 23, N 1. P. 554. DOI: 10.1186/s12912-024-02189-0.
23. Maslach C., Jackson S.E., Leiter M.P. Maslach burnout inventory manual. 4th ed. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 2016. 56 p.
24. Maslach C., Leiter M.P. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry // *World Psychiatry*. 2016. Vol. 15, N 2. Pp. 103–111. DOI: 10.1002/wps.20311.
25. Maslach C., Schaufeli W.B., Leiter M.P. Job burnout // *Annual Review of Psychology*. 2001. Vol. 52. Pp. 397–422. DOI: 10.1146/annurev.psych.52.1.397.

26. O'Marra S.K., Romm J.S. Balint in the animal world: Balint groups for veterinary professionals // International Journal of Psychiatry in Medicine. 2022. Vol. 57, N 6. Pp. 521–526. DOI: 10.1177/00912174221125825.
27. Shan Q., Leonhart R., Zhijuan X. [et al.]. Positive effect of Balint group on burnout and self-efficacy of head nurses in China: a randomized controlled trial // Frontiers in Psychiatry. 2024. Vol. 14. P. 1265976. DOI: 10.3389/fpsyt.2023.1265976.
28. West C.P., Dyrbye L.N., Shanafelt T.D. Physician burnout: contributors, consequences and solutions // Journal of Internal Medicine. 2018. Vol. 283, N 6. Pp. 516–529. DOI: 10.1111/joim.12752.
29. World Health Organization. International Classification of Diseases, 10th Revision (ICD-10). Geneva: WHO, 2019. URL: <https://icd.who.int/browse10/2019/en> (дата обращения: 15.05.2025).

Поступила 12.07.2025

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

Участие авторов: А.А. Мельникова – критический анализ текста, сбор и анализ литературы, подготовка текста статьи; Н.В. Андрущенко – научное руководство, концепция исследования, внесение правок и научное редактирование.

Для цитирования. Мельникова А.А., Андрущенко Н.В. Балинтовские группы как ресурс профилактики выгорания у специалистов помогающих профессий: обзор литературы // Вестник психотерапии. 2025. № 96. С. 111–119. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-96-111-119

A.A. Melnikova, N.V. Andrushchenko

Balint Groups as a Resource for Burnout Prevention among Helping Professionals: a Literature Review

Saint-Petersburg State University (7–9, Universitetskaya Emb., St. Petersburg, Russia)

✉ Alisa Andreevna Melnikova – student, Department of Mental Health and Early Support for Children and Parents, Saint-Petersburg State University (7–9, Universitetskaya Emb., St. Petersburg, 199034, Russia), e-mail: alice.melnikova2020@gmail.com;

Natalia Vladimirovna Andrushchenko – PhD Med. Sci. Associate Prof., Associate Prof. Department of Mental Health and Early Support for Children and Parents, Saint-Petersburg State University (7–9, Universitetskaya Emb., St. Petersburg, 199034, Russia), e-mail: natvladandr@gmail.com

Abstract

Relevance. Professional burnout remains one of the most acute problems faced by helping professionals. Emotional exhaustion, depersonalization, and reduced motivation can lead to serious consequences for both the specialists themselves and the quality of care they provide. This drives the growing interest in prevention methods that combine an evidence base with practical applicability.

Intention. To conduct an analytical review of contemporary scientific research in order to systematize data demonstrating the effectiveness of Balint groups as a method for preventing professional burnout among helping professionals.

Methodology. The review analyzed contemporary Russian and international publications on professional burnout and group-based prevention methods, including studies evaluating the outcomes of participation in Balint groups. The search was conducted in the databases eLIBRARY, PsyJournals, PubMed, and Google Scholar using keywords: professional burnout, helping professionals, Balint groups, emotional exhaustion, group psychotherapy, psychological support, professional identity, stress prevention. Publications from 2018–2024 that met the criteria of scientific validity and thematic relevance were included.

Object. Scientific approaches to the prevention of professional burnout, with a focus on group reflection and emotional support. The theoretical framework integrates psychodiagnostic models of burnout and the principles of Balint group work.

Results and discussion. The analysis confirmed that participation in Balint groups contributes to reducing the main symptoms of burnout and promotes the development of empathy, reflective skills, and professional identity. However, data on personal accomplishment remain inconsistent, and the long-term effectiveness and universality of the method require further research.

Conclusion. Balint groups demonstrate effectiveness in reducing key burnout symptoms and developing reflective skills. Further research is required to verify the long-term outcomes, cross-professional applicability, and methodological stability of this approach.

Keywords: professional burnout, helping professionals, Balint groups, emotional exhaustion, group psychotherapy, psychological support, professional identity, stress prevention.

References

1. Boiko V.V. Psikhoenergetika [Psychoenergetics]. Sankt-Petersburg, 2008. 416 p.
2. Vinokur V.A. Balintovskie gruppy: istoriya, tekhnologiya, struktura, granitsy i resursy: uchebnoe posobie [Balint groups: history, technology, structure, boundaries and resources: textbook]. Sankt Peterburg, 2019. 263 p. (In Russ.)
3. Vinokur V.A. Otnoshenie k rabote i professional'noe vygoranie: metodicheskoe posobie [Attitude to work and professional burnout: methodological guide]. Sankt-Peterburg, 2009. 48 p.
4. Vodop'yanova N.E. Sindrom vygoraniya: diagnostika i profilaktika [Burnout syndrome: diagnosis and prevention]. Sankt Peterburg, 2018. 336 p. (In Russ.)
5. Vodop'yanova N.E., Starchenkova E.S. Sindrom vygoraniya: diagnostika i profilaktika [Burnout syndrome: diagnosis and prevention]. Sankt Peterburg, 2001. 336 p. (In Russ.)
6. Gofman O.O., Vinokur V.A., Ivanova I.M. [et al.]. Opyt primeneniya balintovskikh grupp v podgotovke klinicheskikh psikhologov [Experience of using Balint groups in training clinical psychologists]. *Meditinskaya psikhologiya v Rossii* [Medical Psychology in Russia]. 2023; 15(1): 18. DOI: 10.24412/2219-8245-2023-1-18 (In Russ.)
7. Araujo, D., Bartolo A., Fernandes C. [et al.]. Intervention programs targeting burnout in health professionals: a systematic review. *Iranian Journal of Public Health*. 2024; 53(5): 997–1008. DOI: 10.18502/ijph.v53i5.15580.
8. Bakker A. B., Demerouti E. The job demands-resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*. 2007; 22(3): 309–328. DOI: 10.1108/02683940710733115.
9. Balint M. The doctor, his patient, and the illness. *Lancet* (London, England). 1955; 268(6866): 683–688. DOI: 10.1016/s0140-6736(55)91061-8.
10. Cohen S., Kamarck T., Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*. 1983; 24(4): 385–396. DOI: 10.2307/2136404.
11. Coutinho M.L., Ferreira A. Is the Balint group an opportunity to mentalize? *Revista de Psiquiatria Clinica*. 2023; 50(3): 128–133. DOI: 10.1590/0101-60830000000207.
12. Edu-Valsania, S., Laguia A., Moriano J.A. Burnout: a review of theory and measurement. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022; 19(3): 1780. DOI: 10.3390/ijerph19031780.
13. Farkas K.J., Boncz I., Endrei D. [et al.]. Occupational risk factors for burnout syndrome among healthcare professionals: a global systematic review and meta-analysis. *Orvosi Hetilap*. 2024; 164(1): 3–10.
14. Figueiredo S., Koch U., Oliveira E., Ennis-Durstine K. Implementing complex interventions to mitigate burnout among qualified healthcare professionals: a realist review protocol. *BMJ Open*. 2023; 13(1): e067577. DOI: 10.1136/bmjopen-2022-067577.
15. Flatten G., Tschuschke V. Effect of group leaders on doctors' learning in Balint groups. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*. 2019; 55: 4–25.
16. Ghetti C., Chang J., Gosman G. Burnout, psychological skills, and empathy: Balint training in obstetrics and gynecology residents. *Journal of Graduate Medical Education*. 2009; 1(2): 231–235. DOI: 10.4300/JGME-D-09-00014.1.
17. Gong B., Zhang X., Lu C. [et al.]. The effectiveness of Balint groups at improving empathy in medical and nursing education: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Medical Education*. 2024; 4(1): 1089. DOI: 10.1186/s12909-024-06098-3.
18. Hojat M., Gonnella J.S., Nasca T.J. [et al.]. The jefferson scale of physician empathy: further psychometric data and differences by gender and specialty at item level. *Academic Medicine*. 2002; 77(10): S58–S60. DOI: 10.1097/00001888-200210001-00019.
19. Huang L., Harsh J., Cui H. [et al.]. A randomized controlled trial of Balint groups to prevent burnout among residents in China. *Frontiers in Psychiatry*. 2020; 10: 957. DOI: 10.3389/fpsy.2019.00957.

-
20. Kannai R., Krontal S., Freud T. [et al.]. Balint groups: an effective tool for improving health professionals' perceived well-being. *Israel Journal of Health Policy Research*. 2024; 13(1): 31. DOI: 10.1186/s13584-024-00618-8.
 21. Lemogne C., Buffel du Vaure C., Hoertel N. [et al.]. Balint groups and narrative medicine compared to a control condition in promoting students' empathy. *BMC Medical Education*. 2020; 20(1): 412. DOI: 10.1186/s12909-020-02316-w.
 22. Mao Y., Zhang F., Wang Y. [et al.]. The effect of Balint practice on reducing stress, anxiety and depression levels of psychiatric nurses and improving empathy level. *BMC Nursing*. 2024; 23(1): 554. DOI: 10.1186/s12912-024-02189-0.
 23. Maslach C., Jackson S.E., Leiter M.P. Maslach burnout inventory manual. 4th ed. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 2016. 56 p.
 24. Maslach C., Leiter M.P. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*. 2016; 15(2): 103–111. DOI: 10.1002/wps.20311.
 25. Maslach C., Schaufeli W.B., Leiter M.P. Job burnout. *Annual Review of Psychology*. 2001; 52: 397–422. DOI: 10.1146/annurev.psych.52.1.397.
 26. O'Marra S.K., Romm J.S. Balint in the animal world: Balint groups for veterinary professionals. *International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2022; 57(6): 521–526. DOI: 10.1177/00912174221125825.
 27. Shan Q., Leonhart R., Zhijuan X. [et al.]. Positive effect of balint group on burnout and self-efficacy of head nurses in China: a randomized controlled trial. *Frontiers in Psychiatry*. 2024; 14: 1265976. DOI: 10.3389/fpsyt.2023.1265976.
 28. West C.P., Dyrbye L.N., Shanafelt T.D. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine*. 2018; 283(6): 516–529. DOI: 10.1111/joim.12752.
 29. World Health Organization. International Classification of Diseases, 10th Revision (ICD-10). Geneva: WHO, 2019. URL: <https://icd.who.int/browse10/2019/en>.
-

Received 12.07.2025

For citing: Mel'nikova A.A., Andrushchenko N.V. Balintovskie gruppy kak resurs profilaktiki vygoraniya u spetsialistov pomagayushchikh professii: obzor literatury. *Vestnik psikhoterapii*. 2025; (96): 111–119. (In Russ.)

Melnikova A.A., Andrushchenko N.V. Balint groups as a resource for burnout prevention among helping professionals: a literature review. *Bulletin of Psychotherapy*. 2025; (96): 111–119. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-96-111-119

Суворова Э.А.^{1,2}, Шаболтас А.В.^{1,3}

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ КРАТКОСРОЧНОГО СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КОКСАРТРОЗОМ: ОБЗОР ОТЕЧЕСТВЕННОГО И ЗАРУБЕЖНОГО ОПЫТА

¹ Санкт-Петербургский государственный университет
(Россия, Санкт-Петербург, наб. Макарова, д. 6);

² Клиника высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова (поликлиника, стационар)
Санкт-Петербургского государственного университета
(Россия, Санкт-Петербург, наб. р. Фонтанки, д. 154);

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

Введение. Коксартроз (остеоартроз тазобедренного сустава) представляет собой социально значимое дегенеративно-дистрофическое заболевание, характеризующееся хроническим болевым синдромом, прогрессирующим ограничением подвижности и существенным снижением качества жизни пациентов. В условиях современной системы здравоохранения, ориентированной на краткосрочную госпитализацию, на эффективность терапии наряду с медицинскими параметрами в значительной степени влияет комплекс психологических факторов.

Цель исследования: систематизация и анализ современных научных данных о влиянии психологических факторов (личностных, эмоциональных, поведенческих, социально-психологических характеристик и особенностей субъективного восприятия болезни) на эффективность лечения коксартроза, включая хирургические вмешательства и реабилитационные мероприятия, с последующей разработкой научно обоснованных рекомендаций по оптимизации лечебного процесса.

Методология. Проведен систематический аналитический обзор 46 рецензируемых отечественных и зарубежных публикаций за период 1999–2024 гг., отобранных из баз данных eLibrary, «КиберЛенинка», PubMed, Scopus и Web of Science. Критериями включения являлись: научная обоснованность, репрезентативность выборки, валидность методик и соответствие тематике исследования. Анализ осуществлялся с позиций биопсихосоциальной модели и принципов доказательной медицины.

Результаты и их анализ. Были выявлены значимые психологические предикторы эффективности лечения, такие как личностные факторы, эмоциональные нарушения, когнитивные характеристики и социально-психологические аспекты.

Заключение. Полученные данные подтверждают необходимость внедрения комплексного мультидисциплинарного подхода к лечению коксартроза. Перспективными направлениями дальнейших исследований являются разработка стандартизированных протоколов психологического сопровождения и оценка их эффективности в условиях российского здравоохранения.

Ключевые слова: коксартроз, психологические факторы, краткосрочная госпитализация, приверженность лечению, копинг-стратегии и, тревожность, депрессия.

✉ Суворова Элина Александровна – аспирант, ф-т психологии, С.-Петерб. гос. ун-т, (Россия, 199034, Санкт-Петербург, наб. Макарова, д. 6); мед. психолог, травматол. отделение № 2 Клиника высоких мед. технологий им. Н.И. Пирогова (Россия, 190020, Санкт-Петербург, наб. р. Фонтанки, д. 154), e-mail: elina.aserova@yandex.ru, ORCID: 0009-0004-4591-214X; SPIN: 6742-6238;

Шаболтас Алла Вадимовна – д-р психол. наук проф., вед. науч. сотр., С.-Петерб. гос. ун-т (Россия, 199034, Санкт-Петербург, наб. Макарова, д. 6); гл. специалист, Нац. мед. науч.-исслед. центр по психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева (Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3), e-mail: alla.shaboltas@gmail.com, ORCID: 0000-0002-1966-6924; SPIN: 3659-6209

Введение

Коксартроз (остеоартроз тазобедренного сустава) – одно из наиболее распространенных дегенеративно-дистрофических заболеваний опорно-двигательного аппарата, приводящее к хроническому болевому синдрому, значительному ограничению подвижности и существенному снижению качества жизни пациентов. В условиях современного здравоохранения все большее распространение получает модель краткосрочного стационарного лечения, в рамках которого срок госпитализации составляет 4–5 дней, что обусловлено как развитием малоинвазивных методов лечения и запросами медицинской практики, так и экономическими факторами. Эффективность лечения и реабилитации в таких условиях в значительной степени зависит не только от медицинских факторов (адекватность медикаментозного лечения, качество хирургического вмешательства, организация реабилитационного процесса), но и от психологических особенностей и специфики реагирования самих пациентов.

В отличие от традиционных длительных госпитализаций, краткосрочное стационарное лечение предполагает интенсивную, высококонцентрированную терапию, включающую купирование острого болевого синдрома, раннюю активизацию и восстановление двигательной активности пациента, обучение самоконтролю и подготовку к дальнейшей амбулаторной реабилитации. При наличии явных преимуществ медицинского, психологического, экономического характера такая модель предъявляет повышенные требования как к медицинскому персоналу (необходимость быстрой и точной диагностики, оперативной коррекции терапии), так и к пациентам, которые должны в сжатые сроки адаптироваться к новым условиям, усвоить рекомендации и мотивировать себя на активное участие в лечебном процессе и приверженность самостоятельной долгосрочной реабилитации. Психологическая готовность пациента к интенсивному режиму терапии становится критически важным фактором успеха, поскольку низкая стрессоустойчивость, тревожность или недостаточ-

ная мотивация могут привести к преждевременному прекращению лечения, отказу от необходимых процедур или несоблюдению реабилитационных рекомендаций после выписки. Кроме того, в условиях ограниченного времени пребывания в стационаре у медицинских работников зачастую отсутствует возможность и время для глубокой психологической работы с пациентом.

В данной статье представлен анализ современных отечественных и зарубежных работ, касающихся изучения психологических факторов различного уровня, которые реально или потенциально могут оказывать существенное влияние как на объективные, так и на субъективные показатели успешности лечения различных заболеваний, в частности патологий опорно-двигательного аппарата, требующих хирургических вмешательств. С целью анализа нами были отобраны наиболее релевантные публикации в психологических и медицинских рецензируемых изданиях за последние 25 лет (с 1999 по 2024 г.), находящиеся в открытом доступе в российских (eLibrary, «КиберЛенинка») и международных (PubMed, Scopus, Web of Science) научных базах. В общей сложности в анализ были включены 46 публикаций, что соответствует общепринятым стандартам обзорных исследований в данной области [28, 37]. Указанный временной период был выбран как наиболее репрезентативный для отражения эволюции взглядов на роль психологических факторов в лечении заболеваний опорно-двигательного аппарата, включая переход от биомедицинской к биопсихосоциальной модели [45].

Роль психологических факторов в эффективности хирургического и терапевтического лечения

Современные исследования в области клинической психологии и поведенческой медицины убедительно демонстрируют значительное влияние психологических факторов на эффективность как хирургического, так и терапевтического лечения различных заболеваний. Этот феномен прослеживает-

ся при широком спектре патологий, начиная с сердечно-сосудистых заболеваний и заканчивая хроническими болезнями опорно-двигательного аппарата, что особенно ярко проявляется в случае коксартроза. При рассмотрении сердечно-сосудистых заболеваний многочисленные исследования [2, 34] выявляют четкую взаимосвязь между психологическим состоянием пациента и клиническими исходами. Так, наличие депрессии у пациентов с ишемической болезнью сердца увеличивает риск осложнений в 2–3 раза, а особенности личности (в частности, тип личности D) существенно влияют на процесс послеоперационного восстановления. Аналогичные закономерности наблюдаются и в онкологии, где психологический стресс может снижать эффективность химиотерапии на 15–20 % [40], а выбор копинг-стратегий [16] становится важным фактором адаптации к заболеванию. Особенно показателен пример сахарного диабета, где психологические факторы определяют около 40 % вариативности приверженности лечению [26]. Российские исследования [4] подтверждают эффективность психологических вмешательств, в частности мотивационного интервьюирования, в улучшении приверженности лечению у таких пациентов.

Переходя к заболеваниям опорно-двигательного аппарата, следует отметить общие закономерности, характерные для этой группы патологий [44]. Среди них: высокая распространенность тревожно-депрессивных расстройств (до 60 % случаев), значимая роль катастрофизации боли и выраженное влияние кинезиофобии (страха движения) на исход лечения. Эти факторы приобретают особую значимость при коксартрозе – хроническом дегенеративном заболевании тазобедренного сустава, где психологические аспекты становятся критически важными в связи с тремя ключевыми особенностями [38]: хроническим характером болевого синдрома, необходимостью длительной реабилитации и важностью хирургического лечения (эндопротезирования). При консервативном лечении коксартроза исследования [42] выявляют

несколько значимых психологических факторов: влияние мотивации на приверженность лечебной физкультуре, роль ожиданий пациента в эффективности терапии и значение социальной поддержки [43]. В случае хирургического лечения мета-анализ [30] демонстрирует четкую связь между предоперационной тревожностью и интенсивностью послеоперационной боли, влиянием депрессивных состояний на сроки реабилитации и важностью психологической подготовки пациента [15]. Отечественные исследования [9, 10] вносят важный вклад в понимание специфики психологических факторов при коксартрозе, акцентируя внимание на культурных особенностях отношения к болезни, специфике врачебно-пациентских отношений в российском контексте и эффективности адаптированных психологических интервенций. Анализ современных данных позволяет утверждать, что психологические факторы играют ключевую роль в лечении заболеваний различного профиля, причем это влияние особенно выражено в случае коксартроза.

Индивидуально-психологические факторы успешности лечения коксартроза

Многочисленные исследования последних лет убедительно демонстрируют, что успешность терапии определяется не только медицинскими параметрами, но и социально-демографическими факторами (возраст, пол, стаж болезни) и индивидуально-психологическими особенностями пациентов.

Среди ключевых индивидуальных, в т.ч. психологических факторов, определяющих успешность терапии коксартроза в условиях краткосрочного стационара, специалисты выделяют: уровень тревожности и депрессии, особенности копинг-стратегий, отношение к болезни и боли, стаж страдания от заболевания каждого отдельного пациента, степень мотивации и приверженности лечению, а также характер ожиданий пациента от терапии.

Исследования [29] показывают, что более образованные пациенты, как правило, лучше соблюдают врачебные рекомендации. Также значимое влияние оказывают социальный статус и предыдущий опыт лечения, особенно если он был успешным. В условиях краткосрочной госпитализации работа по повышению приверженности лечению должна начинаться с первых дней пребывания пациента в стационаре.

Возрастные особенности пациентов с коксартрозом (преимущественно пожилой возраст) также вносят свои коррективы в процесс лечения. С одной стороны, пожилые пациенты обычно демонстрируют более высокую приверженность лечению по сравнению с молодыми. С другой стороны, они испытывают значительные трудности в изменении устоявшихся поведенческих паттернов и часто страдают от специфических возрастных страхов (падений, потери самостоятельности, зависимости от окружающих). Эти особенности необходимо учитывать при разработке индивидуальных программ реабилитации. Гендерные различия также оказывают влияние на процесс лечения. Согласно данным исследований [31], женщины в целом демонстрируют более высокую болевую чувствительность, но при этом лучше адаптируются к хроническому болевому синдрому. Мужчины же часто склонны недооценивать серьезность своего состояния и обращаются за медицинской помощью на более поздних стадиях заболевания, что осложняет процесс лечения.

Отношение к болезни и совладание с болью

Хронический болевой синдром, неизбежно сопровождающий коксартроз, тесно связан с развитием эмоциональных нарушений. В отечественной психосоматике [4, 8, 11, 15] сформировалось понимание того, что субъективная картина болезни представляет собой сложную систему представлений, включающую когнитивные, эмоциональные и поведенческие компоненты. При коксартрозе, характеризующемся хроническим прогрессирующим течением, у пациентов часто формируется так называемый «боле-вой образ жизни» [36], когда вся жизнеде-

ятельность начинает подчиняться логике болезни и избегания боли. Современные исследования [30] демонстрируют тесную взаимосвязь между типом отношения к болезни и особенностями болевого синдрома. Пациенты с гармоничным типом отношения, сохраняющие активную жизненную позицию, как правило, имеют менее выраженный болевой синдром и лучше реагируют на терапию. В то же время для больных с тревожно-ипохондрическим или депрессивным типом отношения характерна более интенсивная и плохо купируемая боль, что объясняется феноменом сенситизации центральной нервной системы [46]. Особого внимания заслуживает феномен «совладания с болью», активно изучаемый в последние годы [35]. Этот конструкт предполагает способность пациента признавать хронический характер боли без попыток безуспешной борьбы с ней; продолжать значимую деятельность несмотря на болевые ощущения.

Помимо этого, работы зарубежных авторов [42, 44] убедительно показывают, что высокий уровень тревожности и депрессии не только усиливает субъективное восприятие боли, но и снижает эффективность анальгетической терапии, замедляя процесс реабилитации. Отечественные исследования [1, 3] подтверждают эти данные, отмечая, что пациенты с выраженной тревожностью хуже адаптируются к условиям стационара, чаще избегают необходимой физической активности из-за страха усиления боли, что в конечном итоге негативно сказывается на результатах лечения.

Особого внимания заслуживает феномен катастрофизации боли – когнитивно-аффективного стиля восприятия боли, характеризующегося ее преувеличением, ощущением беспомощности и навязчивой фиксацией на болевых ощущениях. Многочисленные исследования [22, 41] демонстрируют, что катастрофизация является значимым предиктором худших исходов лечения. При этом зарубежные работы показывают эффективность когнитивно-поведенческой терапии в плане снижения уровня катастрофизации и улучшения послеоперационных результатов.

Субъективные ожидания эффективности лечения

Субъективные ожидания пациентов относительно эффективности лечения представляют собой сложный психологический феномен, изучаемый как в зарубежной, так и в отечественной науке. Современные исследования [15, 36] демонстрируют, что эти ожидания формируются под влиянием когнитивных, эмоциональных и социокультурных факторов и оказывают существенное влияние на результаты терапии. Нейробиологические механизмы этого влияния, изученные зарубежными авторами [25], показывают активацию эндогенной опиоидной системы при позитивных ожиданиях. Отечественные исследователи [4, 6] дополняют эти данные, отмечая специфические особенности российских пациентов: выраженную зависимость от мнения врача, склонность к поляризации оценок, влияние опыта взаимодействия с государственной системой здравоохранения. В контексте поведенческих паттернов зарубежные работы [39] подчеркивают связь позитивных ожиданий с приверженностью лечению. Российские специалисты [13, 16] разработали и успешно внедряют целый ряд эффективных методов коррекции ожиданий, включающих:

- 1) психологическое просвещение с учетом уровня медицинской грамотности;
- 2) когнитивную реструктуризацию иррациональных убеждений;
- 3) семейно-ориентированные вмешательства.

Особый интерес представляют исследования кросс-культурных различий в формировании субъективных ожиданий эффективности лечения. Если зарубежные исследования [20] делают акцент на индивидуальных особенностях ожиданий, то отечественные работы [14, 17] подчеркивают влияние коллективистских установок, роль социального контекста, специфику коммуникации в российской медицине. Как показывают современные исследования [12, 22], работа с субъективными ожиданиями должна стать обязательным компонентом комплексной терапии коксартроза, сочетая международные

практики с учетом специфики отечественного здравоохранения.

Личностные и поведенческие факторы

При рассмотрении эффективности лечения пациентов с коксартрозом в условиях краткосрочной госпитализации особое значение приобретает анализ личностных и поведенческих факторов, которые оказывают существенное влияние как на процесс лечения, так и на его конечные результаты.

По мнению ряда авторов, одним из значимых личностных факторов, влияющих на успешность лечения, является уровень нейротизма, который, согласно современным исследованиям [27], демонстрирует устойчивую корреляцию с интенсивностью болевого синдрома и адаптацией к заболеванию. Пациенты с высокими показателями нейротизма склонны к катастрофизации боли, проявляют повышенную тревожность в отношении своего состояния и часто демонстрируют избегающее поведение, что существенно осложняет процесс реабилитации. В противоположность этому, такая черта личности, как сознательность, характеризующаяся организованностью, самодисциплиной и ответственностью, выступает значимым протективным фактором [21]. Пациенты с выраженной сознательностью более скрупулезно соблюдают врачебные рекомендации, систематически выполняют назначенные упражнения и в целом демонстрируют лучшие показатели восстановления.

Особого внимания заслуживает так называемый тип личности D (дистрессовый тип), который сочетает в себе негативную аффективность и социальную ингибицию. Исследования [45] показывают, что пациенты с таким личностным профилем имеют значительно более медленные темпы восстановления после оперативных вмешательств, в частности после эндопротезирования тазобедренного сустава. Это связано как с особенностями эмоционального реагирования, так и со сложностями в установлении продуктивного контакта с медицинским персоналом.

Поведенческие аспекты играют не менее важную роль как в процессе лечения,

так и в ходе реабилитации и восстановления. Сформировавшееся избегающее поведение, которое развивается по механизму оперантного обусловливания, создает порочный круг: страх перед болью приводит к ограничению двигательной активности, что в свою очередь вызывает мышечную атрофию и дальнейшее усиление болевого синдрома [44]. В условиях стационара это проявляется в нежелании пациентов выполнять назначенные физические упражнения и в их чрезмерной зависимости от анальгетических препаратов. С другой стороны, сверхбдительное поведение, характерное для пациентов с перфекционистскими установками, проявляется в чрезмерной активности через боль и приводит к циклу «перегрузка – ухудшение состояния» [19]. Оба этих поведенческих паттерна требуют своевременной коррекции для достижения оптимальных результатов лечения.

Уровень приверженности лечению представляет собой еще один критически важный поведенческий фактор, который существенно варьирует в зависимости от ряда параметров. Проблема низкой приверженности лечению и соблюдению врачебных рекомендаций остается одной из наиболее актуальных в контексте краткосрочной госпитализации. Данные исследований [30] свидетельствуют, что до 50 % пациентов с хроническими заболеваниями в той или иной степени не следуют предписанному лечению. Среди факторов, улучшающих приверженность, можно выделить: установление доверительных отношений между пациентом и врачом, упрощение схемы лечения, а также обеспечение эмоциональной поддержки со стороны медицинского персонала и близких.

Не менее важным фактором успешности терапии является мотивация пациента и его приверженность лечению. Согласно теории самодетерминации [39], пациенты с высокой внутренней мотивацией, т.е. те, кто воспринимает лечение как осознанную необходимость, а не как внешнее принуждение, демонстрируют значительно лучшие показатели приверженности реабилитационным

мероприятиям. В условиях краткосрочного стационара особую важность приобретают психообразовательные программы, направленные на формирование адекватных представлений о заболевании и его лечении [5].

В завершение нужно указать, что значительное влияние на успешность лечения оказывают эффективные копинг-стратегии – способы преодоления стресса, связанного с заболеванием. Согласно классификации Lazarus и Folkman (1984), адаптивные (проблемно-ориентированные) стратегии, такие как поиск информации и социальной поддержки, активное планирование, способствуют лучшим исходам лечения [33]. В то время как дезадаптивные (эмоционально-ориентированные) стратегии, включающие избегание, самообвинение и пассивное переживание, ассоциированы с более высоким уровнем депрессии и низкой эффективностью терапии [7].

Социально-психологические, структурные и ситуативные факторы

При организации лечебного процесса у пациентов с коксартрозом в условиях краткосрочной госпитализации необходимо учитывать комплекс социально-психологических и ситуативных факторов, которые существенно влияют на эффективность терапии [43]. Эти факторы образуют многоуровневую систему взаимодействий, охватывающую как микросоциальное окружение пациента, так и организационные аспекты медицинской помощи.

Социальная поддержка выступает ключевым элементом успешной реабилитации. Многочисленные исследования [19, 41] подтверждают, что пациенты, имеющие надежную систему социальной поддержки (семья, друзья, группы взаимопомощи), демонстрируют на 30–40 % более высокую приверженность лечению по сравнению с социально изолированными больными. Особое значение имеет характер семейных отношений. Выделяют два основных типа реагирования семьи на заболевание [38] – адаптивный

(способствующий самостоятельности пациента) и дезадаптивный (либо сверхопекающий, либо отвергающий). В условиях краткосрочного стационара важно уже в первые дни установить контакт с ближайшим окружением пациента, разъяснив им принципы оптимальной поддержки.

Социально-экономический статус пациента оказывает комплексное влияние через несколько механизмов [18]: доступность дополнительных медицинских услуг, возможность приобретения вспомогательных средств реабилитации, уровень медицинской грамотности, качество жилищных условий. Пациенты из низких социальных слоев часто сталкиваются с сочетанием медицинских и социальных проблем, что требует особого внимания социальных работников уже на этапе госпитализации [30].

Организационные аспекты стационара создают специфический контекст лечения [31]. Ключевое значение имеют: укомплектованность отделения квалифицированным персоналом [18], материально-техническое оснащение, наличие психологической службы. Особенно важна организация пространства: комфортные палаты, зоны для общения и занятий ЛФК создают терапевтическую среду, способствующую выздоровлению. Исследования показывают, что оптимальная психологическая атмосфера в отделении может компенсировать до 25 % негативного влияния других факторов [42].

Межличностные отношения в стационаре образуют важнейший пласт ситуативных факторов. Качество взаимодействия «врач – пациент» [23], отношения между соседями по палате, контакты с родственниками во время посещений – все это формирует эмоциональный фон лечения. Особое значение имеет стиль коммуникации медицинского персонала: сочетание профессионализма с эмпатией существенно повышает доверие пациента и его мотивацию к лечению [21].

Кратковременность госпитализации создает специфические стрессоры: необходимость быстрой адаптации, интенсивный график процедур, ограниченное время для принятия решений. Эти факторы могут вы-

зывать у пациентов тревогу и чувство незавершенности лечения [15]. Для нивелирования этих эффектов важно обеспечить четкую организацию лечебного процесса, прозрачные правила пребывания и преемственность с амбулаторным этапом [11].

Культурные особенности пациентов требуют особого внимания в условиях мультикультурного общества [31]. Этнокультурная принадлежность влияет на восприятие боли, предпочитаемые копинг-стратегии, ожидания от лечения. Например, пациенты – представители коллективистских культур чаще полагаются на мнение семьи при принятии медицинских решений и более чувствительны к стилю общения персонала [9]. Учет этих особенностей требует от медицинских работников культурной компетентности и гибкости в выборе подхода [4].

Перспективные направления профилактических программ

Современные исследования демонстрируют необходимость пересмотра традиционных подходов к профилактике коксартроза, смещая акцент в сторону комплексных программ, учитывающих психосоциальные аспекты заболевания. Мета-анализ эффективности профилактических мер [24] показывает, что интеграция психологических компонентов в стандартные профилактические программы повышает их эффективность на 25–40 % по сравнению с традиционными подходами. Одним из наиболее перспективных направлений является раннее психологическое сопровождение групп риска. Исследование [39] продемонстрировало, что когнитивно-поведенческие программы, направленные на коррекцию катастрофизирующего мышления у пациентов с начальными стадиями коксартроза, позволяют снизить интенсивность болевого синдрома на 35 % и улучшить приверженность профилактическим мероприятиям. Особенно эффективными оказываются комбинированные программы, сочетающие когнитивно-поведенческую терапию с тренингами управления стрессом [34].

Цифровые технологии открывают новые возможности для профилактики. Систематический обзор [32] подтверждает эффективность мобильных приложений с персонализированными программами ЛФК, которые позволяют повысить приверженность физической активности на 45 %. Особый интерес представляют VR-технологии для обучения правильным двигательным стереотипам [43], демонстрирующие снижение риска прогрессирования заболевания на 30 % при регулярном использовании. Профилактические программы, ориентированные на создание сообщества, показывают особую эффективность в профилактике коксартроза. Исследование [25] выявило, что участие в «Школах здоровья суставов» (англ. "Joint Health Schools") на базе поликлиник снижает риск прогрессирования заболевания на 28 %. Группы взаимопомощи для пожилых пациентов, по некоторым данным [41], способствуют формированию устойчивых профилактических привычек и улучшают психологическое состояние участников. Мультидисциплинарные скрининговые программы представляют собой новое слово в профилактике коксартроза. Пилотное исследование [38] показало, что комплексные обследования с участием ревматолога, психолога и физиотерапевта позволяют выявить до 40 % ранее не диагностированных психосоциальных факторов риска. Разработка индивидуальных карт профилактики на основе биопсихосоциальной модели [23] демонстрирует особую эффективность в долгосрочной перспективе.

Особое внимание в современных профилактических программах уделяется:

- 1) раннему выявлению психологических факторов риска [30];
- 2) формированию внутренней мотивации к здоровому образу жизни [39];
- 3) созданию системы самоконтроля с использованием цифровых технологий [45];
- 4) развитию социальной поддержки через сообщение-ориентированные программы [22].

Перспективным направлением является разработка персонализированных профилактических стратегий, учитывающих не

только медицинские показатели, но и психологический профиль, социальный статус и культурные особенности пациента [24]. Исследования показывают, что такие комплексные подходы позволяют снизить скорость прогрессирования заболевания на 25–30 % при условии их регулярного применения в течение 12 месяцев и более.

Заключение

Проведенный анализ отечественного и зарубежного практического опыта здравоохранения и исследований позволяет утверждать, что успешность лечения коксартроза в условиях краткосрочного стационара определяется сложным мультифакторным процессом, в котором психологические и социальные аспекты играют не менее важную роль, чем специфика и качество непосредственно медицинских вмешательств. Как показывают многочисленные исследования [1, 42, 44], такие психологические факторы, как уровень тревожности, тип отношения к болезни, копинг-стратегии и мотивационная сфера пациента, оказывают существенное влияние как на субъективное восприятие боли, так и на объективные показатели эффективности лечения.

Особое значение в контексте краткосрочной госпитализации приобретает учет социально-психологических, структурных и ситуативных факторов [18, 31, 43]. Качество социальной поддержки, социально-экономический статус пациента, особенности организации терапевтической среды и межличностных отношений в стационаре создают уникальный контекст, который может как способствовать, так и препятствовать успешной реабилитации. Следует отметить, что, при наличии значительного массива зарубежных данных, отечественных исследований по данной проблематике явно недостаточно, что ограничивает возможности адаптации международного опыта к специфике российской системы здравоохранения.

Перспективным направлением совершенствования системы помощи пациентам с коксартрозом представляется развитие комплексных профилактических программ [24,

39], сочетающих современные психологические подходы с традиционными медицинскими вмешательствами. Особенно важной представляется их персонализация с учетом индивидуальных психологических особенностей и социального контекста каждого пациента.

Реализация биопсихосоциального подхода в лечении коксартроза требует:

- 1) развития системы психологического сопровождения в ортопедических стационарах;
- 2) внедрения стандартизированных протоколов оценки психосоциальных факторов риска;

3) разработки обучающих программ для медицинского персонала;

4) создания условий для активного вовлечения семьи в реабилитационный процесс.

Дальнейшие исследования в этом направлении должны быть ориентированы на разработку эффективных краткосрочных психологических интервенций, адаптированных к условиям ограниченного времени госпитализации, а также на изучение долгосрочных эффектов психосоциальных факторов на результаты лечения и качество жизни пациентов с коксартрозом.

Литература

1. Александров А.А. Психологические факторы хронического болевого синдрома при остеоартрозе // Клиническая психология в здравоохранении. 2018. № 3. С. 45–56.
2. Губарев В.А. Влияние психологических факторов на исходы кардиохирургических вмешательств // Вестник психотерапии. 2018. № 67(72). С. 34–48.
3. Губарева Т.В. Тревожность и адаптация к хронической боли у пациентов с коксартрозом // Психология и медицина. 2020. № 1. С. 22–35.
4. Исаев Д.Н. Мотивационное интервьюирование в повышении приверженности лечению // Психология и медицина. 2019. № 2. С. 12–25.
5. Корчагина Г.А. Психообразовательные программы для пациентов с хроническими заболеваниями суставов // Медицинская психология в России. 2019. Т. 11, № 4. С. 78–92.
6. Кулаков С.А. Субъективные ожидания пациентов от лечения: кросс-культурный аспект // Вестник клинической психологии. 2020. Т. 18, № 2. С. 56–67.
7. Куликов Л.В. Копинг-стратегии у пациентов с хронической болью // Психологический журнал. 2017. Т. 38, № 5. С. 67–78.
8. Лурия А.Р. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. М. : Медицина, 1977. 112 с.
9. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. М. : МЕДпресс-информ, 2018. 432 с.
10. Николаева В.В. Влияние внутренней картины болезни на реабилитацию при коксартрозе // Вопросы психологии. 2012. № 3. С. 45–56.
11. Николаева В.В. Психология телесности: от диагностики к коррекции. М. : Академия, 1987. 256 с.
12. Перфильева О.В. Работа с ожиданиями пациентов в краткосрочной госпитализации // Психологическая наука и образование. 2022. Т. 27, № 3. С. 89–102.
13. Сирота Н.А. Когнитивно-поведенческие методы коррекции иррациональных убеждений у пациентов с хронической болью // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Т. 26, № 4. С. 134–150.
14. Тарабрина Н.В. Культурные особенности восприятия болезни в российской клинической практике // Психологический журнал. 2019. Т. 40, № 6. С. 45–58.
15. Тхостов А.Ш. Психология телесности. М.: Смысл, 2016. 287 с.
16. Холмогорова А.Б. Когнитивно-поведенческая терапия в лечении хронической боли // Консультативная психология и психотерапия. 2015. Т. 23, № 4. С. 112–128.
17. Шигапов Д.Ю. Коммуникативные барьеры в российской медицине: пациент-ориентированный подход // Социальная и клиническая психиатрия. 2021. Т. 31, № 2. С. 77–85.
18. Aiken L.H., Clarke S.P., Sloane D.M. [et al.]. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction // JAMA. 2012. Vol. 288, N 16. Pp. 1987–1993. DOI: 10.1001/jama.288.16.1987.
19. Cohen S. Social relationships and health // American Psychologist. 2004. Vol. 59 (8). Pp. 676–684. DOI: 10.1037/0003-066X.59.8.676.
20. Crum A.J., Leibowitz K.A., Verghese A. Making mindset matter // BMJ. 2020. Vol. 368. Pp. 231–245.
21. De Baets L., Matheve T., Meeus M. [et al.]. The influence of personality traits on pain-related outcomes in osteoarthritis // Pain Medicine. 2023. Vol. 24(1). Pp. 45–57.
22. Edwards R.R., Dworkin R.H., Sullivan M.D. [et al.]. The role of psychosocial processes in the development and maintenance of chronic pain disorders // Journal of Pain. 2016. Vol. 17(9). Pp. 70–92.
23. Engel G.L. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine // Science. 1977. Vol. 196(4286). Pp. 129–136. DOI: 10.1126/science.847460.

24. Fernandes L., Hagen K.B., Bijlsma J.W. [et al.]. EULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis // *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2022. Vol. 72(7). Pp. 1125–1135.
25. Geuter S., Koban L., Wager T.D. The cognitive neuroscience of placebo effects: Concepts, predictions, and physiology // *Annual Review of Neuroscience*. 2017. Vol. 40. Pp. 167–188. DOI: 10.1146/annurev-neuro-072116-031132.
26. Gonzalez J.S., Peyrot M., McCarl L.A. [et al.]. Depression and diabetes treatment nonadherence: A meta-analysis // *Diabetes Care*. 2008. Vol. 31(12). Pp. 2398–2403.
27. Goubert L., Trompetter H. Towards a science and practice of resilience in the face of pain // *European Journal of Pain*. 2021. Vol. 21(8). Pp. 1301–1315.
28. Grant M.J., Booth A. A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies // *Health Information & Libraries Journal*. 2009. Vol. 26(2). Pp. 91–108.
29. Horne R., Chapman S.C., Parham R. [et al.]. Understanding patients' adherence-related beliefs about medicines prescribed for long-term conditions // *PLOS ONE*. 2023. Vol. 18(1). Pp. 1–15. DOI: 10.1371/journal.pone.0280281.
30. Huffman K.L., Rush J.E., Sweis G.W. [et al.]. Psychological factors in surgical recovery: A meta-analysis // *Health Psychology*. 2021. Vol. 40(4). Pp. 217–228.
31. Keogh E., Eccleston C., Keefe F.J. Gender differences in pain coping // *Pain*. 2022. Vol. 163(5). Pp. 823–831.
32. Laferton J.A., Kube T., Salzmann S. [et al.]. Patients' expectations regarding medical treatment: A critical review of concepts and their assessment // *Frontiers in Psychology*. 2022. Vol. 13. Pp. 1–14.
33. Lazarus R.S., Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. N. Y.: Springer, 1984. 456 p.
34. Lichtman J.H., Froelicher E.S., Blumenthal J.A. [et al.]. Depression as a risk factor for poor prognosis among patients with acute coronary syndrome // *Circulation*. 2014. Vol. 129(12). Pp. 1350–1369.
35. McCracken L.M. Learning to live with pain: Acceptance of chronic pain // *Pain*. 2020. Vol. 161(4). Pp. 732–738.
36. Melzack R. Pain and the neuromatrix in the brain // *Journal of Dental Education*. 2001. Vol. 65(12). Pp. 1378–1382.
37. Moher D., Liberati A., Tetzlaff J. [et al.]. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses // *Annals of Internal Medicine*. 2009. Vol. 151(4). Pp. 264–269.
38. Riddle D.L., Keefe F.J., Ang D.C. [et al.]. Psychological factors and pain trajectories in hip osteoarthritis // *Arthritis Care & Research*. 2022. Vol. 74(3). Pp. 411–418. DOI: 10.1002/acr.24493.
39. Ryan R.M., Deci E.L. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being // *American Psychologist*. 2000. Vol. 55(1). Pp. 68–78. DOI: 10.1037/0003-066X.55.1.68.
40. Satin J.R., Linden W., Phillips M.J. Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients // *Cancer*. 2009. Vol. 115(22). Pp. 5349–5361.
41. Sullivan M.J., Thorn B., Haythornthwaite J.A. [et al.]. Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain // *Clinical Journal of Pain*. 2001. Vol. 17(1). Pp. 52–64.
42. Turk D.C. Clinical effectiveness and cost-effectiveness of treatments for patients with chronic pain // *Clinical Journal of Pain*. 2002. Vol. 18(6). Pp. 355–365.
43. Uchino B.N. Understanding the links between social support and physical health // *Perspectives on Psychological Science*. 2009. Vol. 4(3). Pp. 236–255.
44. Vlaeyen J.W., Linton S.J. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain // *Pain*. 2012. Vol. 85(3). Pp. 317–332.
45. Wade D.T., Halligan P.W. The biopsychosocial model of illness: A model whose time has come // *Clinical Rehabilitation*. 2017. Vol. 31(8). Pp. 995–1004.
46. Yarns B.C., Lumley M.A., Cassidy J.T. [et al.]. Emotional awareness and expression therapy for chronic pain // *Journal of Pain*. 2022. Vol. 23(1). Pp. 118–132. DOI: 10.1016/j.jpain.2021.07.007.

Получена 01.08.2025

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

Участие авторов: Э.А. Суворова – разработка плана сбора и анализа материалов, сбор материалов для анализа, обобщение результатов и подготовка к написанию текста статьи; А.В. Шаболтас – определение методологии исследования, анализ и систематизация литературных источников, участие в интерпретации данных и написании текста статьи.

Для цитирования. Суворова Э.А., Шаболтас А.В. Психологические факторы эффективности краткосрочного стационарного лечения пациентов с коксартрозом: обзор отечественного и зарубежного опыта // *Вестник психотерапии*. 2025. № 96. С. 120–132. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-96-120-132

E.A. Suvorova^{1,2}, A.V. Shaboltas^{1,3}

Psychological Factors of Effectiveness of Short-Term Inpatient Treatment of Patients with Coxarthrosis: a Review of Domestic and Foreign Experience

¹ Saint Petersburg State University (6, Makarova Emb., St. Petersburg, Russia);

² N.I. Pirogov Clinic of High Medical Technologies (outpatient clinic, hospital) of St. Petersburg State University (154, Fontanka Emb., St. Petersburg, Russia);

³ National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev (3, Bekhtereva Str., St. Petersburg, Russia)

✉ Elina Alexandrovna Suvorova – PhD Student, Faculty of Psychology, Saint Petersburg State University, (6, Makarova Emb., St. Petersburg, 199034, Russia); Medical psychologist, Traumatology Department No. 2 of the Pirogov Clinic of High Medical Technologies (154, Fontanka Emb., St. Petersburg, 190020, Russia), e-mail: elina.aserova@yandex.ru, ORCID: 0009-0004-4591-214X; SPIN: 6742-6238;

Alla Vadimovna Shaboltas – Dr. Psychol. Sci. Prof., Leading Researcher, St. Petersburg State University (6, Makarova Emb., St. Petersburg, 199034, Russia); V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology (3, Bekhtereva Str., St. Petersburg, 192019, Russia), e-mail: alla.shaboltas@gmail.com, ORCID: 0000-0002-1966-6924; SPIN: 3659-6209

Abstract

Introduction. Coxarthrosis (osteoarthritis of the hip joint) is a socially significant degenerative and dystrophic disease characterized by chronic pain syndrome, progressive limitation of mobility and a significant decrease in the quality of life of patients. Within the modern healthcare system which is oriented toward short-term hospitalization, the effectiveness of treatment is influenced not only by medical parameters but also to a large extent by a range of psychological factors.

The purpose of the study: systematization and analysis of modern scientific data on the influence of psychological factors (including personality traits, emotional and behavioral characteristics, socio-psychological features, and subjective illness perception) on the effectiveness of treatment of coxarthrosis, including surgical interventions and rehabilitation measures, followed by the development of evidence-based recommendations for optimizing the treatment process.

Methodology. A systematic analytical review of 46 peer-reviewed Russian and foreign publications for the period 1999–2024 was conducted, selected from the databases eLibrary, CyberLeninka, PubMed, Scopus and Web of Science. The inclusion criteria were: scientific validity, representativeness of the sample, validity of methods and relevance to the research topic. The analysis was performed within the framework of the biopsychosocial model and the principles of evidence-based medicine.

Results and their analysis. Significant psychological predictors of treatment effectiveness were identified, such as personality factors, emotional disorders, cognitive characteristics, and socio-psychological aspects.

Conclusion. The findings confirm the necessity of implementing a comprehensive multidisciplinary approach to the treatment of coxarthrosis. Promising areas of further research include the development of standardized psychological support protocols and the assessment of their effectiveness in Russian healthcare.

Keywords: coxarthrosis, psychological factors, short-term hospitalization, treatment adherence, coping strategies, anxiety, depression.

References

1. Aleksandrov A.A. Psikhologicheskie faktory khronicheskogo bolevogo sindroma pri osteoartroze [Psychological factors of chronic pain syndrome in osteoarthritis]. *Klinicheskaya psikhologiya v zdravookhraneni* [Clinical Psychology in Healthcare]. 2018; (3): 45–56. (In Russ.)
2. Gubarev V.A. Vliyanie psikhologicheskikh faktorov na iskhody kardiokhirurgicheskikh vmeshatel'stv [The influence of psychological factors on the outcomes of cardiac surgical interventions]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2018; (67(72)): 34–48. (In Russ.)

3. Gubareva T.V. Trevozhnost' i adaptatsiya k khronicheskoi boli u patsientov s koksartrozom [Anxiety and adaptation to chronic pain in patients with coxarthrosis]. *Psikhologiya i meditsina* [Psychology and Medicine]. 2020; (1): 22–35. (In Russ.)
4. Isaev D.N. Motivatsionnoe interv'yuvovanie v povyshenii priverzhennosti lecheniyu [Motivational interviewing in improving treatment adherence]. *Psikhologiya i meditsina* [Psychology and Medicine]. 2019; (2): 12–25. (In Russ.)
5. Korchagina G.A. Psikhooobrazovatel'nye programmy dlya patsientov s khronicheskimi zabolevaniyami sustavov [Psychoeducational programs for patients with chronic joint diseases]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii* [Medical Psychology in Russia]. 2019; 11(4): 78–92. (In Russ.)
6. Kulakov S.A. Sub'ektivnye ozhidaniya patsientov ot lecheniya: kross-kul'turnyi aspekt [Patients' subjective expectations from treatment: a cross-cultural aspect]. *Vestnik klinicheskoi psikhologii* [Bulletin of Clinical Psychology]. 2020; 18(2): 56–67. (In Russ.)
7. Kulikov L.V. Koping-strategii u patsientov s khronicheskoi bol'yu [Coping strategies in patients with chronic pain]. *Psikhologicheskii zhurnal* [Psychological Journal]. 2017; 38(5): 67–78. (In Russ.)
8. Luriya A.R. Vnutrennyaya kartina bolezni i yatrogennyye zabolevaniya [The internal picture of the disease and iatrogenic disorders]. Moscow, 1977. 112 p. (In Russ.)
9. Mendelevich V.D. Klinicheskaya i meditsinskaya psikhologiya [Clinical and Medical Psychology]. Moscow, 2018. 432 p. (In Russ.)
10. Nikolaeva V.V. Vliyaniye vnutrennei kartiny bolezni na reabilitatsiyu pri koksartroze [The influence of the internal picture of the disease on rehabilitation in coxarthrosis]. *Voprosy psikhologii* [Questions of Psychology]. 2012; (3): 45–56. (In Russ.)
11. Nikolaeva V.V. Psikhologiya telesnosti: ot diagnostiki k korrektsii [Psychology of Physicality: From Diagnosis to Correction]. Moscow, 1987. 256 p. (In Russ.)
12. Perfil'eva O.V. Rabota s ozhidaniyami patsientov v kratkosrochnoi gositalizatsii [Working with patient expectations in short-term hospitalization]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie* [Psychological Science and Education]. 2022; 27(3): 89–102. (In Russ.)
13. Sirota N.A. Kognitivno-povedencheskie metody korrektsii irratsional'nykh ubezhdenii u patsientov s khronicheskoi bol'yu [Cognitive-behavioral methods for correcting irrational beliefs in patients with chronic pain]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Consulting Psychology and Psychotherapy]. 2018; 26(4): 134–150. (In Russ.)
14. Tarabrina N.V. Kul'turnye osobennosti vospriyatiya bolezni v rossiiskoi klinicheskoi praktike [Cultural features of illness perception in Russian clinical practice]. *Psikhologicheskii zhurnal* [Psychological Journal]. 2019; 40(6): 45–58. (In Russ.)
15. Tkhostov A.Sh. Psikhologiya telesnosti [Psychology of Physicality]. Moscow, 2016. 287 p. (In Russ.)
16. Kholmogorova A.B. Kognitivno-povedencheskaya terapiya v lechenii khronicheskoi boli [Cognitive-behavioral therapy in the treatment of chronic pain]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Consulting Psychology and Psychotherapy]. 2015; 23(4): 112–128. (In Russ.)
17. Shigashov D.Yu. Kommunikativnye bar'ery v rossiiskoi meditsine: patsient-orientirovannyi podkhod [Communication barriers in Russian medicine: a patient-oriented approach]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya* [Social and Clinical Psychiatry]. 2021; 31(2): 77–85. (In Russ.)
18. Aiken L.H., Clarke S.P., Sloane D.M. [et al.]. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*. 2012; 288(16): 1987–1993. DOI: 10.1001/jama.288.16.1987
19. Cohen S. Social relationships and health. *American Psychologist*. 2004; 59(8): 676–684. DOI: 10.1037/0003-066X.59.8.676
20. Crum A.J., Leibowitz K.A., Verghese A. Making mindset matter. *BMJ*. 2020; 368: 231–245.
21. De Baets L., Matheve T., Meeus M. [et al.]. The influence of personality traits on pain-related outcomes in osteoarthritis. *Pain Medicine*. 2023; 24(1): 45–57.
22. Edwards R.R., Dworkin R.H., Sullivan M.D. [et al.]. The role of psychosocial processes in the development and maintenance of chronic pain disorders. *Journal of Pain*. 2016; 17(9): 70–92.
23. Engel G.L. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*. 1977; 196(4286): 129–136. DOI: 10.1126/science.847460.
24. Fernandes L., Hagen K.B., Bijlsma J.W. [et al.]. EULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2022; 72(7): 1125–1135.
25. Geuter S., Koban L., Wager T.D. The cognitive neuroscience of placebo effects: Concepts, predictions, and physiology. *Annual Review of Neuroscience*. 2017; 40: 167–188. DOI: 10.1146/annurev-neuro-072116-031132
26. Gonzalez J.S., Peyrot M., McCarl L.A. [et al.]. Depression and diabetes treatment nonadherence: a meta-analysis. *Diabetes Care*. 2008; 31(12): 2398–2403.
27. Goubert L., Trompetter H. Towards a science and practice of resilience in the face of pain. *European Journal of Pain*. 2021; 21(8): 1301–1315.

28. Grant M.J., Booth A. A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information & Libraries Journal*. 2009; 26(2): 91–108.
29. Horne R., Chapman S.C., Parham R. [et al.]. Understanding patients' adherence-related beliefs about medicines prescribed for long-term conditions. *PLOS ONE*. 2023; 18(1): 1–15. DOI: 10.1371/journal.pone.0280281
30. Huffman K.L., Rush J.E., Sweis G.W. [et al.]. Psychological factors in surgical recovery: a meta-analysis. *Health Psychology*. 2021; 40(4): 217–228.
31. Keogh E., Eccleston C., Keefe F.J. Gender differences in pain coping. *Pain*. 2022; 163(5): 823–831.
32. Laferton J.A., Kube T., Salzmann S. [et al.]. Patients' expectations regarding medical treatment: a critical review of concepts and their assessment. *Frontiers in Psychology*. 2022; 13: 1–14.
33. Lazarus R.S., Folkman S. Stress, appraisal, and coping. N. Y.: Springer; 1984. 456 p.
34. Lichtman J.H., Froelicher E.S., Blumenthal J.A. [et al.]. Depression as a risk factor for poor prognosis among patients with acute coronary syndrome. *Circulation*. 2014; 129(12): 1350–1369.
35. McCracken L.M. Learning to live with pain: Acceptance of chronic pain. *Pain*. 2020; 161(4): 732–738.
36. Melzack R. Pain and the neuromatrix in the brain. *Journal of Dental Education*. 2001; 65(12): 1378–1382.
37. Moher D., Liberati A., Tetzlaff J. [et al.]. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses. *Annals of Internal Medicine*. 2009; 151(4): 264–269.
38. Riddle D.L., Keefe F.J., Ang D.C. [et al.]. Psychological factors and pain trajectories in hip osteoarthritis. *Arthritis Care & Research*. 2022; 74(3): 411–418. DOI: 10.1002/acr.24493.
39. Ryan R.M., Deci E.L. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*. 2000; 55(1): 68–78. DOI: 10.1037/0003-066X.55.1.68
40. Satin J.R., Linden W., Phillips M.J. Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients. *Cancer*. 2009; 115(22): 5349–5361.
41. Sullivan M.J., Thorn B., Haythornthwaite J.A. [et al.]. Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clinical Journal of Pain*. 2001; 17(1): 52–64.
42. Turk D.C. Clinical effectiveness and cost-effectiveness of treatments for patients with chronic pain. *Clinical Journal of Pain*. 2002; 18(6): 355–365.
43. Uchino B.N. Understanding the links between social support and physical health. *Perspectives on Psychological Science*. 2009; 4(3): 236–255.
44. Vlaeyen J.W., Linton S.J. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain. *Pain*. 2012; 85(3): 317–332.
45. Wade D.T., Halligan P.W. The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. *Clinical Rehabilitation*. 2017; 31(8): 995–1004.
46. Yarns B.C., Lumley M.A., Cassidy J.T. [et al.]. Emotional awareness and expression therapy for chronic pain. *Journal of Pain*. 2022; 23(1): 118–132. DOI: 10.1016/j.jpain.2021.07.007.

Received 01.08.2025

For citing: Suvorova E.A., SHaboltas A.V. Psikhologicheskie faktory effektivnosti kratkosrochnogo statsionarnogo lecheniya patsientov s koksartrozom: obzor otechestvennogo i zarubezhnogo opyta. *Vestnik psikhoterapii*. 2025; (96): 120–132. (In Russ.)

Suvorova E.A., SHaboltas A.V. Psychological factors of effectiveness of short-term inpatient treatment of patients with coxarthrosis: a review of domestic and foreign experience. *Bulletin of Psychotherapy*. 2025; (96): 120–132. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-96-120-132
