



Сердакова К.Г.¹ ✉, Садовникова Т.Ю.², Васина А.Н.¹, Киселева М.Г.¹,
Лычагин А.В.¹, Грицай А.Н.³

¹ Первый Московский государственный медицинский университет
имени И.М. Сеченова (Сеченовский университет), Москва, Россия

² Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова,
Москва, Россия

³ Научно-исследовательский институт урологии и интервенционной радиологии
имени Н.А. Лопаткина – филиал Научного медицинского исследовательского центра
радиологии, Москва, Россия

Особенности эмоциональной регуляции у пациентов с соматическими заболеваниями

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: Сердакова К.Г. – обследование пациентов, Садовникова Т.Ю. – разработка программы обследования, статистическая обработка результатов; Васина А.Н. – анализ и интерпретация данных; Киселева М.Г. – научная редакция текста рукописи; Лычагин А.В. – проверка критического содержания; Грицай А.Н. – окончательное одобрение варианта статьи для опубликования.

Финансирование: авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Подана: 27.01.2025

Принята: 19.03.2025

Контакты: kiraserdakova@mail.ru

Резюме

Введение. Представлены результаты изучения особенностей эмоциональной регуляции у мужчин и женщин с различными соматическими заболеваниями (травма и онкогинекология). Изучение эмоциональной дисрегуляции у пациентов продиктовано необходимостью раннего выявления рисков аутодеструкции и психических нарушений, а также изучения качественных особенностей эмоциональной дисрегуляции.

Цель. Изучить взаимосвязь ситуации хронического соматического заболевания (тип заболевания, пол и возраст пациента, количество госпитализаций, трудовое положение) и характеристик эмоциональной дисрегуляции (ЭД) (модель Н.А. Польской, А.Ю. Развальяевой – избегание, руминация, трудности ментализации).

Материалы и методы. В исследовании участвовали 106 пациентов от 17 до 80 лет ($M=52,91$; $SD=14,86$), из них 16 мужчин (15,1%) и 90 женщин (84,9%): пациенты с травмой конечностей/позвоночника ($N=52$) и с онкогинекологией ($N=54$). Применялись две методики: «Опросник эмоциональной дисрегуляции» [3] и анкета для сбора социально-демографических характеристик (пол, возраст, количество госпитализаций).

Результаты. Установлено, что стратегии эмоциональной дисрегуляции (руминация, избегание, трудности ментализации) больше выражены у пациентов с травмой, чем у пациентов с онкогинекологией. Руминация более выражена у пациентов более старших возрастных подгрупп. У пациентов периода зрелости, в возрасте от 36 до 42 лет, – наиболее благоприятные показатели ЭД. Трудности ментализации у мужчин выражены больше, чем у женщин. Избегание у пациентов, госпитализированных

повторно, выражено больше, чем у пациентов с первичной госпитализацией. Выявлены различия по уровню эмоциональной регуляции внутри нозологических групп (травма, онкогинекология) в зависимости от разных факторов (тип заболевания, возраст, пол, количество госпитализаций, наличие или отсутствие работы).

Заключение. Результаты имеют значение для более эффективной диагностики эмоциональной дисрегуляции у пациентов с различной нозологией и могут использоваться для сфокусированной психотерапевтической работы.

Ключевые слова: эмоциональная дисрегуляция, избегание, руминация, трудности ментализации, травма, онкогинекология, совладание

Serdakova K.¹ ✉, Sadovnikova T.², Vasina A.¹, Kiseleva M.¹, Lychagin A.¹, Gritsai A.³

¹ I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

² Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

³ N.A. Lopatkin Scientific Research Institute of Urology and Interventional Radiology, Moscow, Russia

Features of Emotional Regulation in Patients with Somatic Diseases

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: Serdakova K. – examination of patients; Sadovnikova T. – development of the examination program, statistical processing of results; Vasina A. – analysis and interpretation of data; Kiseleva M. – scientific revision of the text of the manuscript; Lychagin A. – verification of critical content; Gritsai A. – final approval of the version of the article for publications.

Funding: the authors state that there is no external funding for the study.

Submitted: 27.01.2025

Accepted: 19.03.2025

Contacts: kiraserdakova@mail.ru

Abstract

Introduction. The results of studying the features of emotional regulation in men and women with different somatic diseases (trauma and oncogynecology) are presented. The study of emotional dysregulation of patients is dictated by the need for early detection of risks of auto-destruction and mental disorders, as well as the study of qualitative features of emotional dysregulation.

Purpose. To study the relationship between the situation of chronic somatic disease (type of disease, gender and age of the patient, number of hospitalizations, employment status) and the characteristics of emotional dysregulation (ED) (model of N.A. Polskaya, A.Y. Razvalyaeva – avoidance, rumination, difficulties of mentalization).

Materials and methods. The standardized conversation method was used in the study. Each patient was interviewed individually. The patient's answers were entered into a special form. The study involved 106 patients aged 18 to 80 years ($M=52.91$; $SD=14.86$), of which 16 men (15.1%) and 90 women (84.9%): patients with limb/spine injury ($N=52$) and with oncogynecology ($N=54$). Two methods were used: Emotional Dysregulation Questionnaire [3]; Questionnaire for collecting socio-demographic characteristics (gender, age, number of hospitalizations).

Results. It was found that the strategies of emotional dysregulation (rumination, avoidance, difficulties of mentalization) are more pronounced in patients with trauma than in patients with oncogynecology. Rumination is more pronounced in patients of older age subgroups. In patients of the maturity period, aged 36 to 42 years, the most favorable indicators of ED. The difficulties of mentalization in men are more pronounced than in women. Avoidance in patients hospitalized repeatedly is more pronounced than in patients with primary hospitalization. Differences in the level of emotional regulation within nosological groups (trauma, oncogynecology) were revealed depending on various factors (type of disease, age, gender, number of hospitalizations, presence or absence of work).

Conclusion. The results are important for a more effective diagnosis of emotional regulation in patients with different nosologies and can be used for focused psychotherapeutic work.

Keywords: emotional dysregulation, avoidance, rumination, mentalization difficulties, injury, oncogynecology, handle

■ ВВЕДЕНИЕ

Феномен эмоциональной регуляции является предметом пристального изучения психологов, клиницистов, физиологов [1, 2]. Под эмоциональной регуляцией понимают систему, объединяющую структурные и динамические особенности, связанные с идентификацией эмоций, их модуляцией, выражением и оценкой способности контролировать эмоции и согласовывать их с ситуациями и целями, стоящими перед деятельностью, а также прогнозировать и распознавать эмоциональные состояния других людей и соотносить их с собственными эмоциями [3–5]. Конструкты, содержательно близкие к понятию «эмоциональная регуляция», широко используются в современных исследованиях: эмоциональный интеллект [6], ментализация [7], рефлексия [8, 9], копинг-стратегии [10], когнитивные стратегии регуляции эмоций [11, 12].

Существуют различные модели эмоциональной регуляции. Первая группа моделей фокусируется на когнитивных аспектах эмоциональной регуляции. Роберт Лихи вводит понятие «эмоциональные схемы» как набор убеждений и стратегий, связанных с собственными эмоциями или эмоциями других людей, которые при патологическом способе совладания становятся дезадаптивными [11]. Джеймс Гросс выделяет два вида стратегий эмоциональной регуляции: «предшествующие реакции» и «фокусированные на реакции» [12]. Другие модели фокусируются на эмоциональных аспектах эмоциональной регуляции. По Марши Линехан, нарушения эмоциональной регуляции заключаются в неспособности личности сознательно и нужным образом изменять компоненты эмоциональной реакции, в сочетании с большим эмоциональным диапазоном отрицательных и положительных эмоций и их высокой интенсивностью [13].

Под эмоциональной дисрегуляцией понимают репрессивную систему контроля над эмоциями, направленную на снижение негативных последствий разрушительных эмоций путем их подавления, игнорирования или уклонения от них [3]. Эмоциональная дисрегуляция выступает основным психологическим предиктором аутодеструктивного поведения, например, суицидального и самоповреждающего [14].

В отношении исследования связей эмоциональной регуляции с болезнями можно отметить, что первоначально в этом контексте исследовались только классические психосоматические заболевания. Современные данные говорят о важном вкладе эмоциональной дисрегуляции в понимание процесса дезадаптации на личностном уровне при хронических соматических заболеваниях [15].

При работе с соматическими заболеваниями важнейшую роль играет построение реабилитационных мероприятий [16]. Одним из направлений реабилитации может быть работа по улучшению эмоциональной регуляции.

В нашей работе мы опираемся на теоретическую модель эмоциональной дисрегуляции Н.А. Польской и А.Ю. Разваляевой [3]. Авторы модели исходят из понимания эмоциональной дисрегуляции как результата дисфункционального взаимовлияния когнитивных и эмоциональных компонентов саморегуляции. В модели эмоциональной дисрегуляции выделено два параметра: импульсивность/ригидность аффективных реакций и когнитивные искажения/дефициты. В результате возникают дисфункциональные формы эмоциональной регуляции:

- 1) избегание – уклонение от определенных эмоций и эмоциогенного опыта как гипотетически опасных, негативных, способных причинить вред, «непереносимую» боль;
- 2) руминация – застревание на аффективно окрашенных переживаниях, стереотипное возвращение к ним, фиксация на негативных эмоциях;
- 3) трудности ментализации – проблемы понимания собственных и чужих эмоций, субъективно переживаемое чувство неконтролируемости эмоций, снижение способности к релевантной интерпретации собственного опыта и поведения других людей, чувство беспомощности перед эмоциями.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить взаимосвязь ситуации хронического соматического заболевания (тип заболевания, пол и возраст пациента, количество госпитализаций, трудовое положение) и характеристик эмоциональной дисрегуляции (модель Н.А. Польской, Т.Ю. Разваляевой – избегание, руминация, трудности ментализации).

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В данном исследовании в качестве базовой методики был выбран «Опросник эмоциональной дисрегуляции» [3]. Применение этой методики обосновано спецификой темы, удобством использования при работе с пациентами, валидностью, тем, что она подходит для определения формы эмоциональной дисрегуляции – руминации, избегания и трудностей ментализации. В качестве дополнительного инструмента нами разработан опросник для сбора социально-демографических характеристик выборки (пол, возраст, наличие или отсутствие работы, количество госпитализаций). Показатели эмоциональной регуляции у пациентов по полу, по заболеванию, по отсутствию или наличию работы и по количеству госпитализаций сравнивались с помощью U-критерия Манна – Уитни, различия показателей эмоциональной дисрегуляции для разных возрастных групп определялись с помощью критерия Краскела – Уоллиса. Обработка данных проводилась с помощью статистической программы SPSS-21. Исследовались 106 пациентов травматологического отделения Университетской клиники имени И.М. Сеченова Первого МГМУ Минздрава

России и онкогинекологического отделения НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина. Возраст респондентов – от 18 до 80 лет ($M=52,91$; $SD=14,86$): 16 мужчин (15,1%) и 90 женщин (84,9%). По нозологическому принципу сформированы две группы: 52 (49%) пациента с травмой конечностей/позвоночника составили первую группу; 54 (51%) пациента с онкогинекологическими заболеваниями составили вторую группу. По возрасту выборка была разделена на семь подгрупп: 18–21 год, 22–27 лет, 28–35 лет, 36–42 года, 43–60 лет, 61–70 лет, 71–80 лет.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ

Сначала мы изучили показатели эмоциональной дисрегуляции в общей выборке испытуемых и сравнили их с данными здоровых людей, описанными Н.А. Польской и А.Ю. Разваляевой [3]. Отличия были получены по шкалам «трудности ментализации» и «руминация». Среднее значение по шкале «трудности ментализации» у пациентов составило 19,37 балла ($sd=5,17$), тогда как у здоровых – 17,95 ($sd=4,89$). Среднее значение по шкале «руминация» у пациентов составило 16,76 балла ($sd=5,33$), тогда как у здоровых – 15,85 ($sd=4,45$). Но среднее значение у пациентов не выходит за границы среднего отклонения у здоровых людей, т. е. можно говорить лишь о немного повышенном значении.

Сравнение показателей эмоциональной регуляции у пациентов с разными нозологиями выявило значимые различия (табл. 1): для шкалы «руминация» ($U=956,000$; $p=0,005$), для шкалы «избегание» ($U=985,000$; $p=0,008$) и для шкалы «трудности ментализации» ($U=850,500$; $p=0,000$).

Пациенты с травмой показывают большие баллы по сравнению с онкогинекологическими пациентами: по шкале «руминация» средние значения 18,11 ($sd=5,58$) и 15,46 ($sd=4,77$) балла, по шкале «избегание» – 11,53 ($sd=3,19$) и 10,18 ($sd=4,37$) балла, по шкале «трудности ментализации» – 20,61 ($sd=4,13$) и 18,16 ($sd=5,79$) балла соответственно.

Далее мы изучили эмоциональную дисрегуляцию разных возрастных подгрупп общей выборки (табл. 2).

Выявлены значимые различия ($N=13,591$; $p=0,035$) в уровне руминации у разных возрастных подгрупп (критерий Краскела – Уоллиса).

В среднем показатели руминации увеличиваются с возрастом пациентов, другие показатели эмоциональной регуляции не зависят от возраста. Эти результаты отличаются от данных здоровых людей [3]. Исследования на здоровых людях показывают,

Таблица 1
Показатели эмоциональной дисрегуляции у пациентов 1-й и 2-й групп
Table 1
Indicators of emotional dysregulation in patients of groups 1 and 2

Формы ЭД	Вся выборка		Отделение травм (37 чел.)		Отделение онкогинекологии (40 чел.)		Значимость различий, p
Руминация	16,76	5,3	18,11*	5,58	15,46*	4,77	0,005
Избегание	10,84	3,88	11,53*	3,19	10,18*	4,37	0,008
Трудности ментализации	19,36	5,17	20,61**	4,13	18,16**	5,79	0,000

Примечания: * значимость различий $p \leq 0,05$; ** значимость различий $p \leq 0,001$.

Таблица 2
Эмоциональная дисрегуляция у пациентов общей выборки: возрастной аспект
Table 2
Emotional dysregulation in patients of the general sample: age aspect

Формы ЭД			Руминация		Избегание		Трудности ментализации	
Возрастные подгруппы		%	Ср. знач.	Стд. откл.	Ср. знач.	Стд. откл.	Ср. знач.	Стд. откл.
1	18–21 год	1,9	12,00	1,41	9,00	2,83	19,00	1,41
2	22–27 лет	4,7	16,80	4,27	10,60	1,14	19,20	2,86
3	28–35 лет	9,4	15,50	4,30	11,00	3,86	18,50	3,75
4	36–42 года	12,3	13,08	3,40	10,15	3,34	17,31	4,37
5	43–60 лет	41,5	17,39	4,98	10,80	3,85	19,84	4,65
6	61–70 лет	18,9	18,00	7,16	10,45	3,30	19,55	5,95
7	71–80 лет	11,3	18,25	4,90	12,75	6,00	20,42	8,13

что с возрастом уровни трудностей ментализации, руминации и избегания снижаются, адаптивные формы регуляции эмоций приобретают больший вес. Вероятно, наличие заболевания в зрелом возрасте имеет решающее значение для увеличения эмоциональной дисрегуляции. При этом в возрастной подгруппе 4 (возраст от 36 до 42 лет) выявлены сниженные средние показатели руминации (13,8; $sd=3,4$). Аналогичные тенденции отмечены и в отношении трудностей ментализации. То есть возраст пациента является важным фактором успешной эмоциональной регуляции в условиях тяжелого заболевания. Пациенты зрелого возраста от 36 до 42 лет имеют наиболее благоприятные показатели ЭД, отражающие их больший психологический ресурс в совладании с трудной жизненной ситуацией.

Далее мы изучили эмоциональную дисрегуляцию у женщин и мужчин общей выборки. Исследование показало ($U=232\ 000$, $p=0,046$), что трудности ментализации у мужчин (20,73; $sd=3,6$) выражены сильнее, чем у женщин (17,62; $sd=3,71$).

Далее мы изучили показатели эмоциональной регуляции у пациентов общей выборки с первичной и повторной госпитализацией.

Исследование выявило ($U=498\ 000$, $p=0,020$) большую выраженность избегания у пациентов, госпитализированных повторно (10,47; $sd=3,20$), по сравнению с пациентами с первичной госпитализацией (8,80; $sd=2,30$).

Исследование не выявило значимых различий в эмоциональной регуляции у работающих и неработающих пациентов.

Далее мы сравнили выбранные показатели внутри групп «пациенты травматологического отделения» и «пациенты онкогинекологического отделения». Среди пациенток травматологического отделения не выявлено значимых различий ни по полу, ни по возрасту, ни по признаку «наличие работы», ни по тому, была ли госпитализация первой или нет.

При исследовании пациенток онкогинекологического отделения признак «пол» в сравнении не участвовал (в данном отделении только женщины). Количество госпитализаций пациенток онкогинекологического отделения не оказалось значимым фактором, влияющим на эмоциональную регуляцию.

Таблица 3

Показатели эмоциональной дисрегуляции у работающих и неработающих пациентов отделения онкогинекологии

Table 3

Indicators of emotional dysregulation in working and non-working patients of the oncogynecology department

Формы ЭД	Работающие пациенты (31 чел.)		Неработающие пациенты (23 чел.)		Значимость различий, р
Руминация	14,16*	4,24	17,21*	4,97	0,013
Избегание	9,74	3,50	10,78	5,35	0,615
Трудности ментализации	17,52	5,11	19,04	6,62	0,171

Примечание: * значимость различий $p \leq 0,05$.

Признак «наличие работы» оказался значимым для пациенток онкогинекологического отделения при определении уровня эмоциональной дисрегуляции (табл. 3). Уровень руминации достоверно более выражен (17,21 против 14,16) у пациенток онкогинекологического отделения, которые не работают.

При изучении эмоциональной дисрегуляции у пациентов отделения онкогинекологии выявлены значимые различия ($N=14,236$; $p=0,014$) по показателю «руминация» для разных возрастных подгрупп (критерий Краскела – Уоллиса). Показатели руминации пациентов онкогинекологического отделения в среднем повышаются с возрастом, как и в общей выборке пациентов, при этом являются значимо более высокими в возрастных группах: «22–27 лет», «43–60 лет» и «71–80 лет».

■ ОБСУЖДЕНИЕ

Некоторые показатели эмоциональной дисрегуляции (руминация и трудности ментализации) у пациентов имеют повышенные значения по сравнению с показателями у здоровых людей. Это может быть связано с тем, что исследовались взрослые люди, жизненная ситуация которых включает опыт лечения сложного заболевания (травмы, онкогинекология). Наличие трудностей ментализации может быть объяснено тем, что новое заболевание может способствовать возникновению эмоций, опыта столкновения с которыми, а соответственно – понимания их, у пациентов могло вообще не быть, или он был минимален. Трудности понимания эмоций также отмечаются у пациентов с соматическими заболеваниями, особенно с психосоматическими [17]. Повышенные показатели по шкале «руминация» могут быть связаны с тем, что пациенты постоянно сталкиваются с негативными проявлениями болезни, которые вызывают у них негативные чувства. Застревание на эмоциях у пациентов с соматическими заболеваниями показано и другими исследователями [2]. Повышенные значения по шкале «руминация» в общей выборке отражают феномен «застревания» респондентов на негативных переживаниях.

Пациенты с травмой имеют более высокие показатели эмоциональной дисрегуляции по сравнению с пациентами с онкогинекологией. Для них попадание в больницу было внезапным, они не думают, что все скоро пройдет (пациенты со сложными травмами позвоночника и конечностей), к тому же они испытывают сильнейший болевой синдром, который пациенты с онкогинекологией испытывают обычно на последней стадии заболевания. У пациентов с онкогинекологией меньшие показатели

эмоциональной дисрегуляции, несмотря на серьезность заболевания, даже – на страх смерти. Они не сразу лишаются привычного образа жизни, могут адаптироваться к диагнозу, доделать дела, переосмыслить ценности, осознавать старые и находить новые значения. Преимущество может заключаться в возможности скрыть болезнь от окружающих, т. е. избежать возможной жалости, которая может не нравиться, оставаться в роли ценного сотрудника до последнего. Связь вида болезни и эмоциональной регуляции у пациентов описана и другими исследователями [18].

Выявлено увеличение уровня руминации при росте возраста пациентов при независимости уровня избегания и трудностей ментализации от возраста. В этом проявляется отличие от здоровых людей, у которых больший вес с возрастом приобретают более адаптивные формы регуляции эмоций [3], т. е. наличие соматического заболевания во взрослости является критическим для эмоциональной регуляции. Тяжелая болезнь сама по себе подрывает ресурс пожилого человека, напоминая о хрупкости тела, а негативные эмоции, сопровождающие болезнь, оказываются еще более тягостными. Пациенты зрелого возраста от 36 до 42 лет имеют наиболее благоприятные показатели эмоциональной регуляции: у этих пациентов, с одной стороны, есть опыт преодоления трудностей, с другой – вера в то, что организм еще достаточно молод, чтобы справиться с болезнью.

Трудности ментализации у болеющих мужчин выражены больше, чем у женщин. Это может быть связано с тем, что традиционно женщины более заинтересованы в собственных переживаниях, имеют больший опыт регуляции эмоций, соответственно – больше их понимают, что проявляется и в ситуации болезни [5].

Увеличение показателей избегания у пациентов с повторной госпитализацией по сравнению с показателями первично госпитализированных свидетельствует, как правило, о нежелании столкновения с реальностью, в которой борьба с болезнью оказывается недостаточно успешной. Эти данные соотносятся с изученной взаимосвязью ухудшения эмоционального состояния и увеличения продолжительности болезни [19]. Повышение же уровня негативных эмоций пациентам нелегко переносить, что и приводит к избеганию.

Неработающие пациенты с онкогинекологическими заболеваниями имеют повышенные показатели по руминации, т. к., возможно, имеют больше свободного времени, чтобы застревать на негативных переживаниях. В контексте полученных данных можно упомянуть работу Шустова [19], который писал о том, что желание продолжать работать, несмотря на болезнь, связано с нежеланием соприкасаться с негативными эмоциями. К тому же работа может выступать фактором, свидетельствующим о том, что в жизни человека есть более широкий круг областей, важных для человека, у неработающих же людей такой круг часто сужен. И фактор «наличие работы» оказывается значимым фактором, определяющим уровень руминации, для пациентов онкогинекологического отделения, а не для отделения травмы, поскольку полученные травмы способствуют ограничению трудовой деятельности для работающих, т. е. уравнивают их с неработающими по условиям жизнедеятельности, для пациентов отделения онкогинекологии это не так: часто щадящая операция позволяет достаточно быстро выйти на работу.

Повышение уровня руминации у пациентов отделения онкогинекологии в молодом возрасте свидетельствует о неготовности человека к обнаружению у него

онкогинекологического заболевания на раннем жизненном этапе. Повышенная руминация у пациентов позднего зрелого возраста отделения онкогинекологии может быть определена тем, что в этом возрасте женщина сталкивается с климактерическими явлениями. Климакс с психологической точки зрения рассматривается как период кризиса, связанный с потерей женственности и возможностей репродуктивной сферы и осознанием приближающегося старения [20]. Описанные явления требуют специальной работы, связанной с эмоциональным принятием. Появление онкогинекологических заболеваний усугубляет эмоциональное состояние женщин, и так переживающих снижение уровня женственности. Повышение уровня руминации у пациентов старческого возраста отделения онкогинекологии может быть связано с тем, что женщина этого возраста уже прошла путь принятия снижения женственности и теперь сталкивается с тем, что для нее совсем неожиданно. Так, отметим слова пациентки А., которая говорила, плача: «Никогда никаких серьезных проблем в женской сфере не было, и тут кровотечение на старости лет, стыдно».

Результаты позволяют наметить «мишени» психотерапевтической работы, целью которой выступает совладание пациента с ситуацией тяжелой болезни, формирование оптимальной эмоциональной регуляции.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Уровень эмоциональной дисрегуляции по показателям «руминация» и «трудности ментализации» у людей с соматическими заболеваниями (онкогинекология и травматология) выше, чем здоровых людей. Стратегии эмоциональной дисрегуляции (руминация, избегание, трудности ментализации) больше выражены у пациентов с травмой по сравнению с онкогинекологическими пациентами. Руминация более выражена у представителей более старших возрастных групп. У пациентов периода зрелости, от 36 до 42 лет, – наиболее благоприятные показатели эмоциональной регуляции. Показатели руминации пациентов онкогинекологического отделения в среднем повышаются с возрастом, как и в общей выборке пациентов, при этом являются значимо более высокими в возрастных группах «22–27 лет», «43–60 лет» и «71–80 лет». Исследование не выявило значимых различий эмоциональной регуляции у работающих и неработающих пациентов. Но уровень руминации значимо больше выражен у неработающих пациентов отделения онкогинекологии по сравнению с работающими. Избегание у пациентов, госпитализированных повторно, более выражено, чем у пациентов с первичной госпитализацией. Трудности ментализации у мужчин выражены больше, чем у женщин.

Также показано, что среди пациентов отделения травмы нет значимых различий ни по полу, ни по возрасту, ни по признаку «наличие работы», ни по тому, была ли госпитализация первой или нет. При исследовании пациентов отделения онкогинекологии количество госпитализаций таких пациентов не являлось значимым фактором, влияющим на эмоциональную регуляцию.

Полученные результаты значимы для эффективной диагностики эмоциональной дисрегуляции у пациентов с различной нозологией и могут использоваться для сфокусированной психотерапевтической работы.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Zasyadko K., Tafintseva L., Maskalyanova S., Shakula A., Syrkin L., Vasina A. Professional burnout as a factor of violation of professional adaptation of social workers. *Yaroslavl Pedagogical Bulletin*. 2024;2(137):203–211. doi: 10.20323/1813-145X2024-2-137-203 (in Russian)
2. Serdakova K., Shelest V., Krylova N., Smirnikova O., Khersonsky I. Features of the emotional sphere of the personality of medical students in the educational process of a megalopolis. *Integration of education*. 2023;27(2):245–261. doi: 10.15507/1991-9468.111.027.202302.245-261 (in Russian)
3. Polskaya N., Razvalyaeva A. Development of the emotional dysregulation questionnaire. *Counseling psychology and psychotherapy*. 2017;25(4):71–93. doi: 10.17759/cpp.2017250406. (in Russian)
4. Il'in E. *Differential psychophysiology of men and women*. Saint Petersburg: Publ. Peter, 2003. (in Russian)
5. Pervichko E. *Regulation of emotions in patients with cardiovascular diseases* (PhD Thesis). Saint Petersburg, 2016. 910 p. (in Russian)
6. Mayer J.D., Caruso D.R., Salovey P. The ability model of emotional intelligence: Principles and updates. *Emotion Review*. 2016;8(4):290–300.
7. Bateman E.U., Fonagy P. *Treatment of borderline personality disorder based on mentalization: a practical guide*. Moscow: Publ. of Institute of General Humanitarian Research, 2014. (in Russian)
8. Leontiev D., Osin E. Reflection "good" and "bad": from an explanatory model to differential diagnosis. *Psychology. J of the Higher School of Economics*. 2014;11(4):110–135. (in Russian)
9. Lazarus R.S., Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Publ. Springer, 1984.
10. Garnefski N., Kraaij V. The cognitive emotion regulation questionnaire. *European J of Psychological Assessment*. 2007;23(3):141–149.
11. Leahy R.L. Emotional Schema Therapy: A meta-experiential model. *Australian Psychologist*. 2016;51(2):82–88.
12. Gross J.J. Emotional regulation in adulthood: Timing is everything. *Current directions in psychological science*. 2001;10(6):214–219.
13. Linehan M.M., Neacsiu A.D., Bohus M. Dialectical Behavior Therapy: An Intervention for Emotion Dysregulation. In J.J. Gross (ed.) *Handbook of Emotion Regulation*. NY: Publ. Guilford Press. 2014:491–507/
14. Polskaya N., Vlasova N. Autodestructive behavior in adolescence and youth. *Counseling psychology and psychotherapy*. 2015;4:176–190. (in Russian)
15. Isaeva E. *Coping-behavior and psychological protection of the individual in conditions of health and illness*. St. Petersburg: Publ. of St. Petersburg State Medical University, 2009. (in Russian)
16. Fedorova V. Psychological mechanisms of formation of the internal picture of the disease and coping with stress behavior in patients with inflammatory bowel diseases (PhD Thesis). Saint Petersburg, 2009. 24 p. (in Russian)
17. Nikolaeva V. About the psychological nature of alxythymia. *The corporality of a person*. Moscow: Publ. of Moscow State University, 1993:84–93. (in Russian)
18. Karabach I., Yudin V., Kochetov L. Features of emotional regulation in various categories of patients with nosogenic disorders. *Bulletin Pirogov National Medical and Surgical Center*. 2014;9(2):75–78. (in Russian)
19. Shustov D. *Textbook on medical psychology*. Ryazan: Publ. Press, 1996. (in Russian)
20. Mordas E., Kuzmicheva A. Menopause as a stage of female development: a psychoanalytic view. *Psychologist*. 2021;3. doi: 10.25136/2409-8701.2021.3.35096 (in Russian)