

Проблемно-ориентированный личностный тип у пациентов с шумом в ушах: специфика и практическая значимость в диагностике

Мелёхин А.И.

*Гуманитарный институт имени П.А. Столыпина,
г. Москва, Российская Федерация,*

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5633-7639>, e-mail: clinmelehin@yandex.ru

В статье представлены результаты эмпирического исследования наличия или отсутствия проблемно-ориентированного (страдающего) личностного типа у 55 пациентов с субъективным идиопатическим тиннитусом (средний возраст — $49,6 \pm 11,2$ лет; 60% мужчин и 40% женщин) и без такового (средний возраст $48,5 \pm 12,2$ лет; 55% мужчин и 45% женщин). Использовались методики: Индекс тяжести шума в ушах (TSI, в адаптации А.В. Варвянской, 2020), опросник оценки проблемно-ориентированного личностного типа (DS-14, в адаптации Г.С. Пушкарева, 2016), личностный опросник Айзенка (EPQ, в адаптации А.Д. Ишкова, 2004) и субшкала Эмоциональной стабильности из Пятифакторного личностного опросника (FFPI, в адаптации М.Г. Дмитриева, 2020). В ходе исследования впервые был описан аффективный стиль пациентов с тиннитусом. По сравнению с людьми без тиннитуса пациенты с шумом в ушах имеют значимо более высокие в статистическом и клиническом плане уровни нейротизма, негативной аффективности и социального торможения (изоляции), с одной стороны, и более низкие уровни экстраверсия и эмоциональной стабильности, — с другой. Проблемно-ориентированный личностный тип связан с наличием шума в ушах и способствует повышению его воспринимаемой тяжести. Негативная аффективность как одно из измерений проблемно-ориентированного личностного типа оказывает неблагоприятное влияние на степень выраженности тиннитуса и является одним из психологических факторов риска возникновения тиннитус-дистресса. В связи с этим в статье приведены практические рекомендации по психологическому обследованию пациентов с шумом в ушах и тактике когнитивно-поведенческой терапии.

Ключевые слова: тиннитус, шум в ушах, нейротизм, экстраверсия, проблемно-ориентированный личностный тип, негативная аффективность, изоляция, соматизация.

Для цитаты: Мелёхин А.И. Проблемно-ориентированный личностный тип у пациентов с шумом в ушах: специфика и практическая значимость в диагностике [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2022. Том 11. № 3. С. 167–180. DOI: 10.17759/cpse.2022110307

Problem-Oriented Personality Type in Patients with Tinnitus: Specificity and Practical Relevance in Diagnostics

Aleksey I. Melehin

Stolypin's Humanitarian Institute, Moscow, Russia,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5633-7639>, e-mail: clinmelehin@yandex.ru

The article presents the results of an empirical study of personality characteristics of the presence or absence of a problem-oriented personality type in 55 patients with (average age 49.6±11.2 years, 60% of men and 40% of women) and without (average age 48.5±12.2 years; 55% of men and 45% of women) subjective idiopathic tinnitus. The use of the Tinnitus Severity Index (TSI), the type-D Scale (DS-14), the Eysenck Personality Questionnaire (EPQ) and the Emotional stability subscale from the Five-Factor Personality Inventory (FFPI) made it possible for the first time to describe the affective style of patients with tinnitus. Compared to people without tinnitus, patients with tinnitus have statistically and clinically significant higher levels of neuroticism, negative affectivity and social inhibition (isolation), on the one hand, and lower levels of extraversion and emotional stability, on the other hand. Patients with tinnitus and severe tinnitus distress are more likely to have a problem-oriented personality type, a problem-oriented personality type is associated with the presence of tinnitus and contributes to its perceived severity. Negative affectivity, as one of the dimensions of a problem-oriented personality type, has an adverse effect on the severity of tinnitus, and is a risk factor for tinnitus distress. In this regard, the article provides practical recommendations for the psychological examination of patients with tinnitus and the tactics of cognitive behavioral therapy.

Keywords: tinnitus, neuroticism, extraversion, problem-oriented personality type, negative affectivity, isolation, somatization.

For citation: Melehin A.I. Problem-Oriented Personality Type in Patients with Tinnitus: Specificity and Practical Relevance in Diagnostics. *Klinicheskaja i spetsial'naia psikhologija=Clinical Psychology and Special Education*, 2022. Vol. 11, no. 3, pp. 167–180. DOI: 10.17759/cpse.2022110307 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Тиннитус, или субъективный идиопатический шум в ушах (Subjective Idiopathic Tinnitus), — это слуховое фантомное восприятие звука при отсутствии акустического стимула, которое в среднем распространено у 5–42% населения мира. Сами пациенты описывают звуки как «гул», «жужжание», «писк», «тиканье часов», «бульканье», «скрежет», «шипение», «рев», «мотор», «электричество в ушах» [17].

Несмотря на множество моделей тиннитуса (модель привыкания Р. Халлама; нейрофизиологическая модель П. Ястрибоффа; когнитивно-поведенческая модель Л. Макенна [1; 2]), до сих пор остаются открытыми вопросы патогенеза данного состояния и тактики его лечения. На сегодняшний день чаще говорится про управление симптомами, нежели про его полноценную терапию [17].

Чаще всего тиннитус протекает в структуре соматоформного расстройства или соматизированной психической реакции на стрессовое событие или период длительной мобилизации (до 45–56% случаев), в результате депрессии и переживания утраты (до 35%), как следствие ипохондрического расстройства или тревоги о здоровье (до 28%), а также обсессивно-компульсивного или нарциссического расстройства личности (полученной «нарциссической раны») [18]. Перенесенная коронавирусная инфекция и наличие хронической инсомнии также являются важными факторами, имеющими высокую прогностическую ценность для оценки рисков развития тиннитуса [2,8]. Это означает, что проблемы со сном могут быть вызваны шумом в ушах и что сам шум в ушах может быть фактором, приводящим к его развитию. Шум в ушах негативно влияет на качество жизни пациентов, включая физическое, эмоциональное и социальное функционирование, и вызывает психологический дистресс, или *тиннитус-дистресс* (рис. 1) [8], сопровождающийся увеличением тревожных проявлений, изоляции, беспомощности и самодеструктивных действий (самоповреждения, чрезмерного употребления лекарственных препаратов, чтобы заглушить звон и не проснуться).



Рис. 1. Проявления тиннитус-дистресса у пациентов с шумом в ушах

Стресс, связанный с шумом в ушах, может вызывать изменения в лимбико-кортикальных путях мозга, которые приводят к более депрессивному состоянию, подобному хронической боли [8]. Однако не все пациенты с шумом в ушах

испытывают одинаковые уровни дистресса и нарушения качества жизни. Было показано [11], что тяжесть протекания тиннитуса, ответ пациента на фармакологическое лечение и влияние тиннитуса на качество жизни зависят от ряда *психологических факторов*. Этот факт подтверждается тем, что большинству пациентов транскраниальная магнитная стимуляция и психотерапевтические вмешательства (например, специальные протоколы когнитивно-поведенческой терапии «второй» и «третьей» волны, терапия переобучения звукового восприятия) приносят существенную пользу [1; 2].

Следует упомянуть нейрофизиологическую модель тиннитуса (Neurophysiological Approach to Tinnitus [15]), предложенную П. Джастрибоффом, согласно которой шум в ушах становится хроническим и декомпенсированным вследствие наличия у пациента нарушения функционирования цепи сложной нейронной сети, включающей сенсорные, лимбические и вегетативные компоненты. Наблюдается связь субъективного восприятия звона в ушах с чрезмерной спонтанной электрической, метаболической активностью в слуховом центре, лимбической системе, а также с изменениями в вегетативной нервной системе. Таким образом, чаще всего в основе тиннитуса лежит дисрегуляция в нервной системе, которая может быть вызвана в том числе различными психологическими причинами.

За последние пять лет в некоторых зарубежных исследованиях была показана связь между возникновением шума в ушах как формы телесного дистресса и личностными особенностями пациента [6; 7; 11–14; 16; 18]. Например, известно, что наличие высокого уровня нейротизма и низкой экстраверсии за счет пребывания в дисфункциональном поведенческом режиме «что-то нужно делать» (делай, а не думай), «не достаточно делаешь», сопровождающимся искаженным восприятием усталости из-за чрезмерной соматической и когнитивной гипермобилизации, увеличивают риски развития тиннитус-дистресса [11]. Люди с высоким показателем нейротизма испытывают больше беспокойства, зависти, гнева, вины и депрессии в дополнение к неадаптивным механизмам совладания с повседневными проблемными ситуациями. Экстраверсия, как правило, встречается у общительных, разговорчивых, напористых, энергичных и общительных людей, в то время как интроверсия чаще встречается у более замкнутых и одиноких людей. Люди с высокими показателями нейротизма и интроверсии склонны испытывать негативные эмоции, такие как гнев, раздражение, печаль, безысходность, одиночество, которые связаны с шумом в ушах [14]. Степень выраженности тиннитуса сопряжена с наличием в личностном профиле пациента (по обследованию с помощью опросника MMPI [3; 4]) истерии (Hu), склонности к ипохондрическим фиксациям (Hs), замкнутости (Sc), эмоциональной изоляции (Si) и психастении (Pt) [16]. Последнее проявляется у пациента в виде неуверенности в себе, ощущения беспокойства, повышенной чувствительности, капризности, неспособности противостоять повседневному стрессу и склонности к неадаптивным формам избегающего поведения и соматизации. Использование пациентом определенных когнитивных стратегий совладания со стрессом, таких как катастрофизация, наклеивание на себя негативных ярлыков, категоричность мышления, негативные прогнозы относительно будущего, повышает общую гипермобилизацию и сензитивность, что приводит к усилению соматизации аффекта в форме тиннитуса [18].

Личностные особенности пациента являются важным посредником в совладании с хроническим или повседневным стрессом. В последнее время активно проводятся исследования *проблемно-ориентированного* (страдающего, достигающего) личностного типа и наличия у пациентов поведения типа «Д» (*Distressed Type D Personality*) — дистресс-ориентированного, или изматывающего [5]. Таксономия данного типа определяется сочетанием двух устойчивых личностных черт [9]:

- *негативной аффективности (возбудимости)* — склонности испытывать негативные эмоции (раздражение, гнев) в различных ситуациях. Пациенты с высоким уровнем негативной аффективности чаще испытывают чувство дисфории, тревогу и раздражительность. Они негативно относятся к себе, находятся в постоянном ожидании надвигающейся беды и пребывают в режиме гипермобилизации с чрезмерным планированием, негативным чтением будущего, тревожной настороженностью;

- *социальной изоляции (торможение; Social Inhibition)* — тенденции подавлять, не выражать эмоции или поведение в социальных взаимодействиях, чтобы избежать неодобрения со стороны других. Пациенты с высоким уровнем изоляции склонны чувствовать себя подавленными, напряженными и неуверенными в общении с другими.

Нашими зарубежными коллегами отмечено, что люди с проблемно-ориентированным личностным типом, как правило, чаще испытывают негативные эмоции, чувствуют подавленность и имеют пессимистичный (настороженный) взгляд на жизнь [18]. Это сочетается со склонностью не делиться этими эмоциями с другими из-за опасений критической реакции со стороны окружающих. Как правило, у людей такого типа меньше социальных связей, они чаще оказываются лишены социальной поддержки, в связи с чем они более уязвимы к психологическому стрессу и подвержены повышенному риску неблагоприятных последствий стресса для здоровья, включая депрессию, тревогу, раздражительность, самообесценивания и неблагополучия. Кроме того, трудности, с которыми сталкиваются пациенты с проблемно-ориентированным личностным типом, связаны не только с психологическим неблагополучием, но и с рисками развития различных болевых проявлений, изоляцией, избегающим и перестраховочным поведением [14].

Существует некоторое заблуждение, что проблемно-ориентированный личностный тип — это не что иное, как депрессия. Однако данный тип является нормальным, устойчивым и неклиническим комплексом личностных качеств, охватывающим не только саму негативную аффективность, но и то, как пациенты справляются с этими негативными эмоциями, в то время как депрессия является эпизодическим психопатологическим маркером.

Проблемно-ориентированный личностный тип исследовался у пациентов с ишемической болезнью сердца, раком предстательной железы и синдромом раздраженного кишечника. У 40–51% таких пациентов наблюдался данный личностный тип, и он был связан с тяжестью симптомов, снижением качества жизни и эффективности предложенного врачами лечения [11; 14]. Появляется все больше

доказательств, что пациенты с этой личностной особенностью являются группой риска по развитию соматизаций (не только со стороны сердечно-сосудистой и желудочно-кишечной системы), рецидивов и рефрактерного течения заболевания [11]. По сравнению с пациентами, имеющими иной личностный тип, данная когорта пациентов имеет увеличенный в три раза риск неблагоприятного прогноза течения болезни независимо от показателей тяжести заболевания и традиционных биомедицинских факторов риска [14].

Цель исследования — анализ личностных характеристик (нейротизма, экстраверсии, эмоциональной стабильности), ассоциированных с личностным типом «Д», которые отличают людей, страдающих шумом в ушах, от людей без данного расстройства. Мы предположили, что проблемно-ориентированный личностный тип (негативная аффективность, социальная изоляция) с поправкой на нейротизм, экстраверсию и эмоциональную стабильность может быть одним из психологических факторов, дифференцирующих пациентов с шумом в ушах (тиннитусом) и здоровых людей.

Материалы и методы

Выборка. Участники исследования были разделены на две группы:

- в основную группу вошли 55 пациентов, страдающих от шума в ушах более 3 месяцев (средний возраст — $49,6 \pm 11,2$ лет; 60% мужчин и 40% женщин; работали — 44%, находились в отпусках — 80%) и направленных врачом-отоларингологом (сурдологом) и неврологом с диагнозом Н 93.1 (субъективный шум в ушах) по МКБ-10 к клиническому психологу для прохождения психологического обследования и когнитивно-поведенческой терапии;

- контрольную группу составили 55 пациентов (средний возраст — $48,5 \pm 12,2$ лет; 55% мужчин и 45% женщин, работали — 77%, находились в отпусках — 74%), посещавшие врача-отоларинголога по поводу всех видов симптомов, кроме шума в ушах, и не имевших серьезных заболеваний, влияющих на физическое и эмоциональное функционирование.

Применялись следующие **методики**:

- Индекс тяжести шума в ушах оценивался с помощью Tinnitus severity index (TSI, в адаптации А.В. Варвянской, 2020);

- Проблемно-ориентированный личностный тип оценивался с помощью опросника 14-Item Type D Scale (DS-14, в адаптации Г.С. Пушкарева, 2016);

- Оценка нейротизма, экстраверсии проводилась с помощью личностного опросника Айзенка (EPQ в адаптации А.Д. Ишкова, 2004);

- Эмоциональная стабильность оценивалась с помощью подшкалы ES из Пятифакторного личностного опросника (FFPI в адаптации М.Г. Дмитриева, 2020.).

Статистическая обработка проводилась с помощью программы SPSS v. 23 для OSX. Дискретные переменные сравнивались с помощью критерия хи-квадрат

и критерия Фишера. В связи с тем, что переменные были нормально распределены (по критерию Шапиро–Уилка, $p < 0,05$), применялся t-критерий Стьюдента. Использовался множественный регрессионный анализа с применением теста Хосмера–Лемешоу.

Результаты исследования

По сравнению с контрольной группой пациенты с шумом в ушах имели более высокие уровни нейротизма, негативной аффективности и социального торможения, а также более низкие уровни экстраверсии и эмоциональной стабильности (табл. 1). Негативная аффективность у пациентов с тиннитусом выражалась в форме придирчивости (со слов пациентов: «не доделываю», «нужно еще лучше», «больше успеть», «по максимуму»), беспокойства по разным поводам («а вдруг», «а если»), ощущения неполноценности («со мной что-то не так»), неудовлетворенности, раздражительности, мрачного восприятия действительности и подавленности.

Таблица 1

Специфика личностных особенностей пациентов с и без шума в ушах ($M \pm SD$, и размер эффекта)

Личностные особенности	Пациенты с тиннитусом (n=55)	Пациенты без тиннитуса (n=55)	p	ES	95% ДИ для оценки ES
Нейротизм	16,9±4,7	10,1±4,4	0,001 ^a	0,73	0,43–0,96
Экстраверсия	9,7±3,2	14,1±2,3	0,001 ^a	0,74	0,51–0,88
Психотизм	4,1±2,0	3,5±1,1	0,089 ^a	0,09	0,11–0,09
Эмоциональная стабильность	51,9±13,2	40,61±11,1	0,001 ^a	0,70	0,48–0,86
Негативная аффективность	14,1±7,4	6,1±4,8	0,001 ^a	1,12	0,95–1,33
Социальная изоляция (торможение)	11,3±6,3	6,5±5,1	0,001 ^a	1,01	0,46–0,81
Проблемно-ориентированный личностный тип ^c	93,0%	12,0%	0,001 ^b	0,08	17,8–31,7%

Примечания. ES — размер эффекта, а — значимость различий основе t-критерия Стьюдента; b — критерия Фишера; c — пациент относится к проблемно-ориентированному личностному типу, если показатель негативной аффективности равен или более 10 баллов, а показатель социального торможения равен или более 10 баллов.

Социальная изоляция у обследованных нами пациентов выражалась в тревожной настороженности при общении с людьми, чувстве скованности,

трудностях начать разговор, изоляции и наличии дистанции с людьми. На рисунке 2 представлена обобщенная специфика проблемно-ориентированного типа у пациентов с тиннитусом.



Рис. 2. Общая специфика проблемно-ориентированного личностного типа у пациентов с тиннитусом

Анализ личностных черт не показал существенной разницы между двумя группами в отношении психотизма ($p=0,89$). Однако пациенты с шумом в ушах с большей вероятностью имели черты проблемно-ориентированного личностного типа, чем контрольная группа.

Также было обнаружено, что 78,1% женщин имели сильный шум в ушах (7–10 баллов по шкале TSI), тогда как наиболее распространенная категория (у 46,7% пациентов) интенсивности шума в ушах у мужчин была средней (4–6 баллов по шкале TSI). Эта разница не была статистически значимой ($p=0,069$)

Применение пошаговой множественной регрессии, в которую мы включили четыре личностные черты, позволило обнаружить, что нейротизм как склонность испытывать негативные, тягостные эмоции (грусть, страх, тревогу, гнев, разочарование, неуверенность) и эмоциональная нестабильность связаны с шумом в ушах и потенциально могут увеличивать риски его развития, что требует дальнейшего исследования (табл. 2). Анализ показал, что пациенты с шумом в ушах, как правило, имели более высокие баллы по нейротизму и эмоциональной стабильности, но более низкие баллы по экстраверсии и с большей вероятностью имели проблемно-ориентированный личностный тип по сравнению с контрольной группой.

Такие личностные особенности, как нейротизм, экстраверсия и эмоциональная стабильность были связаны с шумом в ушах, но, как указывает функция

логарифмического правдоподобия, уровень прогностической способности модели улучшается с добавлением индекса наличия и степени выраженности проблемно-ориентированного личностного типа ($\chi^2=5,049$; $df=1$; $p=0,02$). Сопоставление числа пациентов, фактически классифицированных в каждой группе (шум в ушах по сравнению с отсутствием шума в ушах), с числом, предсказанным в каждой группе, проводилось с помощью теста Хосмера–Лемешоу. Соответствие модели было приемлемым ($p=0,18$), что указывает на то, что в отношении статистически значимых социально-демографических и личностных характеристик большинство пациентов с шумом в ушах находились в более высоких децилях риска соматизации по сравнению с контрольной группой.

Таблица 2

**Предикторы наличия и степени выраженности шума в ушах
(по индексу TSI)**

Переменные	B	SE	Тест Вальда	p	OR	95% ДИ	
						Нижний	Верхний
Нейротизм	0,075	0,19	8,08	0,01	1,46	1,00	1,17
Экстраверсия	-0,12	0,04	10,71	0,001	0,89	0,83	0,96
Эмоциональная стабильность	0,70	0,01	8,81	0,01	1,88	1,00	1,12
Проблемно- ориентированный личностный тип (общий индекс)	0,69	0,31	5,94	0,01	2,00	1,10	3,55

Примечание: B — коэффициент регрессии, SE — стандартная ошибка, OR — отношение шансов.

Обсуждение

Более высокая распространенность мужчин среди пациентов с шумом в ушах, выявленная в текущем исследовании, соответствует результатам исследований наших зарубежных коллег [16]. Хотя ранее сообщалось, что шум в ушах увеличивается с хронологическим возрастом (риски его возникновения увеличиваются у гериатрических пациентов) [11], в нашем исследовании последний не был значимым предиктором шума в ушах.

Распространенность проблемно-ориентированного личностного типа значимо выше среди пациентов с шумом в ушах, обратившихся за помощью, по сравнению с контрольной группой. Эти результаты согласуются с результатами наших зарубежных коллег [9], которые обнаружили, что проблемно-ориентированный личностный тип был более распространен у пациентов с заболеваниями периферических артерий по сравнению со здоровыми людьми. Поскольку пациенты с данным личностным типом склонны к переживанию широкого спектра негативных эмоций, включая тревогу и депрессию, когда сталкиваются с проблемами со здоровьем, они могут испытывать более сильный шум в ушах. Это

обуславливает возможную эффективность использования психотерапевтических практик в коррекции тяжести их состояния. Кроме того, наши результаты показали, что *негативная аффективность* как одно из измерений проблемно-ориентированного личностного типа может оказывать неблагоприятное влияние на степень выраженности тиннитуса, что согласуется с данными других исследований [5]. Пациенты с тиннитусом имеют более выраженную тенденцию к высоким показателям нейротизма, эмоциональной нестабильности и интроверсии, чем условно здоровые люди. Нейротизм связан с более высокими уровнями физиологических биомаркеров воспаления и даже смертностью [11]. При высоком нейротизме пациенты с большей вероятностью воспринимают шум в ушах как «опасность», «надоедливый», «преследующий», «ограничивающий», что запускает проблемно-ориентированное поведение. Они более склонны к дистрессу и, следовательно, к более выраженным проявлениям тиннитуса. Если говорить про показатели эмоциональной нестабильности, то 35–67% пациентов с шумом в ушах сообщают об эмоциональных проблемах, таких как отчаяние, фрустрация, депрессивность, неуверенность, страх и беспокойство. Другие клинические исследования также показали более высокие показатели тревоги и депрессии среди пациентов с шумом в ушах по сравнению с людьми без тиннитуса [11; 16].

Насколько нам известно, это первое исследование, посвященное изучению роли эмоциональной стабильности в субъективной оценке силы шума в ушах, тогда как в предыдущих исследованиях эмоциональная стабильность преимущественно анализировалась как часть личностного профиля, например, такого, как «психотическая» триада в ММРІ [3; 4]. Эти психотические характеристики включают повышенный уровень социальной интроверсии, тревожности, внутреннего конфликта, замкнутости, эмоциональной изоляции и несоответствия внутренним стандартам. В предыдущих исследованиях были обнаружены значительно более высокие баллы по этой личностной предрасположенности у пациентов с тиннитусом, что согласуется с нашими данными. Полученные результаты позволяют предположить, что личностные черты и некоторые социально-демографические характеристики могут быть использованы в клинической практике для дифференциации пациентов с идиопатическим шумом в ушах и пациентов без тиннитуса. Проблемно-ориентированный личностный тип потенциально может использоваться в качестве дифференцирующего фактора у пациентов с или без тиннитус-дистресса. Данный личностный тип связан с шумом в ушах и может помочь в выделении различных групп риска пациентов, склонных к развитию тяжелого течения тиннитуса, негативно влияющего на повседневную деятельность и качество жизни.

Выводы

- По сравнению с людьми без тиннитуса, пациенты с шумом в ушах имеют значимо более высокие уровни нейротизма, негативной аффективности и социальной изоляции, с одной стороны, и более низкие уровни экстраверсии и эмоциональной стабильности, — с другой.
- Пациенты с тиннитусом с большей вероятностью имеют проблемно-ориентированный личностный тип.

- Негативная аффективность как одно из измерений проблемно-ориентированного личностного типа оказывает неблагоприятное влияние на степень выраженности тиннитуса и может выступать одним из факторов риска возникновения тиннитус-дистресса.

Практические рекомендации

- Психологическое обследование, помимо оценки степени симптомов тревоги, депрессии (PHQ-SADS), выраженности тиннитус-дистресса (Tinnitus Handicap Inventory, THI), должно также делать акцент на диагностике у пациентов проблемно-ориентированного личностного типа (DS-14), нейротизма, экстраверсии (EPQ), эмоциональной стабильности (FFPI) и качества жизни (Tinnitus Functional Index, TFI) [1].

- По нашему мнению, вмешательства, направленные на работу с проблемно-ориентированным личностным типом, должны быть нацелены не на изменение самой личности, а скорее на коррекцию когнитивно-поведенческих основ, которые провоцируют у людей данного типа ухудшения состояния здоровья.

- Наряду с протоколами когнитивно-поведенческой терапии «второй» волны при лечении тиннитуса, мы рекомендуем применять *метакогнитивную терапию* (Metacognitive Therapy [2; 10]), которая ориентирована на работу с негативной аффективностью пациента, его дисфункциональными убеждениями, травматическим опытом, копинг-стратегиями и аффективными стилями. Наличие дисфункциональных стратегий совладания со стрессом приводит к тревожным руминациям и деструктивным формам мышления и соматизации. Данная терапия начинается с обучения тактике «отделения» (Attention Training Technique), которая подразумевает когнитивную остановку на любой ответ в отношении мыслей и поведения, связанного с шумом в ушах. Далее тренируются навыки осознанности (Detached Mindfulness), ориентированные на умение различать негативные мысли от последующего дезадаптивного ответа на эту мысль, что позволяет сформировать психологическую гибкость.

- Рекомендовано применять *интерперсональную терапию* (Interpersonal Therapy), которая может быть эффективна у пациентов с тиннитусом с проблемно-ориентированным личностным типом, так как они нуждаются в поддерживающих и стимулирующих межличностных контактах из-за трудностей с установлением доверительных отношений с окружающими. Они чувствуют потребность делиться своими негативными эмоциями и мыслями с другими, но воздерживаются от этого, потому что опасаются неодобрения или отвержения; согласно данным, особенно это актуально для мужчин [1; 9].

Литература

1. Мелёхин А.И. Дистанционная когнитивно-поведенческая терапия при лечении шума в ушах и болезни Меньера // Российский журнал телемедицины и электронного здравоохранения. 2021. Том 7. № 2. С. 31–43. DOI: 10.29188/2712-9217-2021-7-2-31-43

2. Мелёхин А.И. Тактика лечения звона в ушах (тиннитуса) с точки зрения клинического психолога // Экспериментальная и клиническая оториноларингология. 2021. Том 5. № 2. С. 66–80.
3. Bayar N., Oğuztürk O., Koç C. Minnesota Multiphasic Personality Inventory profile of patients with subjective tinnitus // The Journal of Otolaryngology. 2002. Vol. 31. № 2. P. 317–322. DOI: 10.2310/7070.2002.29945
4. Collet L., Moussu M.F., Disant F. et al. Minnesota Multiphasic Personality Inventory in tinnitus disorders // Audiology. 1999. Vol. 29. № 2. P. 101–106. DOI: 10.3109/00206099009081651
5. Denollet J. DS-14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and type D personality // Psychosomatic Medicine. 2005. Vol. 67. № 1. P. 89–97. DOI: 10.1097/01.psy.0000149256.81953.49
6. Holgers K.M., Erlandsson S.I., Barrenäs M.L. Predictive factors for the severity of tinnitus // Audiology. 2000. Vol. 39. № 5. P. 284–291. DOI: 10.3109/00206090009073093
7. Milerová J., Anders M., Dvořák T. et al. The influence of psychological factors on tinnitus severity // General Hospital Psychiatry. 2013. Vol. 35. № 4. P. 412–416. DOI: 10.1016/j.genhosppsy.2013.02.008
8. Neff P., Simões J., Psatha S. et al. The impact of tinnitus distress on cognition // Scientific Reports. 2021. Vol. 11. Article 2243. DOI: 10.1038/s41598-021-81728-0
9. Pedersen S.S., Schiffer A.A. The distressed (Type D) personality. A risk marker for poor health outcomes in ICD patients // Herzschrittmachertherapie + Elektrophysiologie. 2011. Vol. 22. № 3. P. 181–188. DOI: 10.1007/s00399-011-0139-9
10. Rademaker M.M., Stegeman I., Liefstink A. et al. MinT-trial: Mindfulness versus cognitive behavioural therapy in Tinnitus patients: Protocol for a randomised controlled, non-inferiority trial // BMJ Open. 2020. Vol. 10. № 2. e033210. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-033210
11. Reich G.E., Johnson R.M. Personality characteristics of tinnitus patients // The Journal of Laryngology & Otology. 1983. Vol. 98. Suppl. S9. P. 228–232. DOI: 10.1017/S1755146300090508
12. Rizzardo R., Savastano M., Maron M.B. et al. Psychological distress in patients with tinnitus // The Journal of Otolaryngology. 1998. Vol. 27. № 1. P. 21–25.
13. Rutter D.R., Stein M.J. Psychological aspects of tinnitus: a comparison with hearing loss and ear, nose, and throat disorders // Psychology and Health. 1999. Vol. 14. № 4. P. 711–718. DOI: 10.1080/08870449908410759
14. Sararoudi R.B., Afshar H., Adibi P. et al. Type D personality and quality of life in patients with irritable bowel syndrome // Journal of Research in Medical Sciences. 2011. Vol. 16. № 8. P. 985–992.
15. Sedley W., Friston K.J., Gander P.E. An integrative tinnitus model based on sensory precision // Trends in Neurosciences. 2016. Vol. 39. № 12. P. 799–812. DOI: 10.1016/j.tins.2016.10.004

16. Simões J., Schlee W., Schecklmann M. et al. Big Five personality traits are associated with tinnitus improvement over time // *Scientific Reports*. 2019. № 9. Article 18234. DOI: 10.1038/s41598-019-53845-4

17. Stegeman I., Eikelboom R.H., Smit A.L. et al. Tinnitus and its associations with general health, mental health and hearing loss // *Progress in Brain Research*. 2021. Vol. 262. P. 431–450. DOI: 10.1016/bs.pbr.2021.01.023

18. Xin F., Li Q., Guan F. et al. The study on psychological resilience of tinnitus and associated influencing factors // *Journal of Otology*. 2022. Vol. 17. № 1. P. 13–17. DOI: 10.1016/j.joto.2021.08.001

References

1. Melekhin A.I. Distantionnaya kognitivno-povedencheskaya terapiya pri lechenii shuma v ushakh i bolezni Men'era [Remote cognitive behavioral therapy for tinnitus and Meniere's disease]. *Rossiiskii zhurnal telemeditsiny i ehlektronnogo zdravookhraneniya = Russian Journal of Telemedicine and E-Health*, 2021, vol. 7, no. 2, pp. 31–43. DOI: 10.29188/2712-9217-2021-7-2-31-43 (In Russ., abstr. in Engl.).

2. Melyokhin A.I. Treatment of tinnitus from the point of view of a clinical psychologist. *Ehksperimental'naya i klinicheskaya otorinolaringologiya = Experimental and Clinical Otorhinolaryngology*, 2021, vol. 5, no. 2, pp. 81–93. (In Engl.).

3. Bayar N., Oğuztürk O., Koç C. Minnesota Multiphasic Personality Inventory profile of patients with subjective tinnitus. *The Journal of Otolaryngology*, 2002, vol. 31, no. 2, pp. 317–322. DOI: 10.2310/7070.2002.29945

4. Collet L., Moussu M.F., Disant F. et al. Minnesota Multiphasic Personality Inventory in tinnitus disorders. *Audiology*, 1999, vol. 29, no. 2, pp. 101–106. DOI: 10.3109/00206099009081651

5. Denollet J. DS-14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and type D personality. *Psychosomatic Medicine*, 2005, vol. 67, no. 1, pp. 89–97. DOI: 10.1097/01.psy.0000149256.81953.49

6. Holgers K.M., Erlandsson S.I., Barrenäs M.L. Predictive factors for the severity of tinnitus. *Audiology*, 2000, vol. 39, no. 5, pp. 284–291. DOI: 10.3109/00206090009073093

7. Milerová J., Anders M., Dvořák T. et al. The influence of psychological factors on tinnitus severity. *General Hospital Psychiatry*, 2013, vol. 35, no. 4, pp. 412–416. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2013.02.008

8. Neff P., Simões J., Psatha S. et al. The impact of tinnitus distress on cognition. *Scientific Reports*, 2021, vol. 11, article 2243. DOI: 10.1038/s41598-021-81728-0

9. Pedersen S.S., Schiffer A.A. The distressed (Type D) personality. A risk marker for poor health outcomes in ICD patients. *Herzschrittmachertherapie + Elektrophysiologie*, 2011, vol. 22, no. 3, pp. 181–188. DOI: 10.1007/s00399-011-0139-9

10. Rademaker M.M., Stegeman I., Liefink A. et al. MinT-trial: Mindfulness versus cognitive behavioural therapy in Tinnitus patients: Protocol for a randomised controlled,

non-inferiority trial. *BMJ Open*, 2020, vol. 10, no. 2, e033210. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-033210

11. Reich G.E., Johnson R.M. Personality characteristics of tinnitus patients. *The Journal of Laryngology & Otology*, 1983, vol. 98, suppl. S9, pp. 228–232. DOI: 10.1017/S1755146300090508

12. Rizzardo R., Savastano M., Maron M.B. et al. Psychological distress in patients with tinnitus. *The Journal of Otolaryngology*, 1998, vol. 27, no. 1, pp. 21–25.

13. Rutter D.R., Stein M.J. Psychological aspects of tinnitus: a comparison with hearing loss and ear, nose, and throat disorders. *Psychology and Health*, 1999, vol. 14, no. 4, pp. 711–718. DOI: 10.1080/08870449908410759

14. Sararoudi R.B., Afshar H., Adibi P. et al. Type D personality and quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *Journal of Research in Medical Sciences*, 2011, vol. 16, no. 8, pp. 985–992.

15. Sedley W., Friston K.J., Gander P.E. An integrative tinnitus model based on sensory precision. *Trends in Neurosciences*, 2016, vol. 39, no. 12, pp. 799–812. DOI: 10.1016/j.tins.2016.10.004

16. Simões J., Schlee W., Schecklmann M. et al. Big Five personality traits are associated with tinnitus improvement over time. *Scientific Reports*, 2019, vol. 9, article 18234. DOI: 10.1038/s41598-019-53845-4

17. Stegeman I., Eikelboom R.H., Smit A.L. et al. Tinnitus and its associations with general health, mental health and hearing loss. *Progress in Brain Research*, 2021, vol. 262, pp. 431–450. DOI: 10.1016/bs.pbr.2021.01.023

18. Xin F., Li Q., Guan F. et al. The study on psychological resilience of tinnitus and associated influencing factor. *Journal of Otology*, 2022, vol. 17, no. 1, pp. 13–17. DOI: 10.1016/j.joto.2021.08.001

Информация об авторе

Мелёхин Алексей Игоревич, кандидат психологических наук, доцент, клинический психолог высшей квалификационной категории, сомнолог, когнитивно-поведенческий психотерапевт, Гуманитарный институт имени П.А. Столыпина, г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5633-7639>, e-mail: clinmelehin@yandex.ru

Information about the author

Aleksey I. Melehin, PhD (Psychology), Associate Professor, Clinical Psychologist of the Highest Qualification Category, Somnologist, Cognitive Behavioral Psychotherapist, Stolypin's Humanitarian Institute, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5633-7639>, e-mail: clinmelehin@yandex.ru

Получена: 16.02.2022

Received: 16.02.2022

Принята в печать: 20.09.2022

Accepted: 20.09.2022