

Отклонения устойчивы и проявляются отсутствием или выпадением определенной функции. Наиболее достоверна частота подтвержденных мнестических расстройств при психодиагностических тестах (98,3%), преимущественно при повторении (76,8%) и внимании к деталям во время теста (86,8%). Доказанными проявлениями РС являются явная эмоциональная неустойчивость, нервозность, снижение самокритичности, ухудшение памяти. Самыми ранними проявлениями, которые могут возникнуть еще до появления грубого неврологического дефекта, являются ошибочная диагностика тяжести эйфории. При развитии РС постепенно развивается вторичная нейродегенерация, сопровождающаяся подкорковым когнитивным дефицитом. Классическая триада специфических для РС симптомов (нистагм, певчая речь, интенционный тремор), предложенная Чарко, встречается только у 20% больных РС. Изменения лабораторных показателей периферической крови неспецифичны и не содержат дополнительной информации. Однако биохимический тест в сравнении с периферической кровью для определения содержания олигоклональных антител к компонентам миелина выявил значительные различия в их концентрации и спектре, характерные только для больных РС.

Выводы. Согласно полученным данным у больных РС в стадии ремиссии наблюдалось незначительное снижение когнитивных функций в виде ошибок зрительно-предметного гнозиса и затруднений в конструктивной деятельности. Определенные нарушения не были связаны с дефицитом внимания, как при инфаркте головного мозга, а имели первичный генез, отождествляемый с аутоиммунными воспалительными заболеваниями.

РАЗДЕЛ 7. КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ В ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

СОВРЕМЕННЫЕ РЕАЛИИ СКОРОПОМОЩНОГО СТАЦИОНАРА: К ВОПРОСУ О СУИЦИДАЛЬНОМ ПОВЕДЕНИИ ПОДРОСТКОВ

Быкова В.И., Львова Е.А.

ГБУЗ НИИ НДХиТ, Москва, Россия

Ключевые слова: подростки, суицидальное поведение, скорая помощь.

MODERN REALITY OF EMERGENCY HOSPITAL: TO THE QUESTION OF SUICIDAL BEHAVIOR OF ADOLSCENTS

Bykova V.I., Lvova E.A.

SBIHRI EPST, Moscow, Russia

Keywords: adolescents, suicidal behavior, ambulance.

В НИИ детской неотложной хирургии и травматологии поступают дети, получившие сочетанные скелетные травмы, а также тяжелые травмы спины и головы. За последнее время значительно участились случаи травм у подростков вследствие суицидальных попыток. Так, например, за неполных два месяца текущего года в стационаре находятся 9 детей, что уже сопоставимо с количеством детей, поступивших в Институт после суицидальных попыток, за весь 2022 год (13 человек).

При анализе показателей по суицидальному поведению с 2016 года отмечается явный прирост числа подобных случаев. Особенный всплеск виден в 2020-2022 годах, что, по времени совпадает с периодом изоляции из-за пандемии короновиральной инфекции в России. Отчасти это свидетельствует о факте несформированности стратегий совладания (копинг-стратегий) у подростков с психологически трудной ситуацией. Во всей рассматриваемой группе подростков, совершивших суицидальные попытки, в последние годы количество девочек превышало количество мальчиков. Исключением явились показатели 2019 и 2023 годов.

При проведении сотрудниками психологической группы Института тестирования подростков после попыток суицида выделяются две группы детей. Первая группа (42%) имела психопатологические особенности и/или психические отклонения до травм. Вторая группа совершила данные поступки либо вследствие эмоционального аффекта, либо не мотивировано и неожиданно (58%). Часто такие дети не могли объяснить причин своего поведения и не демонстрировали искреннего сожаления о случившемся. Анализ данных по обеим группам показал, что за период с 2016 г. по 2020 г. показатели по аффективным и неожиданным реакциям снижались, но увеличивалось количество случаев с психопатологическими симптомами. Начиная с 2021 года при общем возрастании количества случаев попыток суицида у подростков происходит «стабилизация», уравнивание показателей, когда психопатологические случаи начинают занимать «второе место» после аффективных и неожиданных реакций.

Доминирующую позицию в картине суицидального поведения у подростков занимают дети 14-ти, 15-ти и 16-ти лет. В раннем подростковом возрасте (10 лет) наблюдался только

один ребенок.

За суицидальным поведением в кризисном подростковом возрасте стоят ряд разных причины. Сам подростковый кризисный возраст предполагает остроту чувствования и ранимость подростков, а также желание сепарации от родителей. Ведущей деятельностью в данном возрасте является межличностное взаимодействие. В подростковом возрасте особенно остро встают вопросы дезадаптации и трудности компенсаторного поведения в психологически трудных ситуациях. Особую роль в формировании механизмов адаптации играет не только семья, но и школа (социальная ситуация развития), а в подростковом возрасте школа и общение со сверстниками начинают иметь доминирующую роль и средовое влияние.

Нельзя не отметить тот факт, что эмоциональные нагрузки в школах, связанные с неадекватно завышенными и постоянно меняющимися школьными требованиями, приводят к невротизации детей. Иногда требования программ учебного процесса полностью не совпадают с индивидуальным развитием и функциональными возможностями ребенка, не вписываются в зоны его ближайшего развития (по Л.С. Выготскому).

Высокие показатели по количеству случаев суицидального поведения подростков 2020-2023 гг. также могут быть обусловлены опытом внедрения системы реформирования школы: с 2011 г. школы начали работать по ФГОС для 1-4 классов, а в 2012 г. произошел переход на новые стандарты основной школы (5-9 классы). Не менее важным фактором, влияющим на уровень невротизации детской популяции, является постоянная смена требований и резкие изменения в учебном процессе (появление новых или отмена экзаменов, изменение уровня экзаменационных требований и пр.). Школа живет по принципу: «Год на год не похож».

Приведенные в тезисах данные и наблюдения являются предварительными и призваны заострить проблему для адекватного, разумного, спокойного и взвешенного ответа на острые вопросы современной российской реальности.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С АХАЛАЗИЕЙ КАРДИИ

Огарев В.В.^{1,2}, Сирота Н.А.², Валитова Э.Р.¹, Березина О.И.¹, Бордин Д.С.^{1,3}, Бодунова Н.А.¹

¹ ГБУЗ МКНЦ имени А.С. Логинова ДЗМ, Москва, Россия

² ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимов, Москва, Россия

³ ФГБОУ ВО ТвГУ, Тверь, Россия

ya@vogarev.ru

Ключевые слова: восприятие болезни, ахалазии кардиальной части пищевода, качество жизни, копинг-поведение, мотивация на лечение.

CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ACHALASIA OF THE CARDIA

Ogarev V.V.^{1,2}, Sirota N.A.², Valitova E.R.¹, Berezina O.I.¹, Bordin D.S.^{1,3}, Bodunova N.A.¹

¹ SBIH A.S. Loginov MCSPC DHM

² FSBI HE A.I. Yevdokimov MSMSU MOH, Moscow, Russia

³ FSBI HE TvSU, Moscow, Russia

ya@vogarev.ru

Keywords: perception of the disease, achalasia, quality of life, coping behavior, motivation for treatment.

Введение. Ахалазия кардиальной части пищевода (АК) – это хроническое заболевание пищевода, проявляющееся нарушением прохождения пищи по пищеводу, снижением веса и развитием осложнений. По данным исследований у пациентов с АК имеется повышенный риск развития онкологических заболеваний – 3-8%, который увеличивается с продолжительностью заболевания [5]. При этом страдает не только физическое здоровье, но и психологические аспекты качества жизни и приверженности лечения пациентов с АК. При изучении психологического статуса больных с ахалазией был отмечен высокий уровень тревожности и депрессии в различной степени [6].

Цель исследования изучение клиничко-психологических особенностей и качества жизни пациентов с АК. Для достижения поставленной цели необходимо изучить клиничко-психологические особенности компонентов восприятия болезни, качества жизни, связанного со здоровьем, способов совладания со стрессом и личностные особенности в отношении болезни.

Материалы и методы. 1. «Опросник качества жизни SF-36»; 2. «Краткий опросник восприятия болезни» Э. Бродбент, адаптирован В.М. Ялтонским, Н.А. Сирота, Д.В. Московченко, А.В. Ялтонской [4]; 3. «Методика диагностики беспокойства о прогрессировании заболевания», Н.А. Сирота, Д.В. Московченко [3]; 4. Опросник способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями», Л.И. Вассерман и соавторы [2]; 5. Сокращенный многофакторный опросник исследования личности в адаптации В.П. Зайцева [1]. В исследование включены 67 пациентов с подтвержденным диагнозом ахалазии кардии: 32 (47,8 %) мужчины и 35 (52,2 %) женщины, проходивших диагностику и лечение в ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова». Средний возраст пациентов составил $52,36 \pm 15,33$ года, средний возраст мужчин – $48,2 \pm 15,41$ года, женщин – $55,88 \pm 14,49$ года.

Результаты и их обсуждение. При анализе результатов восприятия болезни пациенты с АК оценивают влияние имеющегося заболевания на их жизнь как умеренное (6,61 балла), не в полной мере осознают длительность его течения (5,58 баллов). Несмотря на высокую идентификацию симптомов (6,24 балла) они не могут полностью контролировать ход заболевания (5,0 баллов) и проводимое лечение (4,91 балл), что в свою очередь приводит к повышенной обеспокоенности болезнью (7,58 баллов) и умеренному эмоциональному реагированию на болезнь (6,18 баллов). У пациентов с АК выявлены низкие показатели по эмоциональному (15,06 из 40 баллов) и когнитивному (12,34 из 48 баллов) компоненту и средний уровень выраженности для поведенческого (12,19 из 24 баллов) компонента беспокойства о прогрессировании заболевания. Это свидетельствует об отсутствии негативных мыслей и переживаний по отношению к заболеванию и адекватном реагировании в поведении, направленном на преодоление болезни. При анализе результатов качества жизни пациентов с АК выявлены высокий показатель «физическое функционирование» (83,88%), повышенные показатели «ролевое функционирование» (71,64%), «эмоциональное функционирование» (67,17%), «боль» (66,19) и «социальное функционирование» (64,56), средние показатели «общее здоровье» (59,99), «психологическое здоровье» (57,53), «жизнеспособность» (53,63). В целом выявленные результаты являются нормативными для группы пациентов с АК с тенденцией к снижению жизненной активности, развития и наличия депрессивных, тревожных переживаний и снижения веры в перспективу лечения. Анализ результатов применения методики стратегий совладающего поведения показал, что обследованные пациенты с АК используют широкий спектр способов совладания со стрессом. Наиболее часто используемыми копинг-стратегиями у пациентов являлись «бегство-избегание» и «поиск социальной поддержки». Доминирование стратегии «бегства-избегания» предполагает попытки преодоления личностью негативных переживаний в связи с симптомами заболевания за счет реагирования по типу уклонения (неоправданные ожидания, отрицание, фантазирование). Стратегия поиска социальной поддержки у больных может быть связана с опытом жизни с болезнью и осознанием необходимости обращения, как за медицинской помощью, так и за эмоциональной и действенной поддержкой близких. Чувство неуверенности в собственных силах вследствие болезни может формировать у больных ориентацию на использование внешних ресурсов (помощь медицинского персонала), зависимость от окружающих, потребность в безусловной опеке и поддержке, отказ от принятия ответственности за преодоление жизненных трудностей. При исследовании личностных особенностей пациентов с АК следует отметить демонстрацию нормативно одобряемых ответов, повышение шкалы «ипохондрия», что отражает мнительность и

тревожность, склонность к ненавязчивому анализируванию состояния собственного организма. Возможно формирование стойких опасений в отношении своего здоровья.

Выводы. Для испытуемых, оценивающих свою болезнь как выраженную угрозу, характерно низкое качество жизни, проявляющееся в низких значениях степени социального взаимодействия и психологического здоровья. Они используют специфические копинг-стратегии, проявляющееся в бегстве-избегании, принятии ответственности. Для них характерны специфические личностные особенности, проявляющееся в критичности к своему заболеванию, ригидности, повышенной чувствительности с эмоциональной отстраненностью.

Пациенты с АК демонстрируют выраженные психологические особенности, сопровождающие их заболевание, а именно, не в полной мере осознавая перспективы его течения, трактуя влияние имеющегося заболевания на их жизнь как умеренное. Несмотря на высокую идентификацию симптомов у них присутствует ощущение невозможности собственного контроля хода заболевания и проводимого лечения, что в свою очередь приводит к повышенной обеспокоенности болезнью и эмоциональному реагированию на болезнь. Они проявляют мнительность и тревожность, склонность к анализируванию состояния собственного организма. Отмечается изменения качества жизни, что проявляется в снижении жизненной активности, развитии и наличии депрессивных, тревожных переживаний и снижении веры в перспективу лечения.

Исследование клинико-психологических особенностей пациентов с АК является необходимым для оказания квалифицированной психосоциальной помощи. Пациенты с АК имеют риск развития онкологического заболевания, хирургического вмешательства, что влияет на изменение привычного уклада жизни и требует как физических, так и психических ресурсов.

Литература

1. Зайцев, В. П. Клиническая шкала психического статуса больных хроническими соматическими заболеваниями / В. П. Зайцев, Т. А. Айвазян // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2010. – № 2. – С. 44-47.
2. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями : пособие для врачей и медицинских психологов / Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, Е. Р. Исаева [и др.]. – САНКТ-ПЕТЕРБУРГ: НИПНИ им. Бехтерева, 2009. – 38 с.
3. Сирота, Н. А. Психодиагностика страха прогрессирования заболевания: результаты апробации русскоязычной версии опросника / Н. А. Сирота, Д. В. Московченко // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2014. – № 4. – С. 86-91.;
4. Ялтонский, В., Ялтонская, А., Сирота, Н., & Московченко, Д. . Психометрические характеристики русскоязычной версии краткого опросника восприятия болезни. Психологические исследования, 10(51).
5. Loosen S.H., Kandler J., Luedde T. et al. Achalasia associated with a higher incidence of depression in outpatients in Germany // PLoS ONE 2021 Apr 30;16(4):e0250503. doi: 10.1371/journal.pone.0250503. PMID: 33930060; PMCID: PMC8087033.
6. Oude Nijhuis RAB, Zaninotto G., Roman S. et al. European Guideline on Achalasia – UEG and ESNM recommendations // United European Gastroenterology Journal 2020. Vol. 8(1). P. 13–34.

РОЛЬ ПСИХОЛОГА В КЛИНИКЕ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ: ЗАДАЧИ РАБОТЫ С ГРУППОЙ РИСКА ПОВТОРНЫХ САМООТРАВЛЕНИЙ С ЦЕЛЬЮ СУИЦИДА

Пуговкина О.Д., Суботич М.И., Холмогорова А.Б.

ГБУЗ НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ, Москва, Россия

olgapugovkina@yandex.ru

Ключевые слова: суицид, повторный суицид, самоотравления лекарственными препаратами.

PSYCHOLOGIST IN THE CLINIC OF ACUTE POISONING: WORKING WITH A GROUP AT RISK OF REPEATED SUICIDAL SELF-POISONING

Pugovkina O.D. , Subotich M.I. , Kholmogorova A.B.

Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine, Moscow, Russia

olgapugovkina@yandex.ru

Keywords: suicide, repeated suicide, self-poisoning with drugs

Введение. В токсикологической клинике доля пациентов с самоотравлениями лекарственными препаратами несколько снижается в последние годы на фоне роста отравлений этанолом и наркотическими веществами и составляет около 10% от всех острых отравлений. Тем не менее, ежегодно насчитывается около 10 тысяч случаев самоотравлений лекарственными препаратами, среди которых чаще всего используются психотропные и гипотензивные. Важно также отметить, что именно в этой группе – самоотравлений лекарственными препаратами – суицидальные попытки составляют 97% [2]. Развитие токсикологической службы непосредственно способствует снижению летальности случаев самоотравлений. Однако известно, что после попытки самоотравления значительно повышается риск повторной завершённой суицидальной попытки, - более 5% людей, после попытки самоотравления совершают законченный суицид в течение 9 лет [3]. Повышает риск совершения неоднократных самоповреждений (в том числе импульсивных самоотравлений) и наличие таких психиатрических диагнозов, как эмоционально-неустойчивое расстройство личности и расстройства аффективного спектра, в первую очередь, депрессивные. Выделяется и ряд социальных и психологических факторов самоотравлений лекарственными препаратами – безнадежность, одиночество, хронический болевой синдром и наличие тяжёлых соматических заболеваний с негативным прогнозом, социальная изоляция, алкоголизация и другие [1]. Целью настоящего исследования был анализ социодемографических, клинических характеристик пациентов и причин попыток самоотравлений лекарственными препаратами

как основы планирования психологических интервенций на этапе реабилитации в токсикологическом стационаре.

Материал и методы. В эмпирическом исследовании были выборочно проанализированы социодемографические и клинико-психологические особенности 106 пациентов, госпитализированных в отделение токсикологии НИИ СП им. Н.В.Склифосовского с самоотравлениями гипотензивными препаратами в 2018-2020 гг. Средний возраст составил 54 года, 74 женщины, 32 мужчины.

Результаты и их обсуждение. При госпитализации чаще других (48% - 47 пациентов) был выставлен диагноз F43.X (реакция на стресс и нарушения адаптации). В этой подгруппе наиболее высок процент употребления алкоголя в структуре эпизода самоотравления – 57% пациентов. Достаточно многочисленную группу составляют пациенты с алкогольной зависимостью (F10.X) – 18%. Практически все они совершили самоотравление лекарственными препаратами на фоне злоупотребления алкоголем. С ними сопоставимы по численности группы пациентов с эпизодом депрессии (F 32.X) – 19% и с психическими расстройствами, обусловленными органическими поражениями мозга или соматическими заболеваниями (F 06.X) – 17%. Однако в этих двух группах обращает внимание высокий процент отягощенности тяжелой соматической патологией (84 и 100% соответственно). Наиболее частый диагноз – заболевания сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь – 50%, ишемическая болезнь – 12%, ОНМК – 9%). Встречаются единичные случаи других тяжелых заболеваний (полиартроз, гепатит С, туберкулез легких и др.). Частота употребления алкоголя, напротив, в этих группах существенно ниже – 19% в группе пациентов с депрессивным расстройством, а в группе пациентов с психическими расстройствами на фоне органических поражений мозга или соматических заболеваний алкоголь в структуре эпизода не встречается совсем. Мотивами самоотравления чаще всего выступают острые конфликты и ссоры; алкоголизация; смерть близкого человека; прием препаратов на фоне тревожного состояния.

Выявленные клинико-психологические особенности пациентов с самоотравлениями лекарственными препаратами позволяют конкретизировать мишени и методы психологической помощи на этапе реабилитации пациентов. Преимущественно суицидальный характер самоотравлений, а также доминирование среди причин острых ссор и конфликтов межличностного характера свидетельствует о необходимости кризисного консультирования и ориентирования пациентов к обращению за доступной консультативной психологической и психиатрической помощью. Высокая частота употребления алкоголя в структуре эпизода самоотравления говорят о востребованности мотивационных интервенций, направленных на проблематизацию злоупотребления. Высокий уровень коморбидности с

тяжелой соматической патологией преимущественно в виде сердечно-сосудистых заболеваний позволяет говорить о возможностях скрининга психологических факторов риска депрессии и суицида у таких пациентов – руминаций, одиночества, алекситимии, эмоциональной дисрегуляции. Эмпирические данные, таким образом, свидетельствуют об актуальности включения различных форм срочной психолого-психиатрической помощи вскоре после реабилитационных мероприятий. Необходимо своевременное определение важности дальнейшего лечения и оценка показаний к психофармакотерапии и/или психотерапии, а также обеспечение преемственности в маршруте помощи, которая рекомендуется пациенту. Следует отдельно подчеркнуть роль первичной медицинской сети, которая может способствовать выявлению депрессии и суицидальных намерений.

Выводы. Традиционно выделяемые задачи развития токсикологической службы [4] могут быть дополнены мероприятиями по психопрофилактике повторных суицидальных попыток, психообразованию, дальнейшей маршрутизации пациента после основного медицинского вмешательства на начальном этапе госпитализации, реализуемыми при включении специалиста – клинического психолога в бригаду помощи пациентам.

Литература

1. Пуговкина О.Д., Холмогорова А.Б., Поцхверия М.М., Суходолова Г.Н. Самоотравления гипотензивными препаратами: кликопсихологические и социально-демографические факторы и общие подходы к профилактике. Журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». 2021;10(4):719-727.
2. Суботич М.И., Пуговкина О.Д., Холмогорова А.Б., Поцхверия М.М., Суходолова Г.Н. Кликопсихологические аспекты оказания психологической помощи при попытках самоотравления // Юбилейные Лужниковские чтения: этапы и перспективы развития клинической токсикологии: Материалы научно-практической конференции с международным участием (Москва, 21-22 октября 2022 г.). М.: НПО ВНМ; НИИ СП им. Н.В.Склифосовского ДЗМ, 2022. Труды института, Т. 251. С. 105-107.
3. Холмогорова А.Б., Суботич М.И., Корх М.П., Рахманина А.А., Быкова М.С. Дезадаптивные личностные черты и психопатологическая симптоматика у лиц с первой попыткой суицида и хроническим суицидальным поведением // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Том 28. № 1. С. 63–86.
4. Хубутя М.Ш., Кабанова С.А., Гольдфарб Ю.С., Маткевич В.А., Богопольский П.М., Бадалян А.В. Прогноз развития клинической токсикологии в россии. Журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». 2016;(3):26-33.
5. Williams-Johnson J., Williams E., Gossell-Williams M., Sewell C.A., Abel W.D., Whitehorne-Smith P.A. Suicide attempt by self-poisoning: characteristics of suicide attempters seen at the Emergency Room at the University Hospital of the West Indies. West Indian Med J. 2012 Aug;61(5):526-31.

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ ПСИХОЛОГА В СОМАТИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Рахманина А.А.

ГБУЗ НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ, Москва, Россия

Rakhmaninaaa@sklif.mos.ru

Ключевые слова: этический кодекс психолога, медицинская психология, соматическая

медицина.

ETHICAL ASPECTS OF THE PSYCHOLOGIST'S WORK IN THE SOMATIC CLINIC

Rakhmanina A.A.

Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine, Moscow, Russia

Rakhmaninaaaa@sklif.mos.ru

Keywords: ethical code of a psychologist, medical psychology, somatic medicine.

Соблюдение этических принципов является одним из ключевых показателей профессионализма работы медицинского психолога. Несмотря на то, что медицинские психологи в соматической клинике реже сталкиваются с пациентами, имеющими психические расстройства, чем специалисты, работающие в сфере охраны психического здоровья, специфика состояния их пациентов также требует не менее бережного и объективного отношения к ним. Особенно это касается работы в стационарах скорой помощи, куда пациенты попадают экстренно, зачастую сразу после воздействия психотравмирующих событий и могут демонстрировать состояния, в рамках которых требуется подключение навыков экстремальной психологии [1]. Этический кодекс психолога РПО [4], который является основным документом для всех направлений практикующих психологов, включает в себя пункт, освещающий вопросы осведомленности и добровольного согласия пациента на консультацию и диагностику. Опыт работы показывает, что лечащий врач не всегда информирует пациентов о назначенной консультации медицинского психолога, что может вызвать негативизм пациента по отношению к специалисту еще на этапе установления контакта. В связи с тем, что на современном этапе развития культуры обращение к психологу не всеми пациентами воспринимается позитивно, данная ситуация может быть потенциально конфликтной и вызывающей негативные эмоции у пациента, особенно если вокруг находятся соседи по палате. Подобные ситуации часто возникают, когда пациент или его родственник демонстрируют выраженные признаки эмоциональной дезадаптации (выраженный плач, вербальная агрессия) и психолог является инициатором начала беседы. Учитывая, что со стороны персонала перед психологом может стоять задача «успокоить неудобного пациента», возникает этическая дилемма между оказанием помощи пациенту, который отдает отчет в своих действиях, но ввиду стрессовой ситуации может нерационально на нее реагировать, и необходимостью отталкиваться от согласия самого пациента. Если у врачей-психиатров подобные взаимодействия строго регламентированы критериями недобровольного оказания помощи, то психологу приходится просчитывать риски в процессе установления контакта [5].

Опыт работы в стационаре скорой помощи указывает на то, что зачастую психолог привлекается к деятельности, которая регламентируется внутренними документами, например, такими как должностные инструкции, включающие пункты, выходящие за рамки профессионального стандарта медицинского психолога [2]. Помимо оказания клинико-психологической помощи, психолог может быть привлечен лечащими врачами для работы с пациентами, отказывающимися от лечения, с целью повышения их комплайентности, медиации конфликтов пациентов и их родственников с персоналом больницы.

В некоторых случаях отказ психолога от консультации с пациентом, выражающим нежелание вступать в контакт со специалистом, или несогласие переубедить его может восприниматься коллегами, как проявление неуважения к ним или нежелание выполнять свои обязанности. Недопонимание со стороны врачей могут также возникать при ухудшении эмоционального состояния пациента, являющегося адекватной реакцией на психотравмирующие события или связанное с частью терапевтического процесса. Персонал больницы может расценивать негативные эмоции пациента, как свидетельство непрофессионализма психолога и действовать вразрез с его рекомендациями; инвалидировать состояние пациента, исходя из благих намерений.

Этическая дилемма может лежать между принципом честности и бережным отношением к пациенту в случае информирования о негативных событиях. С одной стороны, пациент может быть очень слаб физически и не иметь ресурса для принятия плохой новости (например, о плохом прогнозе развития заболевания или о смерти близких в аварии/пожаре), в связи с чем лечащий врач может попросить психолога не раскрывать данную информацию и снизить тревогу пациента, работая с его эмоциями и мыслями. С другой стороны, сокрытие правды, оттягивает процесс переживания утраты и может быть контртерапевтично, что еще сильнее ухудшит состояние пациента в дальнейшем.

Еще одним ключевым принципом оказания психологической помощи является сохранение конфиденциальности данных пациента. Не всегда работа с пациентом в соматической клинике, а особенно в стационаре скорой помощи, проводится в отдельном кабинете. В ситуации, когда пациент ограничен в движении и может находиться только в кровати, консультация может проводиться в присутствии соседей по палате и персонала больницы. Это не только мешает сохранению конфиденциальности пациента, но и ограничивает специалиста в выборе обсуждаемых тем, что может сказываться на продуктивности работы и негативно влиять на полученный результат [3].

Этические вопросы могут возникать и при ведении истории болезни. Не во всех случаях можно дать пациенту полную обратную связь. С одной стороны, психолог должен максимально объективно оценивать состояние пациента и отражать это в медицинской

документации, особенно если предполагается, что личностные черты пациента оказали влияние на его физическое состояние и позицию по отношению к лечению. С другой стороны, сохранение позитивного контакта с пациентом, положительного впечатления о профессии психолога в целом, может быть нарушено при ознакомлении пациента с историей болезни выпиской, когда пациент не согласен с заключением психолога.

В некоторых случаях пациенты обоснованно переживают, что результаты психодиагностики и клинической беседы могут повлиять на ход объективного обследования и лечения, отказ от более дорогостоящих или специфических видов диагностики. Пациент начинает бояться «психосоматической гипердиагностики», из-за чего просят не рассказывать лечащему врачу о результатах беседы, что приводит психолога к выбору между сохранением конфиденциальности и предоставлением данных, влияющих на эффективность лечения. Особенно сильно такие страхи отмечаются при нарушениях коммуникации пациента и его лечащего врача, стигматизации пациента со стороны персонала. Безусловно, подобные случаи являются редкостью и в большей степени затрагивают этические принципы лечащего врача. Тем не менее задачей клинического психолога в данном случае является сохранение нейтральной позиции, проведение правильной дифференциальной диагностики, полное информирование пациента о вариантах влияния психологических факторов на его соматическое здоровье и налаживание контактов между персоналом больницы и пациентом. Важно отметить, что для выполнения этой задачи психолог должен обладать достаточными компетенциями, что не всегда выполняется в современных реалиях, когда до работы с пациентами соматической клиники допускаются специалисты, не имеющими квалификации клинического психолога.

Практически никак не регламентируется взаимодействие медицинского психолога с родственниками пациентов. Если психолог вступает во взаимодействие с пациентом в процессе лечения, а его результаты фиксируются в истории болезни и протоколах, то взаимодействие с родственниками пациентов (и другими сопровождающими лицами), особенно на этапе приемно-диагностического отделения, зависит в большей степени от профессионализма и границ самого специалиста. Основные проблемы в данном случае могут быть связаны с вышеописанными трудностями, такими как отсутствие мотивации и активного согласия на беседу, необходимостью использовать физический контакт без получения активного согласия (например, при истерическом припадке, ступоре, который может возникнуть в качестве острой реакции на стресс, сообщение плохой новости).

Таким образом, во время работы медицинского психолога в соматической клинике, особенно в стационаре скорой помощи, могут возникать разные этические трудности. Часть из них можно было бы избежать, если бы работа психолога в подобных стационарах

регламентировалась клиническими рекомендациями или другими регулируемыми документами. Не менее важной частью является и включение курса Этики в обучение молодых специалистов и включение кейсов, направленных на консультативную, а не только психодиагностическую работу в рамках аккредитации медицинских психологов.

Литература

1. Испытываемый уровень стресса и тревоги у пациентов многопрофильного медицинского центра / А. Б. Холмогорова, М. И. Суботич, А. А. Рахманина [и др.] // Неотложная медицинская помощь. Журнал им. Н.В. Склифосовского. – 2019. – Т. 8, № 4. – С. 384-390.
2. Профессиональный стандарт медицинского психолога: утвержден приказом Министерства труда и социальной защиты РФ, 2018г. [Электронный ресурс]. - URL: http://psyrus.ru/kontseptsii/doc/061018_ps_med_psy.pdf
3. Специфика работы психологической службы в условиях стационара скорой помощи / А. Б. Холмогорова, А. А. Рахманина, М. В. Калантарова, М. И. Суботич // Ананьевские чтения - 2021 : Материалы международной научной конференции, Санкт-Петербург, 19–22 октября 2021 года / Под общей редакцией А.В. Шаболтас. Отв. ред. В.И. Прусаков. – Санкт-Петербург: ООО "Скифия-принт", 2021. – С. 145-146.
4. Этический кодекс психолога [Электронный ресурс]. - URL: <http://psyrus.ru/rpo/documentation/ethics.php>.
5. Koocher, Gerald & Hoffman, Jeanne & Richards, C. & Cohen, Lee. (2020). Ethical Issues for Psychologists in Medical Settings. 345-354.

ЗНАЧИМОСТЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПОЧЕК В ОТДЕЛЕНИИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ

Эдер Ю.С.¹, Микита О.Ю.²

¹ ГБУЗ НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ, Москва, Россия

juliachubukova@mail.ru

² ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ, Москва, Россия

mikita-o@yandex.ru

Ключевые слова: трансплантация органов, психологическое сопровождение, пациенты с хронической болезнью почек, приверженность к лечению.

THE IMPORTANCE OF PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE IN THE TRANSPLANTATION DEPARTMENT

Oeder Y.S.¹, Mikita O.Yu.²

¹ Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine, Moscow, Russia

juliachubukov@mail.ru

² SBHI S.P. Botkin CCH, Moscow, Russia

mikita-o@yandex.ru

Keywords: organ transplantation, psychological support, patients with chronic kidney disease,

adherence to treatment.

Введение. В последнее десятилетие распространенность хронического заболевания почек (ХЗП) неуклонно возрастает параллельно с ростом населения, страдающего от таких заболеваний, как гипертоническая болезнь, сахарный диабет, ожирение и метаболический синдром [1]. В 2017 году у каждого десятого человека в мире были выявлены признаки ХЗП, что составило около 843,6 миллионов человек [11]. В период с 1990 по 2017 год количество зафиксированных смертей от ХЗП выросло на 41,5%, таким образом к 2040 году ХЗП будет занимать 5-е место среди причин смертности. Помимо влияния на увеличение смертности, ХЗП оказывает существенное воздействие на качество жизни населения и экономические показатели, как в странах с низким и средним уровнем дохода, так и в индустриальных странах с высоким уровнем жизни [4]. Трансплантация почек является основным высокотехнологичным видом медицинской помощи, направленным на спасение жизни пациента с ХЗП в терминальной стадии заболевания. Согласно оценке экономических затрат в 2018 году, связанных с лечением ХЗП, они составили в год на 1 человека: с помощью диализной терапии – 1 266 967,88 рубля; методом трансплантации с успешным исходом – 1 665 110,19 рубля; методом трансплантации с неуспешным исходом – 2 932 078,07 рубля [7]. Несмотря на стремительное развитие трансплантационных технологий и их основы — органного донорства, как наиболее эффективного способа помощи пациентам с терминальной стадией хронических заболеваний, проблемы улучшения качества жизни пациентов не могут быть сведены исключительно к избавлению от соматического страдания или простого продления физического существования. Согласно проведенным нами ранее исследованиям [8,9,12], пациенты с ХЗП подвержены сильнейшему стрессу на всех этапах трансплантации. Разница в протекании заболевания, наличии или отсутствии диализа, его переносимости, длительности ожидания трансплантации, последующей операции и постоперационном реабилитационном периоде способствуют значительной психологической «нагрузке» из-за наличия постоянного риска витальной угрозы либо возможной инвалидизации. Впоследствии это приводит к отягощению состояния, появлению выраженных психосоциальных проблем, оказывающих существенное влияние на качество жизни пациентов, их психологический статус, жизнесмысловые ориентации. Важность надлежащего и эффективного реагирования на эмоциональные и психологические трудности, с которыми сталкиваются пациенты с почечными заболеваниями, подчеркивается в ряде национальных руководств и директив [3,11].

Таким образом, возникает множество психологических трудностей, требующих решения специалистами ряда клинико-психологических задач. Среди них оценка психологического

статуса, эмоционального состояния, стратегий совладания со стрессовой ситуацией, ценностно-мотивационной сферы личности, поскольку все это может стать факторами некомплаентности (отсутствия приверженности к лечению) пациентов с ХЗП [5,6]. Некомплаентное поведение (несоблюдение рекомендаций врачей) напрямую влияет на эффективность и исход трансплантации, а также ее экономическую составляющую [4-6]. С целью минимизации риска неэффективности лечения по причине некомплаентного поведения со стороны пациента, необходимо проведение оценки приверженности пациентов к лечению на разных этапах.

Цель. Оценить приверженность к лечению пациентов с ХЗП ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ» до и после трансплантации почки с целью выявления групп риска некомплаентного поведения.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе отделения трансплантации почки и поджелудочной железы ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ». Обследованы 3 группы пациентов с диагнозом «Хроническая почечная недостаточность»:

1. 48 пациентов до трансплантации почки, которые находились в листе ожидания (ЛО). Средний возраст пациентов: $48,06 \pm 10,21$ года. Гендерный состав группы: 40% мужчин, 60% женщин.

2. 62 пациента после трансплантации почки (через месяц после трансплантации). Средний возраст пациентов: $49,49 \pm 11,04$ года. Гендерный состав группы: 41% мужчин, 59% женщин.

3. 23 пациента после трансплантации почки (более чем через 1 месяц после трансплантации). Средний возраст пациентов: $43,39 \pm 12,29$ года. Гендерный состав группы: 40% мужчин, 60% женщин.

Оценка уровня приверженности к лечению проводилась с помощью психодиагностических методик: «Количественная оценка приверженности к лечению» (КОП 25) [10] и «Уровень комплаентности» [2]. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программ Microsoft Office Excel 2019, SPSS for Windows Version 26.0. С целью определения статистически значимых различий психодиагностических показателей между тремя группами пациентов с ХРН были использованы: дескриптивный анализ (вычисление и описание средних значений (M), стандартных отклонений (SD) и ошибок средних значений (m), а также расчет критерия Манна–Уитни для двух независимых выборок с поправкой Бонферрони).

Результаты:

1. Пациенты из листа ожидания обладают самым высоким уровнем приверженности ($90,30 \pm 18,94$ баллов) к лечению на всех трех уровнях (социальном, эмоциональном и

поведенческом) по сравнению с обеими группами после трансплантации почки. По методике «Количественная оценка приверженности к лечению» по показателю «Приверженность к модификации образа жизни» они демонстрируют самый низкий результат среди сравниваемых групп ($56,30 \pm 20,60$ баллов). Высокий уровень приверженности к лечению на данном этапе в совокупности с самым низким показателем приверженности к изменению образа жизни, важности изменений среди обследуемых групп может быть обусловлен тем, что отвечающие, понимая значение вопросов по приверженности лечению, дают социально желательные ответы в первом случае, а во втором случае - нет. Исходя из данного предположения, мы считаем, что пациенты до трансплантации на фоне ожидания и прохождения диализа могут обладать нереалистичными представлениями о модификации их образа жизни, не осознавать в полной мере, какие именно усилия им предстоит приложить для реализации необходимой терапии.

2. Группа пациентов через месяц после трансплантации почки характеризуется снижением всех уровней приверженности ($71,89 \pm 22,80$ баллов) к лечению по сравнению с пациентами до трансплантации. В данной группе уровень приверженности к модификации образа жизни ($71,50 \pm 19,18$ баллов) выше по сравнению с пациентами из ЛО. Они готовы выполнять рекомендации относительно изменения режима питания (соблюдения определенной диеты), физических нагрузок, а также ограничений (или отказа) от нежелательных привычек, но с учетом выраженных ограничений, накладываемых болезнью, нехватка поддержки на данном этапе со временем может нивелировать уровень приверженности к лечению и привести к срыву в соблюдении рекомендаций.

3. Третья группа через несколько месяцев после трансплантации почки обладает самыми низкими показателями уровня приверженности ($65,73 \pm 23,47$ баллов) к лечению на всех уровнях (социальном, эмоциональном и поведенческом), пациенты придают большее значение модификации ($69,32 \pm 16,26$ баллов) их образа жизни по сравнению с пациентами из листа ожидания.

4. В полученных данных 2-х групп после трансплантации почки не было обнаружено статистически значимых различий по методикам: «Количественная оценка приверженности к лечению» и «Уровни комплаентности». Наличие более низкого уровня приверженности к лечению на социальном, эмоциональном и поведенческом уровнях, сохраняющиеся ограничения в образе жизни после трансплантации почки, риск появления негативных эмоциональных реакций и других психологических проблем повышает вероятность появления нон-комплаентного поведения.

Заключение. Наличие нон-комплаентного поведения напрямую влияет на эффективность проводимой терапии и исход трансплантации почки. Согласно выявленной нами динамике

изменений уровня приверженности к лечению пациентов с ХЗП, а также риску появления психосоциальных проблем, рекомендовано психологическое сопровождение в отделении трансплантации на разных этапах лечения для своевременной диагностики, коррекции, а также профилактики нарушений, которые впоследствии могут повлиять на несоблюдение рекомендаций врача и результаты лечения.

Литература

1. Готье С.В., Хомяков С.М. Донорство и трансплантация органов в Российской Федерации в 2020 году XIII сообщение регистра Российского трансплантологического общества. Вестник трансплантологии и искусственных органов. 2021;23(3):8-34.
2. Кадыров Р.В., Асриян О.Б., Ковальчук С.А. Опросник «Уровень комплаентности». Владивосток; 2014.
3. Клинические рекомендации. Хроническая болезнь почек (ХБП). Нефрология. 2021;25(5):10-82.
4. Лысенко Ю.С., Микита О.Ю., Пинчук А.В., Хубутя М.Ш. Экономические аспекты нон-комплаентного поведения пациентов с хронической почечной недостаточностью и пути его коррекции. Трансплантология. 2022;14(3):278-291.
5. Лысенко Ю.С., Микита О.Ю., Пинчук А.В., Хубутя А.Ш. Приверженность к лечению пациентов с хронической почечной недостаточностью до и после трансплантации почки. Вестник психотерапии. 2020;75(80):60-67.
6. Лысенко Ю.С., Микита О.Ю., Пинчук А.В., Хубутя А.Ш. Проблема комплаентности пациентов с хронической почечной недостаточностью. Вестник психотерапии. 2020;76(81):109-122.
7. Лакман И.А., Халикова А.А., Корженевский А.А. Оценка влияния различных исходов операции трансплантации почки на экономические затраты при лечении хронической болезни почек. Здоровоохранение РФ. 2018;62(2):60–67.
8. Микита О.Ю., Лысенко Ю.С. Качество жизни и смысложизненные ориентации пациентов с хронической почечной недостаточностью до трансплантации почки. Вестник психотерапии. 2018;67(72):131-140.
9. Микита О.Ю., Хубутя А.Ш. Психологический статус и качество жизни пациентов с хронической почечной недостаточностью до и после трансплантации почки. Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. 2018;12(166):326-329.
10. Николаев Н.А., Скирденко Ю.П. Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25). Клиническая фармакология и терапия. 2018;27(1):74–78.
11. RusTransplant. Российские трансплантологические регистры. Международные трансплантологические регистры. URL: <https://rustransplant.com/materiali-dlya-transplantologov/registri-transplantacii/> [Дата обращения 08 января 2023 г.].
12. Хубутя М.Ш., Лысенко Ю.С., Микита Ю.С., Пинчук А.В. Социальная значимость болезни и комплаентность у пациентов с хронической почечной недостаточностью. Ученые записки университета Лесгафта. 2020;9(187):499-502.

ВОСПРИЯТИЕ БОЛЕЗНИ И КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Ялтонский В.М., Абросимов И.Н., Тимашков А.Ю., Ламчева Е.И.

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия

i.abrosimov@bk.ru

Ключевые слова: восприятие болезни, совладающее поведение, адаптация в болезни, приверженность лечению.

ILLNESS PERCEPTION AND COPING BEHAVIOR IN PATIENTS WITH IMMUNO-INFLAMMATORY RHEUMATIC DISEASES

Yaltonsky V.M., Abrosimov I.N., Timashkov A.Yu., Lamcheva E.I.

¹ FSBI HE A.I. Yevdokimov MSMSU MOH, Moscow, Russia

i.abrosimov@bk.ru

Keywords: Illness perception, coping behavior, adaptation to illness, adherence to treatment.

Введение. Иммуновоспалительные ревматические заболевания – разнообразная группа системных хронических болезней, развитие которых обусловлено нарушением иммунологической толерантности организма к собственным тканям (аутоантигенам). В данную группу входят: ревматоидный артрит (РА), системная красная волчанка (СКВ), системная склеродермия (ССД) и некоторые другие заболевания. Эти заболевания характеризуется хроническими воспалительными процессами и прогрессирующим необратимым нарушением функции внутренних органов. Актуальность проблемы для современной медицины и клинической психологии определяется высокой распространенностью иммуновоспалительных ревматических заболеваний в популяции, трудностью их ранней диагностики, быстрой и приводящей к снижению качества жизни инвалидизацией пациентов и неблагоприятным жизненным прогнозом [3]. В то же время данные заболевания являются яркой моделью для изучения комплексных процессов психологической адаптации личности в условиях хронического соматического заболевания. Их прогрессирующее течение со склонностью к рецидивам и необходимость постоянного комплексного лечения требуют применения активных действий по саморегуляции и эффективных стратегий совладающего поведения от пациента [2]. Теоретико-методологическая основа исследования - модель саморегуляции болезни на основе здравого смысла Г. Левенталя и трансактная модель стресса и совладания Р. Лазаруса, С. Фолькман.

Цель исследования – анализ субъективного восприятия болезни, совладающего с ней поведения и приверженности лечению как параметров психологической адаптации пациентов с ИВРЗ.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 163 женщины, находившихся на стационарном лечении в НИИ ревматологии им. В.А. Насоновой: 63 – с СКВ, 50 – с РА, 50 – с ССД. Средний возраст - 34,00±17,46 года. Применяемые психодиагностические методики: 1. Краткий опросник восприятия болезни (Brief Illness Perception Questionnaire) [5]. 2. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями [1]. 3. Шкалы «Депрессия» и «Тревожность» опросника выраженности

психопатологической симптоматики [4]. 4. Шкала приверженности лечению (Morisky Medication Adherence Scale, MMAS-8, 2008 г.) [9]. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программного пакета SPSS Statistics (Vers. 23). При сравнении средних значений по группам использовали дисперсионный анализ. Факторный анализ осуществлялся методом главных компонент, методом вращения факторов Varimax с учетом теста Кайзера–Мейера–Олкина. Кластеризация данных проводилась методом k-средних (с проведением дисперсионного анализа ANOVA).

Результаты и их обсуждение. *Факторный анализ* компонентов восприятия иммуновоспалительных ревматических заболеваний позволил определить два статистически значимых фактора. В фактор 1 «Восприятие угрозы болезни» вошли компоненты восприятия болезни: 1. Угроза болезни (значение факторной нагрузки $r=0,903$); 2. Последствия болезни ($r=0,793$); 3. Обеспокоенность болезнью ($r=0,788$); 4. Эмоциональное реагирование на болезнь ($r=0,772$); 5. Идентификация симптомов болезни ($r=0,698$); 6. Восприятие течения болезни ($r=0,366$). В фактор 2 «Восприятие контролируемости болезни и лечения» вошли: 1. Контролируемость болезни ($r=0,844$); 2. Контролируемость лечения ($r=0,814$); 3. Понятность болезни ($r=0,802$).

С помощью дальнейшего кластерного анализа пациентки были распределены в три группы с разными типами восприятия болезни на основании степени выраженности двух ранее выделенных факторов: группа 1 – «Несформированные представления о болезни» ($n=39$), группа 2 – «Позитивные представления о контроле болезни» ($n=65$) и группа 3 – «Негативные представления об угрозе болезни». Нозологический состав каждой из групп был гетерогенен и, как показали наши более ранние исследования, не играл роль независимой переменной в данном контексте.

Далее был проведен описательный и сравнительный анализ эмоциональных и мотивационных показателей, а также уровня приверженности лечению как комплексных параметров психологической адаптации в трех выделенных группах пациенток, по-разному воспринимающих имеющуюся у них болезнь.

Во всех трех группах пациенток с разным типом восприятия болезни выявлен клинически выраженный уровень депрессии и тревожности (Группа 1 - $0,91 \pm 0,56$; Группа 2 - $1,16 \pm 0,65$; группа 3 - $1,41 \pm 0,72$). При этом показатели депрессивного реагирования были статистически значимо менее выражены в группе 1 с несформированным восприятием болезни, чем в группе 2 с позитивным восприятием контроля ($p=0,030$) и чем в группе 3 с негативным восприятием угрозы болезни ($p=0,001$).

Исследование выбора стратегий совладающего поведения показало, что показатели используемых пациентками из всех трех групп стратегий находятся в рамках нормативного

коридора, предложенного авторами методики. При этом стратегии самоконтроля статистически значимо интенсивнее применяются в группе 2 с позитивным типом восприятия болезни ($47,26 \pm 12,10$) по сравнению с пациентками как с негативным (группа 3 - $43,39 \pm 12,63$), так и недифференцированным (группа 1 - $41,44 \pm 1,99$) типом ее восприятия. Аналогичная тенденция выявлена и при оценке выбора стратегии «Планирование решения проблемы» (группа 1 - $41,13 \pm 12,81$; группа 2 - $49,44 \pm 11,75$; группа 3 - $44,45 \pm 11,85$; $p_{1-2}=0,003$, $p_{2-3}=0,016$). Позитивное восприятие контроля болезни и эффективности ее лечения соотносится с более выраженными усилиями, направленными на контроль своего поведения и эмоциональных реакций, а также с планированием дальнейших действий по преодолению стресса. Исходя из рассматриваемых нами моделей саморегуляции личности в условиях болезни, когнитивные представления пациента о своих возможностях контроля и лечения болезни активируют в его поведении соответствующие эффективные, ориентированные на решение проблемы стратегии совладания с болезнью [7].

В группе 2 с позитивным восприятием болезни был выявлен умеренный уровень приверженности фармакотерапии ($6,38 \pm 1,42$ балла), а в группах 1 с несформированным и 3 – с негативным восприятием этот показатель оказался статистически значимо более низким: $5,11 \pm 2,18$ и $5,41 \pm 1,86$ балла ($p_{1-2}=0,022$, $p_{2-3}=0,013$). При этом авторами методики низким определяется уровень приверженности лечению от 0 до 5 баллов, средним – от 6 до 7 баллов и высоким – 8 баллов. То есть в контексте полученных данных мы можем говорить о росте приверженности лечению у пациенток с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями с позитивным восприятием контроля над болезнью. Результаты оценки приверженности лечению дополняют ранее полученные данные: проблемно-ориентированное совладание в группе позитивного восприятия контроля, хотя и не снижает высокие показатели негативного аффективного реагирования, но помогает формировать берегающее здоровье адаптивное поведение в отношении соблюдения врачебных рекомендаций [6].

Заключение. Описанный нами подход к изучению психологической адаптации личности в условиях хронического соматического заболевания, опирающийся на выделение профилей и типов восприятия болезни, открывает новые возможности для более глубокой интерпретации различных, в том числе скрытых, параметров этого сложного и системного процесса, его структуры и динамики.

Предлагаемое выделение разных типов восприятия болезни позволяет осуществлять персонафицированный подход в современной медицине с учетом психологического и психотерапевтического компонентов. Для пациентов с разными типами восприятия болезни могут быть определены различные методы психологического сопровождения, направленного на формирование у них внутренней картины болезни, использование эффективного

репертуара копинг-стратегий, повышение уровня приверженности лечению и адаптации к болезни в целом [8].

Восприятие пациентом имеющегося у него иммуновоспалительного ревматического заболевания как угрозы для жизни и благополучия обуславливает более низкую приверженность лечению, повышение показателей тревожно-депрессивного реагирования, а также снижение частоты выбора более эффективных в ситуации совладания с болезнью копинг-стратегий самоконтроля и планирования решения проблем. Описанные особенности могут служить мишенями для психодиагностической, психообразовательной и психокоррекционной работы в рамках клинко-психологического сопровождения лечебного процесса и повышения адаптации в условиях болезни у пациентов ревматологического профиля.

Литература

1. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Исаева Е.Р. и др. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями: пособие для врачей и медицинских психологов. Санкт-Петербург: НИПНИ им. Бехтерева; 2009. 38 с.
2. Зелтынь А.Е., Фофанова Ю.С., Лисицына Т.А. и др. Хронический стресс и депрессия у больных ревматоидным артритом. Социальная и клиническая психиатрия. 2009;19(2): 69-75.
3. Насонов Е.Л., Александрова Е.Н., Новиков А.А. Аутоиммунные ревматические заболевания — проблемы иммунопатологии и персонализированной терапии. Вестник Российской академии медицинских наук. 2015;70(2):169–182.
4. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. Санкт-Петербург: Питер; 2001. 272 с.
5. Ялтонский В.М., Ялтонская А.В., Сирота Н.А., Московченко Д.В. Психометрические характеристики русскоязычной версии краткого опросника восприятия болезни. Психологические исследования. 2017;10(51):1.
6. Ялтонский В.М., Дияжева Л.В., Абросимов И.Н. Совладающее поведение подростков, больных муковисцидозом. Медицинская психология в России. 2011;6(11):14.
7. Leventhal H, Phillips LA, Burns E, Cohen JH Commonsense Modeling (CSM) of Health Behaviors. In: Sweeny K., Robbins ML, Cohen LM. The Wiley Encyclopedia of Health Psychology. Hoboken: John Wiley & Sons Ltd.; 2020. P. 315-327.
8. Leventhal H., Phillips L.A., Burns E. The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management. J. Behav Med. 2016 Dec;39(6):935-946.
9. Morisky D.E., Ang A., Krousel-Wood M., Ward .HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. J. Clin Hypertens (Greenwich). 2008 May;10(5):348-354.

РАЗДЕЛ 8. ПСИХОСОМАТИКА

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ОПРОСНИКА ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ДИСРЕГУЛЯЦИИ В СОМАТИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Васина А.Н.¹, Садовникова Т.Ю.², Сердакова К.Г.¹

¹ ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

² ФГБОУ ВО МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия

tatsadov@yandex.ru