

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.<sup>1</sup>, Садовникова Т.Ю.<sup>2</sup>, Сердакова К.Г.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия

[tatsadov@yandex.ru](mailto:tatsadov@yandex.ru)

**Ключевые слова:** эмоциональная дисрегуляция, онкологическая гинекология, травма, дифференциальная диагностика, соматическая клиника.

## POSSIBILITIES OF USING THE EMOTIONAL DYSREGULATION QUESTIONNAIRE IN THE SOMATIC CLINIC

Vasina A. N.<sup>1</sup>, Sadovnikova T. Yu.<sup>2</sup>, Serdakova K. G.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> FSAEI HE I.M. Sechenov First MSMU, Moscow, Russia

vsnssh2@mail.ru

kiraserdakova@mail.ru

<sup>2</sup> FSBI HE M.V. Lomonosov MSU, Moscow, Russia

[tatsadov@yandex.ru](mailto:tatsadov@yandex.ru)

**Keywords:** emotional dysregulation, oncological gynecology, trauma, differential diagnosis, somatic clinic.

**Введение.** Психодиагностика является одной из основных форм деятельности психологов в клинической и профилактической медицине. В соматической клинике необходимость быстро и оперативно определять возможные «мишени» психокоррекционного или психотерапевтического воздействия стоит остро. Медико-психологическая диагностика направлена на получение объективной информации о совокупности психологических характеристик пациентов, механизмах их формирования и предполагаемой динамики и в условиях заболевания [3]. Однако, не всегда есть возможность исследовать особенности психической сферы больного в течение продолжительного времени, а оперативно оказать ему психологическую помощь бывает очень важно и необходимо. В этой ситуации огромную роль играют скрининговые психологические методики. На современном этапе скрининговые методики уже разработаны для исследования различных психических процессов, в том числе и для изучения эмоциональной сферы. Среди наиболее популярного инструментария для скринингового исследования эмоциональной сферы человека можно отметить Шкалу А. Бека для определения депрессии, методику диагностики самооценки Ч.Д. Спилбергера в адаптации А.Ю. Ханина для изучения ситуационной и личностной тревожности, опросник "Семейные эмоциональные коммуникации", определяющий отношение к эмоциям в семье [2] и др. Среди методик для скрининговой диагностики эмоциональных проявлений появился новый инструмент – опросник эмоциональной дисрегуляции Н.А. Польской и А.Ю. Разваляевой [1]. Авторы опросника понимают под эмоциональной дисрегуляцией результат

дисфункционального взаимовлияния эмоциональных и когнитивных компонентов саморегуляции. Опросник эмоциональной дисрегуляции направлен на изучение форм эмоциональной дисрегуляции: руминации, избегания, трудностей ментализации. Исследование эмоциональной дисрегуляции больных связано с необходимостью раннего выявления рисков психопатологии и аутодеструкции.

**Материалы и методы.** В работе исследовали возможности применения опросника эмоциональной дисрегуляции Н.А. Польской и А.Ю. Разваляевой в соматической клинике, а именно в работе с больными травматологического и онкогинекологического отделений. Исследовались 77 пациентов онкогинекологического (40 человек) и травматологического (37 человек) отделений университетских клиник Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России в возрасте от 17 до 80 лет ( $M=52,91$ ;  $SD=14,86$ ) обоих полов. Показатели эмоциональной регуляции у пациентов с различными заболеваниями сравнивались с помощью критерия U Манна-Уитни. Для обработки данных использовалась статистическая программа SPSS-21.

**Результаты и их обсуждение.** Полученные результаты представлены в Таблице 1.

**Таблица 1.**

Эмоциональная дисрегуляция у пациентов с различными заболеваниями

Формы ЭД	Руминация		Избегание		Трудности ментализации	
	Ср. знач.	Стд. Откл.	Ср. знач.	Стд. Откл.	Ср. знач.	Стд. Откл.
Испытуемые						
Больные онкогинекологического отделения	14,22**	3,09	8,65*	2,58	16,37**	3,31
Больные травматологического отделения	17,54**	4,76	10,40*	2,80	19,89**	3,99

\* - значимость различий  $p \leq 0.05$

\*\* - значимость различий  $p \leq 0.001$

Онкогинекологические пациенты показывают значимо меньшие баллы по сравнению с пациентами травматологического отделения по шкале «избегание» - 8,65 ( $sd=2,58$ ) и 10,40 ( $sd=2,80$ ) баллов соответственно, по шкале «руминация» средние значения - 14,22 ( $sd=3,09$ ) и 17,54 ( $sd=4,76$ ) баллов соответственно, по шкале «трудности ментализации» - 16,37 ( $sd=3,31$ ) и 19,89 ( $sd=3,99$ ) баллов соответственно (критерий U Манна-Уитни).

Полученные данные свидетельствуют о том, что интенсивность и глубина негативных эмоций у пациентов травматологического отделения выше, чем у пациентов онкогинекологического отделения. Это можно объяснить тем, что для пациентов травматологического отделения, в отличие от пациентов онкогинекологического отделения, госпитализация было неожиданным событием. При обсуждении перспективы выздоровления пациенты отделения травмы настроены очень пессимистично (больные отделения травмы – это пациенты со сложными травмами конечностей и позвоночника), к тому же эти больные испытывают сильнейший болевой синдром. Сфокусированная психокоррекционная работа на основе скрининговой психодиагностики, направленная на снижение стратегий эмоциональной дисрегуляции, позволит повысить качество жизни пациентов, создаст благоприятные предпосылки для формирования конструктивной позиции пациента для повышения саморегуляции в условиях соматического заболевания.

**Заключение.** Опросник эмоциональной дисрегуляции Н.А. Польской и А.Ю. Развальяевой показал значимые различия между больными с различными заболеваниями, позволил определить различия в формах эмоциональной дисрегуляции, которые могут быть значимыми «мишенями» психокоррекционной и психотерапевтической работы, целью которой выступает формирование оптимальной эмоциональной регуляции, совладение личности с ситуацией тяжелой болезни.

#### Литература

1. Бендас Т. В. Гендерная психология: Учебное пособие. - СПб.: Питер, 2006. - 431 с.
2. Польская, Н.А., Развальяева А.Ю. Разработка опросника эмоциональной дисрегуляции. Консультативная психология и психотерапия. - 2017. - Т. 25. - №4. - с.71-93.
3. Холмогорова А.Б., Воликова С.В., Сорокова М.Г. Стандартизация опросника «Семейные эмоциональные коммуникации» // Консультативная психология и психотерапия. - 2016. - Т.24. - № 4. - С. 97—125.
4. Щелкова, О.Ю. Задачи психологической диагностики в клинической медицине. Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия «Психология». - 2008. - Вып. 2. - № 32 (132). - с.81-90.

## ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНАЯ СФЕРА И ОБРАЗ ТЕЛА ШКОЛЬНИКОВ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА

Горбанева М.В.<sup>1,2,3</sup>, Горячева Т.Г.<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup> ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

<sup>3</sup> ГБОУ «Школа №1321 «Ковчег», Москва, Россия

[mariapashenko@yandex.ru](mailto:mariapashenko@yandex.ru)

[goriatcheva\\_tg@mail.ru](mailto:goriatcheva_tg@mail.ru)

**Ключевые слова:** образ тела, эмоционально-личностная сфера, сахарный диабет I типа,

проективные методы.

## EMOTIONAL-PERSONAL SPHERE AND BODY IMAGE IN SCHOOLCHILDREN WITH TYPE 1 DIABETES

Gorbaneva M.V.<sup>1,2,3</sup>, Goryacheva T.G.<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup> FSAEI HE Pirogov RNRMU, Moscow, Russia

<sup>2</sup> FSBI HE MSUPE, Moscow, Russia

<sup>3</sup> SBEI «School №1321 «Kovcheg», Moscow, Russia

[mariapashenko@yandex.ru](mailto:mariapashenko@yandex.ru)

[goriatcheva\\_tg@mail.ru](mailto:goriatcheva_tg@mail.ru)

**Keywords:** body image, emotional-personal sphere, diabetes mellitus 1 type, projective methods.

**Введение.** При тяжелых соматических заболеваниях под влиянием симптомов и лечения могут измениться личностные особенности ребенка. Постоянные посещения больниц, ситуация госпитализации, косметические дефекты, изменение внешности – все это не только отражается на эмоциональном состоянии ребенка, но и приводит изменению восприятия себя и собственного тела, отношения к нему. Ранее проводились исследования образа тела и эмоциональной сферы у детей и подростков с соматическими заболеваниями, в том числе, с сахарным диабетом I типа, которые показали, пациенты имели менее позитивный образ тела, чем их здоровые сверстники, хотя средний размер различий был небольшим. Также проводились исследования личностных особенностей пациентов с сахарным диабетом I типа, и были сделаны выводы, что у детей и подростков наблюдается социальная гипернормативность, которая проявляется в учебной деятельности. Учеба становится критерием успешности таких детей, они стремятся компенсировать неудачи, связанные с болезнью, успехами в учебе и творчестве. Следует отметить стремление к эмоциональной близости с родителями, а также со сверстниками, что выражается в необходимости ощущения поддержки. Из-за недостатка разработанности проблемы образа тела у детей и подростков с сахарным диабетом I типа в было проведено исследование особенностей восприятия образа тела и эмоционального фона у пациентов эндокринологического отделения.

**Материалы и методы.** Для исследования эмоционально-личностной сферы и образа тела у школьников с сахарным диабетом I типа были использованы методики: “Волшебная страна чувств”, “Рисунок человека”, “Опросник брза собственного тела”, “Рисунок несуществующего животного” и “Рисунок болезни”.

Исследование проводилось на базах РДКБ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Минздрава России и Школы 1321 “Ковчег” с ноября 2020 по октябрь 2021 года. Было обследовано 60 школьников (30 человек - экспериментальная группа, школьники из отделения эндокринологии, 30 человек - контрольная группа – подростки, у которых отсутствуют заболеваний эндокринной системы, в том числе, диагноз сахарный диабет I типа). Для обработки результатов использовались методы математической статистической обработки данных (программа “SPSS Statistics”).

**Результаты и их обсуждение.** Эмоциональная сфера школьников с сахарным диабетом I типа представлена амбивалентными эмоциями: удовольствием и страхом, что можно связать с ситуацией госпитализации, получением желаемого внимания и страхом перед будущим при наличии такого тяжелого заболевания. Также негативные эмоции можно связать с некоторыми аспектами лечения, например, с постоянным контролем сахара, наличием внешних устройств (неинвазивные глюкометры) и проведением различных процедур. Отмечается потребность детей и подростков с сахарным диабетом в **опоре**, уверенности. Преобладающие на рисунках цвета отражают стремление школьников к устойчивости, а также стремление к общению и активной самореализации через творчество и учебу. Действительно, этот тезис находит подтверждение в более ранних исследованиях, что таким образом школьники компенсируют свое заболевание.

В эмоциональной сфере школьников без заболеваний эндокринной системы отмечаются положительные эмоции, их актуальное состояние характеризуется как положительное. У испытуемых из контрольной группы тоже имеется потребность в опоре, но их высказывания связаны с большей обеспокоенностью проблемами выбора ВУЗа и поступлением в них, ожиданиями родителей в связи с будущим подростков. Также можно отметить стремление подростков к общению, что является ведущей деятельностью в этом возрасте. Анализ цветов показывает, что школьники стремятся к коммуникации со сверстниками, ищут уверенность в жизни, проявляя активность в различных сферах жизнедеятельности.

В эмоциональной сфере школьников с сахарным диабетом I типа отмечаются тревожность, астения, наличие страхов, снижение самооценки, стремление изменить себя и свое тело. Так как данное соматическое заболевание влияет на внешность и телесные ощущения, желания детей, выявленные с помощью методики, вполне объяснимы. Отмечается демонстративность и демонстрация желаемой социальной реализации, которые могут быть способом компенсации негативных представлений ребенка о себе и своем теле, таким образом фокус внимания перемещается от внешности на социальную роль.

Эмоциональная сфера здоровых школьников представлена такими чувствами, как тревожность и наличие страхов. В процессе выполнения заданий испытуемые постоянно возвращаются к теме ожиданий будущего, выбора будущей жизни: университет или колледж,

профиль ВУЗа, свой выбор или выбор родителей. Если испытуемые из числа пациентов эндокринологического отделения думают и размышляют о будущем с учетом своей болезни, то здоровых подростков больше волнует выбор в их жизни. Интересно то, что вопросы внешности и ее изменения не волнуют здоровых школьников, внимание фокусируется на общении и планировании будущего.

При анализе рисунков болезни можно сделать вывод, что подростки с сахарным диабетом I типа очень много знают о своей болезни, о способах ее лечения и возникновения, с ранних лет учатся самостоятельно контролировать сахар и предпринимать необходимые действия в случае его падения. Они представляют болезнь на бумаге в виде абстрактных и конкретных образов, где изображают героев, связанных с диабетом, или же рисуют шприцы и инсулиновые помпы, как обозначение своей болезни. Многие образы связаны с той или иной частью тела ребенка (рука, внутренние органы), поэтому можно сделать вывод, что, действительно, болезнь значительно влияет на телесные ощущения. Дети и подростки с сахарным диабетом I типа охотно рассказывают о своих рисунках, отвечают на вопросы и объясняют, что именно они нарисовали и почему. Школьники из контрольной группы используют, в основном, абстрактные образы, объясняют свои рисунки скудно, их представления о тяжелых соматических заболеваниях достаточно ограничены.

**Заключение.** Результаты проведенного исследования позволяют сделать следующие выводы: у школьников с сахарным диабетом присутствуют амбивалентные и негативные эмоции и чувства по отношению к своему телу и ситуации болезни, присутствует искажение восприятия собственного тела, что отражается в несоблюдении пропорций рисунков и выделении каких-либо частей тела, а также повышенная тревожность, которая может быть результатом ситуации госпитализации или личностной особенностью, связанной с тяжелым соматическим заболеванием. Использование проективных методик представляется важным, так как они позволяют выявить бессознательные составляющие образа тела и эмоциональную сферу испытуемых.

Пациенты с сахарным диабетом I типа нуждаются в сопровождении клинического психолога во время периодических госпитализаций с целью нормализации эмоционального состояния, преодоления негативных чувств и эмоций, установления адекватного образа тела и отношения к своему телу. В психологической помощи нуждаются не только пациенты отделения, но и их семьи. Подобная помощь должна быть комплексной и осуществляться клиническим психологом совместно с врачами и социальными работниками.

## ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ПЕРИОД ЛЕЧЕНИЯ В СТАЦИОНАРЕ

Гребень Н.Ф.

ГУ РНПЦ, Минск, Республика Беларусь

[strekosa@tut.by](mailto:strekosa@tut.by)

**Ключевые слова:** эмоциональное состояние, язвенная болезнь, лечение в стационаре, коморбидная психическая патология.

## EMOTIONAL STATE OF PATIENTS WITH ULCER DURING TREATMENT IN HOSPITAL

Hreben N.F.

SI MHR, Minsk, Belarus

[strekosa@tut.by](mailto:strekosa@tut.by)

**Keywords:** emotional state, peptic ulcer, hospital treatment, comorbid mental pathology.

**Введение.** Пациенты, страдающие язвенной болезнью, в силу особенностей заболевания, часто фрустрированы не только в удовлетворении своих социальных и витальных потребностей, но и пребывают в состояниях, сопряженных со страхом смерти. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки нередко сопровождается ощущением страха перед болями и развитием ракового поражения, «уходом в болезнь». У больных с пониженным настроением очень часто возникают мысли о никчемности жизни, безотрадном существовании. В других случаях все мысли заболевших сконцентрированы на ощущениях в области живота с чрезмерной фиксацией внимания на своей болезни. При нарастании симптомов (кровотечения, сильные боли) возможны тревога, беспокойство, чувство безысходности, ипохондрическая фиксация. Большинство исследований эмоционального состояния пациентов, страдающих язвенной болезнью, было реализовано непосредственно врачами, что во много и определило их специфику – поиск коморбидной психической патологии и назначение соответствующего медикаментозного лечения. Так, согласно литературным данным, у пациентов с язвенной болезнью чаще, чем у лиц без данной патологии, выявляются невротические и психопатологические состояния, которые наблюдаются в 30–80 % случаев и осложняют течение заболевания. У лиц данной нозологии чаще всего встречаются тревожные, депрессивные, адаптационные расстройства (преимущественно как следствие наличия хронического заболевания), синдромы ипохондрии

и астении, уровень агрессии выше средних значений. При этом выраженность нервно-психических нарушений у женщин превышает по всем показателям таковые у мужчин [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7]. По данным Ю. М. Губачева и соавт. при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки состояния социально-психологической дезадаптации наблюдаются примерно у 50% опрошенных. У 43,9 % пациентов отмечены тревожно-депрессивные реакции, у 23 % пациентов – нарастающая ипохондрия. Аффективная ригидность с тенденциями к формированию обсессивно-фобической симптоматики зафиксирована у 15,5 % пациентов. Относительно нечасто при язвенной болезни доминируют истероформные проявления – у 12,3 % обследованных [5]. В исследовании Л.А. Степанищева и соавт. приводятся следующие показатели: среди 226 обследованных пациентов, страдающих язвенной болезнью, у 48,2 % выявлен высокий уровень тревоги, у 39,3 % – высокий уровень депрессии (Методика «Госпитальной шкалы тревоги и депрессии» (HADS)). Получены значимы различия в сравнении с контрольной группой здоровых обследованных [10]. Ряд авторов считают, что при язвенной болезни нередко наблюдается латентная депрессия. В силу нестабильности и негармоничности эмоционального состояния пациентов с язвенной болезнью часто объективная симптоматика не соответствует столь массивным жалобам, которые они предъявляют, и факт психогенных, функциональных наслоений в данном случае нельзя игнорировать. С другой стороны, часть информации может не сообщаться лечащему врачу и затруднять объективную оценку как соматического, так и психического здоровья.

**Целью** исследования было дать более полную картину эмоционального состояния пациентов с язвенной болезнью, пребывающих на стационарном лечении, а также изучить его специфику с использованием качественных методов исследования, а именно проективной методологии.

**Материал и методы.** Для выявления особенностей эмоционального состояния пациентов с язвенной болезнью были применены две методики: «Тест Люшера» [9] и «Рисунок несуществующего животного (РНЖ)» [8]. В исследовании приняли участие 100 пациентов с язвенной болезнью в возрасте от 16 до 60 лет. Среди них 75 мужчин и 25 женщин. Все пациенты на момент обследования пребывали на стационарном лечении в больницах г. Минска. Первую контрольную группу составили 50 пациента с артериальной гипертензией, вторую контрольную – 60 условно здоровых лиц. Статистический анализ результатов исследования проводился с помощью пакета статистических программ SPSS 17.0. Для выявления различий по качественным данным (в нашем случае – это частотные распределения признаков) использовался непараметрический метод  $\chi^2$  (Хи-квадрат).

**Результаты и их обсуждение.** Результаты исследования с помощью методики «Тест Люшера» показали, что наиболее предпочитаемыми цветами (1-ая позиция в ряде) в группе пациентов с язвенной болезнью оказались зеленый (26 %), красный (20 %) и желтый (14 %). На второй

позиции – зеленый (22 %), желтый (19 %), черный (13 %) и фиолетовый (13 %). Наименее лично значимым оказался коричневый цвет (7-ая и 8-ая позиции), затем черный. Усредненный ранговый ряд цветовых выборов имел следующий вид: 24351076. Показатель нестабильности выбора варьировал в пределах от 0% до 75%, а средний по группе составил 20,6%. Показатель интенсивности тревоги (количество восклицательных знаков во втором выборе) составил  $\bar{X}=2,97$ . Интерпретация значимых выборов цветов исследуемых указывает на следующие характеристики эмоционального состояния большинства пациентов с язвенной болезнью в период пребывания на стационарном лечении. Присутствует некоторое беспокойство, состояние психического напряжения и накапливающегося возбуждения в силу неудовлетворенности потребности в признании, популярности. Наличие на второй позиции желтого цвета указывает на возбуждение в форме отвлекающей деятельности (позиция активно-зависимая), в случае красного цвета – на выраженную напряженность (позиция активно-оборонительная). Для данного психического состояния характерны недоверчивость к окружающим, обидчивость, чувствительность к критическим замечаниям, склонность преувеличивать враждебные отношения к себе других. Изобретательность и богатство фантазии, оригинальность суждений. Стремление упрочить свою позицию, независимость. В качестве подавляемых тенденций, связанных с тревогой, выступают стресс, вызванный подавлением физиологических потребностей, а также ограничениями или запретами; неудовлетворенное желание найти признание и общность интересов в кругу значимых окружающих, сдерживаемая чувственность, потребность в уважении и внимательном отношении, чувство независимости. Актуальная проблема – это отстаивание своей самостоятельности, стремление к независимости и упрочнению своих позиций. Выявленное эмоциональное состояние пациентов является умеренно стабильным, а присущая им тревожность в большей степени является ситуативной.

Статистически значимые различия по фактору эмоциональной стабильности между исследуемой и контрольными группами выявлены не были. Также нет значимых отличий и по уровню интенсивности тревоги, хотя при сравнении средних значений выборов, наиболее низкое значение наблюдается в группе здоровых ( $\bar{X}=2,58$ ), затем пациентов с язвенной болезнью ( $\bar{X}=2,97$ ) и пациентов с артериальной гипертензией ( $\bar{X}=3,18$ ). Исходя из этого, можно предположить, что наличие хронического заболевания может провоцировать нарастание тревоги. При этом она будет выше при сердечно-сосудистых нарушениях. Распределение цветов по каждой из восьми позиций между исследовательской группой и контрольными является относительно сходным. Однако, у пациентов с язвенной болезнью, по сравнению со здоровыми, достоверно реже встречается коричневый цвет (6) на V позиции ( $p<0,021$ ) – 9% и 30% соответственно; серый цвет (0) на VII позиции ( $p<0,014$ ) – 21 % и 46,7 %; желтый цвет (4) на

VIII позиции ( $p < 0,05$ ) – 8% и 21,7%. При сравнении пациентов с язвенной болезнью и артериальной гипертензией различий в распределении цветов по позициям обнаружено не было. Выявленные особенности можно объяснить тем, что у здоровых лиц состояние стресса чаще связано с блокировкой спонтанного поведения и невозможностью реализовать потребность в активном взаимодействии с окружающими и в избегании серьезной ответственности. Пациенты с язвенной болезнью чаще испытывают стресс в результате столкновения с запретами, нежелательными ограничениями, при неудовлетворенной потребности распоряжаться своей жизнью.

При помощи методики «РНЖ» у пациентов с язвенной болезнью были изучены выраженность тревожности и агрессивности. По первичным данным можно отметить, что личностная тревожность, проявляющаяся в большей степени как неуверенность в себе, характерна для 48 % обследованных. Агрессивность, направленная против лиц более высокого социального статуса, выявлена у 50 % пациентов, против лиц более низкого по отношению к ним социального статуса или равного – у 27 % выборки. Агрессивность пассивного плана как подозрительность к окружающим наблюдалась у 23 % пациентов, вербальная агрессия – у 16 %. Значимые на статистическом уровне различия установлены между исследуемой группой и здоровыми по переменным «агрессивность против социально более значимых лиц» (углы, направленные вверх,  $p < 0,011$ ), «подозрительность к окружающим» (детали рисунка защитного детали,  $p < 0,003$ ). Между пациентами с язвенной болезнью и артериальной гипертензией достоверно значимые различия зафиксированы только по переменной «вербальная агрессия» (острые зубы,  $p < 0,033$ ), которая выше у лиц исследуемой группы. Полученные данные позволяют заключить, что по уровню личностной тревожности пациенты с язвенной болезнью не отличаются от здоровых и от пациентов с артериальной гипертензией, в то время как по агрессивности различия имеют место. В отличие от здоровых у пациентов с язвенной болезнью, находящихся на стационарном лечении, более сильно выражена агрессивность и подозрительность против лиц, наделенных определенными властными ресурсами и способными вносить какие-то ограничения в их жизнь. Высока вероятность, что отчасти такого рода агрессия может быть направлена и по отношению к медицинскому персоналу, т. к. одним из условий пребывания и лечения в соматическом стационаре является добровольно-принудительный отказ от курения, употребления спиртных напитков. Необходимо учитывать, что у пациентов с язвенной болезнью нередко наблюдаются и сопутствующие формы аддиктивного поведения – алкогольная и/или никотиновая зависимости. Поэтому такого рода ограничения, без компенсации и проработки проблемы зависимости, естественным образом способны усиливать недовольство и раздражительность пациентов с язвенной болезнью. По сравнению с пациентами с артериальной гипертензией

лица, страдающие язвенной болезнью, отличаются большей прямолинейностью и чаще способны говорить окружающим то, что думают, в том числе используя и ненормативную лексику.

**Выводы.** Популярными в традиционной медицине исследования тревожно-депрессивной симптоматики не в достаточной степени способны раскрыть специфику актуального эмоционального состояния пациентов соматических стационаров. Известно, что у многих пациентов с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки симптомы тревоги и депрессии нередко достигают высоких значений. Как показало наше исследование, для них наиболее характерно состояние психического возбуждения, раздражительности вплоть до открытого проявления агрессивности. Агрессивность в большей степени направлена на лиц, имеющих более высокий социальный статус и вносящих ограничения, запреты, требования в жизнь пациентов. Также наблюдается выраженная готовность к самозащите, склонность к вербальной агрессии и недоверие к людям. Полагаем, что знание и понимание особенностей эмоционального состояния пациентов с язвенной болезнью в процессе оказания медицинской помощи будет способствовать повышению эффективности лечения.

#### Литература

1. Ананьев В.А. Психологическая характеристика тревоги у больных с предъязвенными состояниями и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки :автореф. дис. ...канд. психол. наук: 19.00.04 / В.А. Ананьев; Ленингр. н.-и. психоневрол. ин-т им. В. М. Бехтерева.– Л., 1988.– 26 с.
2. Бороздина Л.В. "Триада риска" у пациентов с дуоденальной язвой / Л.В. Бороздина, Н.Д.Былкина-Михеева // Психол. журн.– 2002.с– Т. 23, № 2.– С. 65–79.
3. Вайнштейн М.Ш. Язвенная болезнь желудка как частный случай дезадаптации М.Ш. Вайнштейн.– Новосибирск: Наука, 1977.– 203 с
4. Бородин Д.С. Жалобы как отражение психического статуса больных при рецидиве язвенной болезни двенадцатиперстной кишки /Д.С.Бородин, Е.С. Мазур, Г.С. Беляева // Тер. арх.– 2000.– Т. 72, № 2.– С. 15–16.
5. Губачев Ю.М. Психосоматические аспекты язвенной болезни / Ю.М. Губачев, О.Т.Жузжанов, В.И.Симаненков.– Алма-Ата: Казахстан, 1990.– 213 с.
6. Куташов В.А. Влияние личностных особенностей на формирование аффективных расстройств у больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки / В.А. Куташов// Прикладные информационные аспекты медицины.– 2001.– Т. 4, № 2.– С. 32–36.
7. Ольхов О.Г. Оценка психофизиологического состояния больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки / О.Г.Ольхов, Т.А. Перцева, О.Н.Герасимчук, О.С.Хрусталева, О.В.Соколовский, Т.Е.Байбуз// Врач. дело.– 1996.– № 3–4.– С.120–122.
8. Романова Е.С. Графические методы в практической психологии Е.С. Романова.– СПб.: Речь, 2002.– 416 с.
9. Собчик Л.Н. МЦВ – метод цветowych выборов: Модифицированный восьмицветовой тест Люшера: Практ. рук. / Л.Н. Собчик. – СПб.:Речь: ПЭР СЭ, 2001.– 99 с.
10. Степанищева Л.А. Распространенность тревоги и депрессии у больных с язвенной болезнью различной локализацией / Л.А. Степанищева, А.С. Сарсенбаева, Н.В. Фаттахова // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2014. – Вып. 111, №11. – С. 92.

**ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЖЕНСКИХ РЕПРОДУКТИВНЫХ  
ЗАБОЛЕВАНИЙ: ОБЩЕЕ И ОСОБЕННОЕ**

Завгородняя И.В.

ФГБОУ ВО ВГУ, Воронеж, Россия

[zavgorodnyai@mail.ru](mailto:zavgorodnyai@mail.ru)

**Ключевые слова:** репродуктивная психосоматика, репродуктивные заболевания, гиперпластические заболевания матки, миома матки, эндометриоз.

**PSYCHOSOMATIC ASPECTS OF FEMALE REPRODUCTIVE DISEASES:  
GENERAL AND SPECIAL**

Zavgorodnaya I.V.

FSBI HE VSU, Voronezh, Russia

[zavgorodnyai@mail.ru](mailto:zavgorodnyai@mail.ru)

**Keywords:** reproductive psychosomatics, reproductive diseases, hyperplastic diseases of the uterus, uterine fibroids, endometriosis

В последнее время репродуктивное здоровье человека все чаще становится объектом особого внимания специалистов различных сфер, что связано с рядом обстоятельств. Во-первых, прослеживается омоложение и возрастание количества и вариативности заболеваний репродуктивной системы мужчин и женщин, в том числе приводящих к бесплодию. Во-вторых, сохраняется тенденция откладывать рождение ребенка на более поздние возрастные периоды, что увеличивает количество обращений к вспомогательным репродуктивным технологиям. В-третьих, увеличивается число самопроизвольных абортов (выкидышей), а также рождения недоношенных детей. При этом остается актуальной потребность в улучшении демографической ситуации в стране, что создает необходимость поддержания репродуктивного здоровья населения. В настоящее время первенство в решении проблем репродуктивного здоровья человека принадлежит репродуктивной медицине, которая ориентирована на поиск и устранение физиологических факторов нарушений репродуктивной функции у мужчин и женщин. Учитывая системный характер организации и функционирования репродуктивной функции человека, было бы неверным игнорировать психологические факторы репродуктивного здоровья. Их изучением занимается репродуктивная психосоматика, которая находится на стыке репродуктивной психологии и репродуктивной медицины [3]. Согласно репродуктивной психосоматике, личность

рассматривается как основа, центр возникновения, развития и терапии репродуктивных заболеваний.

Установлено, что у женщин психосоматические факторы репродуктивных нарушений прослеживаются чаще, чем мужчин, и наблюдаются, начиная уже с подросткового возраста [5]. Это объясняется наличием у женщин тесной связи между эндокринной и нервной системами, проявляющейся при функционировании целостной гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы в женском организме, что порождает телесные симптомы, не имеющие отношения к структурным органическим нарушениям. Анализ исследовательских работ [1, 4, 5] позволяет проследить ряд общих психологических особенностей женщин с репродуктивными заболеваниями. Так, в эмоциональной сфере присутствует эмоциональная лабильность, высокая личностная тревожность, трудности в осознании и выражении своих желаний и эмоций. В Я-концепции прослеживается искаженная полоролевая и возрастная идентичность, заниженная или неустойчивая самооценка, неуверенность в себе, трудности в регуляции дистанции с другими людьми и окружающим миром; наблюдается низкая стрессоустойчивость, переоценка реальных угроз с преобладанием неэффективных копинг-стратегий, проявляющихся в склонности к зависимому поведению, инфантильным реакциям; отмечаются неблагоприятные отношения с собственной матерью как в детстве, так и во взрослом возрасте, что отражается в негативном субъективном представлении о будущем собственном материнстве.

Однако общие психологические характеристики женщин с репродуктивными нарушениями позволяют выделить лишь основу для последующего более дифференцированного анализа психогенных факторов отдельных заболеваний. Диагностика психологических особенностей женщин при конкретных заболеваниях необходима для выявления базового внутреннего конфликта, который разрешает или маскирует психосоматический симптом. В частности, на примере женщин с миомой матки и эндометриозом несмотря на то, что данные заболевания относятся к одной группе репродуктивных нарушений (гиперпластические заболевания матки), можно выделить их специфические психологические особенности [1, 3, 6].

На символическом уровне матка представляет собой место для нахождения ребенка и создания благоприятных условий для его развития [5]. При наличии страха женщины не стать идеальной матерью, т.е. не справиться с обеспечением условий для развития ребенка, появляется субъективный «запрет на материнство», который, используя конверсионный механизм, приводит к выращиванию заменителя ребенка – миомы. Поскольку в ходе онтогенеза первый опыт материнской заботы девочка получает при взаимодействии с собственной мамой в раннем детстве и на протяжении последующей жизни [6], то

приоритетным для анализа при наличии миомы являются взаимоотношения женщины с ее мамой.

Эндометрий обеспечивает прикрепление внутриутробного ребенка к матке. Эндометрий, прежде всего, обеспечивает развитие плода питательными веществами. Символически, эта функция соответствует мужской фигуре (отец, мужчина) [5]. При гипоплазии (недостаток ресурсов от мужчины) или гиперплазии эндометрия (ориентации на самостоятельное восполнение недостающих ресурсов) у женщины прослеживается неудовлетворенность выполнением мужской функции. Следовательно, приоритет анализа при эндометриозе принадлежит взаимоотношениям с отцом или другой мужской фигурой (муж, партнер, дедушка).

Женщины с эндометриозом характеризуются нарушенной полоролевой идентичностью с преобладанием маскулинных черт (доминантность, агрессивность, соревновательность, гиперответственность) [1]. Таким женщинам свойствен трудоголизм с преобладанием мотивации избегания неудач. В межличностных отношениях они, как правило, характеризуются неудовлетворённостью своим положением, отличаются обособленностью, подозрительностью, но в то же время подчиняемостью, неуверенностью.

Женщины с миомой матки гораздо более женственны по сравнению с женщинами с эндометриозом, что подтверждается и гормональными характеристиками их организма [1, 3]. Такие женщины инфантильны, хотя могут быть успешны в разных областях, поскольку у них выражена потребность в достижениях. Они склонны брать на себя ответственность за окружающих, жертвовать собой ради других, открыто не прося никого о помощи самой себе. Однако сами женщины нуждаются в заботе и помощи, и делая это для других, они скрыто показывают, как им надо, чтобы позаботились о них.

Детско-родительские отношения женщин с миомой матки также имеют свою специфику. В детстве наблюдается недостаток принятия и поддержки дочери со стороны матери или недопонимание ее переживаний [1]. Мать воспринимается дочерью жертвенной, но с наличием властно-агрессивных проявлений. Отец либо мало включен в воспитание ребенка, либо старается действовать в интересах матери в воспитании дочери, занимая зависимое положение в семье. Во взрослом возрасте сохраняется тревожно-регулирующее отношение со стороны матери. Однако дочь стремиться выполнять опекающую функцию по отношению к матери, присутствует инверсия ролей с матерью, при которой мать воспринимается как ребенок.

У женщин с эндометриозом в детстве возникало ощущение недостаточного внимания со стороны родителей, переживание ненужности в том числе на фоне частых и длительных разлук с матерью [1]. Мать воспринимается властной, педантичной, недоверчивой,

поддерживающей дистанцию между собой и окружающими людьми. Прослеживается амбивалентное отношение к матери [3]. С одной стороны, присутствует чрезмерная ее идеализация с подавлением агрессии и обиды, а с другой стороны, нежелание быть как собственная мать. В образе отца преобладает положительное содержание, что способствует развитию маскулинных черт дочери.

Таким образом, понимание психологических факторов развития заболеваний репродуктивной системы у женщин и мужчин позволит выделить основу проявления симптоматики, что даст возможность осуществлять терапию возникшего нарушения не только на соматическом уровне, но и в более широком жизненном контексте человека.

### Литература

1. Блох М. Е. Личностные и социально-психологические характеристики женщин репродуктивного возраста на этапе планирования беременности : дис... канд. психол. наук. – Санкт-Петербург, 2012. – 120 с.
2. Завгородняя И.В. Репродуктивная психосоматика : проблемы и перспективы исследований / И.В. Завгородняя // Вестник научной сессии факультета философии и психологии / отв. ред. Ю.А. Бубнов. – Вып. 22. – Воронеж : Издательский дом ВГУ, 2022. – С. 107–112.
3. Кулагина Н.В. Миома матки : иммунологическая и психосоматическая концепция развития, индивидуальный прогноз и тактика ведения : автореф. дис... д-ра мед. наук / Н.В.Кулагина. – Санкт-Петербург, 2008. – 49 с.
4. Ланцбург М.Е. Исследования психосоматических аспектов гинекологических и андрологических заболеваний и бесплодия : обзор современных зарубежных исследований / М.Е. Ланцбург, Т.В. Крысанова, Е.В. Соловьева // Современная зарубежная психология». – 2016. – Том 5, № 2. – С. 67–77.
5. Филиппова Г.Г. Развитие исследований по репродуктивной психологии на кафедре общей психологии и истории психологии московского гуманитарного университета / Г.Г. Филиппова // Научные труды московского гуманитарного университета. – 2018. – № 1. – С. 60–65.

## ПИЛОТАЖНАЯ ПСИХОМЕТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РУССКОЯЗЫЧНОЙ ВЕРСИИ ШКАЛЫ СОМАТОСЕНСОРНОЙ АМПЛИФИКАЦИИ

Золотарева А.А

ФГАОУ ВО НИУ ВШЭ, Москва, Россия

[alena.a.zolotareva@gmail.com](mailto:alena.a.zolotareva@gmail.com)

**Ключевые слова:** соматосенсорная амплификация, психометрический анализ, психосоматическая медицина.

## PILOT PSYCHOMETRIC EVALUATION OF THE RUSSIAN VERSION OF THE SOMATOSENSORY AMPLIFICATION SCALE

Zolotareva A.A.

FSAI HE NRU HSE, Moscow, Russia

[alena.a.zolotareva@gmail.com](mailto:alena.a.zolotareva@gmail.com)

**Keywords:** somatosensory amplification, psychometric analysis, psychosomatic medicine.

**Введение.** Термин «соматосенсорная амплификация» (от лат. *amplificātiō* – усиливать, расширять) был предложен в 1988 году американским психиатром А. Барски, который описал этим термином склонность человека переживать соматические ощущения как тревожные, неприятные и интенсивные [1]. Позднее исследователи выделили три компонента соматосенсорной амплификации: 1) телесную гипертревожность, включающую повышенное самонаблюдение и пристальное внимание к неприятным телесным ощущениям; 2) склонность фокусироваться на определенных относительно слабых или нечастых соматических ощущениях; 3) склонность оценивать легкие или неоднозначные соматические и висцеральные ощущения как симптомы болезни вместо того, чтобы считать их нормальными сигналами работы организма [4]. Для диагностики соматосенсорной амплификации А. Барски разработал краткий инструмент Somatosensory Amplification Scale (SSAS) [2]. Современные специалисты утверждают, что SSAS помогает врачам лучше понять ситуации, в которых пациенты сообщают о соматических симптомах, не оправданных клинической картиной заболевания, и предлагают использовать шкалу при подборе психологической и фармакологической терапии для пациентов с психосоматическими заболеваниями, тревожными, депрессивными и соматоформными расстройствами, реакциями на стресс, тяжелую утрату и другие важные психосоциальные события, соматическими расстройствами в виде инфекционных заболеваний, сердечно-сосудистых заболеваний и др. [5]. В силу краткости, психометрической состоятельности и клинической ценности SSAS, а также отсутствия русскоязычных аналогов целью настоящего исследования стала пилотажная психометрическая оценка шкалы на русскоязычной популяционной выборке.

**Метод.** Приглашение к участию в онлайн-исследовании было разослано респондентам, зарегистрированным в базе компании «Анкетолог». Респонденты, откликнувшиеся на приглашение, заполнили онлайн-анкету и получили финансовое вознаграждение за участие в исследовании. Всего в исследовании приняли участие 300 респондентов, в том числе 105 (35%) мужчин и 195 (65%) женщин в возрасте от 21 до 75 лет ( $M = 43,7$ ,  $SD = 11,0$ ). Среди респондентов 227 (75,7%) отметили, что состоят в супружеских или романтических отношениях, 223 (74,3%) указали, что являются родителями, 238 (79,3%) сообщили о том, что

имеют высшее образование, и 241 (80,3%) обозначили, что имеют временную или постоянную работу.

Все респонденты заполнили русскоязычные версии SSAS и следующих диагностических инструментов: 1) шкала соматических симптомов (Somatic Symptom Scale-8, SSS-8), оценивающая общую степень соматизации; 2) индекс Уитли (Whiteley Index-8, WI-8), оценивающий ипохондрию как тревогу о здоровье в диапазоне от легкого беспокойства до чрезмерной озабоченности; 3) опросник здоровья пациента (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9), оценивающий тяжесть депрессивной симптоматики; 4) шкала генерализованного тревожного расстройства (Generalized Anxiety Disorder-7, GAD-7), оценивающая тяжесть тревожной симптоматики.

**Результаты.** Анализ факторной структуры русскоязычной версии SSAS указал на хорошее соответствие данным ( $\chi^2(35) = 78,0, p < 0,001$ ; CFI = 0,928; TLI = 0,907; SRMR = 0,046; RMSEA = 0,064 [0,044-0,083]). Общий показатель по SSAS также показал хорошую внутреннюю надежность, установленную с помощью коэффициентов  $\alpha$ -Кронбаха ( $\alpha = 0,796$ ) и  $\omega$ -Макдональда ( $\omega = 0,798$ ). Показатели соматосенсорной амплификации были статистически значимо позитивно связаны с показателями соматизации ( $r = 0,565, p < 0,001$ ), ипохондрии ( $r = 0,566, p < 0,001$ ), тревоги ( $r = 0,538, p < 0,001$ ) и депрессии ( $r = 0,490, p < 0,001$ ). Кроме того, у женщин показатели соматосенсорной амплификации были статистически значимо выше, чем у мужчин (женщины:  $M = 24,5, SD = 5,91$ ; мужчины:  $M = 21,5, SD = 6,94$ ;  $t(298) = 3,97, p < 0,001, d = 0,481$ ).

**Обсуждение.** Результаты настоящего исследования позволяют сделать несколько выводов о психометрических свойствах русскоязычной версии SSAS. Во-первых, адаптированная шкала надежна в силу приемлемых значений коэффициентов внутренней согласованности. Во-вторых, русскоязычная версия SSAS имеет однофакторную структуру, что соотносится с результатами факторизации других версий шкалы и подтверждает ее факторную валидность [3]. В-третьих, показатели соматосенсорной амплификации статистически значимо позитивно коррелировали с показателями соматизации, ипохондрии, тревоги и депрессии, что указывает на конвергентную валидность адаптированной шкалы [5]. В-четвертых, женщины сообщали о более высоких показателях по SSAS, чем мужчины, что повторяет результаты зарубежных исследований и клинических наблюдений за «женской» природой соматосенсорной амплификации и свидетельствует в пользу критериальной валидности русскоязычной версии SSAS [2].

**Заключение.** Русскоязычная версия SSAS надежна, валидна и может быть рекомендована для диагностики соматосенсорной амплификации в общей русскоязычной популяции. В клинических условиях ее использование должно быть ограничено до психометрических

испытаний с участием людей с психическими и соматическими заболеваниями.

### Литература

1. Barsky A.J., Goodson J.D., Jane R.S., Cleary P.D. The amplification of somatic symptoms // *Psychosomatic Medicine*. 1988. Vol. 50. No. 5. P. 510–519.
2. Barsky A.J., Wyshak G., Klerman G.L. The Somatosensory Amplification Scale and its relationship to hypochondriasis // *Journal of Psychiatric Research*. 1990. Vol. 24. No. 4. P. 323–334.
3. Bridou M., Aguerre C. Validity of the French form of the Somatosensory Amplification Scale in non-clinical sample // *Health Psychology Research*. 2013. Vol. 1. No. 1. e11.
4. Duddu V., Isaac M.K., Chaturvedi S.K. Somatization, somatosensory amplification, attribution styles and illness behaviour: A review // *International Review of Psychiatry*. 2006. Vol. 18. P. 25–33.
5. Nakao M., Barsky A.J. Clinical application of somatosensory amplification in psychosomatic medicine // *BioPsychoSocial Medicine*. 2007. Vol. 1. P 17.

## ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА С ТЯЖЕСТЬЮ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Кошанская А.Г.

ФГБОУ ВО МГТУ, Майкоп, Россия

[koangen@list.ru](mailto:koangen@list.ru)

**Ключевые слова:** сахарный диабет II типа, тяжесть течения заболевания, тревога, депрессия, алекситимия, эмоциональные схемы.

## RELATIONSHIP OF EMOTIONAL STATE OF PATIENTSWITH DIABETES MELLITUS TYPE II AND THE SEVERITY OF THE COURSE OF THE DISEASE

Koshanckaya A.G.

FSBI HE MSTU, Maykop, Russia

[koangen@list.ru](mailto:koangen@list.ru)

**Key words:** type II diabetes mellitus, disease severity, anxiety, depression, alexithymia, emotional patterns.

**Введение.** Сахарный диабет (СД) II типа является сложным заболеванием, относящимся к категории социально значимых неинфекционных заболеваний, которое распространяется эпидемическими темпами [5]. За последние 10 лет в мире численность больных диабетом увеличилась более, чем в два раза, и к концу 2021 года насчитывает 537 млн. человек. В Российской Федерации отмечен рост распространенности СД в основном за счет больных СД II типа. По данным федерального регистра СД в РФ на 01.01.2022 г. на диспансерном учете состоит 4 498 826 пациентов СД II типа, что составляет 92,3% всех больных диабетом. Опасными последствиями течения СД II типа являются повышение риска развития системных

сосудистых осложнений, являющихся основной причиной инвалидизации [1]. В современной диабетологии расширяются терапевтические возможности лечения СД II типа, но количество пациентов с компенсированным течением заболевания не становится больше [4]. Меры оптимизации медицинской помощи могут быть реализованы только при высокой личностной потребности пациентов к изменению образа жизни и соблюдению терапевтического режима [3]. На приверженность лечению могут оказывать влияние нарушения в эмоциональном состоянии больных СД II типа, способствуя снижению комплаентности и нарастанию тяжести течения заболевания [2, 7]. Поэтому раннее выявление эмоциональных нарушений при СД II типа и профилактическая работа с больными будет способствовать лучшей компенсации диабета.

**Цель исследования:** изучить взаимосвязь эмоционального состояния пациентов сахарным диабетом II типа с тяжестью течения заболевания.

**Материалы и методы исследования.** В исследовании приняли участие 813 пациентов СД II типа, из них 255 мужчин и 558 женщин. Возраст испытуемых от 30 до 82 лет (средний возраст -  $60,4 \pm 16,5$  года). В нашей выборке 65,9% (536 больных СД II типа) в форме инсулин независимого СД (ИНСД), принимающие сахароснижающие препараты в виде таблеток, 34,1% на терапии инсулином (277 пациента) – это форма инсулинпотребного СД (ИПСД), как проявление осложненного течения заболевания. Наши пациенты - это длительно болеющие лица с субкомпенсированным и декомпенсированным течением, средняя продолжительность заболевания  $8,3 \pm 10,4$  года. В зависимости от тяжести течения заболевания пациенты СД II типа разделены на 2 группы: I группа – 451 больных с субкомпенсированным течением СД II типа (55,4 % всей выборки), из них 53,4% ИНСД и 46,6% ИПСД; II группа – 362 больных с декомпенсированным течением СД II типа (44,6% всей выборки), из них 41,2% ИНСД и 58,8% ИПСД..

Всем участникам исследования было проведено развернутое психологическое анамнестическое исследование, направленное на определение основных социально-демографических характеристик больных СД, отражения болезни в их субъективном мире, и в системе межличностных отношений. Для удобства статистического анализа полученных результатов была разработана информационная карта, включающая социально-демографический, медицинский, клинико-психологический и экспериментально-психологические блоки. Психологическая диагностика осуществлялась при помощи следующих **частных методик:**

1. Тест-опросник депрессии (BDI) А. Бека для выявления симптомов депрессивного расстройства.

2. Шкала А. Бека для самооценки уровня тревоги (BAI) для скрининга тревоги и оценки степени её выраженности.
3. Шкала безнадёжности А. Бека (BHS) способствует выявлению переживаний отчаяния или крайнего пессимизма по поводу будущего.
4. Торонтская алекситимическая шкала (TAS) для измерения и оценки уровня алекситимии.
5. Шкала эмоциональных схем Р. Лихи (LESS) [6] для выявления эмоциональными схем, то есть совокупности имплицитных интерпретаций, ожиданий, формирующихся у пациента в отношении собственных эмоций и эмоций других людей, а также какие поведенческие и межличностные стратегии он применяет в ответ на собственные эмоции и эмоции других.

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программы SPSS 20.0. Критическим принимался уровень значимости  $p = 0,05$ . При сравнении двух независимых выборок использовался критерий Манна – Уитни для количественных величин, при определении наличия взаимосвязей между категориальными качественными данными и оценкой достоверности различий использовался критерий Хи-квадрат Пирсона.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В данном исследовании оценено прогностическое значение связи эмоционального состояния пациентов СД II типа с тяжестью течения заболевания. Полученные нами результаты демонстрируют высокое влияние на эмоциональное состояние психотравмирующих ситуаций. Ведущую роль в развитии дистресса играет переживания горя в связи с потерей близкого человека (44,8% всей выборки), болезни близких (37%) или конфликтные ситуации дома и на работе (23%). Отмечено, что наличие в анамнезе психотравмирующих ситуаций может являться пусковым механизмом, как начала заболевания, так и декомпенсированного течения СД II типа, что приводит к более раннему развитию осложнений. Больные с субкомпенсированным течением заболевания (46,3%) склонны субъективно оценивать свое отношение к болезни как спокойное, считая, что болезнь не вызывает у них выраженных негативных эмоций; 23,6% - игнорируют факт наличия заболевания, что может привести к уходу из-под терапевтического контроля диабета. 30,1% пациентов 1 группы настраиваются на борьбу с болезнью и утверждают, что стараются приспосабливаться к новым обстоятельствам, вырабатывая такой стиль жизни, который, несмотря на ряд ограничений, позволяет им чувствовать себя более уверенно и спокойно. При декомпенсированном течении заболевания большинство (39,4%), так же как и при субкомпенсированном течении, относятся к заболеванию спокойно, 28,2% настроены на соблюдение терапевтического режима, а 27,6% имеют анозогностический тип отношения к болезни, и такие пациенты отрицают наличие возможности развития тяжелых осложнений,

вызываемых СД. 9,8% больных оценивают свое отношение к болезни как тревожное, утверждают, что слишком остро реагируют на изменения самочувствия, испытывают эмоциональное напряжение, связанное с болезнью, которая заставляет их постоянно тревожиться за свое будущее, 5% относятся к своей болезни пессимистически, считая, что ничего хорошего в будущем их уже не ждет, и, представляют дальнейшую жизнь как пассивное существование, постепенное угасание. Следует отметить, что по шкале А. Бека у данных пациентов выявлен высокий уровень депрессивного состояния ( $p=0,048$ ).

Анализ клинических параметров из историй болезни имеет большое значение для исследования взаимосвязей эмоционального состояния и клинических характеристик в формировании психосоматических механизмов декомпенсации и осложненного течения СД II типа. Декомпенсированное течение СД II типа характеризуется высокими показателями гликированного гемоглобина, сочетающегося с высоким уровнем холестерина, липидов крови, индекса массы тела, фибриногена и мочевины, которые могут, особенно при ИПСД, являться неблагоприятными факторами, способствующими развитию патологии сосудов и тяжелому течению диабета.

Результаты по шкалам тревоги и депрессии А.Бека, показали, что у 54% пациентов с декомпенсированным течением заболевания преобладают средняя степень тревожного состояния, умеренная и выраженная степень (по 24,3%) проявления симптомов депрессивного расстройства, что указывает на повышенную вероятность клинического течения легкой или средней тяжести тревожно-депрессивного расстройства. По степени проявления депрессивного состояния в группе больных с декомпенсированным течением СД II типа симптомы тревоги более выражены по сравнению с пациентами I группы ( $p=0,048$ ). В отличие от декомпенсированного течения заболевания в группе с субкомпенсированным течением СД II типа при легкой степени выраженности тревоги проявления депрессии могут быть как легкой степени (у 34,2%), так и выраженной степени (23,8%). Отрицают наличие депрессивной симптоматики 26,3% больных с субкомпенсированным течением и 29,7% с декомпенсированным течением СД II типа. Возможно, это связано с защитным механизмом психики в виде вытеснения тревоги, способствующего успешной адаптации и облегчению межличностных контактов для уменьшения воздействия на пациента возможных отрицательных сигналов окружения, обеспечивая, таким образом, высокую степень свободы поведения [8]. Отмечена взаимосвязь вышеописанного процесса ( $p=0,05$ ) с нарушениями пищевого поведения в виде ожирения, являющегося одним из механизмов компенсации или «заедания стресса», то есть повторяющихся эпизодов переедания, особенно во время дистресса, с высоким темпом поедания пищи, приемом большого количества еды до неприятного ощущения тяжести без физического ощущения голода, повышающего индекс

массы тела. Следует отметить, что тяжелой депрессии и суицидальных тенденций в данной выборке не выявлено. По результатам шкалы безнадежности А. Бека значимых статистических различий в обеих группах нет ( $p=0,366$ ). Как при субкомпенсированном ( $35,67 \pm 10,694\%$ ), так и при декомпенсированном ( $36,79 \pm 9,924\%$ ) течении СД II тип, а у большинства пациентов средний уровень проявления состояния безнадежности, высокого уровня безнадежности не выявлено.

Для анализа уровня алекситимии, как фактора, лежащего в основе психосоматических заболеваний, была использована Торонтская алекситимическая шкала и отмечено повышение данного показателя у больных с декомпенсированным течением СД II типа по сравнению с больными I группы ( $p=0,032$ ). Больные СД II типа с высоким уровнем алекситимии (64,1%) высказывали жалобы на нарушения ночного сна в виде трудности при засыпании или многократных пробуждений в течение ночи, у 61,5% возникало беспокойство по незначительным поводам с повышением уровня тревожности, на что указывает корреляционная связь с показателями тревоги по Шкале Бека ( $p=0,05$ ). По мере усиления депрессии повышается уровень алекситимии, отмечается нарастание расстройства пищевого поведения и возникают симптомы астенического круга с присоединением к ним ипохондрического компонента и снижения фона настроения, способствуя декомпенсированному течению СД II типа. Все вышеперечисленное, в свою очередь, вызывает обеспокоенность пациентов соматическим состоянием и, как результат приводит к осознанию ценности своего здоровья в связи с перспективой возникновения витальной угрозы, повышая выраженность тревожно-депрессивной симптоматики. При этом пациенты СД II типа обладают средним уровнем безнадежности, то есть не склонны переживать отчаяние или крайний пессимизм по поводу будущего или окружающей действительности, несмотря на разную степень выраженности депрессивного состояния, у них отсутствуют суицидальные тенденции.

Изучение эмоциональных схем по методике Р. Лихи позволило выявить, что общая напряженность эмоциональных схем в обеих группах обследуемых пациентов СД II типа выявлена по шкалам «Упрощенное представление об эмоциях» и «Склонность к рационализации чувств», указывая на то, что им тяжело проживать сложные чувства, они не переносят амбивалентность, считают, что рациональность предпочтительнее эмоционального опыта. Шкалы «Чувство вины за собственные эмоции» и «Низкая эмоциональная экспрессивность» отражают стремление скрывать проявление своих эмоций, считая, что их проявление может быть зазорным или неуместным. Пациенты боятся потерять контроль при переживании сильных эмоций, так как склонны делить эмоции на «хорошие» и «плохие», не позволяя себе ярко проявлять «плохие» эмоциональные реакции. В обеих группах пациентов

СД II типа меньше использовались схемы «Обесценивание эмоций» и «Прогнозируемая длительность эмоций». Это показывают, что пациенты с СД II типа в возникающих сложных жизненных ситуациях ориентируются за свои ценности, принимают собственный эмоциональный опыт и понимают, что эмоции не бесконечны и имеют определенный временной интервал, это не дает личности подкреплять чувство безнадежности. Значимые различия в группе респондентов выявлены по шкале «Эмоциональное оцепенение» ( $2,910 \pm 1,0995$  балла и  $2,378 \pm 0,7647$  балла соответственно;  $p=0,014$ ) и при ИНСД и ИПСД ( $2,802 \pm 0,9941$  балла и  $2,029 \pm 0,5987$  балла соответственно;  $p=0,003$ ). Они более выражены у пациентов с декомпенсированным течением и у получающих инсулинотерапию, что свидетельствует о подавлении эмоций. Нарушения в сфере осознания проявления эмоций при повышении уровня алекситимии в сочетании с тревожно-депрессивным расстройством происходит гиперактивация симпатико-адреналовой системы. Отмечена выраженная взаимосвязь высокого уровня алекситимии и содержания кортизола и катехоламинов в крови, что имеет патогенетическое значение в развитии СД II типа.

**Заключение.** Таким образом, эмоциональное состояние пациентов взаимосвязано с тяжестью течения СД II типа. При декомпенсированном течении СД II типа у пациентов чаще проявляются негативные эмоции в виде повышения уровня алекситимии, средней степени тревоги, умеренной и выраженной степени депрессивного состояния, которые рассматриваются ими как тягостные, поэтому они испытывают потребность подавлять их или контролировать, используя схемы «Упрощенное представление об эмоциях» и «Склонность к рационализации чувств». Высокие показатели тревожно-депрессивного состояния положительно взаимосвязаны со схемой «Эмоциональное оцепенение», высоким уровнем алекситимии и повышенным содержанием гликированного гемоглобина, индекса массы тела, содержанием фибриногена и холестерина в крови, позволяя предположить, что нарушения в эмоциональной сфере могут являться одними из неблагоприятных факторов, способствующих развитию декомпенсированного течения заболевания. Пациенты СД II типа отрицали наличие суицидальных намерений и чувства безысходности даже при выраженном депрессивном состоянии. Изучение взаимосвязи эмоционального состояния пациентов СД II типа с тяжестью течения заболевания поможет более эффективно разрабатывать индивидуальные психотерапевтические программы, делая акцент на тех свойствах эмоциональной сферы, которые в первую очередь нуждаются в коррекции.

#### Литература

1. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, А.Ю. Майорова. – 10-й выпуск (дополненный). – М.; 2021. – 236 с.
2. Бобров А.Е., Володина М.Н., Агамамедова И.Н. и др. Психические расстройства у больных сахарным диабетом 2-го типа // РМЖ. – 2018. – №1(1). – С.28-33.

3. Валиева Д.А. Психоэмоциональные особенности пациентов с сахарным диабетом // Вестник современной клинической медицины. 2014. – №1. – С. 69-76.
4. Гурова О.Ю., Фадеев В.В., Малолеткина Е.С. Инъекционная терапия при сахарном диабете 2 типа: существуют ли эффективные способы повышения приверженности лечению? // Сахарный диабет. 2018. – Т. 21(6). – С. 524-533.
5. Дедов И. И., Шестакова М. В., Викулова О. К. и др. Эпидемиологические характеристики сахарного диабета в Российской Федерации: клиничко-статистический анализ по данным регистра сахарного диабета на 01.01.2021 // Сахарный диабет. 2021– 24 (3). – С.204-221.
6. Лихи Р. Терапия эмоциональных схем. – СПб.: Питер, 2019. – С.83-89.
7. Яркова Н.А., Боровков Н.Н. Приверженность к лечению больных сахарным диабетом 2-го типа и пути ее оптимизации. // Клиническая медицина. 2016. 94(9). С. 688-692.
8. Lustman PJ, Clouse RE. Depression in diabetic patients: the relationship between mood and glycemic control. J Diabetes Complications. 2005;19(2):113-22.

**К ВОПРОСАМ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ КВАЛИФИКАЦИИ  
ПСИХИЧЕСКОГО НЕЗДОРОВЬЯ ПРИ СОМАТИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЯХ  
(ОНКОПАТОЛОГИИ) У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

Кравченко Н.Е., Суетина О.А.

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

[kravchenkone@mail.ru](mailto:kravchenkone@mail.ru)

[oksanaanatolevna@yandex.ru](mailto:oksanaanatolevna@yandex.ru)

**Ключевые слова:** дети, подростки, онкопатология, психические расстройства.

**ON THE ISSUES OF DIAGNOSTIC QUALIFICATION OF MENTAL ILLNESS IN  
SOMATIC DISEASES (ONCOPATHOLOGY) IN CHILDREN AND ADOLESCENTS**

Kravchenko N.E., Suetina O.A.

FSBSI MHRC, Moscow, Russia

[kravchenkone@mail.ru](mailto:kravchenkone@mail.ru)

[oksanaanatolevna@yandex.ru](mailto:oksanaanatolevna@yandex.ru)

**Keywords:** children, adolescents, oncopathology, mental disorders.

По нашим многолетним наблюдениям те или иные расстройства психического функционирования имеют место почти у всех несовершеннолетних, получающих лечение в условиях онкологического стационара. Оценочное суждение о состоянии психического здоровья является прерогативой психиатров. Между тем вводящаяся в клиническую практику МКБ-11, претендующая на диагностическую надежность, мультидисциплинарность и «глобальную применимость», подразумевает возможность использования этих

унифицированных методических рекомендаций в качестве инструмента не только психиатрами, но и представителями других, в том числе немедицинских специальностей для установления диагноза [4]. Можно сказать, что собственно клиническая психиатрия потеряла свою значимость и даже на каком-то этапе развития «стала посмешищем медицины» [5], а представления об этиологии и патогенезе большинства болезней в психиатрической науке остаются весьма несовершенными и являются лишь рабочими гипотезами [6]. Прискорбным фактом оказывается и отношение многих молодых психиатров к МКБ как к методологической базе, определяющей клиническое и научное мышление [3]. Между тем верификация того или иного наблюдаемого феномена с возможным его причислением к симптому психического расстройства не может быть занятием формализованным, к тому же диагностический вес разных симптомов не одинаков [2]. Именно в процессе врачебной практики и постепенного накопления опыта формируется клиническое мышление психиатра, позволяющее ему трансформировать феноменологическую информацию в диагностическую [1]. Это положение справедливо и в клинико-диагностической работе врача психиатра в соматических учреждениях, в частности – в онкопедиатрических, целью которой является обнаружение и лечение нарушений психического здоровья у детей и подростков с тяжелым соматическим заболеванием. В большинстве случаев сопровождающие онкопатологию нарушения психического здоровья у несовершеннолетних это легкие расстройства непсихотического уровня, среди которых наиболее часты стрессогенно обусловленные состояния. Вместе с тем нередко среди врачей онкологов бытует отношение к нетяжелым проявлениям психической патологии, как к само собой разумеющимся и «нормальным» при тяжелом соматическом страдании. Кроме того, в связи с высокой загруженностью онкопедиатров, недостаточной информированностью о собственно психической патологии у детей и недооценкой влияния актуального психического состояния на процесс лечения тяжелого соматического недуга этим нарушениям психического здоровья не всегда уделяется необходимое внимание. На клиническую оценку и значимость того или иного феномена или симптома существенное влияние могут оказывать обыденные предубеждения, например, миф о том, что психиатр может признать больным даже здорового человека. Несомненно, ложноположительная диагностика психической патологии этически не оправдана. Но и несерьезное отношение к психопатологическим проявлениям, подлежащим лечению и весьма затрудняющим жизнь и процесс лечения маленького пациента, тоже не соотносится с этическими принципами медицины. Действительно, некоторые обусловленные ситуацией госпитализации (многочисленные обследования, ограничения некоторых потребностей, проведение медицинских манипуляций) особенности реагирования детей могут быть весьма схожими с симптомами психического расстройства, не являясь ими по своей клинической сути. Именно

разделение понятных психологических феноменов и требующих лечебной коррекции симптомов, связанных с расстройством психического здоровья, является одной из задач, которые решает детский психиатр-консультант в онкологическом стационаре. Например, сниженное настроение в трудной ситуации (в частности, при онкологическом заболевании) может относиться как к понятной и адекватной психологической реакции, так и быть проявлением психогении (депрессивной реакции), или же тимическим компонентом депрессивной триады при развитии депрессивного эпизода. В качестве другого примера можно привести расстройства поведения. Они сами по себе не относятся к какой-либо нозологической категории и могут иметь место и у здоровых психически подростков. Но при наблюдении подобных нарушений у детей с онкологической патологией обнаружение тех или иных психологических механизмов развития поведенческих девиаций позволяет понять их генез— в одних случаях это психогенно спровоцированные нарушения адаптации у маленьких детей в виде непослушания, истеро-демонстративного поведения, они обусловлены состоянием тревоги, стремлением изменить актуальную ситуацию, убежать от страха и эмоционального дискомфорта; в других —гетеро- и аутоагрессия, гневливость на фоне тоскливо-злобного настроения «генетически» связаны с применением кортикостероидов, часто использующихся при лечении онкогематологических заболеваний; а в некоторых случаях протестное поведение с отказом от лечения, нарушением режима и соблюдения врачебных предписаний оказываются проявлением полиморфного реактивного депрессивного состояния у подростков (с отвержением ситуации болезни, игнорированием возможных тяжелых последствий). Клиническое мышление в онкопедиатрической практике необходимо психиатру и при решении вопроса о дифференциации не только психологических и психопатологических, но и некоторых соматических симптомов. Так, упорная тошнота, рвота, категорический отказ от приема пищи могут быть обусловлены чисто соматическими причинами, связанными с развитием мукозита (часто развивающимся осложнением химиотерапии), но также могут оказаться симптомами спровоцированной этим осложнением нозогенной невротической реакции, в клинической картине которой преобладают расстройства пищевого поведения.

Таким образом, понимание психопатологического смысла того или иного клинического феномена или симптома не может быть получено формальным путем (при заполнении шкалы, опросника, ответов на тест), но рождается в процессе клинического размышления специалиста соответствующей квалификации, т.е. психиатра.

### Литература

1. Красильников Г.Т., Косенко В.Г., Селезнев С.Б., Агеев М.И., Косенко Н.А. О понятиях «феномен» и «симптом» в современной психиатрии и медицинской психологии // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2017. – Т. 9, № 3(44). – С. 2 [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 21.06.2022).
2. Циркин С.Ю. Симптомы и синдромы в клинической диагностике // Независимый психиатрический журнал. – 2009. – № 2. – С. 26–30.
3. Шевченко Ю.С., Северный А.А. Клиническая оценка детской психической патологии в современных классификациях // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. - Т.19, №4. - С.29-33
4. Ayuso-Mateos J. L. Прототипная диагностика психопатологических синдромов и МКБ-11 // World Psychiatry (на русском) 2012. - Том 11, номер 1, с.32-33
5. Frances A. Прототипная диагностика: станет ли этот реликт прошлого волной будущего? // World Psychiatry (на русском) 2012. - Том 11, номер 1, с.27-28
6. Jablensky A. Прототипы, синдромы и дименсии в психопатологии: открытое поле для исследований // World Psychiatry (на русском) 2012. - Том 11, номер 1, с.23-24

### РУССКОЯЗЫЧНАЯ АДАПТАЦИЯ ПЕРТСКОГО ОПРОСНИКА АЛЕКСИТИМИИ

Ларионов П. М.<sup>1</sup>, Хохлова О. Ю.<sup>2</sup>, Яковлева М. В.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Университет Казимира Великого, Быдгощ, Польша

<sup>2</sup> Университет Мидлсекс, Дубай, ОАЭ

<sup>3</sup> ФГБОУ ВО СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия

[pavel@ukw.edu.pl](mailto:pavel@ukw.edu.pl)

**Ключевые слова:** адаптация, алекситимия, негативные эмоции, позитивные эмоции, психометрические свойства.

### A RUSSIAN ADAPTATION OF THE PERTH ALEXITHYMIA QUESTIONNAIRE

Larionow P.<sup>1</sup>, Khokhlova O. Yu.<sup>2</sup>, Iakovleva M. V.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Kazimierz Wielki University, Bydgoszcz, Poland

<sup>2</sup> Middlesex University Dubai, Dubai, UAE

<sup>3</sup> FSBI HE SpbSU, St. Petersburg, Russia

[pavel@ukw.edu.pl](mailto:pavel@ukw.edu.pl)

**Keywords:** adaptation, alexithymia, negative emotions, positive emotions, psychometric properties.

**Введение.** Алекситимия — это личностная особенность, состоящая из трех компонентов: (1) трудности с идентификацией (определением) собственных чувств, (2) трудности с описанием чувств и (3) внешне-ориентированное мышление (Preese и др., 2018). Алекситимия является фактором риска целого ряда аффективных и психосоматических расстройств по причине негативного влияния на регуляцию эмоций (Ларионов, 2021), что неудивительно, если принимать во внимание ведущую роль эмоциональных факторов в развитии

психосоматической патологии (Щелкова, 2012).

Наиболее часто используемым диагностическим инструментом для оценки алекситимии является 20-пунктная Торонтская шкала алекситимии (*Toronto Alexithymia Scale*, TAS-20; Bagby и др., 1994). Несмотря на то, что в целом TAS-20 является хорошим опросником для измерения алекситимии, он характеризуется некоторыми психометрическими проблемами, в том числе проблемой с дискриминантной валидностью по отношению к дистрессу или негативному аффекту (Kooimani др., 2002). Кроме того, TAS-20 не был разработан для получения информации по каждому из трех компонентов алекситимии. Ряд исследователей отметили низкую внутреннюю согласованность подшкалы внешне-ориентированного мышления. В связи с этим разработчики TAS-20 рекомендуют использовать в качестве показателя алекситимии только общий балл (Bagby и др., 2007). Более того, в русскоязычной версии TAS-20 низкую внутреннюю согласованность имеет также подшкала трудностей с описанием чувств (Старостина и др., 2010), что значительно ограничивает использование опросника в клинических условиях.

Для преодоления обозначенных выше проблем был разработан 24-пунктный Пертский опросник алекситимии (*Perth Alexithymia Questionnaire*, PAQ; Preece и др., 2018), который позволяет не только измерить все компоненты алекситимии, но и отдельно оценить трудности с идентификацией и описанием чувств по отношению к негативным и позитивным эмоциям. PAQ включает в себя общий балл и пять подшкал: (1) трудности с идентификацией негативных чувств (N-DIF; 4 пункта, например, «Когда я чувствую себя *плохо*, я не могу определить, грущу ли я, злюсь или боюсь»), (2) трудности с идентификацией позитивных чувств (P-DIF; 4 пункта, например, «Когда я чувствую себя *хорошо*, я не могу понять смысл этих чувств»), (3) трудности с описанием негативных чувств (N-DDF; 4 пункта, например, «Когда я чувствую себя *плохо* (испытываю неприятные эмоции), я не могу найти подходящие слова, чтобы описать эти чувства»), (4) трудности с описанием позитивных чувств (P-DDF; 4 пункта, например, «Когда я чувствую себя *хорошо*, я не могу говорить об этих чувствах очень глубоко и подробно») и (5) внешне-ориентированное мышление (G-EOT; 8 пунктов, например, «Обычно я стараюсь не думать о том, что я чувствую»). В настоящее время данный опросник активно используется в зарубежных исследованиях. Например, представлены испанская (Весетта и др., 2021) и польская (Lagionow и др., 2022) версии PAQ, которые обладают очень хорошими психометрическими свойствами, в том числе хорошей конвергентной, дивергентной и дискриминантной валидностью, а также высокой внутренней согласованностью. Таким образом, опросник PAQ является валидным психометрическим инструментом. В настоящее время не существует его русскоязычной версии. Цель исследования — разработать русскоязычную версию PAQ и описать ее психометрические

свойства.

**Материал и методы.** Исследование было проведено онлайн в 2022 г. среди русскоязычного населения. В нем приняли участие 229 человек (196 женщин и 33 мужчины) в возрасте от 18 до 60 лет ( $M = 28,59$ ,  $SD = 9,41$ ). Респонденты заполняли следующие русскоязычные опросники: Пертский опросник алекситимии (PAQ), Торонтскую шкалу алекситимии (TAS-20; Старостина и др., 2010), Опросник здоровья (*Patient Health Questionnaire-4*, PHQ-4) для измерения симптомов депрессии и тревоги, Шкалу воспринимаемого стресса (*Perceived Stress Scale*, PSS-10; Абабков и др., 2016), Краткую форму Пертской шкалы эмоциональной реактивности (*Perth Emotional Reactivity Scale-Short Form*, PERS-S; Ларионов и др., 2021) и Шкалу субъективной диспозиционной витальности (*Subjective Vitality Scale*, SVS; Александрова, 2014).

**Результаты и их обсуждение.** С помощью конфирматорного факторного анализа было выявлено, что оптимальным решением является 5-факторная модель, которая отражает предполагаемую факторную структуру опросника. Таким образом, русскоязычная версия PAQ обладает теоретически конгруэнтной факторной структурой. Внутренняя согласованность (альфа Кронбаха и омега МакДональда) всех подшкал опросника и общего балла была высокой ( $\geq 0,82$ ).

С целью оценки конвергентной и дивергентной валидности были рассчитаны корреляции PAQ с TAS-20, PHQ-4, PSS-10, PERS-S и SVS. Все подшкалы и общий балл PAQ сильно и положительно коррелировали с баллами TAS-20 ( $r$  от 0,50 до 0,86). Показатели PAQ сильно и отрицательно коррелировали с общей реактивностью позитивных эмоций ( $r$  от -0,41 до -0,62), тогда как P-DDF и подшкалы PAQ с негативной валентностью (т. е. N-DIF и N-DDF) умеренно и положительно коррелировали с общей реактивностью негативных эмоций ( $r$  от 0,24 до 0,33). Положительно-валентные подшкалы PAQ (т. е. P-DIF и P-DDF) умеренно и положительно коррелировали с симптомами тревоги и общим баллом PHQ-4 ( $r$  от 0,25 до 0,26), причем, что удивительно, все баллы PAQ статистически значимо не коррелировали с депрессивными симптомами. В целом, подшкалы PAQ (кроме G-EOT) и общий балл PAQ умеренно и положительно коррелировали со стрессом ( $r$  от 0,32 до 0,44), а P-DIF и общий балл PAQ умеренно и отрицательно коррелировали с витальностью ( $r = -0,25$  и  $-0,23$  соответственно).

Помимо этого, проведенный множественный регрессионный анализ показал, что баллы PAQ являются значимыми предикторами симптомов тревоги [ $beta$  P-DIF = 0,33,  $beta$  G-EOT = -0,23;  $F_{(2, 78)} = 4,903$ ,  $p = 0,010$ ,  $R^2 = 8,9\%$ ], стресса [ $beta$  P-DDF = 0,44;  $F_{(1, 79)} = 18,585$ ,  $p < 0,001$ ,  $R^2 = 18,0\%$ ], а также витальности [ $beta$  P-DDF = -0,28;  $F_{(1, 79)} = 6,950$ ,  $p = 0,010$ ,  $R^2 = 6,9\%$ ]. Баллы PAQ не были статистически значимыми предикторами симптомов депрессии.

Результаты указывают на особую роль положительно-валентных компонентов алекситимии (т. е. P-DIF и P-DDF) в развитии психопатологических симптомов и снижении витальности. В свою очередь, это подчеркивает клиническую релевантность выделения положительно-валентных и негативно-валентных подшкал PAQ.

**Выводы.** Цель исследования заключалась в изучении психометрических свойств русскоязычной версии опросника PAQ. Эмпирически показано, что опросник характеризуется оригинальной 5-факторной структурой, что согласуется с выводами, представленными в других валидационных исследованиях (Весергаи др., 2021; Larionowi др., 2022). Внутренняя согласованность всех пяти подшкал и общего балла PAQ была хорошей.

Конвергентная и дивергентная валидность PAQ также были эмпирически подтверждены. В целом, подшкалы PAQ и общий балл высоко положительно коррелировали с TAS-20, были значимо отрицательно связаны с общей реактивностью позитивных эмоций и положительно — с общей реактивностью негативных эмоций, что согласуется с предыдущими исследованиями (Весергаи др., 2021; Larionowi др., 2022). Положительно-валентные подшкалы P-DIF и P-DDF положительно коррелировали с симптомами тревоги и общим баллом PHQ-4, а также отрицательно — с витальностью. Все показатели PAQ (кроме G-EOT) были положительно связаны со стрессом, что подтверждает хорошую конвергентную и дивергентную валидность русскоязычной версии PAQ, а также клиническую значимость выделения положительно-валентных и негативно-валентных подшкал данного опросника.

Наши данные согласуются с выводами, полученными в других валидационных исследованиях (Весергаи др., 2021; Larionowi др., 2022; Preece и др., 2018), подтверждая хорошие психометрические свойства и кросс-культурную валидность опросника PAQ. Таким образом, русскоязычная версия PAQ является кратким и отличным опросником для комплексного измерения конструкта алекситимии по отношению к негативным и позитивным эмоциям. В настоящее время нами проводится русскоязычная валидизация краткой 6-пунктовой версии PAQ (*Perth Alexithymia Questionnaire-Short Form*, PAQ-S; Preece и др., 2023), которая может быть применена в различных исследовательских и клинических условиях.

#### Литература

1. Bagby, R. M., Taylor, G. J., Parker, J. D. (1994). The Twenty-item Toronto Alexithymia Scale-II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 33–40.
2. Bagby, R. M., Taylor, G. J., Quilty, L. C., Parker, J. D. (2007). Reexamining the factor structure of the 20-item Toronto Alexithymia Scale: commentary on Gignac, Palmer, and Stough. *Journal of Personality Assessment*, 89(3), 258–264.
3. Becerra, R., Baeza, C. G., Fernandez, A. M., Preece, D. A. (2021). Assessing Alexithymia: Psychometric Properties of the Perth Alexithymia Questionnaire in a Spanish-Speaking Sample. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 710398.
4. Kooiman, C. G., Spinhoven, P., Trijsburg, R. W. (2002). The assessment of alexithymia: a critical review of the literature and a psychometric study of the Toronto Alexithymia Scale-20. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(6), 1083–1090.

5. Larionow, P., Preece, D. A., Mudło-Głagolska, K. (2022). Assessing alexithymia across negative and positive emotions: Psychometric properties of the Polish version of the Perth Alexithymia Questionnaire. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 1047191.
6. Preece, D., Becerra, R., Robinson, K., Dandy, J., Allan, A. (2018). The psychometric assessment of alexithymia: Development and validation of the Perth Alexithymia Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 132, 32–44.
7. Preece, D. A., Mehta, A., Petrova, K., Sikka, P., Vjureberg, J., Chen, W., Becerra, R., Allan, A., Robinson, K., Gross, J. J. (2023). The Perth Alexithymia Questionnaire-Short Form (PAQ-S): A 6-item measure of alexithymia. *Journal of Affective Disorders*, 325, 493–501.
8. Абабков, В. А., Барышникова, К., Горбунов, И. А., Капранова, С. В., Пологаева, Е. А., Стуклов, К. А. (2016). Валидизация русскоязычной версии опросника «Шкала воспринимаемого стресса-10». *Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология*, 2, 6–15.
9. Александрова, Л. А. (2014). Субъективная витальность как предмет исследования. *Психология. Журнал Высшей Школы Экономики*, 11, 133–163.
10. Ларионов, П. М. (2021). Ключевые проблемы исследования алекситимии и ее взаимосвязь с когнитивными стратегиями регуляции эмоций, эластичностью копинга и эмоциональными нарушениями. *Консультативная психология и психотерапия*, 29(1), 44–65.
11. Ларионов, П. М., Агеенкова, Е. К., Белашина, Т. В. (2021). Психометрические свойства русскоязычной версии краткой формы Пертской шкалы эмоциональной реактивности. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*, 13(2), 26–33.
12. Старостина, Е. Г., Тэйлор, Г. Д., Квилти, Л. К., Бобров, А. Е., Мошняга, Е. Н., Пузырева, Н. В., Боброва, М. А., Ивашкина, М. Г., Кривчикова, М. Н., Шаврикова, Е. П., Бэгби, Р. М. (2010). Торонтская шкала алекситимии (20 пунктов): валидизация русскоязычной версии на выборке терапевтических больных. *Социальная и клиническая психиатрия*, 20(4), 31–38.
13. Щелкова, О. Ю. (2012). Основные направления научных исследований в Санкт-Петербургской школе медицинской (клинической) психологии. *Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология*, 1, 53–90.

## СПЕЦИФИКА КОПИНГИ-СТРАТЕГИЙ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Мелёхин А.И.

Москва, Россия

[clinmelehin@yandex.ru](mailto:clinmelehin@yandex.ru)

**Ключевые слова:** копинг-стили, синдром раздраженного кишечника, копинг-стратегии.

## THE SPECIFICS OF COPING STRATEGIES IN WOMEN WITH CHRONIC FUNCTIONAL DISORDERS OF THE GASTROINTESTINAL TRACT

Melehin A.I.

Moscow, Russia

[clinmelehin@yandex.ru](mailto:clinmelehin@yandex.ru)

**Keywords:** coping styles, irritable bowel syndrome, coping strategies.

**Введение.** Синдром раздраженного кишечника (СРК) на данный момент является наиболее

частым диагнозом функциональных расстройств ЖКТ, одним из наиболее трудно поддающихся лечению заболеваний и оказывающее значительное инвалидизирующее влияние на качество жизни пациентов. Генетические и эпигенетические факторы, психологический накопленный макро-, микростресс, изменения в психологическом и когнитивном функционировании (нейротизм, алекситимия, соматизация аффекта, катастрофизация, тревога о здоровье), неблагоприятные жизненные события, желудочно-кишечная инфекция, нарушение иммунной регуляции при гиперчувствительности к пище, дисбиотическая микробиота кишечника и сбой в оси мозг-кишечник (изменения в висцеральной interoцепции) вовлечены в патогенез СРК. У пациентов присутствует спектр внекишечных соматических проявлений: головная боль, скелетно-мышечная боль, симптомы учащенного мочеиспускания, депрессия, тревога и хроническая усталость [4]. Вопрос патофизиологических механизмов СРК по сей день является открытым и включают в себя учет наличия у пациента «аномального» функционирования перистальтики кишечника; висцеральной гиперчувствительности; дисфункцию оси «микробиота-кишечник-мозг»; нарушение в целостности эпителиального барьера, вызывающие аномальное изменение в проницаемости кишечника; аномальной энтероэндокринной передачи сигналов, а также дисбиоза кишечной микробиоты из-за изменений в эмоциональной регуляции [1]. Несмотря на значительное количество доступных фармакологических и немедикаментозных вариантов лечения, ведение пациентов с СРК является сложной задачей, поскольку требуется индивидуальный подход. Согласно биопсихосоциальной модели СРК Д.А. Дроссмана [4], взаимодействие нервной системы и кишечника подразумевает, что физиологические нарушения при СРК связаны с психологическим стрессом, подразумевая, что существует комбинированное влияние аномального функционирования моторной, сенсорной, центральной нервной систем и желудочно-кишечного тракта (энтеральной нервной системы). Психологический стресс (перенесенный и актуальный) оказывает значительное влияние на состояние ЖКТ с точки зрения чувствительности, подвижности, секреции и проницаемости. Эти психобиологические процессы могут лежать в основе взаимосвязи между психологическими процессами или состоянием желудочно-кишечного тракта. В рамках биопсихосоциальной модели ряд психологических процессов были изучены в исследованиях автора (например, алекситимия, нейротизм, проблемно-ориентированный личностный тип, эмоциональная дисрегуляция) [1, 2], в то время как другим, включая копинг-стратегии, как когнитивным или поведенческим стратегиям для управления конкретными внутренними и/или внешними источниками психологического стресса, уделялось относительно мало внимания как в зарубежной [3], так и российской клинической психологии и нейрогастроэнтерологии. Важность копинг-стратегий отражается в их включении в модели

стресса и когнитивно-поведенческой концептуализации болезни (в том числе и СРК). Копинг-стратегии в отношении СРК определяются как когнитивные и поведенческие усилия, которые пациенты используют в ситуациях, которые они считают стрессовыми (ситуации-вызовы). На совладание влияют события ранней жизни пациента, биологические, психологические и социокультурные факторы. Высокий уровень интенсивности и катастрофизации боли, нарушения функциональности, тревога или депрессия выступают в качестве факторов, препятствующих адаптации к симптомам ЖКТ. Стратегии преодоления, ориентированные на решение проблем (поиск информации, планирование и постановка целей, а также напористая конфронтация), предназначены для изменения стрессовой ситуации. Стратегии преодоления, ориентированные на эмоции (поиск эмоциональной поддержки, расслабление или медитация, принятие желаемого за действительное), имеют дело с эмоциональным стрессом, связанным с ситуацией. Преодоление избегания включает психологические (когнитивное дистанцирование) и поведенческие (отстранение себя от ситуации) стратегии вытеснения стрессовой ситуации. Именно то, как пациент справляется со стрессом, реагирует на неопределенность, повседневные ситуации-вызовы, а не стресс как таковой, влияет на его психологическое и соматическое благополучие. Различия в копинг-стратегиях могут отличать тех, кто учится эффективно справляться со стрессовыми реакциями, и тех, кто поддается их воздействию и развивает соматические функциональные симптомы (склонность к соматизации). Роль, которую копинг-стратегии (копинг профиль пациента) играют в развитии синдрома раздраженного кишечника, является важной проблемой настоящего исследования. Пациенты с СРК по-разному интерпретируют стрессовые ситуации и используют разные стратегии совладания. Использование пассивных стратегий совладания со стрессом связано с более высокой тяжестью симптомов СРК и плохим качеством жизни. Неадаптивные стратегии совладания в стрессовых ситуациях у данных пациентов вызывают интернализацию стресса и приводят к психическим расстройствам, таким как тревога или депрессия. Плохо адаптивный стиль совладания влияет на выздоровление пациентов с желудочно-кишечными заболеваниями функционального типа.

**Цель** - изучить специфику копинг-стратегий, которые используют пациенты с синдромом раздражённого кишечника с рефрактерным течением, т.е. у которых симптомы стали хроническими, и они на протяжении 9–12 месяцев лечения не реагировали на соматотропное гастроэнтерологическое лечение.

**Материал и методы.** Методики исследования: COPE Inventory (адаптация: Т. О. Гордеева, Е. Н. Осин, Е. А. Рассказова). Участники исследования:

1) Основная группа состояла из 100 женщин, средний возраст составлял 35 лет в диапазоне от 18 до 51 года, с СРК (К.58) в соответствии с Римскими диагностическим

критериям IV, прошедшие полное обследование у врача-гастроэнтеролога с проведением колоноскопического обследования и направленных к клиническому психологу для психологического обследования и психотерапии. Средняя длительность заболевания  $35,1 \pm 40,9$  месяцев, что говорит о рефрактерном СРК. Участники исследования на момент исследования не принимали ни соматотропную и психотропную терапию.

2) Контрольная группа – 100 женщин (средний возраст  $41,5 \pm 12,2$  года, посещавшие профилактически врача-гастроэнтеролога без наличия функциональных и органических заболеваний желудочно-кишечного тракта.

**Результаты исследования.** Пациенты с СРК используют широкий спектр копинг-стратегий и стилей (проблемно-ориентированный и избегающий), которые могут иметь последствия для их психологического благополучия. Использование различных копинг-стратегий различаются у пациентов с СРК по сравнению с контрольной группой. Пациенты с СРК используют больше проблемно-ориентированные копинг-стратегии, которые не всегда могут быть адаптивными. Пациенты, участвовавшие в исследовании, чаще проявляли тревогу, раздражение, терпеливость, гнев, игнорирование усталости. Сами пациенты часто отмечают, что проблема с кишечником воспринимается ими как «квест, который нужно пройти, сделать все возможное чтобы им управлять». Пациенты больше используют чрезмерно активные стратегии преодоления проблем (особенно когнитивную репетицию) и избегание, чем стратегии, ориентированные на то, чтобы разобраться в собственных эмоциях и психическом благополучии. Таким образом, данными пациентами используются стратегии, направленные на отвлечение себя от собственного психического функционирования, стрессора и/или связанных с ним эмоций. Ряд исследований показывают, что преобладание проблемно-ориентированного стиля совладания в значительной степени связано с рисками развития соматических симптомов (соматизации) за счет дисфункционального повышенного чувства контроля.

Пациенты с СРК больше используют планирование для того, чтобы, с одной стороны, быть максимально продуктивным, с другой стороны, чтобы максимально спрогнозировать и не потерять контроль над симптомами. В связи с этим пациенты чрезмерно обдумывают то, как действовать в отношении «своего кишечника», возможного появления симптомов, которые они не могут предсказать в той или иной жизненной ситуации (свидание, рабочая встреча, отсутствие туалетов, перелет). Они концентрированы на негативных эмоциях (беспомощность, страдание, тревога, неудовлетворенность), которая сопровождается суетливостью, катастрофизацией, когнитивной и соматической гипермобилизацией, изменениями в понимании как собственных психических состояний, так и других людей (ментализации). Следует отметить наличие низких показателей по позитивному

переформулированию и личному росту у пациентов с СРК в отличие от контрольной группы, что говорит о негативном когнитивном смещении при восприятии информации. Эти стратегии поддерживают уровень мобилизации, тревоги и депрессии у данной группы пациентов. Преобладает активное совладание, т.е. построение, просчитывание активных шагов или прямых действий, направленных на борьбу с симптомами, перестраховка от их появления в той или иной ситуации. Пациентам свойственна маркировка своего поведения, приема пищи, что «уместно» и/или «опасно». При возникновении симптомов, или прогнозировании их у пациентов с СРК актуализируется стратегия подавления конкурирующей деятельности, которая сопровождается поведенческими способами отвлечения себя уходом в работу, в бытовые дела, избыточные физические нагрузки или, наоборот, замирание. Мысленный и поведенческий уход от проблем, симптомов, а также использование «успокоительных» лекарств (лоперамид, смекта, спазмолитики, слабительные) выше у пациентов с СРК в отличие от контрольной группы. Известно, что такое копинг-поведение было вовлечено в развитие других расстройств, таких как мигрень и сердечно-сосудистые расстройства. Стратегии преодоления, ориентированные на эмоции, такие как отвлечение внимания и подавление поведения, в значительной степени по ряду исследований связаны с соматизацией и депрессивным аффектом. Этот тип совладающего поведения также был связан с усилением самообвинения и плохим исходом выздоровления СРК, рисками развития рефрактерного течения. У пациентов с СРК наблюдается повышенный поиск социальной поддержки (как инструментальной, так и эмоциональной).

### Литература

1. Мелёхин А. И. Специфика эмоциональной дисрегуляции у женщин с различными типами синдрома раздражённого кишечника // *Неврологический вестник*. 2022. № 1. С. 31–45.
2. Мелёхин А. И. Роль желудочно-кишечной специфической тревоги и алекситимии как предикторов выраженности синдрома раздражённого кишечника у женщин // *Неврологический вестник*. 2021. Т. 53, № 1. С. 34–41.
3. David L., Fadgyas Stanculete M., Bolba A.R. Coping Strategies and Irritable Bowel Syndrome: A Systematic Review. // *J Gastrointest Liver Dis*. 2021. Vol. 8. № 3. P. 485-494
4. Elwing J.E, Atassi H., Rogers B.D, Sayuk G.S. Emerging therapies in the management of Irritable Bowel Syndrome (IBS). // *Expert Opin Emerg Drugs*. 2022. 27. Vol. 1. P 55-73.

## ОСОБЕННОСТИ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О СВОЕМ ТЕЛЕ У ПОДРОСТКОВ С ЮНОШЕСКИМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ СКОЛИОЗОМ

Плахотниченко М.М., Чирухина В.И.

ФГБОУ ВО ТвГУ, Тверь, Россия

[Plakhotnichenko.MM@tversu.net](mailto:Plakhotnichenko.MM@tversu.net)

**Ключевые слова:** юношеский идиопатический сколиоз, подростки, представление о своем теле.

**FEATURES OF TEENAGERS BODY-IMAGE WITH IDIOPATHETIC SCOLIOSIS**

Plakhotnichenko M.M., Chirukhina V.I.

<sup>1</sup> FSBI HE TvSU, Tver, Russia[Plakhotnichenko.MM@tversu.net](mailto:Plakhotnichenko.MM@tversu.net)**Keywords:** juvenile idiopathic scoliosis, teenagers, body image.

**Введение.** На протяжении многих лет сколиоз является одной из наиболее распространенных форм деформации позвоночника среди детей и подростков. Для данной патологии позвоночного столба характерно сочетание изменений его ротации в трех плоскостях: наблюдается боковое искривление во фронтальной плоскости, осевое вращение - в горизонтальной, а также отмечаются отклонения в сагиттальной плоскости. При этом сколиоз по мере физического развития ребёнка и подростка может иметь прогрессирующее течение [1].

Проблема этиологии трёхплоскостной деформации позвоночника является актуальным дискуссионным вопросом среди ортопедов, неврологов и вертебрологов. Постановка диагноза «идиопатический сколиоз» свидетельствует о неясной причине развития данного патологического процесса. Идиопатическая форма сколиоза по распространенности охватывает 2-5% в популяциях населения разных регионов мира [1].

А.П. Горбач, О.М. Сергеенко, Е.Н. Щурова [1] выделяют несколько направлений теорий о возникновении и развитии сколиоза. К генетической теории относятся исследования изменения активности генов во время роста и деления клеток, а также возможных хромосомных аномалий и мутаций генов. Нейрогенный аспект сколиоза описывают в исследованиях структурных изменений головного мозга пациентов со сколиозом. Также ученые выделяют группу биомеханических факторов и теорию дефекта костной и мышечной тканей, связанных с особенностями развития опорно-двигательного аппарата в целом. Ряд исследований был посвящен гормонам, влияющим на костную систему, а также особенностям метаболизма костной ткани. Факторы образа жизни (здоровое питание, физическая активность) в сочетании с экологической обстановкой региона также могут явиться причинами развития сколиоза. Наконец, в рамках эволюционной теории специалисты характеризуют сколиоз как «оплату за прямохождение» [2].

Сколиоз в зависимости от возраста возникновения и постановки диагноза различают, как инфантильный (соответствует периоду раннего детства до трёх лет), ювенильный (захватывающий период младшего дошкольного и младшего школьного возраста от 4 до 9

лет), юношеский (старше 10 лет) [1].

Начало сколиотического искривления часто совпадает с периодами скачков роста и полового созревания у подростков. Следует отметить, что в подростковом возрасте наиболее интенсивные перемены физического «Я» сочетаются с выстраиванием гендерной идентичности, формированием самосознания, «Я»-концепции и образа тела [3].

Возникающие физические изменения находят отражение в восприятии подростком своего тела. При этом следует учесть, что сколиотическое искривление позвоночника может быть выражено не только внешним нарушением осанки (вплоть до формирования рёберного горба), но и сопровождаться ощущением боли в области спины, а последствия могут быть выражены в дисфункции дыхательной и сердечно-сосудистой систем. Таким образом, возникает необходимость в исследовании представления о себе и своем теле у подростков с юношеским идиопатическим сколиозом, что является целью данного исследования.

**Материал и методы.** Для реализации цели был подобран комплекс психодиагностических методик: методика «Q-сортировка» для исследования представлений о себе в контексте группового взаимодействия, «Опросник ситуативной неудовлетворенности телом» в контексте различных ситуаций (SIBID), «Опросник представлений о внешности» (ASI-R).

В исследовании приняли участие 25 подростков (15 девочек и 10 мальчиков) в возрасте 12-17 лет, проходящих физическую реабилитацию в ГБУЗ «Областной клинический лечебно-реабилитационный центр» (г. Тверь) в связи с диагнозом «юношеский идиопатический сколиоз» (с соответствующим кодом М41.1 по МКБ-10). Из участников исследования 6 подростков имеют первую степень сколиоза, у 10 подростков отмечается вторая степень, 6 подростков страдают третьей степенью сколиоза и у троих подростков выставлена четвертая степень данного заболевания.

Предметом исследования являются особенности восприятия себя и своего тела у подростков с юношеским идиопатическим сколиозом.

**Результаты и их обсуждение.** Средний показатель удовлетворенности образом тела в социальных ситуациях у подростков с юношеским идиопатическим сколиозом равен 39,5 балла (min=10, max=78), что соответствует средней степени удовлетворенности своим телом. При этом по процентному соотношению данного показателя отмечается, что лишь 4% подростков отмечают высокую удовлетворённость своим телом, остальные 96% не удовлетворены представлением о своем теле. В целом, подростки с юношеским идиопатическим сколиозом проявляют застенчивость и скованность в таких ситуациях, как примерка одежды в магазине, оценивают свою внешность положительно только в случае, если находятся среди других лиц, вызывающих у них симпатию, также оценивают себя менее привлекательно при просмотре фотографий с более привлекательными фигурами. Таким

образом, подростки недостаточно удовлетворены привлекательностью своей внешности, большинство социальных ситуаций вызывают дискомфорт в связи с их восприятием своего физического «Я».

Исследование представления подростков с юношеским идиопатическим сколиозом о своей внешности с помощью методики ASI-R представлено следующими результатами. Средний показатель равен 59,4 балла (min=32, max=80), что соответствует частично искаженному представлению о своем теле. В данном случае на первый план выходит значимость внешности в жизни подростка и влияние ощущения собственной привлекательности на эмоциональный фон. Большинство подростков (96%) испытывают беспокойство, если их внешность оценивают негативно, у 4% подростков отмечается искаженное восприятие внешности, что выражается в излишней идеализации и значимости роли внешности в их жизни.

Тенденции поведения подростков с юношеским идиопатическим сколиозом в группе исследовано с помощью методики «Q-сортировка». Получены следующие средние показатели по амбивалентным тенденциям: «зависимость» (12,6 баллов) и «независимость» (7,3 балла); общительность (13,7 баллов) и необщительность (6,2 баллов); «принятие борьбы» (7,9 баллов) и «избегание борьбы» (12 баллов).

Таким образом, подростки с юношеским идиопатическим сколиозом стараются принимать ценности группы и принятые в ней правила. Они достаточно контактные и стремятся устанавливать связи с ровесниками, в спорах и конфликтах предпочитают компромисс, избегают негативного взаимодействия и стремятся сохранить нейтралитет. При анализе распределения поведенческих тенденций в группе участников отмечаются следующие соотношения. У 84% подростков отмечается тенденция к зависимому поведению в группе относительно принятия групповых стандартов и ценностей, лишь у 16% участников преобладает обратная тенденция, что выражено в отстаивании собственного мнения, предъявлении различий в своих взглядах и поведении от группы ровесников.

В рамках тенденций «общительность – необщительность» преобладающее число респондентов (88%) стремятся устанавливать новые контакты и эмоциональные связи с окружающими людьми, и лишь у 12% обнаружен внутренний конфликт между потребностью в общении и стремлением ограничить круг общения.

Большинство подростков с юношеским идиопатическим сколиозом (71%) хотели бы сохранить нейтральную позицию в конфликтных ситуациях. Внутриличностный конфликт между стремлением сохранить нейтральную сторону и принять активное участие в групповой жизни отмечается у 80% подростков. Стремление добиться более высокого статуса в межличностных отношениях выявлено у 20% подростков.

По коэффициенту корреляции Спирмена установлены достоверные прямые сильные и умеренные взаимосвязи между показателями: «степень сколиоза» и «ситуативная неудовлетворенность образом тела» ( $r=0,553$ ,  $p<0,01$ ), «степень сколиоза» и «представления о внешности» ( $r=0,417$ ,  $p<0,05$ ). Подростки, страдающие юношеским идиопатическим сколиозом, при более выраженной степени заболевания нуждаются в систематическом ношении корсетов, которые трудно скрыть под одеждой, им необходимо регулярно выполнять упражнения лечебной физкультуры, в связи с более выраженной деформацией позвоночного столба и накладываемых ограничений они испытывают больший дискомфорт и ситуативную неудовлетворенность образом своего тела. Также у подростков с более выраженным сколиозом искажается представление о внешности.

**Заключение.** Таким образом подростки, страдающие юношеским идиопатическим сколиозом, склонны испытывать дискомфорт в связи с внешностью и воспринимают своё физическое «Я» как недостаточно привлекательное. С увеличением степени сколиотического искривления показатели удовлетворенности своей внешностью и образом тела снижаются. Тема телесности представляется для них эмоционально значимой и большинство подростков с юношеским идиопатическим сколиозом испытывают волнение в связи с оценением их внешности.

### Литература

1. Горбач А.П., Сергеенко О.М., Щурова Е.Н. Идиопатический сколиоз как мультифакторное заболевание: систематизированный обзор современной литературы // Хирургия позвоночника. 2022. Т. 19. № 2. С. 19–32.
2. Дудин М.Г., Михайловский М.В., Садовой М.А., Пинчук Д.Ю., Фомичев Н.Г. Идиопатический сколиоз: кто виноват и что делать? // Хирургия позвоночника. 2014. № 2. С. 8–20.
3. Черепанова И.В., Дорохов В.В. Половые различия Я-концепции подростков со сколиозом // Право. Экономика. Психология. 2021. №3 (23). С. 100-104.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Янушевич О.О., Шалина О.С.

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

[shalinaya@yandex.ru](mailto:shalinaya@yandex.ru)

**Ключевые слова:** качество жизни, подростковый возраст, соматические заболевания.

## PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF THE QUALITY OF LIFE OF ADOLESCENTS WITH CHRONIC SOMATIC DISEASES

Yanushevich O.O., Shalina O.S.

FSBI HE «A.I. Yevdokimov MSMSU MOH», Moscow, Russia

[shalinaya@yandex.ru](mailto:shalinaya@yandex.ru)

**Keywords:** quality of life, adolescence, somatic diseases.

**Введение.** Во всем мире наблюдается увеличение частоты аутоиммунных заболеваний, в частности – хронических воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) [2]. Пик диагностики заболевания приходится на 15-35 лет [1, 3]. ВЗК выражено снижают качество жизни пациентов своим непредсказуемым течением, специфическими методами дифференциальной диагностики и протоколом лечения, многочисленными осложнениями [2]. Зачастую подростки с ВЗК имеют тяжелые депрессивные эпизоды и проявляют высокую тревожность, что может негативно сказываться на приверженности к лечению, на социальной адаптации в целом [5, 6]. Качественные психодиагностические обследования пациентов в период стационарного лечения и реабилитации, психологическое исследование их особенностей, клиничко-психологическое сопровождение на всех этапах лечения помогут контролировать психическое здоровье и уровень качества жизни подростков. Внедрение в госпитальную практику психодиагностических методов исследования уровня качества жизни, приверженности к лечению и методов психологического мониторинга депрессивных и тревожных тенденций позволят вовремя обеспечить психологическую помощь подросткам с хроническими заболеваниями, снижающими качество их жизни [4, 5].

**Материалы и методы.** В 2021-2023 гг. на базе РДКБ ФГАОУ ВО РНИМУ имени Н.И. Пирогова проведено эмпирическое исследование особенностей качества жизни и совладающего поведения у подростков с хроническими соматическими заболеваниями по сравнению с группой условно здоровых сверстников. Исследование было проведено с помощью методик: Авторская госпитальная анкета, SF-36, Эмоциональный тест Д.В. Люсина, Госпитальная шкала тревоги и депрессии Бека, Опросник способов копинга в адаптации Е.В. Битюцкой. В исследовании участвовала одна экспериментальная группа (32 респондента с хроническими воспалительными заболеваниями кишечника, ВЗК) и три группы контроля. В первую группу контроля вошли подростки с синдромом раздраженного кишечника (СРК), во вторую подростки с сахарным диабетом 1-го типа (СД-1). В третью группу контроля вошли респонденты без хронических соматических заболеваний. В каждой группе контроля по 16 респондентов.

Гипотезы: 1. Подросткам с хроническими ВЗК по сравнению с условно здоровыми сверстниками присущи более низкие показатели качества жизни, более выраженные депрессивные и тревожные тенденции, а также более низкий уровень эмоционального интеллекта. 2. Подростки с хроническими соматическими заболеваниями, приводящими к значимым ограничениям повседневной жизни и требующими коррекции функционирования организма с помощью внешних средств (инъекции инсулина при СД-1 и выведение кишечной стомы при ВЗК), будут значимо отличаться по психологическим показателям качества жизни от условно здоровых сверстников и подростков с относительно менее значимыми ограничениями, накладываемыми хроническим заболеванием (подростки с СРК). 3. Значимым фактором снижения уровня качества жизни подростков является не само по себе заболевание, а именно ограничения в ведущей деятельности, присущей конкретному возрасту. Для подростков это сокращение коммуникации и социального взаимодействия со сверстниками, ограничения учебной деятельности (пропуски занятий, индивидуальный план обучения и др.), хобби, общее снижение ежедневной активности

**Результаты и их обсуждение.** Проведен корреляционный анализ показателей качества жизни в каждой группе. В группе подростков с ВЗК прослеживается взаимосвязь ролевого-эмоционального состояния с планомерным решением проблем ( $0,4$   $p < 0,05$ ), психического здоровья с фантазированием ( $-0,372$   $p < 0,05$ ), тревогой ( $-0,355$   $p < 0,05$ ) и депрессией ( $0,5$   $p < 0,05$ ). В группе подростков с СРК выявлены значимые корреляции по ролевому-эмоциональному состоянию с межличностным эмоциональным интеллектом ( $-0,570$   $p < 0,05$ ), тревогой ( $-0,582$   $p < 0,05$ ) и депрессией ( $0,56$   $p < 0,05$ ). Значимые взаимосвязи выявлены в группе подростков с СД-1: психического здоровья с уходом/избеганием ( $-0,74$   $p < 0,05$ ), фантазированием ( $-0,76$   $p < 0,01$ ) и самоконтролем ( $0,658$   $p < 0,01$ ), а также с тревогой ( $-0,823$   $p < 0,01$ ) и депрессией ( $-0,724$   $p < 0,01$ ). В контрольной группе подростков без хронических заболеваний выявлена взаимосвязь психического здоровья с самоконтролем ( $0,516$   $p < 0,01$ ), позитивной переоценки с тревогой ( $-0,935$   $p < 0,01$ ), противостояния с депрессией ( $0,569$   $p < 0,01$ ). По результатам дисперсионного анализа подтверждены различия между группами испытуемых. В группе подростков без хронических заболеваний показатели качества жизни значимо выше, чем в группах сверстников с хроническими заболеваниями, кроме переживания болевых ощущений. Однако, группа контроля с СРК «приблизены» к группе условно здоровых подростков по ряду показателей, в частности, по показателям социального, физического и ролевого функционирования, ряду показателей эмоционального интеллекта.

Сравнение групп с применением критерия Краскила-Уоллеса также показало неоднозначное отличие условно здоровых подростков от сверстников с соматическими заболеваниями. Наиболее значимые различия выявлены по показателям качества жизни

(ролевое функционирование, психическое здоровье и др.), в структуре эмоционального интеллекта, по уровню тревожных и депрессивных тенденций. Ожидаемо, показатели условно здоровых детей более благополучные, однако именно группа подростков с СРК «приближается» к ним, а показатели подростков с СД-1 и ВЗК ниже.

Кластеризация данных по группам показателей (по методикам) позволила увидеть, в какие группы объединяются респонденты вне контекста нозологии. Выделено пять кластеров, которые в свою очередь могут быть объединены в два больших кластера. В группе подростков с ВЗК, большинство респондентов которой вошли в один кластер, явно отличается сниженными показателями по всем компонентам качества жизни, в отличие от показателей кластера 5, куда входят все условно здоровые подростки, а также большая часть подростков с СРК, некоторые подростки с СД-1. Дискриминантный анализ позволил оценить, насколько различимы исследуемые группы по сочетанию исследованных показателей. Включение в анализ максимального числа шкал (принудительное включение) позволяет верно отнести к группам 92,5% выборки, причем группа нормы определяется безошибочно, точно. Метод пошагового отбора дает точность отнесения к группе 85% (68 из 80 наблюдений). Только часть ошибок при двух вариантах анализа совпадает, то есть классификация дает неустойчивый результат, что говорит о сходстве клинических групп (ВЗК, СК и СД-1). Все три клинические группы могут определяться сходным образом, часть пациентов с СРК и СД-1 определяются как пациенты с ВЗК, а при ВЗК возможно отнесение пациентов к СРК. Ошибочное отнесение к группе нормы наблюдается только для СРК и СД, что может свидетельствовать об их близости к группе нормы. Критерии различения связаны, в первую очередь, с общим состоянием и уровнем физического функционирования, во вторую очередь – с сочетанием переживания боли и тревожностью, и, наконец, с сочетанием тревоги и копингами самообвинения и дистанцирования. Понимание эмоций в межличностном общении связано со всеми тремя параметрами. Использованная социально-психологическая анкета позволила сопоставить всех подростков «вне» нозологических друг по показателям социальных отношений, ощущения психологического благополучия в семье, удовлетворённостью жизнью. Так, отчётливо разделились подростки, имеющие друзей и переживающие одиночество; живущие в благополучных и часто конфликтующих семьях; с высокой самооценкой и низкой; имеющие планы на будущее и не видящие перспектив. Эти переменные оказались значимо связаны с соответствующими показателями эмоционального интеллекта и качества жизни.

Таким образом, было показано, что у подростков с хроническими соматическими заболеваниями уровень качества жизни существенно ниже, чем у подростков без хронических заболеваний, а также имеются выраженные тревожные и депрессивные тенденции, снижены

показатели эмоционального интеллекта (понимание своих и чужих эмоций, контроль экспрессии). У условно здоровых подростков и подростков с заболеваниями, не накладывающих существенных ограничений на ежедневную активность, психологические показатели уровня качества жизни выше, чем у подростков с инвалидизирующими заболеваниями (физическое, ролевое и социальное функционирование, общее состояние, позитивная переоценка, показатели эмоционального интеллекта). При этом, помимо собственно заболевания, особенностей его течения значимыми факторами общего психологического благополучия и качества жизни являются социально-психологические показатели: наличие друзей, самооценка, частота конфликтов в семье, наличие планов на будущее.

**Выводы.** Полученные в ходе исследования данные позволяют сфокусировать внимание специалистов на оказании психологической помощи в условиях госпитализации подросткам с ВЗК для улучшения показателей качества жизни. Стоит обратить внимание на процесс адаптации подростка к изменениям в своем теле после хирургических операций или же к постепенной адаптации к изменению режима дня, питания и необходимости постановки инъекций, например, при социализации подростков с сахарным диабетом 1-го типа. Но особенно важно то, что заболевание не всегда «напрямую» определяет качество жизни подростка, его благополучие, но степень сохранности социальной ситуации его развития, возможность реализации ведущей деятельности, характеризующей этот возраст. Значит, одной из мишеней клинико-психологического сопровождения подростков с соматическими заболеваниями должны быть именно социально-психологические компоненты возраста.

#### Литература

1. Адлер Г. Болезнь Крона и язвенный колит. М., 2001.
2. Анушенко А.О., Потапов А.С., Цимбалова Е.Г., Гордеева О.Б. Анемия при воспалительных заболеваниях кишечника у детей. - 2016 г., 128-140 с.
3. Белоусова Е.А. Рекомендации по диагностике и лечению болезни Крона. Фарматека. 2009. No 13. С. 38-44.
4. Фёдорова В.Л. Психологические механизмы формирования внутренней картины болезни и совладающего со стрессом поведения у больных с воспалительными заболеваниями кишечника. Автореф. дис. канд. психол. наук. - СПб. - 2009. 23с.
5. Brian E & Lacy, Fermin Mearin, Lin Chang, William D. Chey. Diagnostic Groups Bowel. ISSUE 6, P1393-14407. E5, May 01, 2016.
6. Dignass, A. The second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Current management. / A.Dignass, G.Van.

## РАЗДЕЛ 9. НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

### ОПТИМИЗАЦИЯ ПСИХОТЕРАПИИ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Бабарахимова С.Б., Файзуллаева К.Р., Мирворисова З.Ш.

ТашПМИ, Ташкент, Узбекистан

[sayorababaraximova2010@gmail.com](mailto:sayorababaraximova2010@gmail.com)

**Ключевые слова:** параноидная шизофрения, расстройства пищевого поведения, гендерные различия.

### OPTIMIZATION OF PSYCHOTHERAPY OF EATING DISORDERS IN PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA

Babarakhimova S.B., Fayzullayeva K.R., Mirvorisova Z.Sh.

TashPMI, Tashkent, Uzbekistan

[sayorababaraximova2010@gmail.com](mailto:sayorababaraximova2010@gmail.com)

**Keywords:** paranoid schizophrenia, eating disorders, gender differences.

**Актуальность проблемы** исследования расстройств пищевого поведения у пациентов с параноидной шизофренией является одной из важнейших задач практического здравоохранения [1, 3, 7]. В литературе научных работ, посвящённых дигестивным нарушениям у пациентов шизофренического профиля, очень мало, и в основном они исследуют клинические проявления данного явления, не акцентируя внимания на гендерные различия и своеобразии клинических различий в синдромологическом аспекте [2, 6]. В настоящее время дискуссионным вопросом в практической психиатрии остаётся эффективность проведения психотерапевтического вмешательства у пациентов с параноидной шизофренией, коморбидной с расстройствами пищевого поведения [4, 5].

**Цель исследования:** изучить эффективность применения арт-терапии у пациентов с расстройствами пищевого поведения, встречающимися в клинической картине параноидной шизофрении, для улучшения медико-психологической помощи данному контингенту больных.

**Материалы и методы исследования.** В исследование были включены 37 пациентов с параноидной шизофренией, находившихся на стационарном лечении в психиатрической больнице. Среди них - 19 женщин и 18 мужчин с расстройствами пищевого поведения. В ходе