Сибирский психологический журнал.
2021. № 80. С. 128–145. DOI: 10.17223/17267080/80/7

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 616.89-008.441

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ КОМОРБИДНЫМИ РЕКУРРЕНТНЫМ АФФЕКТИВНЫМ И ПАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ

И.А. Пастух[a], Е.В. Феоктистова[a], М.А. Протопопова[a], Д.С. Сирош[a]

[a] *Курский государственный медицинский университет Минздрава России, 305004, Курск, ул. Карла Маркса, 3*

Приведены данные обследования 54 пациентов с сочетанной психической патологией. В основную группу вошли 27 больных, обнаруживающих коморбидные рекуррентное аффективное расстройство средней степени тяжести и паническое расстройство. У испытуемых контрольной группы (27 пациентов) было диагностировано рекуррентное аффективное расстройство средней степени тяжести. Изучены и проанализированы клинико-психологические параметры личностной сферы больных основной и контрольной групп. Установлена взаимосвязь между личностными характеристиками и выбором защитно-совладающего стиля поведения у больных основной и контрольной групп. Результаты исследования помогли выявить мишени, на основе которых предложена психотерапевтическая программа. В комплексном лечении таких больных целесообразно использовать методы когнитивно-бихевиоральной психотерапии в сочетании с релаксационными и дыхательными техниками.

Ключевые слова: рекуррентное депрессивное расстройство; паническое расстройство; коморбидность; личность; защитно-совладающее поведение.

Введение

Актуальность изучения особенностей течения сочетанных депрессивных и тревожных расстройств в психиатрии и психологии обусловлена широкой распространенностью последних в популяции [1. P. 423].

Согласно результатам проведенного клинико-эпидемиологического исследования в США (Epidemiologic Catchment Areastudy), около 50% пациентов, страдающих «большим депрессивным эпизодом», обнаруживают проявления тревожного расстройства [2. P. 25]. Неуклонный рост депрессивных и тревожных расстройств обусловлен такими причинами, как урбанизация, увеличение плотности населения, ускорение темпа жизнедеятельности, возрастающие требования социума и повышение уровня стресса на фоне ослабления социальной поддержки населения [3. С. 11; 4. P. 1024; 5. С. 28; 6. С. 121].

Как правило, присоединение тревожной патологии к рекуррентному аффективному расстройству утяжеляет клиническую картину заболевания, оказывая отрицательное влияние на прогноз обоих расстройств, увеличивает частоту рецидивов и способствует хронификации состояния, повышает суицидальный риск у данной категории больных [7. P. 50; 8. P. 3; 9. P. 21].

Традиционно пик заболеваемости рекуррентным аффективным и тревожным расстройствами приходится на трудоспособный возраст от 20 до 40 лет [10. С. 11]. По данным Б.А. Казаковцева, дебют рекуррентного аффективного расстройства отмечается в возрасте 42,4 ± 0,4 года [Там же. С. 13]. Паническое расстройство манифестирует в возрастном диапазоне от 15 до 45 лет. В целом рекуррентные аффективные и тревожно-фобические расстройства снижают работоспособность, качество жизни и уровень социального функционирования больных, затрудняют адаптацию пациента в семье, негативно влияют на процесс воспитания детей [11. С. 186; 12. С. 106; 13. С. 6]. Таким образом, коморбидность рекуррентного аффективного и тревожного расстройств представляет не только сугубо медицинскую, но и серьезную социально-экономическую проблему. Недостаточно изученными остаются вопросы, освещающие факторы риска, клинико-психологические особенности, обусловленные взаимовлиянием рекуррентного аффективного и тревожного расстройств [14. С. 41].

Психиатрическую коморбидность принято определять как сосуществование у больного двух или более психических расстройств, каждое из которых считается самостоятельным и диагностируется независимо от другого [15. С. 38].

С позиции С.Н. Мосолова, существует четыре варианта возможного сочетания депрессивного и тревожного расстройств. Первый механизм сочетания депрессии и тревоги подразумевает континуум, который отражает «фактор общего дистресса», лежащий в основе этих заболеваний. Второй вариант имеет в виду присутствие двух отдельных синдромов (собственно депрессивного и собственно тревожного). Третья позиция подразумевает возникновение одного синдрома как следствия другого. Последний вариант рассматривает одновременное наличие в клинической картине обеих синдромов и проявлений, отличающихся как от «чистой» депрессии, так и от тревоги [16. С. 12].

Вызывают интерес у исследователей сочетанные варианты депрессивных и тревожно-фобических расстройств. В понимании И.А. Митихиной, коморбидность депрессии и панического расстройства в качестве независимых психопатологических феноменов является возможной лишь в качестве реактивных образований в рамках динамики расстройств личности. Однако автор считает, что в ситуации диагностики у пациента расстройств более тяжелого аффективного регистра (рекуррентная депрессия, биполярная депрессия, дистимия) депрессию и тревогу следует рассматривать в клиническом единстве [17. С. 12]. А.А. Горбунова и Е.В. Колюцкая установили, что при сочетании у пациента депрессивного и тревожного аффектов в клинической картине заболевания преобладают проявления депрессивно-

го расстройства легкой и умеренной степени тяжести с доминированием апатических и тревожных симптомов. В то же время паническое расстройство проявляется пароксизмальными приступами тревоги, частота возникновения которых варьирует от единичных (1–2 панических приступа в течение депрессивной фазы) до ежедневных [18. С. 33].

По мнению ряда авторов, необходимо учитывать влияние личностных особенностей на процесс становления, клиническое оформление и выбор психотерапевтической тактики лечения рекуррентного аффективного и панического расстройств. Анализ научной литературы показал, что личностная сфера больных, страдающих сочетанным вариантом рекуррентного аффективного и панического расстройств, на данном этапе развития психологической науки изучена не в полной мере, что определяет новизну нашего исследования. Однако существует ряд исследований, направленных на анализ личностных особенностей пациентов с проявлениями изолированно протекающих депрессивного и тревожного расстройств.

Так, в работах Э. Крепелина описан «депрессивный темперамент», предрасполагающий к формированию депрессивного расстройства. У человека с таким темпераментом отмечается преобладание негативного аффекта [19. С. 67]. Как правило, люди с депрессивным темпераментом подавлены, излишне тревожны, для них характерны неуверенность в себе, чувство вины, отсутствие самоуважения. К. Шнайдер дополнил труд Э. Крепелина следующими характеристиками депрессивной личности: гипогедония, скептицизм, хроническое напряжение, неумение испытывать радость по поводу достигнутого успеха, несмотря на присущий личности чрезмерный трудоголизм [20. S. 15].

Г. Телленбах ввел понятие «typus melancholicus», которое характеризует особый тип депрессивной личности, имеющей следующие черты: перфекционизм, скрупулезность, зависимость от работы, добросовестность, повышенная ответственность, стремление к достижениям, совестливость. В межличностных отношениях такие люди предпочитают тесные симбиотические связи, испытывают как стремление к зависимости, так и страх одиночества. На сегодняшний день положение о typus melancholicus как о наиболее вероятном преморбидном варианте личности у больных рекуррентной монополярной депрессией считается доказанным [21. P. 330].

Существуют также научные работы, посвященные исследованию адаптационных механизмов личности у больных паническим расстройством с различными вариантами коморбидности [22. С. 67]. Адаптационные возможности личности складываются из основных компонентов защитно-совладающего поведения: механизмов психологической защиты и копинг-стратегий [23. С. 43]. О.В. Муравьева и Т.Н. Разуваева связывают структуру личности депрессивных больных с формированием копинга [24. С. 280]. Е.Р. Исаева, Н.В. Зуйкова в качестве особенностей защитно-совладающего стиля поведения больных с изолированно протекающим депрессивным расстройством выделяют пассивный стиль, направленный на управление эмоциями, а не на разрешение или изменение ситуаций. По мнению авто-

ров, это приводит к принятию происходящего как должного, потере самоуважения, способствует формированию чувства смирения и безнадежности. Основными копинг-механизмами, используемыми такими больными, являются поиск социальной поддержки, самоконтроль и принятие ответственности [25. С. 86].

Роль личностных особенностей в возникновении и развитии панического расстройства также подтверждается рядом научных исследований. Х. Аль-Джолбек, Б.Б. Ладик, А.А. Пашков в своей работе отмечают, что тревога является ведущим симптомом невротических расстройств и выступает фактором, оказывающим влияние на формирование и развитие личностного склада таких больных [26. С. 87]. Ю.И. Секунда и В.В. Шпрах выявили наличие в личностном профиле пациентов, страдающих паническими расстройствами, ряд акцентуаций характера, среди которых чаще встречается истерическая, реже гипертимная и психастеническая, а также лабильная, эпилептоидная и гипотимная [27. С. 65]. В.Д. Менделевич, А.А. Атаманов указывают на демонстративный и неуравновешенный типы акцентуаций характера у больных паническим расстройством [28. С. 111].

В настоящее время существуют единичные исследования, направленные на изучение личностных особенностей больных коморбидными депрессивным и паническим расстройствами. Так, в работе Ю.С. Савенко отмечается, что тревожность как черта характера при сочетанном варианте панического и депрессивного расстройств может достигать степени психотической тревоги с меланхолическими проявлениями. Для таких больных характерны страх перед будущим, его «катастрофизация», которые сменяются пессимистическими мыслями с переживаниями безнадежности, обреченности, утратой представлений о будущем [29. С. 20].

В работе А.В. Погосова, И.А. Погосовой, Ю.В. Богушевской представлены основные методы проведения психокоррекции, необходимые для успешного лечения пациентов, обнаруживающих сочетание депрессивного и тревожного расстройств [30. С. 98, 115].

Таким образом, на сегодняшний день представления об особенностях личности больных коморбидными рекуррентным аффективным и паническим расстройствами сформированы не в полном объеме, однако существуют отдельные научные работы, направленные на изучение особенностей пациентов с изолированно протекающими депрессивным и паническим расстройствами.

Необходимо подчеркнуть особую значимость анализа личностной сферы больных коморбидным рекуррентным аффективным и паническим расстройством. Результаты, полученные в процессе проведенного исследования, целесообразно использовать на этапе клинико-психологической диагностики указанных расстройств, а также при составлении психотерапевтических программ для больных, страдающих коморбидным рекуррентным аффективным и паническим расстройством.

Объектом нашего исследования является личностная сфера больных коморбидными рекуррентным аффективным и паническим расстройствами.

Цель исследования – разработка психокоррекционной программы на основе изучения особенностей личностной сферы больных коморбидным рекуррентным аффективным и паническим расстройством.

Материалы и методы исследования

В 2018–2019 гг. на базах психосоматического отделения ОБУЗ «Областная клиническая наркологическая больница» Комитета здравоохранения Курской области и дневного стационара № 1 ОБУЗ «Курская клиническая психиатрическая больница имени святого великомученика и целителя Пантелеймона» обследованы 54 пациента. В основную группу (ОГ) вошли пациенты, обнаруживающие проявления сочетанного рекуррентного аффективного и панического расстройств – 27 человек (50%). Контрольную группу (КГ) составили пациенты, страдающие рекуррентным аффективным расстройством – 27 человек (50%). Диагностика указанных состояний проводилась с использованием Международной классификации болезней 10-го пересмотра. Критериями исключения из исследования явились признаки органического поражения головного мозга, текущие соматические заболевания, находящиеся в состоянии декомпенсации, проявления зависимости от психоактивных средств. Длительность заболевания на момент исследования в ОГ составила 3 ± 3,41, в КГ – 2 ± 3,21. Средний возраст пациентов – 36,09 ± 8,7 лет.

Личностная сфера больных изучена с помощью сокращенного варианта многофакторного опросника для исследования личности «Мини-мульт». Для диагностики типологии психологической защиты применялся тест «Индекс жизненного стиля» (Р. Плутчик, в адаптации Л. Вассермана). Способы совладающего со стрессом поведения больных исследованы с помощью опросника «Способы совладающего поведения» (Р. Лазарус). Оценка статистической значимости уровня различий и выявление частоты встречаемости показателей в двух несвязанных группах проводились с помощью критерия χ^2-Пирсона. Корреляционные связи устанавливались с использованием критерия R-Спирмена. Статистический анализ полученных результатов осуществлялся на основе пакета прикладных программ StatSoft Statistica версии 13.5.0.17.

Результаты исследования

Анализ результатов проведенного исследования выявил дисгармоничные личностные профили у пациентов обеих групп. Сравнительная оценка показателей по шкалам лжи (L), достоверности (F), коррекции (K) в обеих группах позволила сделать вывод о достоверности результатов тестирования.

В табл. 1. представлены результаты сравнительного анализа значений частотного распределения показателей шкал методики «Мини-мульт» у больных ОГ и КГ. Так, были обнаружены статистически значимые различия, достигающие высокого уровня статистической значимости по шка-

лам «ипохондрия», «депрессия» и «психастения». У пациентов основной группы отмечались преимущественно средние (40–70 Т-баллов) и высокие значения (выше 70 Т-баллов) по шкалам «депрессия», «ипохондрия» и «психастения» в сравнении с таковыми в группе контроля.

Таблица 1

Личностные характеристики больных основной и контрольной групп

Группа	Низкие (0–40 Т)		Средние (40–70 Т)		Высокие (≥ 70 Т)		p-level (χ^2 Пирсона)
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
Ипохондрия							
ОГ	–	–	7	25,90	20	74,10	0,00047****
КГ	2	7,40	20	74,10	5	18,50	
Депрессия							
ОГ	–	–	3	11,20	24	88,80	0,00008****
КГ	–	–	17	63,00	10	37,00	
Психастения							
ОГ	–	–	6	22,30	21	77,70	0,00004****
КГ	–	–	22	81,50	5	18,50	

Примечание. Здесь и в табл. 2, 3: ** – различия обнаружены на уровне статистической тенденции ($0,05 < p \leq 0,1$); *** – различия обнаружены на достоверном уровне статистической значимости ($0,01 < p \leq 0,05$); ****– различия обнаружены на высоком уровне статистической значимости ($p \leq 0,01$).

Пациенты ОГ с высокими значениями по шкале «ипохондрия» характеризовались повышенной мнительностью, тревожностью, требовательностью, пессимистичным отношением к жизненным обстоятельствам, имели низкий адаптационный потенциал, занимали пассивную жизненную позицию. Большинство больных основной группы (14 человек – 51,90%) достаточно часто жаловались на неприятные ощущения, исходящие из различных частей тела, а по мере присоединения к проявлениям рекуррентного аффективного расстройства соматовегетативных проявлений и аффективных симптомов панического расстройства, в том числе страха смерти, пациенты обращались к врачам-терапевтам и другим узкопрофильным специалистам.

Среди больных ОГ в рамках коморбидного рекуррентного аффективного и панического расстройств доминировали пациенты, имеющие высокие показатели по шкале «депрессия» (24 человек – 88,80%). Пациенты из данной группы имели следующие личностные характеристики: чувствительность, сензитивность и робость. В социальных отношениях пациенты ОГ были ответственными, добросовестными, старательными и обязательными. Однако необходимость самостоятельного принятия решения вызывала у них определенные затруднения, чаще всего из-за сниженной самооценки. Даже малейшие неудачи приводили таких больных к плохому настроению, унынию и печали.

У пациентов ОГ отмечалось повышение значений показателей по шкале «психастения» в сравнении с таковыми у больных КГ, что проявлялось застенчивостью и сентиментальностью, тревожной мнительностью, болезненной саморефлексией и способствовало развитию определенных сложностей в социализации таких больных.

На рис. 1 показаны средние значения основных шкал личностного профиля основной и контрольной групп.

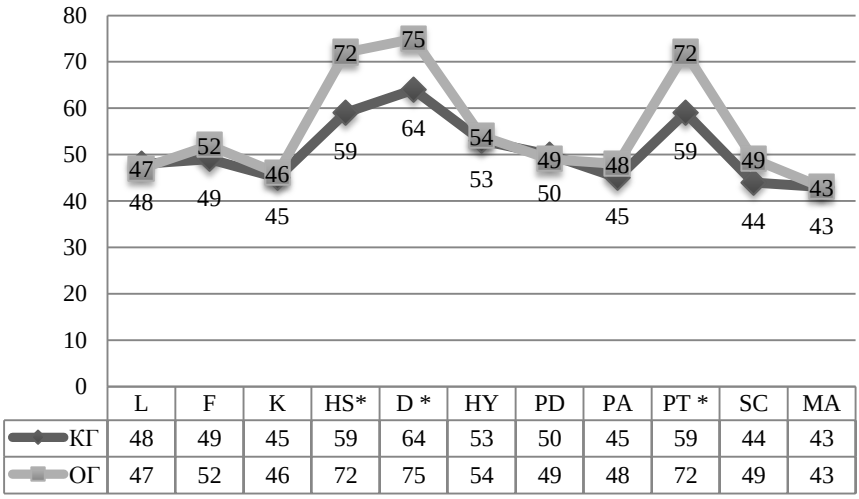

Рис. 1. Усредненный личностный профиль пациентов основной и контрольной групп: HS – «ипохондрия», D – «депрессия», HY – «истерия», PD – «психопатия», PA – «паранойяльность», PT – «психастения», SC – «шизоидность», MA – «гипомания»; * – уровень статистической значимости $p \leq 0,01$

У пациентов ОГ выявлены значения, выходящие за пределы нормы (70 Т) по шкалам «ипохондрия», «депрессия», «психастения». Сочетание пиков по шкалам «ипохондрия» и «депрессия» характерно для раздражительных, тревожных, подавленных лиц, находящихся в длительном напряжении и отмечающих множество соматических жалоб. Одновременное повышение по шкалам «депрессия» и «психастения» характерно для больных рекуррентным аффективным и паническим расстройствами. Пациенты находились в состоянии напряжения, испытывали повышенную тревогу, страдали бессонницей, жаловались на утомляемость, усталость, болевые ощущения, испытывали страх смерти. В целом это приводило к снижению продуктивности, инициативности, к неуверенности в себе, чувству собственной неполноценности, самобичеванию. Отмечалось сосредоточение больных на собственных болезненных переживаниях и личностных недостатках. Трудности, имеющие место в межличностных отношениях, нередко связывались больными с хронической конфликтной ситуацией в семье, на работе.

Полученные графики усредненных личностных профилей больных ОГ и КГ имеют сходные черты, но находятся на разных уровнях. Личностный профиль больных коморбидным аффективным и паническим расстройством располагается несколько выше, чем в КГ, а показатели ведущих шкал в ОГ превышают средние значения таковых в КГ. Выявленные результаты наглядно отражают негативное влияние коморбидного состояния на клинико-психологические особенности рекуррентного аффективного

расстройства, а именно на индивидуально-личностные характеристики больных за счет их акцентуации.

Для оценки особенностей защитно-совладающего поведения пациентов ОГ и КГ были подвергнуты анализу степень напряженности механизмов психологических защит (Индекс жизненного стиля) и выраженность копинг-стратегий (Способы совладающего поведения). Полученные результаты отражены в табл. 2, 3. Статистическая обработка результатов методики ИЖС позволила обнаружить различия, достигающие высокого уровня статистической значимости ($p \leq 0{,}01$) по параметрам «регрессия» и «отрицание», на достоверном уровне статистической значимости ($0{,}01 < p \leq 0{,}05$) – по шкале «подавление», на уровне статистической тенденции ($0{,}05 < p \leq 0{,}1$) – по параметру «отрицание».

Таблица 2

Механизмы психологической защиты у пациентов основной и контрольной групп (методика «Индекс жизненного стиля»)

Группа	Низкие		Средние		Высокие		p-level (χ^2 Пирсона)
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
Отрицание							
КГ	2	7,40	11	40,70	14	51,90	0,09697**
ОГ	2	7,40	4	14,80	21	77,70	
Подавление							
КГ	7	26,00	10	37,00	10	37,00	0,02158***
ОГ	1	3,70	7	26,00	19	70,30	
Регрессия							
КГ	7	26,00	10	37,00	10	37,00	0,0097****
ОГ	3	11,10	3	11,10	21	77,70	
Компенсация							
КГ	17	63,00	7	27,00	3	11,10	0,0004****
ОГ	6	22,20	4	14,80	17	63,00	

Частотный анализ механизмов психологических защит у пациентов, страдающих коморбидным рекуррентным аффективным и паническим расстройством, выявил высокую напряженность механизма психологической защиты «отрицание» (21 челочек – 77,70%). Практически у половины обследованных, обнаруживших проявления рекуррентного аффективного расстройства, также диагностированы высокие показатели по данному механизму психологической защиты (14 человек – 51,90%). Пациенты обеих групп использовали механизм психологической защиты личности по типу «отрицание», в основе которого лежит отрицание фрустрирующих, вызывающих тревогу обстоятельств. Кроме того, 19 пациентов ОГ (70,30%) обнаруживали высокую напряженность механизма психологической защиты «подавление».

Пациенты в рамках сочетанного течения рекуррентного аффективного и панического расстройств склонны к подавлению своих переживаний и неприемлемых для них импульсов и влечений. Мысли и чувства, вызывающие тревогу, не осознаются больными и, не найдя разрядки на поведенческом уровне, сохраняют свое выражение на эмоциональном и психовеге-

тативном уровнях. Подавленные влечения, в свою очередь, проявляются у больных в невротических и психофизиологических симптомах. У 21 больного основной группы (77,0%) в психологическом статусе отмечается напряженность механизма психологической защиты по типу «регрессия». Указанный выше механизм психологической защиты отмечался также у 10 пациентов контрольной группы (37,0%). Данный механизм психологической защиты позволил пациентам избежать тревоги за счет регрессии их на более ранние стадии развития, уходя в ранние, детские типы реагирования. Также для пациентов основной группы характерна высокая напряженность механизма психологической защиты «компенсация», который был диагностирован в 17 случаях (63,0%). Пациенты ОГ искали подходящую замену своему реальному или воображаемому недостатку среди качеств, несвойственных им.

Таблица 3

Типы совладающего поведения у пациентов основной и контрольной групп

Группа	Низкие		Средние		Высокие		p-level (χ^2 Пирсона)
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
Принятие ответственности							
КГ	2	7,40	18	66,60	7	26,00	0,0496***
ОГ	1	3,70	16	59,30	10	37,00	
Бегство-избегание							
КГ	4	14,80	15	55,50	8	30,00	0,0313***
ОГ	2	7,40	13	48,10	12	44,40	
Планирование							
КГ	5	18,50	17	63,00	5	18,50	0,06452**
ОГ	13	48,10	10	37,00	4	14,80	

Как видно из табл. 3, способы совладающего поведения в трудных жизненных ситуациях имели определенные различия в обследованных группах. Так, на достоверном уровне статистической значимости ($0,01 < p \leq 0,05$) были выявлены различия по двум параметрам: «бегство-избегание» и «принятие ответственности». На уровне статистической тенденции обнаружены различия по показателю «планирование» ($0,05 < p \leq 0,1$).

«Принятие ответственности» и «бегство-избегание» относятся к неадаптивным защитно-совладающим стилям поведения. Пациенты ОГ достаточно часто выбирали стратегию «принятие ответственности» – 10 (37,0%). Они признавали свою роль в возникновении проблемной ситуации и принимали на себя ответственность по ее решению. Готовность анализировать свое поведение, искать причины в себе и личных недостатках и ошибках характерны в большей степени для больных, страдающих коморбидным рекуррентным аффективным и паническим расстройством, однако они же неоправданно себя критиковали, переживали чувство вины и неудовлетворенность собой.

Способ совладающего поведения «бегство-избегание» выявлен у 12 больных ОГ (44,4%) и у 8 – КГ (30,0%). Пациенты ОГ преодолевали негативные переживания путем уклонения от них, отрицания наличия

проблемы. Они демонстрировали пассивность, погруженность в мир своих фантазий.

Стратегия «планирование решений», направленная на разрешение ситуации, является одним из наиболее адаптивных способов совладающего поведения. Нами была выявлена тенденция к использованию данного типа совладающего поведения пациентами КГ, что отражает стремление пациентов КГ к решению проблемы за счет целенаправленного анализа ситуации и возможных вариантов поведения в ней, выработки стратегии разрешения проблемы, планирования собственных действий с учетом объективных условий, прошлого опыта и имеющихся личностных ресурсов.

Для уточнения наличия связи между параметрами личностной сферы и защитно-совладающим стилем поведения мы провели структурное корреляционное исследование в каждой группе (табл. 4, 5; рис. 2, 3).

Таблица 4

Корреляционная взаимосвязь личностных особенностей и способов совладающего поведения у пациентов основной группы

Показатели	Spearmen (R)	p-level
Мини-мульт / Индекс жизненного стиля		
Ипохондрия / Интеллектуализация	–0,531634*	0,004319****
Депрессия / Отрицание	–0,481575***	0,010979***
Мини-мульт / Копинг-стратегии		
Ипохондрия / Принятие ответственности	0,600315*	0,000931****
Ипохондрия / Бегство-избегание	0,730973*	0,000015****
Депрессия / Самоконтроль	0,392745***	0,042718***
Психастения / Бегство-избегание	0,397800***	0,039888***

Примечание. p-level (уровень статистической значимости) – величина, используемая при тестировании статистических гипотез: ** – различия обнаружены на уровне статистической тенденции ($0,05 < p \leq 0,1$); *** – различия обнаружены на достоверном уровне статистической значимости ($0,01 < p \leq 0,05$); **** – различия обнаружены на высоком уровне статистической значимости ($p \leq 0,01$). R: *– высокая (от 0,70 до 0,89); ** – средняя (от 0,50 до 0,69); *** – умеренная (от 0,30 до 0,49); **** – слабая (от 0,20 до 0,29); ***** – очень слабая (меньше 0,19).

У пациентов ОГ выявлена на высоком уровне статистической значимости отрицательная средняя корреляция между показателями личностного профиля «ипохондрия» и «интеллектуализация», свидетельствующая о достаточно редком использовании такого механизма психологической защиты, как «интеллектуализация», что выражается в недооценке больными рациональных фактов и прибегании к иррациональным установкам при решении сложных жизненных ситуаций и для объяснения собственного болезненного состояния (см. табл. 3, на рис. 2). Кроме того, на достоверном уровне статистической значимости обнаружена отрицательная средняя корреляционная связь между шкалой личностного профиля «депрессия» и механизмом психологической защиты «отрицание». Лица с выраженными «депрессивными» чертами в личностном профиле реже использовали механизм психологической защиты «отрицание» и остро воспринимали любую жизненную неудачу.

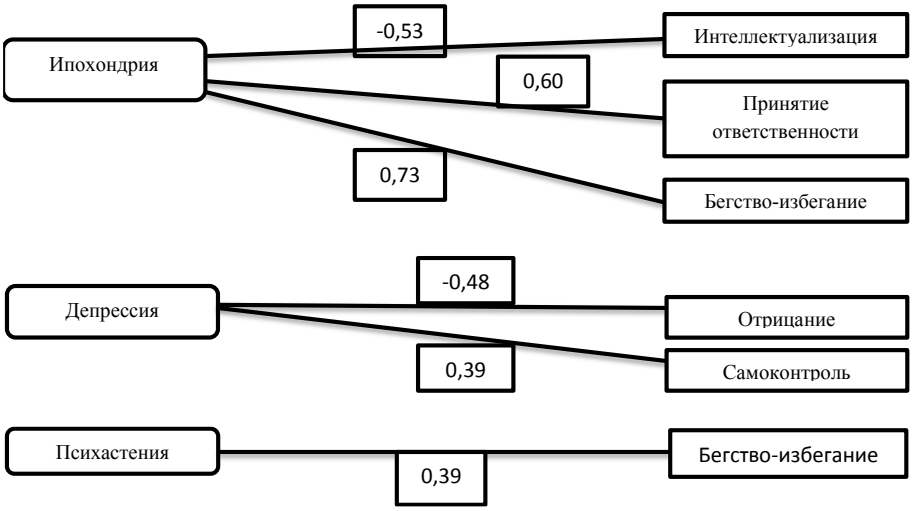

Рис. 2. Корреляционные плеяды у пациентов основной группы

На высоком уровне статистической значимости обнаружены корреляционные связи между шкалой «ипохондрия» и копинг-стратегиями «принятие ответственности» (положительная средняя) и «бегство-избегание» (положительная высокая). Так, пациенты ОГ, обнаруживающие в личностном профиле повышение значений по шкале личностного профиля «ипохондрия», в своем поведении часто прибегали к такому копинг-механизму, как «принятие ответственности». Как правило, такие лица были недовольны собой, имели низкую самооценку, чрезмерно критиковали себя. Копинг-стратегия «бегство-избегание» положительно умеренно коррелировала не только с показателем личностного профиля «ипохондрия», но и с личностной шкалой «психастения», что выражалось в погружении больных в мир фантазий при решении проблем. Депрессивные личностные особенности пациентов ОГ имели на достоверном уровне статистической значимости положительную умеренную корреляционную связь с такой копинг-стратегией, как «самоконтроль». Пациенты основной группы стремились контролировать большинство жизненных ситуаций, удерживать себя от «непристойных» поступков, сохранять самообладание в ситуации обострения болезни, стремились контролировать приступы панических атак.

Таблица 5

Корреляционная взаимосвязь личностных особенностей и способов совладающего поведения у пациентов контрольной группы

Показатели	Spearmen (R)	p-level
Мини-мульт / Индекс жизненного стиля		
Ипохондрия / Отрицание	–0,419051***	0,033102***
Мини-мульт / Копинг-стратегии		
Ипохондрия / Поиск социальной поддержки	0,438881***	0,024897***
Психастения / Самоконтроль	–0,391295***	0,048074***

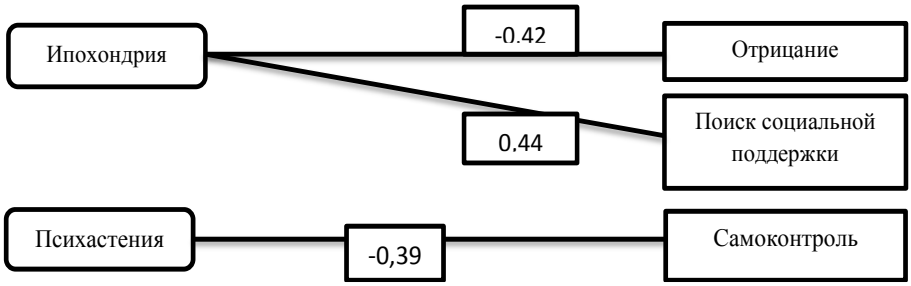

Рис. 3. Корреляционные плеяды у пациентов контрольной группы

Для пациентов КГ на достоверном уровне статистической значимости характерна отрицательная умеренная корреляция между показателем личностной сферы «ипохондрия» и механизмом психологической защиты «отрицание». В то же время ипохондрические личностные особенности пациентов положительно коррелируют с таким способом совладающего поведения, как «поиск социальной поддержки». На основании этого можно сделать вывод, что пациенты КГ с ипохондрическими чертами в профиле личности часто прибегают к разрешению проблемы с помощью использования внешних ресурсов, путем поиска поддержки у близкого социального окружения и в большей степени ориентированы на социум. Умеренная отрицательная корреляция у больных КГ обнаружена между показателем «психастения» и копинг-стратегией «самоконтроль». Так, пациенты КГ с психастеническими чертами в личностном профиле характеризовались застенчивостью, ответственностью, повышенной тревожностью, для них также характерны сниженный контроль поведения и трудности при сохранении самообладания.

Обсуждение результатов исследования

Таким образом, личностный профиль больных, страдающих коморбидным рекуррентным аффективным и паническим расстройством, характеризуется дисгармоничными проявлениями и значительными пиковыми подъемами по шкалам «ипохондрия», «депрессия» и «психастения». Согласно проведенному анализу у пациентов с сочетанным вариантом рекуррентного аффективного и панического расстройств обнаружены следующие личностные черты: инертный стиль мышления, неуверенность в себе, высокая чувствительность, впечатлительность, зависимость от мнения окружающих людей, мнительность, осторожность, осмотрительность, высокая нравственная требовательность к себе и окружающим, совестливость, комфортность и исполнительность, замкнутость, скрытость и обособленность. Перечисленные черты способствуют формированию у таких больных определенных способов совладающего поведения. Для снижения дискомфорта, обусловленного фрустрирующей ситуацией, больные прибегали к использованию копинг-механизмов «бегство-избегание» и «принятие ответственности». С целью разрешения внутренних переживаний больные с сочетанным вариантом рекуррентного аффективного и панического расстройств используют де-

структивные механизмы психологической защиты личности по типу «отрицание», «подавление», «регрессия» и «компенсация».

Кроме того, у пациентов, страдающих коморбидными рекуррентным аффективным и паническим расстройствами, обнаруживающих в структуре личностного профиля ипохондрические личностные характеристики, достаточно редко проявляется механизм психологической защиты «интеллектуализация», а диагностируются такие копинг-механзимы, как «бегство-избегание» и «принятие ответственности». Психастенические черты личности в личностном профиле больных коморбидным рекуррентным аффективным и паническим расстройством также способствуют формированию такого способа совладающего поведения, как «бегство-избегание». Меланхолические особенности в профиле личности пациентов с сочетанным вариантом рекуррентного аффективного и панического расстройств в меньшей степени способствуют использованию копинг-механизма «отрицание».

Заключение

В ходе проведенного исследования нами выявлены основные психокоррекционные мишени, в числе которых оказались компоненты защитно-совладающего поведения пациентов, обнаруживающих проявления рекуррентного аффективного и панического расстройств. Полученные результаты могут быть учтены при разработке психотерапевтической программы, преследующей цель гармонизации личностного профиля больных. В ходе психотерапевтической коррекции целесообразно использование методов когнитивно-бихевиорального направления, релаксационных техник и дыхательных упражнений.

Литература

1. Cross-national comparisons of the prevalence and correlates of mental disorders. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology // Bull World Health Organ. 2000. № 4 (78). P. 413–426.
2. Regier D.A., Rae D.S., Narrow W.E. et al. Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders// Br. J. Psychiatry. 1998. Vol. 173, № 34. P. 24–28.
3. Еричев А.Н., Моргунова А.М. Современные стрессовые ситуации и возникновение чувства тревоги. Как научиться бороться // Практическое руководство. СПб. : Изд. дом СПб МАПО, 2009. 30 с.
4. Roy-Byrne P.P., Craske G., Stein M. Panic disorder // The Lancet. 2006. Vol. 368, № 9540. P. 1023–1032.
5. Цыганков Б.Д., Джангильдин Ю.Т., Преснякова А.В. Клинико-психологические характеристики затяжных депрессий невротического уровня // Психическое здоровье. 2008. № 11. С. 27–29.
6. Вельтищев Д.Ю., Ковалевская О.Б., Серавина О.Ф. Факторы риска и профилактика рекуррентности депрессии // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2017. № 117 (6). С. 120–125.
7. Rush A.J., Zimmerman M., Wisniewski S.R. et al. Comorbid psychiatric disorders in depressed outpatients: demographic and clinical features // J. Affect. Disord. 2005. Vol. 87, № 1. P. 43–55.

8. Alpert J.E. Improving depression outcome: New concepts, strategies and technologies // Journal of Psychopharmacology. 2006. Vol. 20, 3 suppl. P. 3–4.
9. Katon W.W., Katon J., Russo J. Major depression: the importance of clinical characteristics and treatment response to prognosis // Depress. Anxiety. 2010. Vol. 27. P. 19–22.
10. Казаковцев Б.А., Сидорюк О.В., Зражевская И.А., Овсянников С.А. Региональные различия в показателях первичной заболеваемости аффективными расстройствами // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2019. № 119 (1). С. 10–16.
11. Андрющенко Т.Е., Живаева Ю.В., Калиновская К.С. Представление о будущем у лиц с паническими и тревожно-фобическими расстройствами // Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал : материалы II Междунар. науч.-практ. конф. Красноярск : Красн. гос. мед. ун-т, 2015. С. 182–188.
12. Вертоградова О.П., Довженко Т.В., Степанов В.Н., Синицын В.Н. Депрессия как фактор соматизации и социальной дезадаптации // Социальная и судебная психиатрия: история и современность. М. : МНИИ судебной и социальной психиатрии им. В.П. Сербского, 1996. С. 104–106.
13. Пастух И.А., Голозубова К.Н. Качество жизни больных коморбидными паническими и депрессивными расстройствами в процессе терапии // Медицинская психология в России. 2019. № 1. С. 6.
14. Погосова И.А., Голозубова К.Н. Динамика психологических проявлений коморбидных панических и аффективных расстройств в процессе фармакологических и психотерапевтических мероприятий // Практическая медицина. 2017. Т. 2, № 1 (102). С. 40–44.
15. Марута Н.А. Проблема коморбидности в современной психиатрии. Теоретический, клинический, терапевтический и организационные аспекты // Здоров’я України. 2013. № 12. С. 38–39.
16. Мосолов С.Н. Тревожные и депрессивные расстройства: коморбидность и терапия // М. : Артинфо Паблишинг, 2007. 63 с.
17. Митихина И.А., Митихин В.Г., Ястребов В.С., Лимнкин О.В. Психическое здоровье населения Российской Федерации в период 1992–2010 гг. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2013. № 9. С. 4–13.
18. Горбунова А.А., Колюцкая Е.В. Паническое расстройство и аффективная патология (аспекты коморбидности) // Психиатрия. 2014. № 3 (63). С. 33–33а.
19. Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику : пер. с нем. М. : Медицина, 2004. 493 с.
20. Schneider K. Die psychopathischen Personlichkeiten. 9. Aufl. Deuticke, Wien. 1950. 156 S.
21. Kronmuller K., Backenstrass M. Typus melancholicus personality type and the five-factor model of personality // Psychopathology. 2002. Vol. 35, № 2. P. 327–334.
22. Пастух И.А. Психологические механизмы защиты у больных с различными вариантами коморбидности панического расстройства // Университетская наука: взгляд в будущее : сб. науч. тр. по материалам Междунар. науч. конф., посвящ. 83-летию Курского государственного медицинского университета : в 2 т. / под ред. В.А. Лазаренко. 2018. Т. 1. С. 65–69.
23. Корытова Г.С., Еремина Ю.А. Защитно-совладающее поведение: ретроспективная реконструкция понятия // Вестник Томского государственного педагогического университета. 2015. № 3 (156). С. 42–48.
24. Муравьева О.В., Разуваева Т.Н. Взаимосвязь компонентов структуры личности и копинг-механизмов у больных депрессией // Научные ведомости БелГУ. 2014. № 6 (177), вып. 21. С. 275–283.
25. Исаева Е.Р., Зуйкова Н.В. Защитно-совладающий стиль поведения больных депрессивными расстройствами // Сибирский психологический журнал. 2002. № 16-17. С. 84–88.

26. Аль-Джолбек Х., Ладик Б.Б., Пашков А.А. Личностно-психологические особенности больных с генерализованным тревожным расстройством и паническими атаками и их динамика в процессе лечения бемитилом // Вестник ВГМУ. 2003. № 2. С. 87–95.
27. Секунда Ю.И., Шпрах В.В. Особенности структуры панических атак в зависимости от типа личности пациентов // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). 2006. № 7. С. 65–66.
28. Менделевич В.Д., Атаманов А.А. Анксиопатия и деморализация как специфические механизмы психологической защиты в рамках генерализованного тревожного и панического расстройств и их психопрофилактика // Практическая медицина. 2012. № 2. С. 109–113.
29. Савенко Ю.С. Что такое феноменологическое описание // Независимый психиатрический журнал. 2008. № 4. С. 19–26.
30. Погосов А.В., Погосова И.А., Богушевская Ю.В. Психосоматические расстройства : учеб. пособие. Курск : ГОУ ВПО КГМУ Росздрава, 2008. 210 с.

Поступила в редакцию 19.02.2020 г.; повторно 14.09.2020 г.; повторно 03.01.2021 г; принята 29.04.2021 г.

Пастух Инна Альбертовна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и психосоматики Курского государственного медицинского университета Минздрава России.
E-mail: inchikp@yandex.ru
Феоктистова Елена Викторовна – ассистент кафедры психиатрии и психосоматики Курского государственного медицинского университета Минздрава России.
E-mail: lenarep@yandex.ru
Протопопова Мария Александровна – студент факультета клинической психологии Курского государственного медицинского университета Минздрава России.
E-mail: masha-proto@yandex.ru
Сирош Дарья Сергеевна – студент факультета клинической психологии Курского государственного медицинского университета Минздрава России.
E-mail: dasha_rimska@mail.ru

For citation: Pastukh, I.A., Feoktistova, E.V., Protopopova, M.A., Sirosh, D.S. Psychological Features of Patients with Comorbid Recurrent Affective and Panic Disorder. *Sibirskiy Psikhologicheskiy Zhurnal – Siberian journal of psychology.* 2021; 80: 128–145. doi: 10.17223/17267080/80/7. In Russian. English Summary

Psychological Features of Patients with Comorbid Recurrent Affective and Panic Disorder

I.A. Pastukh[a], E.V. Feoktistova[a], M.A. Protopopova[a], D.S. Sirosh[a]

[a] *Kursk State Medical University, 3, K. Marksa Str., Kursk, 305041, Russian Federation*

Abstract

The paper presents data from the examination of 54 patients with combined mental pathology. The main group (MG) included 27 patients with comorbid recurrent affective and panic disorders. Patients (27 people) in the control group (CG) were diagnosed with independent affective disorder. The clinical and psychological parameters of the patients' personal sphere in the main and control groups were studied and analyzed. The trait profile of patients with MG is represented by disharmonious manifestations and significant peak rise in the

scales: “hypochondria”, “depression” and “psychasthenia”. According to the analysis conducted, the following personality characteristics were marked in patients with a combined variant of recurrent affective and panic disorders: inert thinking style, insecurity, high sensitivity, impressionability, dependence on the surroundig people’s opinion, suspiciousness, caution, discretion, high moral exactingness towards oneself and others, conscientiousness, comfort and diligence, unsociability, secrecy and isolation.

Besides, the relationship between personal characteristics and choice of protective and coping behavior in patients MG and CG was determined as part of the study. To reduce the discomfort caused by a stressful situation, the patients with MG used the following coping mechanisms: “escape-avoidance” and “acceptance of commitment”. In order to resolve inner experiences patients with a combined variant of recurrent affective and panic disorders use destructive mechanisms of personality psychological defense by the type “denial”, “suppression”, “regression” and “compensation”.

As part of the study conducted, the main psychocorrective targets were identified, including the components of defensive-coping patients’ behavior that showed manifestations of recurrent affective and panic disorders. The results obtained can be taken into account when developing a psychotherapeutic program aimed at harmonizing the personal profile of patients. In the course of psychotherapeutic correction, it is advisable to use methods of the cognitive-behavioral direction, relaxation techniques and breathing exercises.

The obtained results can be taken into account when developing a psychotherapeutic program aimed at harmonization of the patients’ personal profile. In the course of psychotherapeutic correction, the use of cognitive-behavioral methods, relaxation techniques and breathing exercises is advisable.

Keywords: recurrent affective disorder; comorbidity; panic disorder; personality; protective coping behavior.

References

1. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. (2000) Cross-national comparisons of the prevalence and correlates of mental disorders. *Bull World Health Organ*. 4(78). pp. 413–426.
2. Regier, D.A., Rae, D.S., Narrow, W.E. et al. (1998) Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders. *British Journal of Psychiatry*. 173(34). pp. 24–28. DOI: 10.1192/S0007125000293483
3. Erichev, A.N. & Morgunova, A.M. (2009) *Sovremennye stressovye situatsii i vozniknovenie chuvstva trevogi. Kak nauchit'sya borot'sya. Prakticheskoe rukovodstvo* [Modern stressful situations and the emergence of feelings of anxiety. How to learn to fight. A Practical Guide]. St. Petersburg: SPb MAPO.
4. Roy-Byrne, P.P., Craske, G. & Stein, M. (2006) Panic disorder. *The Lancet*. 368 (9540). pp. 1023–1032.
5. Tsygankov, B.D., Dzhangildin, Yu.T. & Presnyakova, A.V. (2008) Clinical-psychopathological features of neurotic depression. *Psikhicheskoe zdorov'e*. 11. pp. 27–29.
6. Veltishchev, D.Yu., Kovalevskaya, O.B. & Seravina, O.F. (2017) Faktory riska i profilaktika rekurrentnosti depressii [Risk factors and prevention of recurrence of depression]. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii im. S.S. Korsakova – S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 117(6). pp. 120–125.
7. Rush, A.J., Zimmerman, M., Wisniewski, S.R. et al. (2005) Comorbid psychiatric disorders in depressed outpatients: demographic and clinical features. *Journal of Affective Disordorders*. 87(1). pp. 43–55. DOI: 10.1016/j.jad.2005.03.005
8. Alpert, J.E. (2006) Improving depression outcome: New concepts, strategies and technologies. *Journal of Psychopharmacology*. 20(3). pp. 3–4. DOI: 10.1177/1359786806064304

9. Katon, W.W., Katon, J. & Russo, J. (2010) Major depression: the importance of clinical characteristics and treatment response to prognosis. *Depress. Anxiety*. 27. pp. 19–22. DOI: 10.1002/da.20613
10. Kazakovtsev, B.A., Sidoryuk, O.V., Zrazhevskaya, I.A. & Ovsyannikov, S.A. (2019) Regional'nye razlichiya v pokazatelyakh pervichnoy zabolevaemosti affektivnymi rasstroystvami [Regional differences in the rates of primary morbidity of affective disorders]. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii im. S.S. Korsakova – S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 119(1). pp. 10–16.
11. Andryushchenko, T.E., Zhivaeva, Yu.V. & Kalinovskaya, K.S. (2015) Predstavlenie o budushchem u lits s panicheskimi i trevozhno-fobicheskimi rasstroystvami [The concept of the future in persons with panic and anxiety-phobic disorders]. *Psikhologicheskoe zdorov'e cheloveka: zhiznennyy resurs i zhiznennyy potentsial* [Psychological human health: life resource and life potential]. Proc. of the Second International Conference. Krasnoyarsk: Krasnoyarsk State Medical University. pp. 182–188.
12. Vertogradova, O.P., Dovzhenko, T.V., Stepanov, V.N. & Sinitsyn, V.N. (1996) Depressiya kak faktor somatizatsii i sotsial'noy dezadaptatsii [Depression as a factor of somatization and social maladjustment]. In: Dmitrieva, T.B. (ed.) *Sotsial'naya i sudebnaya psikhiatriya: istoriya i sovremennost'* [Social and forensic psychiatry: history and modernity]. Moscow: Moscow Research Institute of Forensic and Social Psychiatry. pp. 104–106.
13. Pastukh, I.A. & Golozubova, K.N. (2019) Quality of life of patients with comorbid panic and depressive disorders during therapy. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii*. 1. pp. 6. (In Russian).
14. Pogosova, I.A. & Golozubova, K.N. (2017) Dynamics of psychological manifestations of comorbid panic and affective disorders during pharmacological and psychotherapeutic treatment. *Prakticheskaya meditsina – Practical Medicine*. 2(1). (102). pp. 40–44. (In Russian).
15. Maruta, N.A. (2013) Problema komorbidnosti v sovremennoy psikhiatrii. Teoreticheskiy, klinicheskiy, terapevticheskiy i organizatsionnye aspekty [The problem of comorbidity in modern psychiatry. Theoretical, clinical, therapeutic and organizational aspects]. *Zdorov'ya Ukraïni*. 12. pp. 38–39.
16. Mosolov, S.N. (2007) *Trevozhnye i depressivnye rasstroystva: komorbidnost' i terapiya* [Anxiety and depressive disorders: comorbidity and therapy]. Moscow: Artinfo.
17. Mitikhina, I.A., Mitikhin, V.G., Yastrebov, V.S. & Limnkin, O.V. (2013) Psikhicheskoe zdorov'e naseleniya Rossiyskoy Federatsii v period 1992–2010 gg. [Mental health of the population in the Russian Federation in 1992–2010]. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii im. S.S. Korsakova – S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 9. pp. 4–13.
18. Gorbunova, A.A. & Kolyutskaya, E.V. (2014) Panicheskoe rasstroystvo i affektivnaya patologiya (aspekty komorbidnosti) [Panic disorder and affective pathology (aspects of comorbidity)]. *Psikhiatriya*. 3(63). pp. 33–33a.
19. Kraepelin, E. (2004) *Vvedenie v psikhiatricheskuyu kliniku* [Introduction to a psychiatric clinic]. Translated from German. Moscow: Meditsina.
20. Schneider, K. (1950) *Die psychopathischen Personlichkeiten*. 9. Aufl. Deuticke, Wien.
21. Kronmuller, K. & Backenstrass, M. (2002) Typus melancholicus personality type and the five-factor model of personality. *Psychopathology*. 35(2). pp. 327–334.
22. Pastukh, I.A. (2018) Psikhologicheskie mekhanizmy zashchity u bol'nykh s razlichnymi varian-tami komorbidnosti panicheskogo rasstroystva [Psychological mechanisms of defense in patients with various types of comorbidity of panic disorder]. In: Lazarenko, V.A. (ed.) *Universitetskaya nauka: vzglyad v budushchee* [University science: a view into the future]. Kursk: Kursk State Medical University. 1. pp. 65–69.
23. Korytova, G.S. & Eremina, Yu.A. (2015) Defensive-coping behaviour: retrospective reconstruction of concept. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta – Tomsk State Pedagogical University Bulletin*. 3(156). pp. 42–48. (In Russian).

24. Muravieva, O.V. & Razuvaeva, T.N. (2014) Vzaimosvyaz' komponentov struktury lichnosti i koping-mekhanizmov u bol'nykh depressiey [The interrelation of the components of the personality structure and coping mechanisms in patients with depression]. *Nauchnye vedomosti BelGU – Belgorod State University Scientific Bulletin*. 6(21). pp. 275–283.
25. Isaeva, E.R. & Zuykova, N.V. (2002) Zashchitno-sovladayushchiy stil' povedeniya bol'nykh depressivnymi rasstroystvami [Protective coping style of behavior of patients with depressive disorders]. *Sibirskiy psikhologicheskiy zhurnal – Siberian Journal of Psychology*. 16-17. pp. 84–88.
26. Al-Dzholbek, Kh., Ladik, B.B. & Pashkov, A.A. (2003) Lichnostno-psikhologicheskie osobennosti bol'nykh s generalizovannym trevozhnym rasstroystvom i panicheskimi atakami i ikh dinamika v protsesse lecheniya bemitilom [Personal and psychological characteristics of patients with generalized anxiety disorder and panic attacks and their dynamics during treatment with bemitil]. *Vestnik VGMU – Vestnik of Vitebsk State Medical University*. 2. pp. 87–95.
27. Sekunda, Yu.I. & Shprakh, V.V. (2006) Osobennosti struktury panicheskikh atak v zavisimosti ot tipa lichnosti patsientov [The structure of panic attacks depending on the personality type of patients]. *Sibirskiy meditsinskiy zhurnal (Irkutsk)*. 7. pp. 65–66.
28. Mendelevich, V.D. & Atamanov, A.A. (2012) Anksiopatiya i demoralizatsiya kak spetsificheskie mekhanizmy psikhologicheskoy zashchity v ramkakh generalizovannogo trevozhnogo i panicheskogo rasstroystv i ikh psikhoprofilaktika [Anxiopathy and demoralization as specific mechanisms of psychological defense in the framework of generalized anxiety and panic disorders and their psychoprophylaxis]. *Prakticheskaya meditsina – Practical Medicine*. 2. pp. 109–113.
29. Savenko, Yu.S. (2008) Specification of Phenomenologic Description. *Nezavisimyy psikhiatricheskiy zhurnal – Independent Psychiatric Magazine*. 4. pp. 19–26. (In Russian).
30. Pogosov, A.V., Pogosova, I.A. & Bogushevskaya, Yu.V. (2008) *Psikhosomaticheskie rasstroystva* [Psychosomatic Disorders]. Kursk: KSMU Roszdrav.

Received 19.02.2020; Revised 14.09.2020;
Revised 03.01.2021; Accepted 29.04.2021

Inna A. Pastukh – Associate Professor of the Department of Psychiatry and Psychosomatics, Kursk State Medical University. Cand. Sc. (Med.).
E-mail: inchikp@yandex.ru
Elena V. Feoktistova – assistant of the Department of Psychiatry and Psychosomatics, Kursk State Medical University.
E-mail: lenarep@yandex.ru
Maria Al. Protopopova – student of the Faculty of Clinical Psychology, Kursk State Medical University.
E-mail: masha-proto@yandex.ru
Daria S. Sirosh – student of the Faculty of Clinical Psychology, Kursk State Medical University.
E-mail: dasha_rimska@mail.ru