

- Психотерапия
- Медицинская психология
- Клиническая психология
- Психиатрия и наркология
- Психофизиология

ISSN 0132-182X (print)  
ISSN 2782-652X (online)

# Вестник ПСИХОТЕРАПИИ

№85



Bulletin of Psychotherapy

2023



ИНСТИТУТ ПСИХОТЕРАПИИ И  
МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ  
им. Б.Д. Карвасарского

Институт психотерапии и медицинской психологии им. Б.Д. Карвасарского — образовательный и научно-практический центр Петербургской (Ленинградской) школы психотерапии, осуществляющий образовательные, научно-практические внедренческие проекты на переднем крае науки в области клинической психотерапии и клинической (медицинской) психологии.

## Приглашаем в Школу клинической психотерапии Рауля Каусовича Назырова

Дорогие коллеги!

В 2022 году Институт психотерапии и медицинской психологии им. Б.Д. Карвасарского создал уникальный спецкурс «Школа клинической психотерапии Рауля Назырова», который позволяет освоить фундаментальные подходы Петербургской (Ленинградской) Школы психотерапии, систематизировать знания по современной клинической психотерапии, получить устойчивую систему компетенций для проведения психотерапии для пациентов различных клинических групп.

Прохождение обучения на спецкурсе — это возможность изучать и проводить психотерапию в сложных случаях с опорой на глубинное понимание этиопатогенетических факторов расстройства и страдания человека, а также его окружения.

Методология спецкурса основывается на передовой системе обучения специалистов в области психотерапии — «Интегрирующая дидактическая среда», которая является следующим шагом развития системы последипломного обучения специалистов.

### В основе спецкурса:

- системный «надметодический» взгляд на расстройства, страдания и воспроизводящиеся психологические проблемы,
- наиболее полное освоение медицинской модели в форме научной концепции клинической психотерапии из возможного в российской системе образования специалистов в области психотерапии,
- инновации, выводящие психотерапию на следующий уровень (демонстрационная психотерапия, внедренческие проекты, экспертная психотерапия),
- хорошо работающая модельная психотерапевтическая служба, вписанная в медицину на равных правах, которая порождает высококлассных специалистов, технологии, идеи, алгоритмы и организационные формы,
- целостная, холистическая модель, которая позволяет преодолевать болезнь за счет факторов внутреннего саногенеза, предполагает активное участие личности больного или страдающего человека и его окружения, содействует возвращению области психического здоровья в нормоцентрическую парадигму.

### После прохождения спецкурса Вы сможете уверенно:

Определять объект психотерапии (личность пациента, его семья, группа или сообщество) постигать пациента и на этой основе создавать обоснованную программу лечения без лекарств!

Раскрывать тайны психотерапевтической коммуникации для каждого конкретного случая.

Применять современную психотерапию во всем многообразии ее инструментов и практических подходов, как целостную научно обоснованную систему.

### Обучение на Спецкурсе:

в Спецкурсе могут принять участие врачи-психотерапевты и клинические (медицинские) психологи, имеющие дипломы о прохождении профессиональной переподготовки по соответствующим специальностям.

Продолжительность обучения — 2 года

Часовая нагрузка программы — 1376 уч. час.

Обучение на Спецкурсе — очное с применением дистантных технологий.

Обучение предполагает достижение индивидуальных целей в обучении по всем развиваемым компетенциям.

Выпускник, успешно завершивший Спецкурс получает статус выпускника Спецкурса — участника Школы Клинической психотерапии.

Подать заявку на участие можно на сайте  
Института психотерапии и медицинской психологии им. Б.Д. Карвасарского

### Контактные данные:

Тел.: +7 812 467-47-90

Электронная почта: [client@ipmp-spб.ru](mailto:client@ipmp-spб.ru)

На обложке журнала «Вестник психотерапии» №85 использовалась художественная работа  
Лилии Ивановны Кабановой  
«Нам остается только имя»

© Ким М., гузайн, 2022

## Учредитель

Федеральное государственное  
бюджетное учреждение  
«Всероссийский центр экстренной  
и радиационной медицины  
им. А.М. Никифорова» МЧС России

## Журнал зарегистрирован

Федеральной службой по надзору  
в сфере связи и массовых  
коммуникаций России  
Свидетельство о перерегистрации –  
ПИ № ФС77-34066 от 7 ноября 2008 г.

## Индекс для подписки

в электронных каталогах  
«Пресса России» ([www.pressa-rf.ru](http://www.pressa-rf.ru))  
и агентства «Книга-сервис»  
([www.aks.ru](http://www.aks.ru))

## Импакт-фактор (2020) 0,608

Полные тексты статей представлены  
на сайте Научной электронной  
библиотеки <http://www.elibrary.ru>  
и ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова  
МЧС России <http://www.nrterm.ru>

Компьютерная верстка

С.И. Рожкова

Корректор Е.С. Степченко

Перевод Н.А. Мухина

Подписано в печать: 23.03.2023 г.

Формат 60×84/8. Усл.-печ. л. 12,8

Тираж 500 экз. Заказ № 7610-1

Отпечатано в типографии

«Скифия-Принт», Санкт-Петербург,

197198, ул. Б. Пушкарская, д. 10

Дата выпуска в свет: 30.03.2023

Свободная цена

## Адрес редакции:

Россия, 194352, Санкт-Петербург,

Придорожная аллея, д. 11, лит. А

Тел. (812) 592-14-19,

8-911-923-98-01

e-mail: [vestnik-pst@yandex.ru](mailto:vestnik-pst@yandex.ru)

ISSN 0132-182X (print)

ISSN 2782-652X (online)

## СОДЕРЖАНИЕ

### Психотерапия

*Назыров Р.К., Калганов С.П., Лысенко И.С.*  
Сравнение клинико-психологических характеристик  
у пациентов с невротическими расстройствами,  
выбравших активную и пассивную позицию  
в психотерапии. Часть 2 ..... 5

*Тукаев Р.Д.*

Великие российские ученые-медики, академики  
И.П. Павлов и В.М. Бехтерев и их вклад в развитие  
исследований и практик отечественного гипноза,  
гипнотерапии, психотерапии ..... 15

### Медицинская психология.

### Клиническая психология

*Алехин А.Н., Неберекутина Э.А.*

Психологические аспекты реакции адаптации  
в измененных условиях жизнедеятельности ..... 28

*Багненко Е.С., Гриненко А.О.*

Стратегии и личностные ресурсы копинга  
в системе психической адаптации женщин  
с косметологическими проблемами кожи лица ..... 37

*Ермакова Н.Г.*

Применение тематически-ориентированного  
тренинга в процессе восстановительного лечения  
больных с последствиями инсульта ..... 51

*Исагулова Е.Ю.*

Физическое, сексуальное, эмоциональное насилие  
в детстве — предпосылки развития пограничного  
расстройства личности в подростковом возрасте  
(обзор зарубежных исследований) ..... 60

*Марков А.В., Курасов Е.С., Баурова Н.Н., Колодин С.Н.*

Индивидуально-личностные особенности  
пациентов, принимавших синтетические катиноны,  
на этапе становления ремиссии ..... 70

*Пестерева Е.В., Бриль М.С., Хрусталева Н.С.,*

*Обидин И.Ю., Бекренева Ю.С., Миргород Н.В.*

Страх рецидива и психическая травматизация  
родителей в ситуации онкологического заболевания  
ребенка ..... 81

*Савченков А.В.*

Факторы риска развития тревожных расстройств. . . . . 92

## **Главный редактор**

*Назыров Равиль Каисович*, д-р мед. наук (Санкт-Петербург, Россия)

## **Редакционная коллегия**

*Григорьев Степан Григорьевич*, д-р мед. наук проф. (Санкт-Петербург, Россия)

*Евдокимов Владимир Иванович*, д-р мед. наук проф., научный редактор  
(Санкт-Петербург, Россия)

*Мизерене Рута*, д-р мед. наук (г. Паланга, Литовская Республика)

*Мильчакова Валентина Александровна*, канд. психол. наук доцент  
(Санкт-Петербург, Россия)

*Мухина Наталия Александровна*, канд. мед. наук доцент  
(Санкт-Петербург, Россия)

## **Председатель редакционного совета**

*Рыбников Виктор Юрьевич*, д-р мед. наук, д-р психол. наук проф.  
(Санкт-Петербург, Россия)

## **Редакционный совет**

*Александров Артур Александрович*, д-р мед. наук проф.  
(Санкт-Петербург, Россия)

*Алексанин Сергей Сергеевич*, д-р мед. наук проф., член-корреспондент РАН  
(Санкт-Петербург, Россия)

*Алтынбеков Сагат Абылкаирович*, д-р мед. наук проф.  
(г. Алматы, Республика Казахстан)

*Ашуров Зарифжон Шарифович*, д-р мед. наук проф.  
(г. Ташкент, Республика Узбекистан)

*Бохан Татьяна Геннадьевна*, д-р психол. наук проф. (г. Томск, Россия)

*Булыгина Вера Геннадьевна*, д-р психол. наук проф. (Москва, Россия)

*Григорьев Григорий Игоревич*, д-р мед. наук проф. (Санкт-Петербург, Россия)

*Караваева Татьяна Артуровна*, д-р мед. наук проф. (Санкт-Петербург, Россия)

*Кремлева Ольга Владимировна*, д-р мед. наук проф. (г. Екатеринбург, Россия)

*Макаров Виктор Викторович*, д-р мед. наук проф. (Москва, Россия)

*Незнанов Николай Григорьевич*, д-р мед. наук проф. (Санкт-Петербург, Россия)

*Николаев Евгений Львович*, д-р мед. наук проф. (г. Чебоксары, Россия)

*Решетников Михаил Михайлович*, д-р психол. наук проф.  
(Санкт-Петербург, Россия)

*Шамрей Владислав Казимирович*, д-р мед. наук проф.  
(Санкт-Петербург, Россия)

# BULLETIN OF PSYCHOTHERAPY

N 85  
2023

Reviewed Research Journal

Quarterly published

## Founder

The Federal State Budgetary Institute  
«The Nikiforov Russian Center  
of Emergency and Radiation Medicine»,  
The Ministry of Russian Federation  
for Civil Defence, Emergencies and  
Elimination of Consequences  
of Natural Disasters (NRCERM,  
EMERCOM of Russia)

## Journal Registration

Russian Federal Surveillance Service  
For Compliance with the Law in Mass  
Communications and Cultural Heritage  
Protection. Registration certificate  
ПН № ФС77-27744 of 30.03.2007.

## Impact factor (2020) 0,608

Abstracts of the articles are presented  
on the website of the Online Research  
Library: <http://www.elibrary.ru>,  
and the fulltext electronic version  
of the journal – on the official website  
of the NRCERM, EMERCOM of Russia:  
<http://www.nrcerm.ru>

## Computer makeup

S.I. Rozhkova

Proofreading E.S. Stepchenko

Translation N.A. Muhina

Approved for press 23.03.2023.

Format 60×84/8.

Conventional sheets 12.8.

No. of printed copies 500.

Publication date 30.03.2023

## For correspondence:

11, A, Pridorozhnaya alley

194352, St. Petersburg, Russia

Phone: (812) 592-14-19,

8-911-923-98-01

e-mail: [vestnik-psy@yandex.ru](mailto:vestnik-psy@yandex.ru)

ISSN 0132-182X (print)

ISSN 2782-652X (online)

## CONTENTS

### Psychotherapy

*Nazyrov R.K., Kalganov S.P., Lysenko I.S.*

Comparison of clinical and psychological characteristics  
in patients with neurotic disorders who chose active  
versus passive role in psychotherapy. Part 2 . . . . . 5

*Tukaev R.D.*

Outstanding Russian medical scientists and  
academicians I.P. Pavlov and V.M. Bekhterev and  
their contribution to academic and practical advances  
in hypnosis, hypnotherapy, and psychotherapy in Russia . . 15

### Medical psychology.

### Clinical psychology

*Alekhin A.N., Neberekutina E.A.*

Psychological aspects of adaptive response in changed  
living conditions . . . . . 28

*Bagnenko E.S., Grinenko A.O.*

Strategies and personal resources of coping  
in mental adaptation of women with facial skin  
cosmetic problems . . . . . 37

*Ermakova N.G.*

Task-oriented training in rehabilitation after stroke . . . . . 51

*Isagulova E.Yu.*

Physical, sexual, emotional abuse in childhood –  
prerequisites for the development of borderline  
personality disorders in adolescents in foreign studies . . . 60

*Markov A.V., Kurasov E.S., Baurova N.N., Kolodin S.N.*

Individual and personal characteristics of patients taking  
synthetic cathinones at the stage of remission . . . . . 70

*Pestereva E.V., Bril' M.S., Chrustaleva N.S., Obidin I.Yu.,  
Bekreneva J.S., Mirgorod N.V.*

Fear of relapse and mental traumatization in parents  
of childhood cancer patients . . . . . 81

*Savchenkov A.V.*

Risk factors for the development of anxiety disorders . . . . . 92

### **Editor-in-Chief**

*Ravil' K. Nazyrov*, Dr. Med. Sci. (St. Petersburg, Russia)

### **Editorial Board**

*Stepan G. Grigorev*, Dr. Med. Sci. Prof. (St. Petersburg, Russia)

*Vladimir I. Evdokimov*, Dr. Med. Sci. Prof., Science Editor (St. Petersburg, Russia)

*Ruta Mizeriene*, Dr. Med. Sci. (Palanga, Lithuania)

*Valentina A. Milchakova*, PhD Psychol. Sci. Associate Prof. (St. Petersburg, Russia)

*Nataliya A. Mukhina*, PhD Med. Sci., Associate Prof. (St. Petersburg, Russia)

### **Editorial Board Chairman**

*Viktor Yu. Rybnikov*, Dr. Med. Sci., Dr. Psychol. Sci. Prof. (St. Petersburg, Russia)

### **Members of Editorial Council**

*Artur A. Aleksandrov*, Dr. Med. Sci. Prof. (St. Petersburg, Russia)

*Sergei S. Aleksanin*, Dr. Med. Sci. Prof., Corresponding Member Russian Academy of Sciences (St. Petersburg, Russia)

*Sagat A. Altinbekov*, Dr. Med. Sci. Prof. (Almaty, Republic of Kazakhstan)

*Zarifzhon Sh. Ashurov*, Dr. Med. Sci. Prof. (Tashkent, Republic of Uzbekistan)

*Tat'yana G. Bohan*, Dr. Psychol. Sci. Prof. (Tomsk, Russia)

*Vera G. Bulygina*, Dr. Psychol. Sci. Prof. (Moscow, Russia)

*Grigorii I. Grigorev*, Dr. Med. Sci. Prof. (St. Petersburg, Russia)

*Tat'yana A. Karavaeva*, Dr. Med. Sci. Prof. (St. Petersburg, Russia)

*Ol'ga V. Kremleva*, Dr. Med. Sci. Prof. (Екатеринбург, Russia)

*Viktor V. Makarov*, Dr. Med. Sci. Prof. (Moscow, Russia)

*Nikolai G. Neznanov*, Dr. Med. Sci. Prof. (St. Petersburg, Russia)

*Evgenii L. Nikolaev*, Dr. Med. Sci. Prof. (Cheboksary, Russia)

*Mikhail M. Reshetnikov*, Dr. Psychol. Sci. Prof. (St. Petersburg, Russia)

*Vladislav K. Shamrey*, Dr. Med. Sci. Prof. (St. Petersburg, Russia)

Р.К. Назыров, С.П. Калганов, И.С. Лысенко

## СРАВНЕНИЕ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ВЫБРАВШИХ АКТИВНУЮ И ПАССИВНУЮ ПОЗИЦИЮ В ПСИХОТЕРАПИИ. Часть 2

Институт психотерапии и медицинской психологии им. Б.Д. Карвасарского  
(Россия, Санкт-Петербург, Басков пер, д. 32–34)

*Актуальность* определяется необходимостью решения одной из самых сложных методологических задач в доказательной психотерапии – оценкой клинических, медико- и клинко-психологических изменений пациента в процессе психотерапии для повышения ее эффективности с одновременным снижением продолжительности.

*Цель* – сравнительный анализ клинко-психологических характеристик больных с невротическими расстройствами, активно выбирающих психотерапевтическое лечение и принимающих участие в психотерапии пассивно.

*Методология.* Используются клинический и клинко-психологический методы. Представлена динамика клинко-психологических характеристик 82 пациентов с невротическими расстройствами в возрасте от 18 до 55 лет. Пациентов 1-й группы, которые активно выбрали психотерапию, было 45 человек (54,9%), 2-й группы – с пассивным участием – 37 (45,1%). В данной статье приведены материалы 2-й части исследования, раскрывающие эффективность лечения пациентов, выбравших психотерапию пассивно.

*Результаты и их анализ.* Результаты исследования показали, что большая эффективность психотерапии проявилась у пациентов 1-й группы. У пациентов 2-й группы, несмотря на снижение невротической симптоматики и улучшение ряда клинко-психологических характеристик, отмечалось уменьшение уровня «конструктивной агрессии», что способствовало снижению желания открыто проявлять свои эмоциональные переживания, формировать и реализовывать свои жизненные цели, отмечалось усиление невротической симптоматики, усиливающей межличностную изоляцию, а также снизился уровень интернальности в области отношений к здоровью и болезни.

*Заключение.* Полученные данные указывают на специфичность динамики клинических и клинко-психологических характеристик и дают основания предполагать позитивное влияние активного выбора психотерапии на ее эффективность, а также большее адаптационное значение невротической симптоматики, направленной на управление межличностной дистанцией у пациентов, пассивно выбирающих психотерапию.

**Ключевые слова:** психотерапия, невротическое расстройство, клиническая психология, психодиагностика, клинические особенности, клинко-психологические факторы, лечебная модель.

---

✉ Назыров Равиль Каисович – д-р мед. наук, директор, Ин-т психотерапии и мед. психологии им. Б.Д. Карвасарского (Россия, 191014, Санкт-Петербург, Басков пер, д. 32–34), e-mail: ravil.nazyrov@gmail.com;

Калганов Сергей Петрович – врач-психиатр-психотерапевт, Ин-т психотерапии и мед. психологии им. Б.Д. Карвасарского (Россия, 191014, Санкт-Петербург, Басков пер, д. 32–34), e-mail: 9shapiro9@gmail.com;

Лысенко Ирина Сергеевна – канд. психол. наук, зав. науч. частью, Ин-т психотерапии и мед. психологии им. Б.Д. Карвасарского (Россия, 191014, Санкт-Петербург, Басков пер, д. 32–34), доцент каф. клинической психологии, Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы (199178, г. Санкт-Петербург, 12-я линия В.О., дом 13, лит. А), e-mail: neolira@yandex.ru

## Введение

В 1-й части статьи [10] указано, что в результате проведенного исследования в группе пациентов с активным выбором психотерапии наблюдалось повышение адаптационных ресурсов личности пациентов, в том числе изменение сознательных механизмов преодоления стресса (копинг-механизмов) и неосознаваемых стратегий (психологических защит). Отмечалось, что у пациентов с активным выбором психотерапии выявлено снижение напряженности большинства психологических защит как неосознанных способов снижения тревоги и травматичности переживаний, а также преобладание после психотерапии относительно адаптивных копинг-стратегий, направленных на проявление эмоций и сознательное отвлечение от актуальной травмирующей ситуации.

В данном сообщении приводятся результаты анализа динамики клинических и клинико-психологических характеристик пациентов с невротическими расстройствами и пассивным выбором психотерапевтического лечения. Данное исследование позволит усовершенствовать модель психотерапевтической помощи [1, 8].

## Материал и методы

Обследовали 82 пациента, находившихся в Отделении лечения пограничных психических расстройств и психотерапии Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева и отделениях Клиники неврозов (Городская психиатрическая больница № 7 им. акад. И.П. Павлова) в возрасте 18–55 лет с невротическими расстройствами (F40–F48 по МКБ-10 [9]). В 1-й группе пациентов, активно выбравших психотерапию, было 45 (54,9 %) больных, во 2-й – пассивно участвующих в психотерапии по назначению лечащего врача – 37 (45,1 %). Распределение пациентов в группах по полу, возрасту, образованию, семейному и социальному статусу значительно не отличалось ( $p > 0,05$ ).

По клиническим группам, которые традиционно определяются в Петербургской

(Ленинградской) школе психотерапии [6], распределение пациентов значительно не отличались от группы с пассивным выбором: больные с истерическим типом невротического расстройства составили (64,6 %), с невротической – 22 (26,8 %), с неврозом навязчивых состояний – 7 (8,5 %). Длительность заболевания в исследуемой выборке пациентов – в интервале от нескольких недель до 20 лет, среднее значение – 4,8 лет.

Средняя продолжительность лечения в стационаре составила 45–50 дней. Пациентов обследовали в первые три дня после госпитализации, до начала фармакотерапии и психотерапии и после прохождения лечения, перед выпиской.

С пациентами проводили индивидуальную и групповую личностно-ориентированную (реконструктивную) психотерапию и фармакотерапию. Курс групповой терапии составил 40 ч., индивидуальной личностно-ориентированной психотерапии – 30–35 ч. Пациенты с пассивным выбором изначально не проявляли заинтересованности в психотерапии, не рассматривали психотерапию как эффективный метод лечения, выразили согласие участвовать в связи с направлением лечащего врача, находясь в стационаре. В процессе психотерапии при опознавании роли психологических механизмов в возникновении и усилении невротической симптоматики отношение к психотерапии у пациентов менялось.

Методы исследования включали следующие:

- клинический (исследование анамнеза, оценка психического состояния, постановка и верификация диагноза, наблюдение, оценка клинической карты больного и другой медицинской документации);

- клинико-психологический: методика «Я-структурный тест» (ISTA) [11, 12]. Средние статистические значения по шкалам находятся в диапазоне от 40 до 60 баллов, от 0 до 39 – меньше нормы, от 61 до 110 – выше нормы;

- симптоматический опросник SCL-90R [3, 13];

- методика «Индекс жизненного стиля» (LSI) [4];

– методика для изучения копинг-поведения Э. Хайма [7];

– методика ТООБОЛ («Тип отношения к болезни») [5];

– методика для определения уровня субъективного контроля личности (УСК) [2].

Статистический анализ был представлен методом описательной статистики и сравнительным анализом с применением t-критерия Стьюдента. Для расчетов применяли пакет программного обеспечения SPSS 19.0. Результаты считали статистически значимыми при  $p \leq 0,05$ .

### Результаты и их анализ

При оценке динамики клинико-психологических характеристик у больных 2-й группы до и после лечения, так же как и в 1-й [10], отмечалась положительная динамика ряда психологических показателей.

Например, у пациентов 2-й группы по методике ISTA до лечения были выявлены высокие показатели деструктивного переживания страха (С2), дефицитарного внешнего

(О3) и внутреннего Я-отграничения (О'3), низкие показатели конструктивных переживаний агрессии (А1), внешнего Я-отграничения (О1) и нарциссизма (Н1). Выявленные личностные характеристики указывали на выраженное переживание страха, негативно влияющее на поведение и общение, высокую эмоциональную реактивность, трудности в дифференциации различных собственных эмоциональных состояний и социальную гиперадаптивность (табл. 1).

После лечения выявлялись как позитивные изменения: снижение низкой выраженности деструктивного переживания страха (С2), дефицитарного внешнего (О3) и внутреннего Я-отграничения (О'3), повышение показателей конструктивного внешнего Я-отграничения (О1), что свидетельствует о снижении выраженности переживания страха и его негативного влияния на общение и жизнедеятельность, повышении способности дифференцировать чувства и эмоциональные состояния, регулировать отношения с окружающими, – так и негативные: снижение низких значений конструктивного

Таблица 1

Показатели Я-структурного теста во 2-й группе пациентов в динамике, (М ± m) балл

Показатель	Период психотерапии		p <
	до	после	
Агрессия конструктивная (А1)	25,6 ± 4,2	20,5 ± 3,9	0,05
Агрессия деструктивная (А2)	57,1 ± 1,7	56,7 ± 1,8	
Агрессия дефицитарная (А3)	57,0 ± 2,7	55,6 ± 2,3	
Страх конструктивный (С1)	44,2 ± 2,2	44,0 ± 2,3	
Страх деструктивный (С2)	70,4 ± 2,8	63,1 ± 2,6	0,001
Страх дефицитарный (С3)	54,9 ± 2,9	57,0 ± 2,3	
Внешнее Я-отграничение конструктивное (О1)	39,9 ± 2,1	42,8 ± 2,4	0,03
Внешнее Я-отграничение деструктивное (О2)	56,9 ± 3,4	57,7 ± 3,3	
Внешнее Я-отграничение дефицитарное (О3)	61,3 ± 2,2	56,9 ± 1,8	0,01
Внутреннее Я-отграничение конструктивное (О'1)	33,8 ± 3,2	37,6 ± 2,6	
Внутреннее Я-отграничение деструктивное (О'2)	57,7 ± 2,4	55,0 ± 3,0	
Внутреннее Я-отграничение дефицитарное (О'3)	59,9 ± 2,0	55,6 ± 2,0	0,01
Нарциссизм конструктивный (Н1)	39,5 ± 3,3	36,2 ± 3,9	
Нарциссизм деструктивный (Н2)	54,0 ± 2,4	56,0 ± 2,7	
Нарциссизм дефицитарный (Н3)	58,6 ± 2,9	56,2 ± 2,9	
Сексуальность конструктивная (S1)	44,9 ± 2,4	44,2 ± 2,9	
Сексуальность деструктивная (S2)	47,5 ± 2,3	46,3 ± 2,2	
Сексуальность дефицитарная (S3)	49,5 ± 2,1	49,9 ± 2,6	

Таблица 2

## Показатели по опроснику SCL-90R у пациентов 2-й группы в динамике, (M ± m) балл

Показатель	Период психотерапии		p <
	до	после	
Соматизация (SOM)	1,3 ± 0,2	1,2 ± 0,1	
Обсессивность-компульсивность (О-С)	1,4 ± 0,2	1,3 ± 0,2	
Межличностная сензитивность (INT)	1,1 ± 0,2	1,1 ± 0,1	
Депрессия (DEP)	1,5 ± 0,2	1,4 ± 0,2	
Тревожность (ANX)	1,7 ± 0,2	1,3 ± 0,2	0,02
Враждебность (HOS)	1,0 ± 0,2	1,2 ± 0,2	
Фобическая тревожность (PHOB)	1,4 ± 0,2	1,2 ± 0,1	
Паранойяльные тенденции (PAR)	0,8 ± 0,2	1,0 ± 0,1	
Психотизм (PSY)	0,7 ± 0,2	1,0 ± 0,1	0,03
Дополнительные вопросы	1,2 ± 0,2	1,0 ± 0,1	
Индекс выраженности психопатологических жалоб (GSI)	1,3 ± 0,2	1,1 ± 0,1	
Индекс широты психопатологической симптоматики (PSI)	51,8 ± 4,0	41,0 ± 4,4	0,001
Индекс симптоматического дистресса (PDSI)	2,0 ± 0,1	0,8 ± 0,0	0,001

переживания агрессии (A1), что указывает на снижение тенденции к активному построению собственной жизни после лечения при пассивном выборе психотерапии (см. табл. 1).

По методике SCL-90R отмечались достоверные различия в динамике клинического состояния пациентов 2-й группы после проведенной психотерапии (табл. 2). В период после лечения у пациентов в среднем снизился уровень выраженности тревожной симптоматики, индекс широты симптоматических жалоб PSI, что свидетельствует о снижении общего числа симптоматических жалоб, и зафиксировано снижение индекса симптоматического дистресса PSDI, который

является мерой интенсивности состояния, соответствующей количеству симптомов, и показывает снижение уровня беспокойства (см. табл. 2).

При этом наряду с общим улучшением симптоматического статуса и снижением дистресса у пациентов 2-й группы по опроснику SCL-90R также повысился уровень выраженности симптоматики, представляющей межличностную изоляцию, что наверняка отражается в затруднениях, связанных с межличностным общением и адаптацией (см. табл. 2).

По методике «ИЖС» (табл. 3) после лечения у пациентов 2-й группы наблюда-

Таблица 3

## Показатели механизмов психологической защиты по методике «ИЖС» у пациентов 2-й группы в динамике, (M ± m) балл

Показатель	Период психотерапии		p <
	до	после	
Отрицание	41,1 ± 6,4	71,0 ± 15,4	
Подавление	59,6 ± 6,8	42,2 ± 5,6	0,001
Регрессия	65,6 ± 5,3	44,6 ± 5,2	0,001
Компенсация	43,9 ± 6,5	32,6 ± 4,1	0,003
Проекция	56,9 ± 6,0	49,7 ± 5,6	0,02
Замещение	53,9 ± 5,8	39,0 ± 5,4	0,001
Интеллектуализация	57,2 ± 6,8	43,7 ± 5,8	0,001
Реактивные образования	69,7 ± 5,7	49,7 ± 4,8	0,001

лось значительное снижение интенсивности механизмов психологической защиты, что говорит об относительном улучшении, повышении адаптивности мотивационно-поведенческого аспекта внутренней картины болезни. Выраженность отрицания как механизма психологической защиты несколько повысилась, что указывало на сохранение незрелых механизмов снижения тревоги.

По методике Э. Хайма, до лечения у пациентов 2-й группы с невротическими рас-

стройствами в когнитивной сфере среди различных копинг-стратегий преобладала «растерянность», в эмоциональной сфере – «подавление эмоций», в поведенческой – «отступление», то есть до лечения для большинства пациентов были более характерны подавление, недопущение чувств, адекватных ситуации, и отодвигание собственных потребностей на второй план, тенденция к гиперконтролю проявлений собственных переживаний и чувств (табл. 4).

Таблица 4

**Показатели копинг-стратегий по тесту Э. Хайма у пациентов 2-й группы в динамике, (M ± m) балл**

Показатель	Период психотерапии		p <
	до	после	
Когнитивная сфера			
Игнорирование	2,8 ± 0,4	3,0 ± 0,3	
Смирение	3,3 ± 0,5	2,5 ± 0,3	0,03
Диссимуляция	3,4 ± 0,4	3,0 ± 0,4	
Сохранение самообладания	3,0 ± 0,4	3,0 ± 0,4	
Проблемный анализ	4,5 ± 0,5	4,7 ± 0,5	
Относительность	3,9 ± 0,4	4,1 ± 0,5	
Религиозность	4,1 ± 0,5	3,0 ± 0,4	0,004
Растерянность	5,2 ± 0,4	4,9 ± 0,5	
Придача смысла	3,4 ± 0,5	3,8 ± 0,5	
Установка собственной ценности	3,3 ± 0,5	3,9 ± 0,5	
Эмоциональная сфера			
Протест	2,8 ± 0,4	2,5 ± 0,4	
Эмоциональная разрядка	2,5 ± 0,5	3,5 ± 0,6	0,03
Подавление эмоций	3,6 ± 0,5	3,0 ± 0,5	0,05
Оптимизм	4,0 ± 0,5	3,7 ± 0,5	
Пассивная кооперация	4,0 ± 0,5	4,0 ± 0,5	
Покорность	3,2 ± 0,5	3,6 ± 0,5	
Самообвинение	2,6 ± 0,4	2,7 ± 0,4	
Агрессивность	2,8 ± 0,5	3,1 ± 0,5	
Поведенческая сфера			
Отвлечение	3,4 ± 0,5	3,0 ± 0,4	
Альтруизм	3,6 ± 0,5	2,9 ± 0,4	0,004
Активное избегание	3,3 ± 0,4	3,2 ± 0,4	
Компенсация	3,5 ± 0,5	3,3 ± 0,5	
Конструктивная активность	2,2 ± 0,3	2,3 ± 0,4	
Отступление	4,5 ± 0,5	5,5 ± 0,5	0,001
Сотрудничество	3,9 ± 0,5	3,9 ± 0,5	
Обращение	3,5 ± 0,5	3,6 ± 0,5	

После лечения снизилась частота использования неадаптивных и относительно адаптивных копинг-стратегий: «религиозность» (стойкость в вере) и «смирение» (принятие болезни как чего-то неизбежного, проявление своего рода философии стоицизма) в когнитивной сфере, «подавление эмоций». При этом повысилась частота использования эмоциональной разрядки (эмоциональная стратегия), поведения, которое направлено на снятие напряжения, связанного с проблемами, эмоциональным отреагированием; снизилась частота проявления «альтруизма» как показатель способности понимать и учитывать собственные потребности в поведении и общении с окружающими. Повысилась частота «отступления», что является показателем развития пассивности в поведении при преодолении стрессовых ситуаций (см. табл. 4).

По методике ТОБОЛ (табл. 5) в структуре внутренней картины болезни у пациентов после лечения преобладание внутренней картины болезни ипохондрического типа сменилось преобладанием меланхолическо-

го типа отношения к болезни в сочетании с апатическим, что отразилось в депрессивном фоне и пессимистической настроенности по отношению к перспективе лечения, в пассивном подчинении процедурам и лечению, безразличии к исходу болезни, вялости и апатии в поведении.

По методике «УСК» после лечения у пациентов 2-й группы отмечался достоверно более высокий уровень общей интернальности, а также интернальности в области семейных отношений, производственных и межличностных отношений (табл. 6). Вместе с тем после лечения у этих пациентов достоверно уменьшился показатель интернальности в области отношений к здоровью и болезни с  $(4,2 \pm 0,5)$  до  $(3,3 \pm 0,5)$  стенов (при средней статистической норме от 4 до 6), что отразилось в снижении чувства ответственности по отношению к самому себе и надежде на то, что выздоровление придет в результате действий других людей, прежде всего врачей.

*Обсуждение результатов.* Результаты проведенного исследования показали, что

Таблица 5

**Показатели по методике ТОБОЛ у пациентов 2-й группы в динамике, (M ± m) балл**

Показатель внутренней картины болезни	Период психотерапии		p <
	до	после	
Без нарушения психической и социальной адаптации			
Гармонический	14,2 ± 3,7	10,9 ± 2,7	
Эргопатический	12,0 ± 2,5	11,8 ± 2,0	
Анозогнозический	3,5 ± 1,3	3,2 ± 1,2	
С нарушениями психической и социальной адаптации, обусловленными интрапсихической направленностью личностного реагирования			
Тревожный	15,1 ± 2,3	14,9 ± 2,3	
Ипохондрический	17,6 ± 2,1	16,0 ± 1,7	
Неврастенический	16,1 ± 1,5	16,5 ± 1,7	
Меланхолический	13,8 ± 2,8	20,1 ± 4,7	0,008
Апатический	10,2 ± 2,1	13,3 ± 2,4	0,007
С нарушениями психической и социальной адаптации, обусловленными интерпсихической направленностью личностного реагирования			
Сенситивный	16,0 ± 1,7	17,9 ± 2,0	
Эгоцентрический	11,5 ± 1,7	11,8 ± 1,9	
Паранойальный	8,9 ± 1,4	8,2 ± 1,4	
Дисфорический	10,6 ± 2,0	8,0 ± 1,7	

Таблица 6

Показатели по методике «УСК» у пациентов 2-й группы в динамике, ( $M \pm m$ ) стет

Показатель интернальности	Период психотерапии		p <
	до	после	
Общий (Ио)	12,1 ± 2,5	23,0 ± 0,9	0,001
В области достижений (Ид)	6,0 ± 0,5	5,9 ± 0,5	
В области неудач (Ин)	5,7 ± 0,4	5,7 ± 0,3	
В семейных отношениях (Ис)	6,3 ± 0,3	7,0 ± 0,3	0,002
В области производственных отношении (Ип)	3,4 ± 0,4	4,1 ± 0,4	0,001
В области межличностных отношений (Им)	4,3 ± 0,4	6,0 ± 0,4	0,001
В отношении здоровья и болезни (Из)	4,2 ± 0,5	3,3 ± 0,5	0,001

психотерапевтическое лечение оказалось в целом эффективным в группе пассивного выбора, снизился уровень выраженности невротической симптоматики, что свидетельствует об улучшении психического статуса пациентов. Наблюдалось повышение адаптационных ресурсов личности пациентов, о чем говорит снижение интенсивности работы механизмов психологической защиты. Кроме того, отмечалось преобладание относительно адаптивных копинг-стратегий, направленных на проявление эмоций и отвлечение от актуальной травмирующей ситуации.

В группе пациентов пассивного выбора психотерапии психическое состояние до лечения в большей степени, чем после лечения, характеризовалось выраженностью тревожности, склонности к беспокойству, опасениями относительно своего будущего, недоверием по отношению к окружающим людям. Также состояние больных определялось слабостью эмоционального контроля, неспособностью к достаточной концентрации усилий и импульсивностью, непоследовательностью в интерперсональных отношениях, конформностью и несамостоятельностью.

После психотерапевтического лечения ранее представленные характеристики снизились, редуцировались, что говорит об эффективности лечения. Также после лечения снизилась тенденция к образованию симбиотических отношений, возросла способность выстраивать более зрелые «конструктивно автономные» межличностные отношения.

Однако после психотерапевтического лечения уменьшился уровень «конструктивной агрессии», что указывает на относительное угнетение активной деятельной личностной позиции, снижение желания открыто проявлять свои эмоциональные переживания, формировать и реализовывать свои собственные жизненные цели и задачи.

Повысился уровень выраженности симптоматики, представляющей межличностную изоляцию, что может отражаться в затруднениях, связанных с межличностным общением и адаптацией.

В структуре внутренней картины болезни после лечения в среднем преобладали «меланхолический» и «апатический» компоненты отношения к болезни, что отразилось в депрессивном фоне и пессимистической настроенности по отношению к перспективе лечения, пассивном подчинении процедурам и лечению, безразличии к исходу болезни, вялости и апатии в поведении. После лечения значительно более выраженной оказалась стратегия совладающего поведения, которая направлена на снятие напряжения, связанного с проблемами, эмоциональным реагированием.

Снижение уровня интенсивности работы механизмов психологической защиты среди пациентов группы пассивного выбора психотерапии говорит об относительном улучшении, повышении адаптивности мотивационно-поведенческого аспекта внутренней картины болезни.

В период после лечения отмечался более высокий уровень общей интернально-

сти и интернальности в области семейных отношений, производственных и межличностных отношений. Таким образом, после психотерапевтического лечения у пациентов отмечалась более ответственная позиция относительно событий семейной жизни, складывающихся отношений в коллективе, своего продвижения и карьерного роста. Ими принималась ответственность за контроль своих неформальных отношений с другими людьми. Вместе с тем после лечения у пациентов снизился уровень интернальности в области отношений к здоровью и болезни, что отразилось в снижении ответственности за самих себя и надежде на то, что выздоровление наступит в результате действий других людей, прежде всего врачей.

### Выводы

Полученные данные о динамике клинических и клинико-психологических характеристик дают основания предполагать

в целом позитивное влияние психотерапии в случае ее пассивного выбора пациентами с невротическими расстройствами. Эффективность психотерапии подтвердилась позитивными изменениями по некоторым показателям, однако нарастание после лечения невротической симптоматики, отражающей трудности в межперсональной коммуникации, подтверждает адаптационное значение невротической симптоматики, направленной на управление межличностной дистанцией, а снижение интернальности по отношению к здоровью и болезни отражает отказ от ответственности со своей стороны и надежду на то, что выздоровление придет в результате действий других людей, прежде всего врачей.

Таким образом, результаты проведенного исследования могут иметь большое значение для применения психотерапии в клинике – полученные данные позволят уточнить стратегию клинической психотерапии при лечении невротических расстройств.

### Литература

1. Арсеньева В.В., Бубнова И.В., Громыко Д.И. [и др.]. Клиническая психотерапия в наркологии: руководство для врачей-психотерапевтов и клинич. психологов / под ред. Р.К. Назырова, Д.А. Федоряка, С.В. Ляшковой. СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2012. 496 с.
2. Бажин Е.Ф., Голынкина Е.А., Эткинд А.М. Метод исследования уровня субъективного контроля // Психологический журнал. 1984. Т. 5, № 3. С. 152–162.
3. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. М., 2002. 439 с.
4. Вассерман Л.И. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: пособие для психологов и врачей. СПб.: Психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева, 2005. 54 с.
5. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.А. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей. СПб.: С.-Петербург. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева, 2005. 32 с.
6. Карвасарский Б.Д. Неврозы. М.: Медицина, 1990. 576 с.
7. Карвасарский Б.Д., Абабков В.А., Васильева А.В. [и др.]. Копинг-поведение (механизмы совладания) как сознательные стратегии преодоления стрессовых ситуаций и методы их определения: пособие для врачей и психологов. СПб.: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2007. 28 с.
8. Ляшковская С.В., Ташлыков В.А., Семенова Н.В. Подходы к определению и типологии мишеней психотерапии в контексте задач совершенствования индивидуальных программ психотерапии // Обзор. психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. 2017. № 1. С. 89–98.
9. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств: МКБ-10 / под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. СПб.: Оверлайн, 1994. 303 с.
10. Назыров Р.К., Калганов С.П., Лысенко И.С. Сравнение клинико-психологических характеристик у пациентов с невротическими расстройствами, выбравших активную и пассивную позицию в психотерапии. Часть 1 // Вестн. психотерапии. 2022. № 82. С. 5–15.
11. Тупицын Ю.Я., Бочаров В.В., Алхазова Т.В. [и др.]. Я-структурный тест Аммона. Опросник для оценки центральных личностных функций на структурном уровне: пособие для психологов и врачей. СПб.: С.-Петербург. науч. исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева, 1998. 70 с.
12. Ammon G. Das Verständnis eines Entwicklungsdefizits von Ich-Strukturen in Persönlichkeit und umgeben der Gruppe als Grundlage für Wissenschaft und Praxis einer Dynamischen Psychiatrie // *Dynamische Psychiatrie*. 1978. Jg. 11. S. 120–140.

13. Derogatis L.R., Lipman R.S., Covi L. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale – preliminary report // *Psychopharmacology Bulletin*. 1973. Vol. 9, N 1. P. 13–28.

Поступила 25.04.2022 г.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией данной статьи

**Участие авторов:** Р.К. Назыров – планирование и обобщение полученных результатов, редактирование окончательного варианта статьи; С.П. Калганов – сбор эмпирического материала, статистическая обработка данных, подготовка первого варианта статьи; И.С. Лысенко – обобщение и статистическая обработка полученных результатов.

**Для цитирования:** Назыров Р.К., Калганов С.П., Лысенко И.С. Сравнение клинико-психологических характеристик пациентов с невротическими расстройствами, выбравших активную и пассивную позицию в психотерапии. Часть 2 // *Вестник психотерапии*. 2023. № 85. С. 5–14. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-85-05-14

R.K. Nazyrov, S.P. Kalganov, I.S. Lysenko

## Comparison of clinical and psychological characteristics in patients with neurotic disorders who chose active versus passive role in psychotherapy. Part 2

Karvasarsky Institute of Psychotherapy and Medical Psychology  
(32–34, Baskov lane, St. Petersburg, 191014, Russia)

✉ Ravil' Kaisovich Nazyrov – Dr. Med. Sci., director, Karvasarsky Institute of Psychotherapy and Medical Psychology (32–34, Baskov lane, St. Petersburg, 191014, Russia), e-mail: ravil.nazyrov@gmail.com;

Sergei Petrovich Kalganov – psychiatrist-psychotherapist, Karvasarsky Institute of Psychotherapy and Medical Psychology (32–34, Baskov lane, St. Petersburg, 191014, Russia), e-mail: 9shapiro9@gmail.com;

Lysenko Irina Sergeevna – PhD Psychol. Sci., senior lecturer, Department of Clinical Psychology, Head of Science Department, Karvasarsky Institute of Psychotherapy and Medical Psychology (32–34, Baskov lane, St. Petersburg, 191014, Russia), e-mail: i.lysenko@ipmp-spb.ru

### Abstract

*The relevance* is determined by the need to solve one of the most difficult methodological problems in evidence-based psychotherapy – assessment of clinical, medical- and clinical-psychological changes in patients during psychotherapy in order to increase its effectiveness and simultaneously reduce its duration.

*The objective* is to perform comparative analysis of clinical and psychological characteristics of patients with neurotic disorders who actively choose psychotherapeutic treatment and passively participate in psychotherapy.

*Methods.* Clinical and clinical-psychological methods were used. The dynamics of clinical and psychological characteristics of 82 patients with neurotic disorders aged 18 to 55 years is presented. Forty five persons (54.9 %) actively chose psychotherapy and 37 persons (45.1 %) – passively. These groups were homogeneous in terms of gender, age and other socio-demographic characteristics. Here Part 2 of the article is presented revealing the treatment effectiveness in patients who have chosen psychotherapy passively.

*Results and discussion.* The results of the study showed that the greater efficiency of psychotherapy was observed in Group 1 patients. Group 2 patients, despite a decrease in neurotic symptomatology and improvement of some clinical and psychological characteristics, had a decrease in the level of “constructive aggression,” which contributed to a decrease in the desire to openly express their

emotional experiences, to form and implement their life goals, there was an increase in neurotic symptomatology, which increased interpersonal isolation, and a decrease in the level of internalism in the relationship to health and illness.

**Conclusion.** The data obtained indicate the specificity of the dynamics of clinical and clinical and psychological characteristics and give reason to assume positive effects of the active choice of psychotherapy on the effectiveness of psychotherapy.

**Keywords:** psychotherapy, neurotic disorder, clinical psychology, psychodiagnostics, clinical features, clinical and psychological factors, treatment model.

### References

1. Arsen'eva V.V., Bubnova I.V., Gromyko D.I. [et al.]. *Klinicheskaya psikhoterapiya v narkologii* [Clinical psychotherapy in narcology]. Eds.: R.K. Nazyrov, D.A. Fedoryak, S.V. Lyashkovskaya. St. Petersburg. 2012. 496 p. (In Russ.)
2. Bazhin E.F., Golyunkina E.A., Etkind A.M. Metod issledovaniya urovnya sub'ektivnogo kontrolya [Method for studying the level of subjective control]. *Psikhologicheskii zhurnal* [Psychological Journal]. 1984; 5(3):152–162. (In Russ.)
3. Belova A.N. Shkaly, testy i oprosniki v meditsinskoj reabilitatsii [Scales, tests and questionnaires in medical rehabilitation]. Moscow. 2002. 439 p. (In Russ.)
4. Vasserman L.I. Psikhologicheskaya diagnostika indeksa zhiznennogo stilya [Psychological diagnostics of the life style index]. St. Petersburg. 2005. 54 p. (In Russ.)
5. Vasserman L.I., Iovlev B.V., Karpova E.B., Vuks A.Ya. Psikhologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni [Psychological diagnosis of attitude to the disease]. St. Petersburg. 2005. 32 p. (In Russ.)
6. Karvasarskii B.D. Nevrozy [Neuroses]. Moscow. 1990. 576 p. (In Russ.)
7. Karvasarskii B.D., Ababkov V.A., Vasileva A.V. [et al.]. Koping-povedenie (mekhanizmy sovladaniya) kak soznatel'nye strategii preodoleniya stressovykh situatsii i metody ikh opredeleniya [Coping behavior (coping mechanisms) as conscious strategies for overcoming stressful situations and methods for their determination]. St. Petersburg. 2007. 28 p. (In Russ.)
8. Lyashkovskaya S. V., Tashlykov V. A., Semenova N. V. Podkhody k opredeleniyu i tipologii mishenei psikhoterapii v kontekste zadach sovershenstvovaniya individual'nykh programm psikhoterapii [Approaches to the definition and typology of targets of psychotherapy in the context of the tasks of improvement of individual programs of psychotherapy]. *Obozrenie psikhiiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology]. 2017; (1):89–98. (In Russ.)
9. Mezhdunarodnaya klassifikatsiya boleznei (10-i peresmotr). Klassifikatsiya psikhicheskikh i povedencheskikh rasstroistv : MKB-10 [International Classification of Diseases (10th revision). Classification of mental and behavioral disorders: ICD-10]. Eds.: Yu.L. Nuller, S.Yu. Tsirkin. St. Petersburg. 1994. 303 p. (In Russ.)
10. Nazyrov R.K., Kalganov S.P., Lysenko I.S. Sravnenie kliniko-psikhologicheskikh kharakteristik u patsientov s nevroticheskimi rasstroistvami, vybravshikh aktivnuyu i passivnuyu pozitsiyu v psikhoterapii. Chast' 1 [Comparison of clinical and psychological characteristics in patients with neurotic disorders who chose active versus passive role in psychotherapy. Part 1.]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2022; (82):5–15. (In Russ.)
11. Tupitsyn Yu.Ya., Bocharov V.V., Alkhazova T.V. [et al.]. Ya-strukturnyi test Ammona. Oprosnik dlya otsenki tsentral'nykh lichnostnykh funktsii na strukturnom urovne [Ammon's I-structural test. Questionnaire for assessing central personality functions at the structural level]. St. Petersburg. 1998. 70 p. (In Russ.)
12. Ammon G. Das Verstandniseines Entwicklungsdefizits von Ich-Strukturen in Personlichkeit und umgeben der Gruppe als Grundlage für Wissenschaft und Praxis einer Dynamischen Psychiatrie. *Dynamische Psychiatrie*. 1978; (11)120–140. (In German)
13. Derogatis L.R., Lipman R.S., Covi L. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale – preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*. 1973; 9(1):13–28.

---

Received 25.04.2022

**For citing:** Nazyrov R.K., Kalganov S.P., Lysenko I.S. Sravnenie kliniko-psikhologicheskikh kharakteristik patsientov s nevroticheskimi rasstroistvami, vybravshikh aktivnuyu i passivnuyu pozitsiyu v psikhoterapii. Chast' 2. *Vestnik psikhoterapii*. 2023; (85):5–14. (In Russ.)

Nazyrov R.K., Kalganov S.P., Lysenko I.S. Comparison of clinical and psychological characteristics in patients with neurotic disorders who chose active versus passive role in psychotherapy. Part 2. *Bulletin of Psychotherapy*. 2023; (85):5–14. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-85-05-14

---

Р.Д. Тукаев

## ВЕЛИКИЕ РОССИЙСКИЕ УЧЕНЫЕ-МЕДИКИ АКАДЕМИКИ И.П. ПАВЛОВ И В.М. БЕХТЕРЕВ И ИХ ВКЛАД В РАЗВИТИЕ ИССЛЕДОВАНИЙ И ПРАКТИК ОТЕЧЕСТВЕННОГО ГИПНОЗА, ГИПНОТЕРАПИИ, ПСИХОТЕРАПИИ

Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования  
(Россия, Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1, стр. 1)

*Введение.* Представлен краткий историко-аналитический обзор трудов И.П. Павлова и В.М. Бехтерева в областях теории, методологии, практики гипноза и гипнотерапии, психотерапии, оценено влияние ученых на последующее развитие отечественных теорий гипноза, методологии и практик гипнотерапии, психотерапии, бихевиоризма в XX веке.

*Цель* – ретроспективный анализ трудов И.П. Павлова и В.М. Бехтерева в развитии теории, методологии, практики гипноза, гипнотерапии и психотерапии.

*Методология.* Проанализированы прижизненные издания И.П. Павлова и В.М. Бехтерева и публикации с оценкой их вклада в историю российской гипнологии и психотерапии конца XIX – начала XX веков.

*Результаты и их анализ.* Проанализирован вклад И.П. Павлова и его школы в разработку теорий и практик суггестии, гипноза и гипнотерапии в ходе развития учения о высшей нервной деятельности. Описаны: павловская логика понимания суггестивных и гипнотических феноменов на основе рефлексологии, сочетаний корковых процессов торможения и возбуждения; связывание результативности гипнотических и внегипнотических суггестий с (павловской) типологией высшей нервной деятельности; последовательный переход от исследования экспериментальных неврозов животных и их терапии, в том числе с применением гипноза, к клинико-терапевтическим исследованиям гипнотерапии и суггестивной психотерапии при неврозах у человека. Отмечена роль павловского учения о высшей нервной деятельности, учений о гипнозе и суггестиях в развитии отечественной гипнотерапии и, шире, медицинской модели психотерапии советского периода. Подчеркнут вклад И.П. Павлова в развитие бихевиоризма. Анализ теоретического, методического, клинического наследия В.М. Бехтерева в областях гипнотерапии, психотерапии проведен в сопоставлении с его этапным, многогранным научным развитием, включившим нейроморфологию, нейрофизиологию, неврологию, психиатрию, психологию (в том числе психологию развития), педагогику, социологию. Развитие В.М. Бехтеревым теории гипноза, методологии и практик гипнотерапии, психотерапии было основано на комплексном развитии им спектра наук о человеке (с позиции нейроморфологии, нейрофизиологии, психиатрии, объективной (поведенческой) психологии, коллективной рефлексологии (социологии)), с опорой не только на обширный опыт собственных исследований, но и на творческое преобразование современных ему достижений в областях отечественной рефлексологии, мировых гипнологии, гипнотерапии, психотерапии, психоанализа, психиатрии, психологии, социологии. Неповторимый бехтеревский стиль научно-методической и практической деятельности заложил глубинный фун-

дамент для последующего развития отечественных гипнологии и психотерапии XX в., стал стимулом развития бихевиоризма.

**Ключевые слова:** И.П. Павлов, В.М. Бехтерев, гипноз, суггестия, гипнотерапия, психотерапия, теория высшей нервной деятельности, теории объективной и коллективной рефлексологии, психиатрия, неврозы, психология, социология, бихевиоризм.

## Введение

В 2021 г. к автору статьи обратился французский гипнолог и антрополог Жан-Клод Лавад, президент Реюньонского общества гипноза, с предложением написать для французского научно-популярного журнала «*La Revue de l'Hypnose et de la Santé*» краткую статью о роли В.М. Бехтерева в развитии русского гипноза. Французские гипнологи воспринимают В.М. Бехтерева как русского ученика Ж.М. Шарко, ассоциирующегося для них с исторической приоритетностью французской гипнологии, ее исходным «золотым веком». Внимание французского коллеги было обращено на то, что в истории российской гипнологии конца XIX – начала XX веков оставили след и другие значимые исследователи, в результате чего мы пришли к соглашению о написании трех исторических очерков: 1) об академике И.П. Павлове, 2) об академике В.М. Бехтерева и его вкладе в развитие гипноза и гипнотерапии в России; 3) о феномене русского гипноза – гипнотерапии XX–XXI веков. На реализацию публикационного плана наложились последовавшие в 2022 г. геополитические события, тем не менее, первый обзор, об И.П. Павлове, уже опубликован [46], второй принят к публикации, судьба последнего (о русском гипнозе XX–XXI веков) неясна.

Для врачей-психотерапевтов моего поколения научное, в том числе гипнотерапевтическое, наследие И.П. Павлова и, в существенно меньшей степени, В.М. Бехтерева являлось обязательным, во многом идеологизированным основанием медицинского, психиатрического, психотерапевтического образования. Однако повторное, отложенное обращение к классическим трудам двух титанов российской медицины, физиологии, психологии, гипнологии произвело на автора неожиданно живое и сильное впечатление. Поэтому автор статьи решил не

ограничиваться французскими публикациями о двух корифеях русского гипноза, а поделиться своим ретроспективным анализом и впечатлениями от их работ вековой давности со своими российскими коллегами, объединив два очерка в один.

## О роли великого русского физиолога академика И.П. Павлова в развитии гипноза и гипнотерапии в России в XX веке

На вопрос об известных русских гипнологах прошлого французские специалисты уверенно вспоминают В.М. Бехтерева. Отметим, что Владимир Михайлович Бехтерев, блестящий теоретик, практик гипноза и гипнотерапии, умер в 1927 г. и не мог непосредственно повлиять на дальнейшее развитие психотерапии, гипнотерапии в СССР [34]. Тем не менее в 1987 г. автор статьи стал очевидцем того, как польский профессор С. Ледер [17], участвовавший в работе секции психотерапии последнего советского съезда неврологов и психиатров, с раздражением отмечал преобладание докладов по гипнотерапии в ущерб (по его мнению) другим методам психотерапии. Действительно, в период 1920–1970-х годов гипнотерапия была одним из ведущих методов советской психотерапии, подкрепленным научно-методическими исследованиями, применявшимся для психотерапии неврозов, а также для лечения соматических, неврологических, дерматологических заболеваний [9, 10, 34, 35, 36]. Такой «профиль» и уровень применения гипноза в советской медицине того периода был предопределен научными исследованиями великого русского физиолога Ивана Петровича Павлова и его школы [30, 31, 33], не только давшей теоретическое объяснение суггестии, гипнозу, неврозам, психосоматике, но и ставшей

идеологической основой советской модели медицины в целом. Все вышеперечисленное привело к успешному развитию гипнологии и гипнотерапии в СССР в рамках павловской рефлексологии. Поэтому нет ничего парадоксального в том, что И.П. Павлов, не практиковавший гипнотерапию, оказал мощное прямое и опосредованное (через научные школы рефлексологии и гипнологии) влияние на развитие гипноза, гипнотерапии, психотерапии в России и СССР [46].

В 1904 г. И.П. Павлов стал лауреатом Нобелевской премии за серию экспериментальных исследований по физиологии пищеварительной системы [33]. В ходе этих исследований, помимо проверки рефлекторного характера регуляции пищеварения, И.П. Павлов впервые описал условные рефлексы, изучил условия их образования, усиления и угасания. Изучение условных рефлексов у животных привело к:

- 1) выделению и экспериментальному изучению процессов возбуждения и торможения;

- 2) описанию типологии нервной системы животных;

- 3) изучению условий развития экспериментальных неврозов у животных;

- 4) описанию сна и бодрствования как процессов торможения и возбуждения.

Переосмысление и перенос рефлексологических принципов функционирования нервной системы животных на человека стали в XX в. главной задачей академика И.П. Павлов и его школы, воплощенной во всеобъемлющем павловском учении о высшей нервной деятельности [26, 29, 33, 42, 43].

Центральной в учении И.П. Павлова становится концепция «сигнальной системы», отвечающей на «сигналы» внешнего окружения и внутренней среды организма [29, 33, 42, 43]. У индивидуума имеются: 1) первая сигнальная система, представляющая совокупность анализаторов, воспринимающих сигналы из окружающей среды, поступающие через органы чувств и формирующие сенсорное впечатление на основе реализации безусловных и условных рефлексов на раздражители; 2) вторая

сигнальная система условно-рефлекторных связей в головном мозге человека, где слово, речь играют роль «сигнала сигналов». Вторая сигнальная система представляет собой регулятор высшей нервной деятельности, основу письменной и устной речи, абстрактно-логического мышления. В зависимости от преобладания первой или второй сигнальной системы И.П. Павлов выделил мыслительный, художественный и смешанный типы нервной деятельности [29].

И.П. Павлов изучал сон и гипноз в связи с процессами торможения в коре головного мозга [26, 27, 29, 30]. Он пришел к выводу, что гипноз – это частичный сон, переходное состояние между бодрствованием и сном, когда на фоне торможения разной степени интенсивности отделов головного мозга возникает бодрствующая сторожевая точка в коре головного мозга, обеспечивающая раппорт гипнотизера и гипнотика [30]. Считалось, что при гипнозе клетки коры головного мозга находятся в разных фазах тормозного процесса, причем его парадоксальная и ультрапарадоксальная фазы обеспечивают наибольшую эффективность словесных внушений [27, 30, 31]. Слово в гипнозе является сигналом сигналов, а внушение становится упрощенным типичным условным рефлексом человека.

И.П. Павлов считал, что гипноз, как и естественный сон, представляет собой состояние, при котором наиболее полно осуществляется защитно-восстановительная функция торможения. В опытах его сотрудницы М.К. Петровой по лечению экспериментальных неврозов у собак [26] была показана эффективность гипнотического охранительного торможения. Терапевтическое использование гипноза обсуждалось И.П. Павловым в двух аспектах [27, 30, 31]:

- 1) гипноз повышает внушаемость больного, восприимчивость к терапевтическому внушению;

- 2) гипнотическое состояние, представляющее частичный сон, актуализирует механизм охранительного торможения.

Внушаемость, по Павлову, основана на легком переходе клеток коры в тормозное

состояние, на фоне которого концентрированное раздражение оказывает сверхсильное действие [30]. Гипнотическая внушаемость определяется гипнотическим торможением, тогда как при истерии имеется фоновая повышенная внушаемость за счет облегченного торможения коры [28].

В школе Павлова внушаемость соотносилась с типом высшей нервной деятельности человека [28, 29, 30, 31]. Считалось, что наиболее подвержены внушению в гипнозе невротики художественного типа с преобладанием первой сигнальной системы (случай истерии) и наименее внушаемы невротики с преобладанием второй сигнальной системы, психического типа (психастеники) [25]. Проводились исследования высшей нервной деятельности в области механизмов сна, невротических нарушений сна, применения внушений и гипноза при лечении неврозов [26, 30, 31].

Для И.П. Павлова и его школы характерно двойственное отношение к гипнозу. С одной стороны, гипноз, несомненно, описывается как частичный сон, как состояние. С другой стороны, гипноз определяется как переходный, подвижный процесс между бодрствованием и сном. Кроме того, для гипноза характерна зона раппорта в мозгу загипнотизированного, отличающая его от состояний бодрствования и сна. В целом павловская теория гипноза сохраняет традиционное для отечественной гипнологии определение гипноза как состояния, наполняя его своим характерным, понятийным содержанием состояния-процесса [30, 13, 14, 35, 36].

Следует отметить, что методологической основой исследований высшей нервной деятельности послужило систематическое наблюдение за состоянием и поведением животных и человека, поскольку нейрофизиологические методы исследования появились позже. Поэтому описания механизмов внушения, гипноза в отношении торможения, сна носили умозрительный характер, но производили впечатление убедительных, фактологически обоснованных описаний. Терминологический язык высшей

нервной деятельности тиражировался в медицине, психотерапии, гипнотерапии, создавая ощущение достоверного, научно выверенного описания клинических, психотерапевтических процессов и механизмов. В 1970-е годы автор, завершив медицинское образование и начав гипнотерапевтическую практику, был первоначально уверен в полноте и научной достаточности павловской теории гипноза и внушения. (Однако дальнейшие собственные исследования [37, 45] привели автора к развитию интегративной теории гипноза, в которой развитие и углубление гипнотического состояния описывается в парадигме специфического активационного процесса.)

Павловское учение о гипнозе и внушении, будучи производным от учения о высшей нервной деятельности, не только узаконило практику, методологические и научные исследования в области гипноза и психотерапии, но и определило границы и направления их практического применения и научных исследований [35, 36].

Теория гипноза И.П. Павлова сформировала два основных направления в исследованиях гипноза:

- 1) поиск признаков гипнотического охранительного торможения;
- 2) изучение влияния гипнотических внушений на физиологические и психические функции.

Такие исследования проводились в основном в 1920–1950-е годы. Изучалось влияние гипносуггестий на: восприятие боли, дыхание, пульс, артериальное давление, трофические функции, пищеварительную систему, состояния голода и насыщения, водный обмен, газообмен, углеводный обмен, теплообмен, потоотделение, психические функции (в т.ч. зрительное, слуховое восприятие, мышечную силу, извращенные восприятия, положительные, отрицательные галлюцинации, возрастную регрессию и прогрессию, эмоциональные состояния, внимание, память (в т.ч. гипермнезию), волевые процессы, мышление и речь) [35, 36].

Гипнотерапия в советскую эпоху стала и долгое время оставалась одним из веду-

щих методов психотерапии неврозов [13, 14, 35, 36]. Гипнотерапия как метод, основанный на охранительном торможении, получила широкое распространение в системе восстановительного санаторно-курортного лечения [35]. Гипнотерапия нашла свое применение в лечении психических травм во время Второй мировой войны [13, 14, 35, 36]. Гипнотерапию применяли для лечения соматических, неврологических, дерматологических заболеваний [14, 35, 36].

В павловской рефлексологии впервые в истории была разработана целостная система понятий, позволившая отчетливо описать механизмы развития гипнотического состояния, области применения гипнотерапии. Полученное описание было отчасти интерпретативным, умозрительным, что, однако, не помешало развитию эффективной клинической практики. В этом павловская теория гипноза принципиально не отличается от более поздних западных когнитивных теорий гипноза [41], включающих аналогичные интерпретативные, умозрительные компоненты, также верифицируемые действенной практикой.

Итак, павловская теория высшей нервной деятельности и ее частный, но важный сегмент – теории гипноза и суггестий – оказали огромное влияние на развитие гипнологии, гипнотерапии, психотерапии в СССР, России в первой половине XX века, поскольку в них были:

- 1) предоставлены научная и идеологическая поддержка использования гипнотерапии в советской медицине;
- 2) сформулированы направления физиологических и психологических исследований гипнотических внушений;
- 3) определены области клинического применения гипнотерапии.

В итоге советская психотерапия того времени обрела клиническую релевантность и обошла, в отличие от родины гипноза – Франции и Европы в целом, без предписанной З. Фрейдом замены «меди гипноза» на «золото психоанализа» [38, 37].

Однако длительное доминирование медицинской модели гипносуггестивной пси-

хотерапии в советский период, в организационных рамках аморфной и всеобъемлющей секции врачей-психотерапевтов общества неврологов и психиатров, обернулось на рубеже 1990-х годов снижением актуальности отечественной врачебной гипнотерапии, обусловленной совокупностью сложившихся в российской психотерапии причин. Ведущим стало развитие с 1960–1970-х годов психологической психотерапии профессиональными психологами, обретшими легитимную состоятельность с середины 1950-х годов. В современном мировом гипнозе доминируют психологи, тогда как российская психология отмечена идиосинкразией к российским же гипнозу и гипнотерапии. Сказался и «синдром постсоветской отмены советского», совпавший с «нахлынувшим» потоком методов западной психотерапии, нуждающихся в освоении постсоветских психотерапевтических рынков и восторженно принятых в новой России. Также сказалось отсутствие у гипнологов-гипнотерапевтов навыков самоорганизации в профессиональное сообщество.

**Академик В.М. Бехтерев – гипнолог,  
гипнотерапевт и психотерапевт,  
а также выдающийся нейроморфолог,  
невролог, психиатр,  
патопсихолог, психолог и социолог  
своего времени**

Владимир Михайлович Бехтерев оставил ярчайший след в истории отечественной гипнологии конца XIX – начала XX веков. Его исследования феномена гипноза, гипнотерапии неврозов, алкоголизма, методологии групповой психотерапии и гипнотерапии остаются актуальными в России до настоящего времени [34, 46]. Тем не менее исследования гипноза и гипнотерапии представляют собой лишь небольшую часть научного наследия ученого. В.М. Бехтерев – выдающийся нейроморфолог, описавший проводящие пути головного и спинного мозга и ряд ранее неизвестных структур головного мозга, в том числе верхнее вестибулярное

ядро (ядро Бехтерева) [4, 9]. Как невролог, он выделил ряд физиологических и патологических рефлексов, дал первое описание анкилозирующего спондилита (болезни Бехтерева) [5, 6]. В.М. Бехтерев [3, 40] провел одно из первых исследований психических эпидемий, идентифицировал их истерические, диссоциативные механизмы. В.М. Бехтеревым [6, 11] изучена взаимосвязь нервных и психических расстройств личности и биополярных расстройств, проведены психопатологические исследования галлюцинаций и психических автоматизмов, описан ряд обсессивно-компульсивных состояний. Для лечения нервно-психических заболеваний он применял сочетанно-рефлекторную терапию (при неврозах и алкоголизме), психотерапию методом отвлечения [10, 11], гипнотерапию и коллективную психотерапию [7, 10, 11].

С начала XX века научные интересы В.М. Бехтерева были сосредоточены на построении нового направления в психологии – объективной психологии [12], которую он рассматривал в контексте ассоциативно-рефлекторного поведения, перейдя в итоге к пониманию психологии как рефлексологии, науки о личности, с которой он позднее переключился на создание и развитие коллективной рефлексологии – социологии [8].

Прекрасный организатор профессиональной, научной, просветительской деятельности, Бехтерев основал [1]: Казанское общество невропатологов и психиатров, Санкт-Петербургское общество психоневрологов и Общество нормальной и экспериментальной психологии и научной организации труда; он учредил журнал «Неврологический вестник», был председателем Российского общества нормальной и патологической психологии. Всего по инициативе и при участии Бехтерева было создано 50 учреждений, 12 психиатрических и психологических журналов. В 1908 г. В.М. Бехтеревым был основан Психоневрологический институт (с педагогическим, юридическим и медицинским факультетами). В 1918 г. Бехтерев открыл Институт исследования мозга и психической деятельности, где

в лаборатории коллективной рефлексологии (социологии) успел поработать и даже возглавить ее Питирим Сорокин, будущая звезда американской и мировой социологии XX века. Основанные В.М. Бехтеревым научно-исследовательские учреждения, психиатрические, психотерапевтические школы продолжали функционировать и после его скоропостижной смерти в 1927 г., продолжали свою деятельность сотни его последователей, в том числе 70 профессоров.

Круг научных исследований Бехтерева чрезвычайно широк, включает в себя направления нейроморфологии, неврологии, психиатрии, психологии, психологии развития, психологии труда, психопатологии, социологии, дополненные гипнозом, гипнотерапией, психотерапией. Однако его научное творчество имеет системное, «полифоническое» единство, так как построено на реализации ключевых идей И.М. Сеченова о рефлекторном характере психической деятельности. Владимир Михайлович Бехтерев в своих исследованиях последовательно шел от изучения проводящих путей мозга [4, 9] – субстрата рефлекторной деятельности [12] к построению ассоциативной рефлексологии в рамках объективной психологии – персонологии – рефлексологии, с переходом к построению коллективной рефлексологии (социологии) [8]. В.М. Бехтерев, подобно И.П. Павлову и западным бихевиористам, пытался исключить фактор субъективности из изучения психического, но, занимаясь врачебной, психотерапевтической деятельностью, неизбежно возвращался к психологической субъективности. Гипноз, гипнотерапия и психотерапия входят в рефлексологическую систему психической деятельности Бехтерева как закономерные, системные элементы, подкрепляющие и раскрывающие модели индивидуальной и коллективной рефлексотерапии (психологии).

Два великих ученых, И.П. Павлов и В.М. Бехтерев, которые были современниками, петербуржцами, коллегами по Императорской военно-медицинской академии, стали непримиримыми конкурен-

тами в создании двух рефлексологических теорий. Павлов считал свою теорию физиологической, Бехтерев – психологической. Как исторический итог, работы обоих легли в основу развития бихевиоризма.

Владимир Михайлович Бехтерев [7] прекрасно разбирался в европейской гипнологии, суггестологии, гипнотерапии своего времени. После получения медицинского образования он стажировался во Франции, Германии, в совершенстве изучив французскую (включая исследования Ж.-М. Шарко) и, шире, европейскую гипнологию и психотерапию.

Хронологический анализ научных работ В.М. Бехтерева позволяет оценить его исследования гипноза и гипнотерапии как важный этап его научной эволюции от нейроморфологии, психиатрии, неврологии, через гипноз и внушение, далее к объективной психологии (рефлексологии) и социологии (коллективной рефлексологии). Области его исследований гипноза и гипнотерапии включали [2, 7]: природу гипноза, экспериментальную физиологию гипноза и гипнотического внушения, экспериментальную психологию гипнотического внушения и общий феномен внушаемости, социальные формы и механизмы внушаемости. Наряду с научными школами в психиатрии, наркологии, психологии, социологии В.М. Бехтерев создал научную школу в гипнологии, гипнотерапии, психотерапии, значение которой стало осознаваться в России, после периода забвения, только в 1950–1980-х годах [35, 44, 45, 46]. Его научные сотрудники, ученики и последователи оставили яркий след в отечественной психиатрии, психотерапии, гипнологии и гипнотерапии [35]: А. Лазурский, В. Нарбут, В. Срезневский, В. Мясищев [20, 21], К. Платонов [32], И. Вельвовский [15, 16]; однако после смерти В.М. Бехтерева все они на протяжении десятилетий вынужденно дистанцировались от его научного, методического наследия, декларируя приверженность учению И.П. Павлова.

Методологический подход В.М. Бехтерева к осмыслению, исследованию, приме-

нению внушения, самовнушения, гипноза, гипнотерапии следует определить как поведенчески-психотерапевтический. Психотерапевта Бехтерева интересовало, как можно терапевтически воздействовать на больного, в соотношении терапевтической практики с поведенческими групповыми, коллективными воздействиями.

В.М. Бехтерев выделял два основных способа воздействия одного человека на другого [2, 4, 7, 12]: внушение и убеждение. В сфере психического он определил «Я» – «личное сознание» (основанное на волевом внимании) и «общее сознание» (аналог бессознательного (!), основанный на непроизвольном внимании). В нормальном состоянии «Я», обладающее волевым вниманием, вносит в сферу «личного сознания» информацию, которая воспринимается критически. Однако внушаемая идея непосредственно входит в «общее сознание», будучи пойманной непроизвольным вниманием, минует «личное сознание», так как воля («Я») парализована верой в силу гипноза и внушения; субъект актуализирует автоматическую реакцию, будучи не в состоянии сосредоточить волевое внимание на внушении. Убеждение строится на воздействии на субъекта при активном участии его личного сознания и логики, приводящем к выработке определенных взглядов. Внушение и убеждение, по Бехтереву, являются основными формами воздействия одного человека на другого, обе эти формы психотерапевтически значимы.

На рубеже XIX–XX веков Бехтерев пришел к пониманию человеческого гипноза как аналога гипноза животных. Гипноз животных – состояние оцепенения – представляет собой, по мнению В. Бехтерева [7], защитно-тормозной рефлекс на опасность, является предтечей, прообразом гипнотического состояния человека. Гипноз человека основан на искусственном воспроизведении естественного защитно-тормозящего животного рефлекса. Следовательно, гипноз – это не болезненное нервное состояние (как полагал Ж.М. Шарко) [35] и не внушаемый павловский сон [30], а особое биологи-

ческое рефлекторно-тормозное состояние, общее для животных и человека [7].

По Бехтереву [7], внушение лучше действует в гипнотическом состоянии, за счет возникновения особого состояния сознания. Изучение психических эпидемий [3] в сравнении с психотерапевтической практикой позволило ученому сформулировать вывод о повышении личностной внушаемости в группе по механизмам взаимного внушения. Таким образом, сочетание группового формата с гипнозом должно еще больше усилить суггестивное действие психотерапии [7, 10, 11].

В.М. Бехтерев был не только крупным исследователем, экспериментатором, теоретиком, но и методистом, практиком, психотерапии и гипнотерапии. Бехтерев не ограничился европейской традицией гипнотерапии истерических расстройств. Еще в 1880–1890-х годах он начал успешно использовать гипнотерапию при лечении обсессивно-компульсивного расстройства, позднее – при лечении алкоголизма [7, 10].

Практически-методическим итогом совокупных исследований и психотерапевтического применения внушения, самовнушения, убеждения, гипноза, вкупе с исследованиями массовых психических явлений, эпидемий, по нашему убеждению, стало создание В.М. Бехтеревым в начале XX века метода коллективной психотерапии [10], который через полвека был определен как бехтеревская психотерапевтическая триада [34]. В рамках метода коллективной психотерапии алкоголизма [10] В.М. Бехтерев использовал убеждение, гипнотерапию и самовнушение (самоутверждение). Групповая психотерапия включала несколько еженедельных сеансов в группах от 50 до 100 пациентов. Каждое занятие начиналось с психообразовательной групповой лекции, в которой рассказывалось о рисках для здоровья и мотивации отказа от употребления алкоголя. После лекции В.М. Бехтерев гипнотизировал всех участников, затем вызывал и поддерживал каталепсию поднятой руки, после чего внушались отрицательные чувства и отношение к алкоголю, потреб-

ность в трезвой жизни. После завершения сеанса гипноза давались инструкции по проведению самовнушения на трезвую жизнь перед засыпанием и после пробуждения. Этот метод, несомненно, стал стимулом-прототипом к последующему развитию групповых методов советской психотерапии, в том числе и ставшего всемирно известным метода психопрофилактики обезболивания родов И.З. Вельвовского [15, 16].

Через 3 года после скоропостижной смерти (1927 г.) и государственных похорон психологические теории В.М. Бехтерева были подвергнуты резкой идеологической критике и преданы забвению, позднее – репрессированы его родственники. Результаты его исследований в медицине продолжали использоваться ограниченно, в то время как все исследования и практика гипнотерапии стали огульно-ритуально опираться на павловскую рефлексологию [35, 36].

Медленный ренессанс научно-практического наследия В.М. Бехтерева в России усилиями его коллег и учеников, начавшийся в середине 1950-х годов [34], продолжается более 60 лет [1], возвращая осознание масштабов и значения творчества Бехтерева в медицине, психологии, социологии и, конечно, психотерапии, гипнологии, гипнотерапии.

**Обсуждение результатов.** Дореволюционная традиция европейских стажировок молодых и талантливых русских ученых-медиков оказалась весьма успешной, подарив России в том числе одновременно двух вошедших в мировую историю выдающихся ученых в области физиологии высшей нервной деятельности, а также в нейроанатомии, нейрофизиологии, психологии, социологии, психотерапии.

Оставим за рамками описания конкурентность, антагонизм личного взаимодействия И.П. Павлова и В.М. Бехтерева, которые, вероятно, оказали взаимостимулирующий эффект, настраивая на обоснование, развитие собственных научных воззрений и школ (что наиболее очевидно в отношении бехтеревской рефлексологии). Удивительны их принципиальные различия

в подходе к организации научной деятельности, формированию научных направлений и школ. И если развитие павловской теории высшей нервной деятельности явно имело последовательный, логически выверенный, системный характер, соответствующий художественному образу возвращенного из единого «семени» могучего научного «дерева», то развитие научных исследований В.М. Бехтерева, системных, интуитивно глубоких, предельно разноплановых, можно уподобить выросшему из исходного единого корня мангровому лесу, состоящему из отстоящих, внешне раздельных и различающихся деревьев, обладающих, тем не менее, единой «корневой системой».

Павловская теория высшей нервной деятельности, далеко вышедшая за пределы физиологии, ставшая не только парадигмальной основой советской психиатрии, психотерапии, гипнотерапии, неврологии, но и базисной идеологией советской медицины в целом, сыграла свою позитивную роль на начальном этапе развития медицины в 30–40-е годы XX века, хотя в 1950-е годы предпринимались попытки превратить ее в ограничительно-репрессивный инструмент [19]. Несмотря на то, что определенные феноменологически-спекулятивные положения теории потеряли значимость, условно-рефлекторное ядро учения И.П. Павлова сохраняет свою актуальность, с опорой на современный уровень и инструментарий нейрофизиологических исследований.

Не менее поучительна судьба сложного творческого наследия В.М. Бехтерева. Имя Владимира Бехтерева увековечено в мировой нейроморфологии, неврологии, психиатрии, российских психотерапии и гипнологии. Проведенные В.М. Бехтеревым исследования гипноза, гипнотерапии, психотерапии системны, глубоки, сохраняют до настоящего времени свою актуальность. Обширный научный и методический психолого-психотерапевтический задел, наработанный

Бехтеревым, несомненно, послужил фундаментальным стимулом к разработке отечественных методов психотерапии: получившей международное признание методики психопрофилактики обезболивания родов И.З. Вельвовского; метода этиопатогенетической, личностно-ориентированной психотерапии Мясищева – Карвасарского [20, 21, 22, 23, 24, 17]. В.М. Бехтерев проявил себя как замечательный, глубокий, интуитивный методолог в психиатрии, неврологии, психотерапии, гипнотерапии, инициатор и разработчик объективных методов исследования в психиатрии (патопсихологии), психологии (детской, трудовой), неврологии и т.д. [1]. Развитие же главных научных направлений (как полагал сам Бехтерев), объективной (поведенческой) психологии и коллективной рефлексологии (социологии), было безвозвратно прервано, не имело дальнейшего развития в России, СССР. После двух десятилетий репрессивного забвения, в десятилетия неторопливого ренессанса научного наследия В.М. Бехтерева (с середины 1950-х годов), психология и социология в мире и в России уже осмыслили, категоризировали и парадигматизировали области поведенческой психологии и социологии, обходя результаты соответствующих исследований Бехтерева и его школы. Вероятно, в этом причина современных медицинских акцентов в трактовке исторической роли В.М. Бехтерева, которая заметно расходится с его личным научным самовосприятием [25].

## Заключение

Подводя итоги исторического анализа, следует особо подчеркнуть, что история и достижения советской гипнологии, гипнотерапии и психотерапии остались недооцененными в современной России и практически неизвестными в международном вестернизированном научном мире.

## Литература

1. Артемьева О.А., Карапетова А.В. Научные коллективы как основа психологической школы В.М. Бехтерева // Психология и психотехника. 2021. № 3. С. 74–89. DOI: 10.7256/2454-0722.2021.3.36169.
2. Бехтерев В.М. Сознание и его границы. Казань: Тип. Императ. ун-та. 1888. 32 с.
3. Бехтерев В. М. Роль внушения в общественной жизни. СПб.: Изд-во К.Л. Риккер, 1898. 53 с.
4. Бехтерев В.М. Основы учения о функциях мозга. Вып. 1–7. СПб., 1903–1907.
5. Бехтерев В.М. Общая диагностика болезней нервной системы. Ч. 1–2. СПб., 1911–1915.
6. Бехтерев В.М. Невропатологические и психиатрические наблюдения. СПб., 1910. 114 с.
7. Бехтерев В.М. Гипноз, внушение, психотерапия и их лечебное воздействие // Вестник знания. СПб., 1911. Вып. 4. 60 с.
8. Бехтерев В.М. Коллективная рефлексология. Петроград: Изд-во Колос, 1921. 427 с.
9. Бехтерев В.М. Проводящие пути спинного и головного мозга. М.; Л.: Госиздат, 1926. 496 с.
10. Бехтерев В.М. Алкоголизм и борьба с ним. Л., 1927. 62 с.
11. Бехтерев В.М. Неврозы и психоневрозы // Частная патология и терапия внутренних болезней / под ред. Г.Ф. Ланга. М.; Л., 1929. Т. 4, вып. 3. С. 807–938.
12. Бехтерев В. М. Объективная психология. М.: Наука, 1991. 475 с.
13. Буль П.И. Основы психотерапии. М., 1974. 302 с.
14. Варшавский К.М. Гипносуггестивная терапия (лечение внушением в гипнозе). Л.: Медицина, 1973. 192 с.
15. Вельвовский И.З., Платонов К.И., Плотицер В.А., Шугом Э.А. Психопрофилактика болей в родах: лекции для врачей-акушеров / под ред. А.П. Николаева. Л.: Медгиз. 1954. 290 с.
16. Вельвовский И.З. Система психопрофилактического обезболивания родов. М.: Госмедиздат, 1963. 308 с.
17. Групповая психотерапия / под ред. Б.Д. Карвасарского, С. Ледера. М., 1990. 384 с.
18. Данилевский В.Я. Гипнотизм. Харьков: Путь просвещения, 1924. 254 с.
19. Журавлёв А.Л., Стоюхина Н.Ю. «Павловская» сессия глазами психологов (к 70-летию проведения) // Науч. тр. Моск. гуманит. ун-та. 2020. № 5. С. 4–12. DOI: 10.17805/trudy.2020.5.1
20. Мясницев В.Н. Личность и неврозы. Л., 1960. 426 с.
21. Мясницев В.Н. Основные проблемы и современное состояние психологии отношений человека // Психологическая наука в СССР. М., 1960. С. 110–125.
22. Мясницев В.Н. Психология как система средств воздействия на психику в целях восстановления здоровья // Психотерапия при нервных и психических заболеваниях. Л., 1973. С. 7–20.
23. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. М., 1985. 298 с.
24. Карвасарский Б.Д. Неврозы. М.: Медицина, 1990. 475 с.
25. Незнанов Н.Г., Акименко М.А., Коцюбинский А.П., Школа В.М. Бехтерева: от психоневрологии к биопсихосоциальной парадигме. СПб.: ВВМ, 2007. 248 с.
26. Павлов И.П., Воскресенский Л.Н. Материалы к физиологии сна // Изд. Петроград. биол. лаб. 1917. Т. 16. С. 3–8.
27. Павлов И.П. О так называемом гипнозе животных (сообщение в XV заседании Отделения физ.-мат. наук Российской академии наук, 9 нояб. 1921 г.) // Изв. РАН. Сер. 6. 1921. Т. 15. С. 155–156.
28. Павлов И.П. Проба физиологического понимания симптомологии истерии. Л.: Изд-во АН СССР, 1932. 36 с.
29. Павлов И.П. О типах высшей нервной деятельности и экспериментальных неврозах. М.: Медгиз, 1954. 192 с.
30. Павлов И.П. О механизме гипнотического состояния человека // Вопр. психологии. 1969. № 5. С. 158–159.
31. Павлов И.П. Клинические среды. М.: Л., 1954. Т. 2. 386 с.
32. Платонов К.И. Слово как физиологический и лечебный фактор. М.: Медгиз, 1962. 484 с.
33. Полное собрание трудов И.П. Павлова: в 5 т. М.; Л.: Изд-во АН СССР, 1940–1949.
34. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб., 1998. 752 с.
35. Рожнов В.Е. Гипнотерапия / Руководство по психотерапии. 3-е изд. Ташкент, 1985. С. 176–177.
36. Слободяник А.П. Психотерапия, внушение, гипноз. Киев, 1982. 376 с.
37. Тукаев Р.Д. Гипноз; феномен и клиническое применение. М., 2006. 448 с.
38. Шертюк Л. Гипноз / пер. с франц. М.: Медицина, 1992. 224 с.
39. Шертюк Л., Де Соссюр Р. Рождение психоанализа. От Месмера до Фрейда. М.: Прогресс, 1991. 288 с.
40. Bechterew W.M. La suggestion et son rôle dans la vie sociale; trad. et adapté du russe par le Dr P. Kéraval. Paris: Boulangé, 1910. 58 p.
41. The Oxford Handbook of Hypnosis: Theory, Research, and Practice / Eds.: M.R. Nash, A.J. Barnier. New York: Oxford University Press, 2008. 791 p.
42. Pavlov I.P. Conditioned Reflexes: An Investigation of the Physiological Activity of the Cerebral Cortex. London: Oxford University Press, 1927. 142 p.
43. Pavlov I.P. Lectures on Conditioned Reflexes. Twenty-five Years of Objective Study of the Higher Nervous Activity (Behaviour) of Animals. New York: Intern. Publ., 1928. 414 p.

44. Tukaev R. Russian Researches on Hypnosis; on the reverse way from therapy to phenomenon // XX World Congress of Hypnosis: Abstracts Book. 2015. P. 274.
45. Tukaev R. The Integrative Theory of Hypnosis in the Light of Clinical Hypnotherapy // *Hypnotherapy and Hypnosis*. London: IntechOpen. 2020, P. 41–72.
46. Tukaev R.D. Ivan P. Pavlov et l'hypnose Sovietique // *La revue de l'hypnose et de la santé*. 2022. N. 20. Pp. 89–94.

---

Поступила 10.01.2023 г.

Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией данной статьи.

**Для цитирования:** Тукаев Р.Д. Великие российские ученые-медики академики И.П. Павлов и В.М. Бехтерев и их вклад в развитие исследований и практик отечественного гипноза, гипнотерапии, психотерапии // Вестник психотерапии. 2023. № 85. С. 15–27. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-85-15-27

---

R.D. Tukaev

**Outstanding Russian medical scientists and academicians I.P. Pavlov  
and V.M. Bekhterev and their contribution to academic and practical advances  
in hypnosis, hypnotherapy, and psychotherapy in Russia**

Russian Medical Academy of Continuous Professional Education  
(2/1, bld. 1, Barrikadnaya Str., Moscow, 125993, Russia)

✉ Rashit Dzhaudatovich Tukaev – Dr. Med. Sci., Prof., Department of Psychotherapy and Sexology of Russian Medical Academy of Continuous Professional Education (2/1, bld. 1, Barrikadnaya Str., Moscow, 125993, Russia), e-mail: tukaevrd@gmail.com

**Abstract**

*Relevance.* The paper is a brief historical and analytical overview of works of I.P. Pavlov and V.M. Bekhterev regarding theory, methods, and practice of hypnosis, hypnotherapy, and psychotherapy; the authors evaluate the prospective influence of these scientists on further developments in the theory, methods and practice of hypnosis, hypnotherapy, psychotherapy and behaviorism in the 20th century Russia.

*The objective is* to retrospectively analyze works by I.P. Pavlov and V.M. Bekhterev and evaluate their impact on theory, methods, and practice of hypnosis, hypnotherapy, and psychotherapy.

*Methodology.* The paper analyzes lifetime editions of works by I.P. Pavlov and V.M. Bekhterev, as well as publications evaluating their contribution to the history of Russian hypnology and psychotherapy in the late 19<sup>th</sup> early–20<sup>th</sup> centuries.

*Results and Discussion.* The paper outlines the contribution made by I.P. Pavlov and his school to advance theories and practices of suggestion, hypnosis and hypnotherapy in shaping the concept of higher nervous activity. The finding consider the Pavlovian logic of suggestive and hypnotic phenomena based on reflexology, combined inhibition and excitation cortical processes; efficiency of linking hypnotic and extra-hypnotic suggestions according to (Pavlovian) typology of higher nervous activity; a consistent transition from animal models and therapy frameworks in experimental studies and hypnosis, to clinical and therapeutic studies of hypnotherapy and suggestive psychotherapy in the treatment of human neuroses. The review highlights the impact of Pavlov's doctrine on understanding higher nervous activity, theories of hypnosis and suggestion in the development of Russian hypnotherapy, and – more broadly – the medical model of the Soviet psychotherapy. I.P. Pavlov's contribution to the development of behaviorism is also emphasized. Analysis of theoretical, methodological, and clinical heritage by V.M. Bekhterev and its influence on

hypnotherapy and psychotherapy was carried out in line with his milestone multifaceted scientific contribution to neuromorphology, neurophysiology, neurology, psychiatry, psychology (including developmental psychology), pedagogy, and sociology. V.M. Bekhterev's contribution to the theory of hypnosis, methods and practices of hypnotherapy and psychotherapy relies on comprehensive advances in an array of human sciences (neuromorphology, neurophysiology, psychiatry, objective (psychology), collective reflexology (sociology)), driven by his own extensive research, as well as creative transformations and contemporary achievements in national reflexology, global hypnology, hypnotherapy, psychotherapy, psychoanalysis, psychiatry, psychology, sociology. Bekhterev's unique research, methods, and practical activities have become a profound foundation for subsequent developments in Russian hypnology and psychotherapy of the 20th century, and became an incentive for the development of behaviorism.

**Keywords:** I.P. Pavlov, V.M. Bekhterev, history, hypnosis, suggestion, hypnotherapy, psychotherapy, theory of higher nervous activity, theories of objective and collective reflexology, psychiatry, neurosis, psychology, sociology, behaviorism.

### References

1. Artemèva O.A., Karapetova A.V. Nauchnye kollektivy kak osnova psikhologicheskoi shkoly V.M. Bekhterevoi [Research groups as the foundation for psychological school of V.M. Bekhterev]. *Psikhologiya i psikhotehnika*. 2021; (3):74–89. DOI: 10.7256/2454-0722.2021.3.36169. (In Russ.)
2. Bekhterev V.M. Soznanie i ego granitsy [Consciousness and its boundaries]. Kazan. 1888. 32 p. (In Russ.)
3. Bekhterev V.M. Rol' vnusheniya v obshchestvennoi zhizni [The role of suggestion in public life]. Moscow. 1898. 53 p. (In Russ.)
4. Bekhterev V.M. Osnovy ucheniya o funktsiyakh mozga [Fundamentals of the doctrine of the functions of the brain]. Iss. 1–7. St. Petersburg. 1903–1907. (In Russ.)
5. Bekhterev V.M. Obshchaya diagnostika boleznei nervnoi sistemy [General diagnosis of diseases of the nervous system]. Pt. 1–2. St. Petersburg. 1911–1915. (In Russ.)
6. Bekhterev V.M. Nevropatologicheskie i psikhiatricheskie nablyudeniya [Neuropathological and psychiatric observations]. St. Petersburg. 1910. 114 p. (In Russ.)
7. Bekhterev V.M. Gipnoz, vnushenie, psikhoterapiya i ikh lechebnoe vozdeistvie [Hypnosis, suggestion, psychotherapy and their therapeutic effect]. *Vestnik znaniya* [Bulletin of Knowledge]. St. Petersburg. 1911. Iss. 4. 60 p. (In Russ.)
8. Bekhterev V.M. Kollektivnaya refleksiologiya [Collective reflexology]. Petrograd. 1921. 427 p. (In Russ.)
9. Bekhterev V.M. Provodyashchie puti spinnogo i golovnogo mozga [Pathways of the spinal cord and brain]. Moscow: Leningrad. 1926. 496 p. (In Russ.)
10. Bekhterev V.M. Alkogolizm i bor'ba s nim [Alcoholism and the fight against it]. Leningrad. 1927. 62 p. (In Russ.)
11. Bekhterev V.M. Nevrozy i psikhonevrozy [Neuroses and psychoneuroses]. Chastnaya patologiya i terapiya vnutrennikh boleznei [Private pathology and therapy of internal diseases]. Ed. G.F. Lang. Moscow; Leningrad. 1929. Vol. 4, Iss. 3. Pp. 807–938. (In Russ.)
12. Bekhterev V. M. Ob'ektivnaya psikhologiya [Objective psychology]. Moscow. 1991. 475 p. (In Russ.)
13. Bul' P.I. Osnovy psikhoterapii [Fundamentals of psychotherapy]. Moscow. 1974. 302 p. (In Russ.)
14. Varshavskii K.M. Gipnosuggestivnaya terapiya (lechenie vnusheniem v gipnoze) [Hypnosuggestive therapy (treatment with inspiration in hypnosis)]. Leningrad. 1973. 192 p. (In Russ.)
15. Vel'vovskii I.Z., Platonov K.I., Ploticher V.A., Shugom E.A. Psikhoprofilaktika bolei v rodakh [Psychoprophylaxis of pain in childbirth]. Ed. A.P. Nikolaev. Leningrad. 1954. 290 p. (In Russ.)
16. Vel'vovskii I.Z. Sistema psikhoprofilakticheskogo obezbolivaniya rodov [The system of psychoprophylactic anesthesia of childbirth]. Moscow. 1963. 308 p. (In Russ.)
17. Gruppovaya psikhoterapiya [Group psychotherapy]. Eds.: B.D. Karvasarskii, S. Leder. Moscow. 1990. 384 p. (In Russ.)
18. Danilevskii V.Ya. Gipnotizm [Hypnotism]. Kharkiv. 1924. 254 p. (In Russ.)
19. Zhuravlev A.L., Stoyukhina N.Yu. «Pavlovskaya» sessiya glazami psikhologov (k 70-letiyu provedeniya) [The “Pavlovian” session for 70 years: from the eyes of psychologists]. *Nauchnye trudy Moskovskogo gumanitarnogo universiteta* [Nauchnye trudy Moskovskogo gumanitarnogo universiteta]. 2020; (5):4–12. DOI: 10.17805/trudy.2020.5.1 (In Russ.)
20. Myasishchev V.N. Lichnost' i nevrozy [Personality and neuroses]. Leningrad. 1960. 426 p. (In Russ.)
21. Myasishchev V.N. Osnovnye problemy i sovremennoe sostoyanie psikhologii otnoshenii cheloveka [The main problems and the current state of the psychology of human relations]. *Psikhologicheskaya nauka v SSSR* [Psychological science in the USSR]. Moscow. 1960. Pp. 110–125. (In Russ.)

22. Myasishchev V.N. Psikhologiya kak sistema sredstv vozdeistviya na psikhiku v tselyakh vosstanovleniya zdorov'ya [Psychology as a system of means of influencing the psyche in order to restore health]. *Psikhoterapiya pri nervnykh i psikhicheskikh zabolevaniyakh* [Psychotherapy for nervous and mental diseases]. Leningrad. 1973. Pp. 7–20. (In Russ.)
23. Karvasarskiy B.D. *Psikhoterapiya* [Psychotherapy]. Moscow. 1985. 298 p. (In Russ.)
24. Karvasarskiy B.D. *Nevrozy* [Neuroza]. Moscow. 1990. 475 p. (In Russ.)
25. Neznanov N.G., Akimenko M.A., Kotsyubinskiy A.P. Shkola V.M. Bekhtereva: ot psikhonevrologii k biopsikhosotsial'noi paradigme [School V.M. Bekhterev: from psychoneurology to the biopsychosocial paradigm]. St. Petersburg. 2007. 248 p. (In Russ.)
26. Pavlov I.P., Voskresenskii L.N. Materialy k fiziologii sna [Materials for the physiology of sleep]. *Izvestiya Petrogradskoi biologicheskoi laboratorii* [Proceedings of Petrograd Biologic Laboratory]. 1917; 16:3–8. (In Russ.)
27. Pavlov I.P. O tak nazyvaemom gipnoze zhivotnykh (soobshchenie v XV zasedanii Otdeleniya fiziko-matematicheskikh nauk Rossiiskoi akademii nauk, 9 noyabrya 1921 g.) [About the so-called hypnosis of animals]. *Izvestiya RAN* [Bulletin of the Russian Academy of Sciences]. Series 6. 1921; 15:155–156. (In Russ.)
28. Pavlov I.P. Proba fiziologicheskogo ponimaniya simptomologii isterii [An attempt at physiological understanding of the symptomology of hysteria]. Leningrad. 1932. 36 p. (In Russ.)
29. Pavlov I.P. O tipakh vysshei nervnoi deyatelnosti i eksperimental'nykh nevrozakh [On the types of higher nervous activity and experimental neuroses]. Moscow. 1954. 192 p. (In Russ.)
30. Pavlov I.P. O mekhanizme gipnoticheskogo sostoyaniya cheloveka [On the mechanism of the hypnotic state of a person]. *Voprosy psikhologii* [Questions of psychology]. 1969; (5):158–159. (In Russ.)
31. Pavlov I.P. *Klinicheskie sredi* [Clinical Wednesdays]. Moscow: Leningrad. 1954. Vol. 2. 386 p. (In Russ.)
32. Platonov K.I. Slovo kak fiziologicheskii i lechebnyi faktor [Word as a physiological and therapeutic factor]. Moscow. 1962. 484 p. (In Russ.)
33. *Polnoe sobranie trudov I.P. Pavlova* [Complete collection of works of I. P. Pavlov]: in 5 Vol. Moscow: Leningrad. 1940–1949. (In Russ.)
34. *Psikhoterapevticheskaya entsiklopediya* [Psychotherapeutic encyclopedia]. Ed. B.D. Karvasarskiy. Moscow. 1998. 752 p. (In Russ.)
35. Rozhnov V.E. *Gipnoterapiya* [Hypnotherapy]. *Rukovodstvo po psikhoterapii* [A guide to psychotherapy]. 3rd edition. Tashkent. 1985. Pp. 176–177. (In Russ.)
36. Slobodyanik A.P. *Psikhoterapiya, vnushenie, gipnoz* [Psychotherapy, suggestion, hypnosis]. Kyiv. 1982. 376 p. (In Russ.)
37. Tukaev R.D. *Gipnoz; fenomen i klinicheskoe primeneniye* [Hypnosis; phenomenon and clinical application]. Moscow. 2006. 448 p. (In Russ.)
38. Shertok L. *Gipnoz* [Hypnosis]. Moscow. 1992. 224 p. (In Russ.)
39. Shertok L., De Saussure R. *Rozhdeniye psikhoanalitika. Ot Mesmera do Freida* [The birth of a psychoanalyst. From Mesmer to Freud]. Moscow. 1991. 288 p. (In Russ.)
40. Bekhterev W.M. *La suggestion et son rôle dans la vie sociale; trad. et adapté du russe par le Dr P. Kéroual*. Paris: Boulangé. 1910. 58 p.
41. *The Oxford Handbook of Hypnosis: Theory, Research, and Practice*. Eds.: M.R. Nash, A.J. Barnier. New York: Oxford University Press. 2008. 791 p.
42. Pavlov I.P. *Conditioned Reflexes: An Investigation of the Physiological Activity of the Cerebral Cortex*. London: Oxford University Press. 1927. 142 p.
43. Pavlov I.P. *Lectures on Conditioned Reflexes. Twenty-five Years of Objective Study of the Higher Nervous Activity (Behaviour) of Animals*. New York: Intern. Publ. 1928. 414 p.
44. Tukaev R. *Russian Researches on Hypnosis; on the reverse way from therapy to phenomenon. XX World Congress of Hypnosis: Abstracts Book*. 2015. P. 274.
45. Tukaev R. *The Integrative Theory of Hypnosis in the Light of Clinical Hypnotherapy. Hypnotherapy and Hypnosis*. London: IntechOpen. 2020. P. 41–72.
46. Tukaev R.D. Ivan P. Pavlov et l'hypnose Sovietique. *La revue de l'hypnose et de la sante'*. 2022; (20):89–94.

---

Received 10.01.2023

**For citing:** Tukaev R.D. Velikie rossiiskie uchenye-mediki, akademiki I.P. Pavlov i V.M. Bekhterev i ikh vklad v razvitie issledovaniy i praktik otechestvennogo gipnoza, gipnoterapii, psikhoterapii. *Vestnik psikhoterapii*. 2023; (85):15–27. (In Russ.)

Tukaev R.D. Outstanding Russian medical scientists and academicians I.P. Pavlov and V.M. Bekhterev and their contribution to academic and practical advances in hypnosis, hypnotherapy, and psychotherapy in Russia. *Bulletin of Psychotherapy*. 2023; (85):15–27. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-85-15-27

---

А.Н. Алёхин, Э.А. Неберекутина

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ АДАПТАЦИИ В УСЛОВИЯХ САМОИЗОЛЯЦИИ

Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена  
(Россия, Санкт-Петербург, Набережная реки Мойки, д. 48)

*Актуальность.* В начале 2020 г. в связи с объявлением Всемирной организацией здравоохранения пандемии COVID-19 население многих стран впервые за долгое время столкнулось с необходимостью серьёзных изменений привычного уклада жизни. Режим самоизоляции был объявлен основной мерой профилактики распространения инфекции, и значительное количество людей, в том числе учащаяся молодежь, оказалось в условиях ограничения привычных форм деятельности и общения. Ситуация усугублялась постоянным освещением неблагоприятной эпидемической ситуации в источниках информации. Оно очевидно носило психотравмирующий характер. Трансформация сложившихся ранее личностных отношений из-за изменений привычных условий жизнедеятельности определяется как ситуация психологического кризиса, который проявляется в том числе нарушениями психического состояния донозологического уровня. В клинико-психологическом аспекте процессы перестройки привычных форм деятельности отражают психическую адаптацию, а состояния, возникающие при этом, – психологические реакции адаптации.

*Цель* – анализ изменения психического состояния у студентов вузов в процессе адаптации к условиям самоизоляции и дистанционного обучения.

*Методология.* В исследовании приняли участие 132 студента вузов Санкт-Петербурга в возрасте от 17 до 26 лет. Для уточнения сведений социально-демографического характера им предлагалось заполнить специально разработанную анкету, включающую сведения о половой принадлежности, возрасте, условиях проживания, форме занятости студентов и т.п. Для самооценки функционального состояния использовалась методика «САН», а для оценки субъективного переживания собственного «Я» в условиях самоизоляции – методика семантического дифференциала в ее оригинальной версии. Анализ эмпирических данных проводился с помощью t-критерия Стьюдента.

*Результаты и их анализ.* Установлено, что в процессе самоизоляции у студентов отмечаются ухудшение самочувствия, настроения, снижение активности, которые сопровождаются чувством измененности себя. Такие проявления связаны с рядом условий переживания самоизоляции, а также с полом и возрастом обследованных.

*Заключение.* Полученные данные могут быть использованы для разработки и планирования психопрофилактических мер в системе противоэпидемических мероприятий.

**Ключевые слова:** самоизоляция, пандемия, COVID-19, психическая адаптация, психологические реакции адаптации, психологическая диагностика.

### Введение

В начале 2020 г. в связи с объявлением пандемии ВОЗ население многих стран, в том числе России, столкнулось с серьезны-

ми изменениями привычного уклада жизни из-за повсеместного введения мер для борьбы с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19). Впервые в перечень таких мер

был включен режим самоизоляции, при котором привычные формы активности людей (обучение, общение, игра) подменялись их виртуальными имитациями. Ситуация усугублялась тем, что эпидемический процесс назойливо и в устрашающей форме освещался всеми доступными СМИ. Таким образом, большое количество людей, в том числе представителей учащейся молодёжи, оказалось в непривычных условиях жизнедеятельности, психотравмирующий характер которых усиливался психогенным воздействием СМИ.

В медицинской психологии схожие условия моделировались в специальных сурдокамерных испытаниях, когда в 1970-х годах с их помощью исследовались закономерности психической адаптации при подготовке космонавтов к полету. В результате обобщения и анализа известных в научной литературе и полученных в сурдокамерных испытаниях данных авторы обосновали и ввели в теорию медицинской психологии чрезвычайно важные и актуальные до сих пор концепты: «психогении непривычных условий существования» и «псевдопсихопатологические феномены» [6].

Было установлено, что в процессе адаптации к непривычным условиям жизнедеятельности наблюдаются разнообразные реакции, а психологические проявления этих реакций бывают феноменологически сходны с описанными в психопатологии феноменами, обладая при этом динамикой психогенных механизмов. Интерес к феноменам психической адаптации актуален из-за очевидной и существенной трансформации социокультурной ситуации формирования и развития психики, обусловленной повсеместным внедрением цифровых средств игры, обучения и общения современных учащихся. В последние годы такие явления были описаны в работах А.Н. Алехина [1], А.А. Грековой [1], О.А. Литвиненко [8].

Термины «псевдопсихопатологические», как и «псевдопатопсихологические» (которые описаны на материалах патопсихологических экспериментов с практически здоровыми учащимися) вводились вынужденно, поскольку тезаурус психологии не включает

в себя терминов для обозначения временных транзиторных нарушений психического состояния, обусловленных напряжением адаптационных механизмов. Сегодня в психологии для таких состояний часто неадекватно используются клинические термины (тревога, депрессия, навязчивость, паранойя, деперсонализация и т.п.). Исключением является концепт «переживание», введенный в практику психологии Ф.Б. Василюком [4], но и он недостаточно полно отражает разнообразие проявлений нарушений психического состояния человека в непривычных условиях. Более подробно нарушения адаптации описываются в Международной клинической классификации болезней и расстройств поведения (МКБ-11), которая, однако, предлагает не психологическую, а клиническую их классификацию. В практической психологии для обоснования мероприятий профилактики и коррекции более адекватны психологические интерпретации наблюдаемых феноменов, которые могут быть обобщенно представлены как «психологические реакции адаптации». Психологическими проявлениями таких реакций могут быть изменения самочувствия, настроения, активности, чувство измененности себя и др. В психопатологии, например, чувство измененности себя зафиксировано термином «деперсонализация», однако сходные переживания наблюдаются у практически здоровых людей (например, при оценке психического выгорания). Можно предположить, что это чувство у здоровых людей интегративно отражает комплекс переживаний, обусловленных трансформацией системы отношений личности в направлении её оптимизации в новых непривычных условиях.

Психологическое исследование такого переживания затрудняется тем, что оно слабо дифференцируется человеком и требует достаточного уровня рефлексии. В концепциях Б.Г. Ананьева [2], А.Н. Леонтьева [7], В.С. Мерлина [9], В.В. Столина [10] «Я» рассматривается как внутреннее ядро личности, ее сознательное начало, индивидуальное самосознание, система представлений человека о самом себе. И.С. Кон рассматри-

вает «Я» как субъект целостного сознания психических явлений, включающий в себя три предполагающих друг друга взаимосвязанных аспекта: «Эго» – регулятивное начало мотивации и психической жизни, «Я-идентичность» – самосознание, чистое восприятие и «образ Я» – система представлений о самом себе [5].

Согласно Бернсу, Я-концепция представляет собой систему, включающую в себя как представления индивида о себе, так и его собственную оценку этих представлений, т.е. Я-концепция – это описательная составляющая (образ Я) и оценочная составляющая (самооценка) [3].

При этом «Я» как система психологических переживаний не является статичным свойством личности. В психологической практике известны разнообразные феномены измененности «Я», отмечаемые и как тотальные изменения переживания себя, и как частные его проявления в области телесных или ментальных процессов. Неслучайно впервые термин «деперсонализация» был использован в литературном произведении Анри-Фредерика Амьеля «Дневник» в XIX в. Именно там впервые и было описано чувство внезапной измененности себя. Людовику Дуга, психологу и философу, приписывают первое использование этого термина в научной литературе.

Как психопатологический феномен деперсонализация была определена в 1930-х годах в медицинском пособии «Современная клиническая психиатрия» как «остро ощущаемое стрессогенное чувство отчужденности, иногда упоминается как синдром, может быть определено как аффективное расстройство, при котором основными симптомами являются чувство оторванности от реальности и потеря уверенности в собственной личности, чувства отождествленности с собственным телом и контроля над ним» [12]. Поскольку адаптация к измененным условиям жизнедеятельности представляет собой системный процесс, а психологические аспекты этого процесса описываются как «психогенные» реакции, можно предполагать, что в ряду феноменов поведения

человека чувство «измененности Я» является элементом более целостной системы психического, трансформирующейся в интересах оптимального взаимодействия со средой. Для психодиагностической верификации подобных изменений наиболее адекватным приемом представляется метод семантического дифференциала в его оригинальном, исходном оформлении.

## Материал и методы

Обследовали 132 студента в возрасте от 17 до 26 лет, из них мужчин – 30 (22,6%), женщин – 102 (77,4%). Студенты дали добровольное согласие на участие в исследовании. Им предлагалось заполнить анкету, в которой прояснялся ряд социально-демографических характеристик респондентов, таких как: пол, возраст, условия проживания, форма занятости и т.п. Анализ социально-демографических данных представлен в табл. 1.

Для оценки переживания собственного «Я» в комплексном исследовании адаптации учащейся молодежи в условиях самоизоляции использовали методику семантического дифференциала, которая была создана Чарльзом Осгудом как методика, отражающая отношение знаков и значений. Семантический дифференциал предназначался для оценки эмотивного или аффективного значения какого-либо понятия, то есть того значения, которое данное понятие приобрело в субъективном семантическом пространстве личности в результате индивидуального опыта. Измерение значения понятия – это «репрезентативный опосредующий процесс» [13].

Методика представляет собой шкалы прилагательных-антонимов, которые всегда группируются в три фактора – так называемые оси семантического пространства субъекта, как было показано Ч. Осгудом в его многочисленных экспериментах. Это оси «Сила», «Активность», «Отношение». Рассматривая эти оси как абсциссу, ординату и аппликату семантического пространства испытуемого, можно построить координа-

Таблица 1

## Распределение респондентов по социально-демографическим показателям

Признак	Число ответов (%)
Пол	
мужской	30 (23)
женский	102 (77)
Возраст, лет	
от 17 до 22	105 (80)
от 23 до 26	27 (20)
Отношение к материальному положению	
довольны	77 (58)
недовольны	55 (42)
Проживают	
одни	22 (17)
с друзьями (в общежитии)	33 (25)
с родителями	45 (34)
в официальном или гражданском браке	32 (24)
Испытывают агрессию к окружающим	
часто	26 (20)
редко	107 (80)
Работают	
да	68 (52)
нет	64 (48)
Боятся заразиться COVID-19	
да	33 (25)
нет	99 (75)
Часто испытывают слабость	
да	48 (36)
нет	84 (64)
Часто испытывают скуку	
да	80 (61)
нет	52 (39)
Проявление агрессии к окружающим	
редко	84 (64)
часто	48 (36)

ты значения интересующего понятия в его семантическом пространстве. Если определить координаты значения другого понятия, то различия этих значений можно представить как расстояние между ними в семантическом пространстве, рассчитав расстояние в сфере [11].

Выбор оцениваемых понятий определялся гипотезой исследования, которая состояла в том, что психологические реакции адап-

тации так или иначе сопровождаются изменениями самоощущения, поэтому в данном исследовании обследуемые оценивали понятия «Я до пандемии» и «Я сейчас» (на период пандемии). Студентам предъявляли набор биполярных шкал, каждая из которых образована парой прилагательных-антонимов (табл. 2).

Обследуемые давали оценку предложенным понятиям, ориентируясь на шкалу вы-

Таблица 2

## Прилагательные-антонимы для методики семантического дифференциала

	Показатель	Балл						Показатель
		-3	-2	-1	0	+1	+2	
x1	Четкий							Расплывчатый
x2	Вялый							Энергичный
x3	Качественный							Некачественный
x4	Холодный							Горячий
x5	Твердый							Мягкий
x6	Пустой							Полный
x7	Цветной							Серый
x8	Медленный							Быстрый
x9	Большой							Маленький
x10	Злой							Добрый
x11	Летающий							Ползущий
x12	Слабый							Сильный

раженности признака. Рассчитывались суммарные оценки по трем осям семантического пространства:

- 1) «Сила» =  $-x_5 + x_6 - x_9 + x_{12}$ ;
- 2) «Активность» =  $x_2 + x_4 + x_8 - x_{11}$ ;
- 3) «Оценка» =  $-x_1 - x_3 - x_7 + x_{10}$ .

По формуле обобщенного расстояния, заимствованной из стереометрии, вычислялось расстояние между значениями понятий «Я до пандемии» и «Я сейчас» (во время пандемии) в семантическом пространстве обследуемых:  $D_{mn} = \sqrt{\sum d^2 mn}$ .

Далее рассчитывалась гистограмма распределения расстояний между значениями понятий «Я до пандемии» и «Я сейчас» и ее характеристики – среднее и среднеквадратическое отклонение ( $M \pm SD$ ) –  $(7,1 \pm 2,2)$  баллов в группах обследуемых студентов с разной самооценкой самочувствия, активности и настроения по методике САН.

Методику «САН» применяли для оценки функционального состояния респондента в его проявлениях: самочувствии, активности и настроении. На основании эмпирического распределения основного показателя САН респонденты были распределены на группы в соответствии с рекомендациями авторов методики: высокие (5–7 баллов), средние (3,5–4,5 балла) и низкие (1–3 балла) показатели.

Результаты проверили на нормальность распределения признаков. Для математической обработки данных использовали t-критерий Стьюдента.

## Результаты и их анализ

В результате анализа полученных данных было установлено, что условия самоизоляции для большинства респондентов представляют собой психотравмирующую ситуацию. Многие из них указывали на чувство раздражения по отношению к окружающим, страх заразиться COVID-19, отмечали проявления апатии, скуки. Оказалось, что измененность значения «Я» у респондентов в большой степени связана с оценкой функционального состояния.

В табл. 3 представлены показатели теста САН в зависимости от уровня измененности «Я». Чем ниже были самооценки по шкалам «Самочувствие», «Активность», «Настроение», тем большее расстояние в семантическом пространстве оказалось между значениями понятий «Я до пандемии» и «Я сейчас». Высокий уровень измененности «Я» характеризовался показателями  $(9,6 \pm 2,2)$  баллов, низкий –  $(5,9 \pm 1,2)$  баллов.

Оказалось, что мужчины легче переживают самоизоляцию и реже фиксируют из-

Таблица 3

**Показатели по методике САН у студентов уровнем измененности «Я», (M ± SD) балл**

Показатель САН	Измененность «Я»		p
	высокая	низкая	
Самочувствие	9,2 ± 3,3	6,6 ± 1,7	0,01 ≤ p ≤ 0,05
Активность	9,3 ± 3,2	6,5 ± 1,7	0,01 ≤ p ≤ 0,05
Настроение	8,7 ± 3,2	6,8 ± 1,9	0,01 ≤ p ≤ 0,05
Интегральный показатель САН	9,1 ± 3,0	6,6 ± 1,7	0,01 ≤ p ≤ 0,05

Таблица 4

**Разница показателей «Я до пандемии» и «Я сейчас» в группах учащейся молодежи, (M ± SD) балл**

Показатель	Измененность «Я»		p
Пол	Мужской	Женский	0,01 ≤ p ≤ 0,05
	6,1 ± 1,2	7,3 ± 2,3	
Возраст, лет	17–22	23–26	0,01 ≤ p ≤ 0,05
	7,3 ± 2,2	6,4 ± 1,9	
Отношение к дистантному образованию	Не удовлетворяет	Удовлетворяет	0,01 ≤ p ≤ 0,05
	9,0 ± 1,4	6,3 ± 0,6	
Проявление агрессии к окружающим	Редко	Часто	0,01 ≤ p ≤ 0,05
	6,4 ± 1,4	7,5 ± 2,5	
Испытывают скуку	Редко	Часто	0,01 ≤ p ≤ 0,05
	6,7 ± 1,9	7,3 ± 2,4	

Таблица 5

**Измененность «Я» у студентов в зависимости от условий проживания, (M ± SD) балл**

Показатель	Проживают				p ≤ 0,05
	самостоятельно	с родителями	с партнером	с друзьями	
Измененность Я	5,78 ± 1,23	6,92 ± 1,03	6,33 ± 1,12	10,21 ± 1,78	1/4; 2/4; 3/4

мененность себя, чем женщины. На степень измененности «Я» также влияет возраст респондентов. Чем старше респонденты, тем меньше они фиксируют измененность собственного Я. У обследуемых студентов, которые высказали негативное отношение к дистантному образованию, наблюдается значительное изменение значения «Я». Респонденты с большим расстоянием в семантическом пространстве между значениями понятий «Я до пандемии» и «Я сейчас» часто отмечают агрессивное отношение к окружающим и скуку (табл. 4).

У респондентов, проживающих с друзьями, чувство измененности «Я» в результате самоизоляции оказалось больше, чем у тех, кто проживал самостоятельно, с родителя-

ми или с мужем (партнером) в официальном или гражданском браке (табл. 5).

**Обсуждение результатов.** Таким образом, в результате проводимых исследований установлено, что условия пандемических ограничений представляют собой (по крайней мере, для части респондентов) психотравмирующую ситуацию, поскольку они препятствуют реализации привычных форм активности, деятельности и коммуникации при непрерывном психотравмирующем воздействии источников информации. Адаптация к этим непривычным условиям осуществляется в процессе трансформации привычных форм активности и отношений личности, что проявляется ухудшением самочувствия, изменениями чувства «Я», другими переживаниями.

Эти проявления можно рассматривать как психологические реакции адаптации человека к измененным условиям жизнедеятельности по аналогии с «психогениями непривычных условий существования». Установлено также, что интенсивность этих реакций зависит как от особенностей личности, так и от условий деятельности и общения, в которых эти реакции разворачиваются.

Таким образом, самоизоляция как противоэпидемическое мероприятие имеет очевидное психогенное значение, обусловленное нарушением привычного для большинства людей образа жизни. Такие факторы самоизоляции, как социальная депривация, изменение привычных форм активности, тревога из-за угрозы здоровью и благополучию и т.п., формируют новые условия жизнедеятельности, адаптация к которым требует времени и сопровождается изменениями психического и функционального состояния.

Адаптация к этим непривычным условиям осуществляется в процессе трансформа-

ции привычных форм активности и отношений личности, проявляясь ухудшением самочувствия и другими переживаниями. Эти явления можно рассматривать в качестве психологических реакций адаптации человека к измененным условиям жизнедеятельности по аналогии с «психогениями непривычных условий существования».

## Заключение

Психологическая профилактика нарушений психической адаптации в непривычных условиях жизнедеятельности предполагает знание о значении различных условий жизнедеятельности для формирования адекватного поведения в изменившихся условиях. Эта информация поможет сформировать группы риска, в отношении которых следует проводить мероприятия психологической профилактики нарушений психической адаптации в системе противоэпидемических мер.

## Литература

1. Алехин А.Н., Грекова А.А. «Псевдопсихопатологические» формы мышления в современных условиях // Вестник психотерапии. 2018. № 66 (71). С. 137–151.
2. Ананьев Б.Г. Психология и проблемы человекознания. М.; Воронеж, 1996. 382 с.
3. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание. М.: Прогресс, 1986. 422 с.
4. Василюк Ф.Е. Психология переживания. Анализ преодоления критических ситуаций. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. 200 с.
5. Кон И.С. В поисках себя: личность и ее самосознание. М.: Политиздат, 1984. 335 с.
6. Кузнецов О.Н., Лебедев В.И. Психология и психопатология одиночества. М.: Медицина, 1972. 336 с.
7. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. М.: Смысл; Академия, 2005. 352 с.
8. Литвиненко О.А. Онтогенетические предпосылки особенностей бредообразования при дебюте шизофрении: автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2015. 22 с.
9. Мерлин В.С. Психология индивидуальности. М.: МОДЭК; МПСИ, 2009. 544 с.
10. Столин В.В. Самосознание личности. М.: Просвещение, 1983. 288 с.
11. Федорова Т.Л. Методика семантического дифференциала и возможности ее применения в клинической практике // Психологические методы исследования личности в клинике: сб. науч. работ. Л., 1978. С. 82–90.
12. Noyes A.P., Kolb L. *Modern clinical psychiatry* (6th ed.). Philadelphia: W.B. Saunders, 1939. 84 p.
13. Osgood Ch., Suci C.J., Tannenbaum P.H. *The measurement of meaning*. Urbana: University of Illinois Press, 1957. 342 p.

---

Поступила 08.08.2022 г.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

**Для цитирования.** Алехин А.Н., Неберекутина Э.А. Психологические аспекты реакции адаптации в измененных условиях жизнедеятельности // Вестник психотерапии. 2023. № 85. С. 28–36. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-85-28-36

---

A.N. Alekhin, E.A. Neberekutina

**Psychological aspects of adaptive response in changed living conditions**

Herzen State University (48, River Moika Emb., 191186, St. Petersburg, Russia)

Anatoliy Nikolaevich Alekhin – Dr. Med Sci., Prof., Head of Department of Clinical Psychology and Psychological help, Herzen State University (48, River Moika Emb., 191186, St. Petersburg, Russia), email: [termez59@mail.ru](mailto:termez59@mail.ru);

✉ Ella Anatolyevna Neberekutina – PhD Student, Department of Clinical Psychology and Psychological help, Herzen State University (48, River Moika Emb., 191186, St. Petersburg, Russia), e-mail: [ella.neberekutina@gmail.com](mailto:ella.neberekutina@gmail.com)

**Abstract**

*Relevance.* In early 2020, following the WHO declaration on the COVID-19 pandemic, the population of Russian Federation faced a major change in lifestyle. Quarantine became the main measure to combat the new coronavirus infection COVID-19. As a result, many people, including students, found themselves in conditions of social deprivation and limitation of habitual forms of activity. Such conditions were created for the corrosive tests of the psychic adaptation of astronaut in the 1970s by O.N. Kuznetsov and V.I. Lebedev. Interest in these phenomena has been heightened again by the obvious and significant transformation of the socio-cultural situation resulting from the widespread introduction of digital communication.

*The aim of this study* was to analyze changes in the mental state of young people (university students) during adaptation to quarantine and distance learning.

*Methodology.* The study involved 132 students aged 17 to 26 years. Students were asked to fill out a questionnaire, which contained a number of socio-demographic characteristics of the respondents, such as: gender, age, living conditions, form of employment, etc. The semantic differential method was used to assess the experience of one's own "Self" in a comprehensive study of the adaptation of young students in conditions of quarantine, and the SAN method was used to assess the functional state of the respondent in his manifestations of well-being, activity and mood. For mathematical data processing, Student's t-test was used.

*Results and Discussion.* As a result of the analysis, it was revealed that the meaning of "Self" in respondents significantly changes with deterioration of the functional state. Some groups of subjects such as: female subjects, subjects from 17 to 22 years old, subjects who have a negative attitude to distant education, subjects who often have a negative attitude towards others, subjects who live with friends, were found to experience more difficulties during quarantine. There is a greater distance in the semantic space between the meanings of the concepts of I before the pandemic and I during the pandemic. Thus, we can say that these groups are more susceptible to the change of their own "Self".

*Conclusion.* The data obtained can be used to create a prevention program, which is necessary to prevent a traumatic situation during anti-epidemic measures.

**Keywords:** quarantine, adaptation to changed living conditions, pseudopsychopathological phenomena.

**References**

1. Alekhin A.N., Grekova A.A. "Psevtopsikhopatologicheskie" formy myshleniya v sovremennykh usloviyakh ["Pseudo-psychopathological" forms of thinking in modern conditions]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2018; 66 (71): 137–151. (In Russ.)
2. Anan'ev B.G. *Psikhologiya i problemy chelovekoznaniya* [Psychology and problems of human consciousness]. Moscow; Voronezh. 1996. 382 p (In Russ.)
3. Berns R. *Razvitie Ya-kontseptsii i vospitanie* [Development of Self Concept and Education]. Moscow. 1986. 422 p. (In Russ.)
4. Vasilyuk F.E. *Psihologija perezhivaniya. Analiz preodoleniya kriticheskikh situatsij* [Psychology of experience. Analysis of overcoming critical situations]. Moscow, 1984. 200 p. (In Russ.)
5. Kon I.S. *V poiskakh sebya: lichnost' i ee samosoznanie* [In the seek for Self: personality and identity]. Moscow, 1984. 335 p. (In Russ.)

6. Kuznetsov O.N., Lebedev V.I. *Psikhologiya i psikhopatologiya odinochestva* [Psychology and psychopathology of solitude]. Moscow, 1972. 336 p. (In Russ.)
  7. Leont'ev A.N. *Deyatel'nost'. Soznanie. Lichnost'* [Activity. Consciousness. Personality]. Moscow, 2005. 352 p. (In Russ.)
  8. Litvinenko O.A. Ontogenetic prerequisites of delusional features at the onset of schizophrenia: specialty: Abstract dissertation PhD Med. Sci. St. Petersburg, 2015. 22 p. (In Russ.)
  9. Merlin V.S. *Psikhologiya individual'nosti* [Individuality psychology]. Moscow, 2009. 544 p. (In Russ.)
  10. Stolin V.V. *Samosoznanie lichnosti* [Self-awareness of the Individual]. Moscow, 1983. 288 p. (In Russ.)
  11. Fedorova T.L. *Metodika semanticheskogo differentsiala i vozmozhnosti ee primeneniya v klinicheskoi praktike* [Methods of semantic differentiation and possibilities of its application in clinical practice]. *Psikhologicheskie metody issledovaniya lichnosti v klinike* [Psychological methods of personal research in the clinic]: collection of scientific works. Leningrad, 1978. Pp. 82–90. (In Russ.)
  12. Noyes A.P., Kolb L. *Modern clinical psychiatry* (6th ed.). Philadelphia: W.B. Saunders, 1939. 84 p.
  13. Osgood Ch., Suci C.J., Tannenbaum P.H. *The measurement of meaning*. Urbana: University of Illinois Press, 1957. 342 p.
- 

Received 08.08.2022

**For citing:** Alekhin A.N., Neberekutina E.A. *Psikhologicheskie aspekty reaktsii adaptatsii v izmenennykh usloviyakh zhiznedeyatel'nosti*. *Vestnik psikhoterapii*. 2023; (85): 28–36. **(In Russ.)**

Alekhin A.N., Neberekutina E.A. *Psychological aspects of adaptive response in changed living conditions*. *Bulletin of Psychotherapy*. 2023; (85): 28–36. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-85-28-36

---

Е.С. Багненко<sup>1,2</sup>, А.О. Гриненко<sup>2</sup>

## СТРАТЕГИИ И ЛИЧНОСТНЫЕ РЕСУРСЫ КОПИНГА В СИСТЕМЕ ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ЖЕНЩИН С КОСМЕТОЛОГИЧЕСКИМИ ПРОБЛЕМАМИ КОЖИ ЛИЦА

<sup>1</sup> Санкт-Петербургский институт красоты «Галактика»  
(Россия, Санкт-Петербург, Пироговская наб., д. 5/2);

<sup>2</sup> Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова  
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8)

*Актуальность.* Косметологические проблемы кожи лица обладают высокой стрессогенностью. Копинг-стратегии и личностные копинг-ресурсы представляют механизмы психологической адаптации к стрессу в общей системе психической (биологической, психологической, социальной) адаптации человека. В отечественной литературе отсутствуют скрининговые данные об уровне психической адаптации/дезадаптации пациенток косметологической клиники и об особенностях их стресс-преодолевающего поведения.

*Цель* – изучить стратегии и личностные ресурсы копинга пациенток косметологической клиники с различным уровнем психической адаптации.

*Методология.* Обследовали 161 пациентку косметологической клиники, средний возраст – (39,5 ± 0,9) года. Пациенток разделили на две группы: в 1-й группе (n = 74, или 45,9 %) нарушений психической адаптации не выявили, во 2-й (n = 87, или 54,1 %) обнаружен сниженный уровень психической адаптации. Группы практически не отличались по социально-демографическим и клиническим характеристикам. При помощи психологических методик группы сопоставили по показателям воспринимаемого стресса, социальной фрустрированности, частоте психотравмирующих ситуаций, копинг-стратегиям и личностным копинг-ресурсам. Использованы статистические методы анализа данных ( $\chi^2$  Пирсона и ANOVA, включенные в статистический пакет SPSS 25.0).

*Результаты и их анализ.* Показатели воспринимаемого стресса и социальной фрустрированности, частоты встречаемости психотравмирующих ситуаций оказались значительно больше во 2-й группе, по сравнению с 1-й. Показатели стратегий «Бегство-избегание» (p = 0,001), «Дистанцирование» (p = 0,014), «Самоконтроль» (p = 0,061) и «Принятие ответственности» (p = 0,006) были значимо выше во 2-й группе, по сравнению с 1-й. Личностные ресурсы копинга – смысложизненные ориентации, связанные с оценкой своего прошлого, настоящего и будущего, а также уровень интернальности оказались значительно больше (p = 0,001) в 1-й группе, по сравнению со 2-й.

*Заключение.* Снижение уровня психической адаптации пациенток косметологической клиники связано с эмоционально ориентированными копинг-стратегиями ухода (уклонения) и со стратегиями, обусловленными тревогой, чувством вины или собственной несостоятельности, а также с экстернальным локусом контроля. Указаны ограничения и перспективы исследования психологических характеристик пациенток косметологической клиники.

**Ключевые слова:** клиническая психология, пациентки, косметологический дефект, психологическая диагностика, психическая адаптация, стресс, фрустрированность, копинг-стратегия, смысложизненная ориентация, локус контроля.

✉ Багненко Елена Сергеевна – канд. мед. наук, ассистент каф. пластической хирургии, Первый С.-Петерб. гос. мед. ун-т им. И.П. Павлова (Россия, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8); врач-дерматолог-косметолог, С.-Петерб. институт красоты «Галактика» (Россия, 194044, Санкт-Петербург, Пироговская набережная, д. 5/2), ORCID: 0000-0003-4584-7005, e-mail: e\_bagnenko@mail.ru;

Гриненко Анна Олеговна – студентка, Первый С.-Петерб. гос. мед. ун-т им. И.П. Павлова (Россия, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8), ORCID: 0000-0002-4453-8879, e-mail: 5814411@mail.ru

## Введение

В современной литературе психическая адаптация рассматривается как целостная многоуровневая (включающая биологический, психологический и социальный уровни) динамическая функциональная система, которая позволяет человеку устанавливать оптимальные соотношения с окружающей средой и вместе с тем удовлетворять собственные актуальные потребности, не нарушая адекватного соответствия между ними [3, 6]. Нарушения психической адаптации под влиянием стрессовых факторов во многих случаях выступают как донозологические (субклинические) состояния с полиморфной слабовыраженной тревожной, депрессивной, фобической, ипохондрической и другой симптоматикой [3, 7]. Это в полной мере относится к части пациенток косметологической клиники, активно стремящихся к улучшению собственной внешности.

Исследования показывают, что дефекты кожи лица, как правило, не несущие тяжелых осложнений для здоровья, тем не менее значительно влияют на эмоциональное состояние, социальное функционирование и в целом на качество жизни пациенток [18, 21, 24, 34, 40]. Это обусловлено, в первую очередь, важностью внешнего вида человека для его самооценки (эмоционально-ценностного отношения к себе) и уверенности в себе при социальном взаимодействии [5]. Установлено также, что улучшение кожи лица и другие изменения внешности после лечебной коррекции положительно влияют на удовлетворенность не только своим физическим Я, но и психологическим состоянием и социальным функционированием [31, 33, 36, 38].

Ведущую роль в психологическом преодолении стрессогенного воздействия косметологических дефектов, как и других стрессовых и проблемных жизненных ситуаций, играют механизмы психологической адаптации – подсистемы в общей системе психической адаптации человека [3]. К механизмам психологической адаптации, помимо механизмов, обеспечивающих поиск, восприятие и переработку информации, относятся также эмоциональное реагирование и комплекс

защитно-психологических образований, таких как стратегии и ресурсы совладающего со стрессом поведения (копинг), психологическая защита, личностные особенности индивида, а в случае развившегося заболевания – «внутренняя картина болезни» [12]. Таким образом, копинг-стратегии и личностные копинг-ресурсы выступают важнейшими компонентами психологической адаптации человека в стрессогенных ситуациях [1, 14]. В то же время исследований механизмов копинга пациенток косметологической клиники до настоящего времени не проводилось. Представленные в новейшей литературе результаты изучения копинг-процессов у лиц со склонностью к модификациям тела [20] не могут в полной мере компенсировать дефицит исследований копинга женщин с дефектами кожи лица.

В связи с этим целью настоящей работы стало изучение стратегий и личностных ресурсов копинга пациенток косметологической клиники с различным уровнем психической адаптации. Конкретные задачи психологического исследования:

- 1) определение уровня психической адаптации женщин с косметологическими проблемами кожи лица и выделение групп пациенток с нарушением и без нарушения психической адаптации;
- 2) анализ уровня субъективно переживаемого стресса, социальной фрустрированности, наличия и характера актуальной психотравмирующей ситуации в выделенных группах пациенток;
- 3) анализ когнитивно-поведенческих стратегий копинга в группах женщин с нарушением и без нарушений психической адаптации;
- 4) анализ смысложизненных ориентаций (личностных ресурсов копинга) пациенток с различным уровнем психической адаптации.

## Материалы и методы

Обследовали 161 женщину, средний возраст ( $39,5 \pm 0,9$ ) года, из числа обратившихся в косметологическую клинику с различными проблемами кожи лица. Исследование прове-

ли в Санкт-Петербургском институте красоты «Галактика». Проект исследования согласован в этическом комитете Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова, с пациентками проводили собеседование, результатом которого являлось получение письменного информированного согласия на участие в психологическом обследовании.

На 1-м этапе исследования все женщины по результатам теста НПА были распределены по уровням (категориям) нервно-психической адаптации [10]. В табл. 1 представлено процентное распределение исследованных женщин по категориям теста.

В дальнейшем пациентки были разделены на 2 группы:

1-я –  $n = 74$  (45,9 %), средний возраст ( $39,7 \pm 1,2$ ) года – без значительных нарушений психической адаптации по категориям «Здоровье», «Оптимальная адаптация», «Непатологическая психическая дезадаптация»;

2-я –  $n = 87$  (54,1 %), средний возраст ( $39,4 \pm 1,2$ ) года – с нарушением психической адаптации по категориям «Патологическая психическая дезадаптация», «Вероятно болезненное состояние».

Изучение основных социально-демографических характеристик показало, что в 1-й и 2-й группе преобладают женщины с высшим образованием (88,9 и 69,8 % соответственно), постоянно работающие (76,4 и 69,8 %), преимущественно в сферах частного бизнеса, а также науки и образования, имеющие собственную семью (66,7 и 60,5 %) и детей (77,8 и 72,1 %). Во 2-й группе стати-

стически больше женщин проживали одиноко, по сравнению с 1-й (22,1 и 4,2 % соответственно,  $p = 0,004$ ).

Наиболее часто встречающимися клиническими симптомами в обеих группах были мимические морщины, гравитационный птоз, борозды и складки на лице. В 1-й группе чаще встречались мимические морщины (57,3 и 43,0 %,  $p = 0,048$ ) и рубцы (17,8 и 7,0 %,  $p = 0,030$ ), во 2-й группе – дисплазия соединительной ткани (2,7 и 15,1 %,  $p = 0,007$ ). По степени выраженности косметологической проблемы, а также по ее длительности, по частоте встречаемости сопутствующих заболеваний (эндокринные, дерматологические, онкологические и др.), по степени влияния дефекта кожи лица на жизнедеятельность (по самоотчету пациенток) и эффективности лечения (по экспертной оценке врача) статистически значимых различий между группами не выявлено.

Таким образом, сравниваемые группы пациенток оказались вполне сопоставимыми по основным социально-демографическим и клиническим характеристикам.

Для реализации цели и задач исследования использовали авторское структурированное интервью, психометрические (тестовые) методики и медико-социологическую шкалу.

1. Структурированное интервью включало 50 пунктов, организованных в несколько блоков: социально-демографические характеристики, клинические данные (заполняются врачом), социально-психологические и клиничко-психологические характеристики.

Таблица 1

### Распределение пациенток косметологической клиники по уровню психической адаптации

Категория психической адаптации	Высокий показатель, n (%)
Здоровье	30 (18,6)
Оптимальная адаптация	7 (4,3)
Непатологическая психическая дезадаптация	37 (23,0)
Патологическая психическая дезадаптация	12 (7,5)
Вероятно болезненное состояние*	75 (46,6)

\* Речь идет не о верифицированном клиническом диагнозе, а об условном названии одной из градаций уровня психической адаптации в тесте «Нервно-психическая адаптация», данные о которой получены из самоотчета пациенток.

2. Тест нервно-психической адаптации (НПА) [10] является экспресс-психодиагностической методикой для скрининговых исследований с целью выявления лиц с повышенным риском психической дезадаптации путем установления наличия и выраженности у респондента некоторых невротических и невротоподобных симптомов, преимущественно в эмоционально-аффективной сфере. Тест состоит из 26 утверждений с 4-балльной системой ответов, которые суммируются для получения итоговой оценки. Итоговая оценка соотносится с основными градациями (категориями) предложенной автором шкалы, позволяющей определить место индивида в континууме нервно-психической адаптации. Полюсами континуума являются практическое здоровье (оптимальная адаптация) и нозологически оформившаяся нервно-психическая патология, или состояние предрасположенности.

3. Шкала воспринимаемого стресса (ШВС-10) является адаптированным вариантом методики *The Perceived Stress Scale* (PSS-10), предназначенной для субъективной оценки респондентами уровня напряженности, стрессогенности своей жизненной ситуации в течение последнего месяца. Методика включает 2 субшкалы, одна из которых измеряет субъективно воспринимаемый уровень напряженности ситуации («Перенапряжение»), а другая – уровень усилий, прилагаемых для преодоления этой ситуации («Противодействие стрессу»). Вычисляется также общая оценка ШВС-10. В.А. Абабковым и соавт. [2] проведена полная психометрическая проверка ШВС-10, а также получены средние нормативные оценки шкал методики ШВС-10 на российской выборке мужчин и женщин.

4. Стратегии совладающего поведения (ССП) – тест-опросник, направленный на выявление способов психологического преодоления стрессовых и проблемных для личности ситуаций [8], является адаптированной (с получением нормативных данных на отечественной выборке) версией опросника *The Ways of Coping Questionnaire*, в основу которого положена когнитивная теория

стресса и копинга [16]. ССП содержат 8 шкал, соответствующих основным копинг-стратегиям: «Конфронтация», «Дистанцирование», «Самоконтроль», «Поиск социальной поддержки», «Принятие ответственности», «Бегство-избегание», «Планирование решения проблемы», «Положительная переоценка». Результаты исследования выражаются в стандартизованных Т-баллах.

5. Смысло-жизненные ориентации (СЖО) – тест-опросник, разработанный Д.А. Леонтьевым [17] на основе методики «Цель в жизни» (*Purpose in Life Test*). В психологических исследованиях СЖО используется для выявления ценностно-мотивационной направленности личности, которая непосредственно связана с осознанием смысла собственной жизни; содержит две группы шкал: 1) отражающие смысло-жизненные ориентации, которые соотносятся с временной перспективой: «Цели» (будущее), «Процесс» (настоящее) и «Результат» (прошлое), и 2) характеризующие интернальность личности, с которой осмысленность жизни тесно связана: «Лocus контроля – Я» и «Лocus контроля – жизнь». Автором методики СЖО получены статистические характеристики шкальных оценок и общего показателя СЖО на отечественной нормативной выборке мужчин и женщин.

6. Уровень социальной фрустрированности (УСФ) – медико-социологическая шкала [9] включает 20 пунктов, организованных в 5 блоков: «Взаимоотношения с родными и близкими» (с мужем, родителями, детьми); «Взаимоотношения с ближайшим социальным окружением» (с друзьями, коллегами, начальством, лицами противоположного пола); «Социальный статус» (образование, сфера профессиональной деятельности, положение в обществе в целом); «Экономическое положение» (материальный достаток, жилищно-бытовые условия, возможности для проведения свободного времени и др.); «Здоровье и работоспособность» (физическое здоровье, психоэмоциональное состояние, работоспособность). Первичная математическая обработка данных шкалы УСФ позволяет получить дифференцированную

субъективную оценку уровня неудовлетворенности/фрустрированности респондента в перечисленных пяти сферах социального функционирования.

Математико-статистическая обработка данных проводилась с помощью программ SPSS 25.0 и Excel XP. Использовали  $\chi^2$  Пирсона и однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA). Результаты проверили на нормальность распределения признаков, в тексте указаны средние арифметические величины и их стандартные ошибки ( $M \pm m$ ). Показатели баллов округлили до десятых долей величин.

### Результаты и их анализ

По данным методики НПА, у 87 (54,1 %) женщин имелись признаки нарушений психической адаптации, преимущественно в эмоционально-аффективной сфере; у 74 (45,9 %) существенных нарушений адаптации не выявлено (см. табл. 1). Как ожидалось, выделенные группы статистически значимо отличались по общему показателю (баллу) НПА. Этот показатель в 1-й группе составил ( $1,2 \pm 0,2$ ) балла, во 2-й – ( $3,2 \pm 0,1$ ) балла ( $p = 0,001$ ).

На следующем этапе выделенные группы женщин сопоставили по показателям методики ШВС-10. Результаты сравнительного анализа представлены в табл. 2.

Получены статистически высоко значимые различия между сопоставляемыми группами по всем показателям методики ШВС. Во всех случаях показатели воспринимаемого стресса оказались выше у пациенток 2-й группы: они переживали более интенсивное эмоциональное напряжение в течение последнего месяца и прилагали большие психологические усилия для его преодоления, чем пациентки 1-й группы.

Для уточнения сфер социального функционирования, в которых эмоциональное напряжение и неудовлетворенность проявляются в наибольшей степени, использована методика УСФ. Результаты сравнительного анализа показателей УСФ в группах пациенток косметологической клиники представлены в табл. 3. Диапазон возможных оценок – от 5 до 25, большая оценка соответствует более значительной выраженности неудовлетворенности, фрустрированности в конкретной сфере жизни.

Статистически значимые различия между группами получены по показателям неудов-

Таблица 2

#### Уровень воспринимаемого стресса по методике ШВС-10 в группах, ( $M \pm m$ ) балл

Показатель	Группа		p <
	1-я	2-я	
Перенапряжение	$15,3 \pm 0,6$	$19,3 \pm 0,6$	0,001
Противодействие стрессу	$8,5 \pm 0,3$	$10,1 \pm 0,3$	0,001
Общий балл	$23,8 \pm 0,8$	$29,4 \pm 0,8$	0,001

Таблица 3

#### Уровень социальной фрустрированности по шкале УСФ в группах, ( $M \pm m$ ) балл

Показатель	Группа		p =
	1-я	2-я	
Удовлетворенность взаимоотношениями с родными	$8,5 \pm 0,5$	$9,7 \pm 0,4$	0,059
Удовлетворенность взаимоотношениями с ближайшим социальным окружением вне семьи	$8,1 \pm 0,5$	$9,4 \pm 0,4$	0,041
Удовлетворенность социальным статусом	$8,5 \pm 0,6$	$10,4 \pm 0,4$	0,005
Удовлетворенность материально-экономическим положением	$9,3 \pm 0,5$	$11,4 \pm 0,4$	0,001
Удовлетворенность здоровьем и работоспособностью	$9,8 \pm 0,5$	$11,4 \pm 0,4$	0,012

летворенности во всех пяти обобщенных сферах социального функционирования; во всех случаях неудовлетворенность/фрустрированность оказалась выше во 2-й группе, по сравнению с 1-й. В наибольшей степени различия проявились в области неудовлетворенности материально-экономическим положением и социальным статусом, в наименьшей (на уровне тенденции к статистической значимости) – в сфере взаимоотношений с родными (см. табл. 3).

В дополнение были изучены данные интервью о наличии и характере (остром или затяжном) психотравмирующих ситуаций в период обращения в косметологическую клинику (табл. 4). Во 2-й группе, по сравнению с 1-й, бóльший процент женщин находился в стрессовой или затяжной психотравмирующей жизненной ситуации.

В дальнейшем с помощью методики ССП были изучены когнитивно-поведенческие способы психологического совладания со стрессовыми и проблемными ситуациями. Результаты сравнительного анализа показателей ССП группах пациенток представлены в табл. 5.

Статистически значимые и близкие к ним различия между сопоставляемыми группами получены по показателям четырех из восьми копинг-стратегий (шкальных оценок по методике ССП). В каждом случае преобладали показатели пациенток 2-й группы.

Наиболее существенные различия выявлены между средними оценками шкалы «Бегство-избегание», что отражает более выраженную склонность пациенток 2-й группы к уходу от действенного решения проблемных и стрессовых ситуаций путем использования когнитивных приемов отрицания, отвлечения, неоправданных ожиданий и фантазирования, других способов снижения эмоционального напряжения. Аналогичную направленность имел эмоционально-ориентированный копинг «Дистанцирование», показатель которого также преобладал во 2-й группе и отражал способность пациенток этой группы к преодолению негативных переживаний в связи с проблемой за счет субъективного снижения ее значимости и степени эмоциональной вовлеченности в нее с использованием интеллектуальных

Таблица 4

**Показатели актуальной психотравмирующей ситуации по данным интервью в группах, n (%)**

Психотравмирующая ситуация	Группа	
	1-я	2-я
Отсутствует	59 (81,9)	48 (55,8)
Наличие острого стресса	5 (6,9)	10 (11,6)
Затяжная психотравмирующая ситуация	8 (11,1)	28 (32,6)
$\chi^2 = 12,77; p = 0,002$		

Таблица 5

**Способы копинга по данным методики ССП в группах, (M ± m) балл**

Показатель	Группа		p =
	1-я	2-я	
Конфронтация	51,6 ± 1,1	53,3 ± 1,2	
Дистанцирование	49,3 ± 1,1	53,4 ± 1,2	0,014
Самоконтроль	48,6 ± 1,4	52,0 ± 1,1	0,061
Поиск социальной поддержки	51,6 ± 1,1	52,2 ± 1,1	
Принятие ответственности	49,4 ± 0,9	53,6 ± 1,2	0,006
Бегство-избегание	51,7 ± 1,1	58,4 ± 1,1	0,000
Планирование решения проблемы	53,4 ± 1,2	51,7 ± 1,1	
Положительная переоценка	52,4 ± 1,3	52,0 ± 1,2	

Таблица 6

## Смыслоразностные ориентации по методике СЖО в группах, (M ± m) балл

Показатель	Группа		p <
	1-я	2-я	
Цели	35,9 ± 0,6	30,0 ± 0,7	0,001
Процесс	32,2 ± 0,6	26,7 ± 0,6	0,001
Результат	26,7 ± 0,5	24,2 ± 0,5	0,001
Локус контроля – Я	22,9 ± 0,4	18,8 ± 0,4	0,001
Локус контроля – жизнь	28,0 ± 0,3	25,9 ± 0,3	0,001
Общий показатель СЖО	112,2 ± 1,7	93,3 ± 1,6	0,001

приемов рационализации, переключения внимания, обесценивания. Важно отметить, что в структуре копинга пациенток 2-й группы эти две стратегии («Дистанцирование» и особенно «Бегство-избегание») занимали ведущее положение (имели максимально высокие шкальные оценки); в структуре копинга пациенток 1-й группы преобладала стратегия «Планирование решения проблемы».

Одновременно во 2-й группе женщин, по сравнению с 1-й, на высоком уровне статистической значимости преобладала средняя оценка шкалы «Принятие ответственности». Начиная с работ Р. Лазаруса [16] эта копинг-стратегия рассматривается как конструктивная, отражающая способность субъекта к осознанию своей роли в возникшей стрессовой ситуации и к принятию ответственности за ее разрешение. Однако значительное преобладание данной стратегии в общей структуре копинг-поведения ассоциируется с неоправданной самокритикой, переживанием чувства вины и хронической неудовлетворенностью собой [8].

На уровне тенденции к статистической значимости во 2-й группе женщин, по сравнению с 1-й, преобладала средняя оценка шкалы «Самоконтроль», отражающей тенденцию к преодолению негативных переживаний в связи с проблемой путем подавления, сдерживания их внешних проявлений и целенаправленной минимизации их влияния на восприятие ситуации и выбор стратегии поведения. Как и стратегия «Принятие ответственности», потенциально конструктивная стратегия «Самоконтроль» при отчетливом ее преобладании в структуре копинга может

отражать неадаптивные формы поведения, обусловленные тревогой и приводящие к «невротическому» сверхконтролю поведения.

В табл. 6 приведены результаты сравнения показателей методики СЖО, которые, в соответствии с данными литературы [26], представляют в настоящем исследовании личностные ресурсы копинга.

По всем показателям методики СЖО получены статистически высоко значимые различия между сопоставляемыми группами пациенток косметологической клиники. В 1-й группе (без нарушений психической адаптации), по сравнению со 2-й группой (с нарушением психической адаптации), значительно преобладали как показатели смысловых ориентаций, соотнесенные с временной перспективой (цели – будущее, процесс – настоящее, результат – прожитый отрезок жизни), так и показатели интернальности личности, отражающие представление о себе как о личности, обладающей свободой выбора, строящей свою жизнь в соответствии со своими целями и пониманием ее смысла (локус контроля – Я), а также способной управлять значимыми событиями жизни (локус контроля – жизнь) (см. табл. 6).

**Обсуждение результатов.** С помощью скринингового симптоматического теста НПА у 54,1 % пациенток косметологической клиники выявлено снижение уровня психической адаптации. Эти данные, впервые полученные в отечественных исследованиях, в определенной мере соответствуют данным современных зарубежных авторов, показавших, что среди пациенток косметологической клиники, получающих малоинвазив-

ное лечение, немало лиц с нарушениями психической адаптации, проявляющимися подпороговыми аффективными расстройствами и повышением индекса общей тяжести состояния [34], тревожным и нарциссическим расстройствами личности, другими личностными и поведенческими девиациями [30, 32], а также дисморфофобическими расстройствами [28, 35]. Также в контексте риска психической дезадаптации могут быть рассмотрены данные литературы о том, что женщины, обращающиеся за косметологической помощью, имеют в анамнезе психические травмы [27, 39], и о том, что «в возрастной группе 25–35 лет причинами для посещения косметолога в 78 % случаев служат негативное настроение и в 69 % – чувство неполноценности» [21, с. 25]. В настоящем исследовании получены данные о существенном преобладании показателей воспринимаемого стресса, социальной фрустрированности и психотравмирующих ситуаций во 2-й группе пациенток, по сравнению с пациентками 1-й группы.

При изучении связи стресса с нарушениями психической адаптации, проявляющимися соматическими и психопатологическими симптомами, особое значение придается процессам совладания [1, 29]. В связи с этим актуальным является изучение способов и ресурсов психологического преодоления психотравмирующих ситуаций и связанных с ними негативных эмоциональных состояний пациенток косметологической клиники. Важность такого исследования определяется также отсутствием в доступной литературе сведений о подобных исследованиях, несмотря на очевидную эмоциональную значимость и стрессогенность дефектов кожи лица.

По результатам настоящего исследования, в структуре копинг-поведения пациенток, составивших 2-ю группу (с нарушением психической адаптации), ведущей является стратегия «Бегство-избегание», кроме того, показатель этой шкалы, а также показатель шкалы «Дистанцирование» на высоком уровне статистической значимости превосходят соответствующие показатели в 1-й группе (без нарушений психической

адаптации). Полученные данные соответствуют доказанной во многих исследованиях связи копинг-стратегий ухода (уклонения, отрицания, дистанцирования от проблемы) со снижением уровня психосоциальной адаптации [11, 23, 25]. Одновременно во 2-й группе, по сравнению с 1-й, выявлено преобладание копинг-стратегий «Самоконтроль» и «Принятие ответственности», традиционно рассматривающихся как конструктивные. В то же время в отечественной литературе, посвященной теоретическим проблемам психологического преодоления трудных жизненных ситуаций, подчеркивается невозможность изучения копинга вне контекста целостной ситуации, в которой находится субъект [4]; копинг рассматривается как индивидуальный способ взаимодействия с ситуацией в соответствии с ее собственной логикой, ее значимостью в жизни человека и его психологическими возможностями [19]. В соответствии с этим можно предположить, что свойственные женщинам с дефектами кожи лица формы поведения, связанные со снижением способности к свободной самореализации, чувством вины и собственной несостоятельности, увеличивают риск психической дезадаптации. Это согласуется с результатами масштабного эмпирического исследования, согласно которым «самокритика и подавление эмоций увеличивают вероятность прибегания к другим неэффективным стратегиям совладания, а также увеличивают показатели психопатологической симптоматики» [24].

В качестве личностных ресурсов копинга, обеспечивающих психологический фон для преодоления стресса и способствующих развитию копинг-стратегий, в настоящей работе во временной перспективе изучались смысловые ориентации: цели в жизни (будущее), насыщенность жизни (настоящее), удовлетворенность самореализацией, или «результативность» жизни (прошлое), а также локус контроля – в связи с тем, что в литературе эта интегральная характеристика личности, оказывающая регулирующее влияние на многие аспекты поведения человека [37], рассматривается в качестве одного из

основных копинг-ресурсов в структуре совладающего поведения [13, 15, 26]. Согласно результатам сравнительного исследования, все названные психологические характеристики, отраженные в показателях методики СЖО, значительно преобладали у женщин в 1-й группе, по сравнению со 2-й. Таким образом, можно заключить, что уровень психической адаптации пациенток косметологической клиники тесно связан с наличием или отсутствием целей и планов на будущее, которые придают жизни осмысленность, направленность и временную перспективу; с тем, насколько они воспринимают процесс своей жизни как интересный, эмоционально насыщенный и наполненный смыслом, и насколько пройденный отрезок жизни субъективно оценивается как продуктивный. Одновременно результаты исследования подтвердили связь уровня психической адаптации с интернальностью личности, которая ожидаемо оказалась значительно более выраженной в 1-й группе, чем во 2-й. Это еще раз подтвердило доказанный в психологии факт связи интернального локуса контроля с целенаправленной, преобразующей активностью человека, отражением в его сознании собственной самостоятельности, независимости, уверенности, ответственности и, напротив, связь экстернального локуса контроля с тревожностью, эмоциональной неустойчивостью и напряженностью, депрессивностью, невротичностью [15, 37].

Таковы основные результаты невыборочного скринингового исследования уровня психической адаптации пациенток косметологической клиники, его связи с переживанием эмоционального стресса и социальной фрустрированности на фоне косметологической проблемы, со способами и личностными ресурсами совладающего со стрессом поведения.

Ограничения исследования связаны с получением статистически значимых различий психометрических показателей в двух клинических группах без сопоставления со средненормативными показателями («тестовой нормой» методик ШВС, СПП и СЖО) и с отсутствием конкретных рекомендаций по психологическому вмешательству для па-

циентов, имеющих симптомы или риск психической адаптации.

Одновременно такое сопоставление, так же как изучение динамики переживаемого стресса, стратегий и ресурсов его преодоления в процессе лечебной косметологической коррекции и формулирование основных направлений психологической помощи женщинам с нарушением психической адаптации, представляет перспективы настоящего исследования.

## Выводы

1. В невыборочном скрининговом исследовании 161 женщины из числа обратившихся в косметологическую клинику с проблемами кожи лица у 54,1 %, по данным самооценочного симптоматического теста, выявлены нарушения психической адаптации.

2. Женщины с нарушением психической адаптации, по сравнению с женщинами без нарушений психической адаптации, характеризуются более интенсивным эмоциональным напряжением в течение последнего месяца и большими психологическими усилиями для его преодоления; в их анамнезе чаще встречаются острые и особенно затяжные психотравмирующие ситуации; они испытывают более выраженную фрустрированность в основных сферах социального функционирования.

3. У женщин с нарушением психической адаптации как в структуре копинг-поведения, так и по сравнению с женщинами без нарушений психической адаптации преобладают пассивные стратегии преодоления стрессовых и проблемных жизненных ситуаций («бегство-избегание» и «дистанцирование»), а также стратегии, связанные с риском снижения способности к свободной самореализации («самоконтроль») и формированием чувства вины («принятие ответственности»).

4. Личностные ресурсы копинга – интернальность и смысложизненные ориентации, связанные с временной перспективой, – существенно снижены в группе женщин с нарушением психической адаптации, по сравнению с пациентками без нарушений психической адаптации.

## Литература

1. Абабков В.А., Перре М. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии. СПб.: Речь, 2004. 166 с.
2. Абабков В.А., Барышникова К., Воронцова-Венгер О.В. [и др.]. Валидизация русскоязычной версии опросника «Шкала воспринимаемого стресса-10» // Вестн. СПбГУ. Сер. 16: Психология. Педагогика. 2016. № 2. С. 6–15. DOI: 10.21638/11701/spbu16.2016.202.
3. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. 552 с.
4. Анцыферова Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысление, преобразование ситуаций и психологическая защита // Психол. журн. 1994. Т. 15, № 1. С. 3–19.
5. Багненко Е.С. Психологические характеристики женщин с косметологическими проблемами и их динамика в процессе лечебной коррекции: автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2012. 33 с.
6. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л.: Наука, 1988. 267 с.
7. Васильева А.В., Караваева Т.А. Психосоциальные факторы профилактики и терапии невротических расстройств в мегаполисе: мишени интервенций в здоровом городе // Обзор. психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. 2020. № 2. С. 95–104. DOI: 10.31363/2313-7053-2021-56-3-62-72
8. Вассерман Л.И., Беребин М.А., Иовлев Б.В. Психологическая диагностика уровня социальной фрустрированности // Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы и личности. СПб.: Скифия-принт, 2014. С. 187–213.
9. Вассерман Л.И., Абабков В.А., Трифонова Е.А. [и др.]. Психологическая диагностика совладающего со стрессом поведения // Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы и личности: монография. СПб.: Скифия-принт, 2014. С. 323–345.
10. Гурвич И.Н. Тест нервно-психической адаптации // Вестн. гипнологии и психотерапии. 1992. № 3. С. 46–53.
11. Исаева Е.Р. Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни. СПб.: Изд-во СПбГМУ, 2009. 136 с.
12. Коцюбинский А.П. Биопсихосоциальная модель шизофрении // Психосоциальная реабилитация и качество жизни. СПб., 2001. С. 230–241.
13. Кочуров М.Г. Связь копинг-стратегий с локусом контроля // Междунар. науч.-исслед. журн. Психол. науки. 2020. № 1-2 (91). С. 40–43. DOI: 10.23670/IRJ.2020.91.1.029.
14. Крюкова Т.Л., Гущина Т.В. Культура, стресс и копинг: социокультурная контекстуализация совладающего поведения: монография. Кострома: КГУ им. Н.А. Некрасова, 2015. 236 с.
15. Ксенофонтова Е.Г., Забегалина С.В., Коржова Е.Ю. Локус контроля – более полувека исследований: монография. М.: Проспект, 2021. 112 с.
16. Лазарус Р. Стресс, оценка и копинг. М.: Медицина, 2008. 218 с.
17. Леонтьев Д.А. Тест смысложизненных ориентаций (СЖО). 2-е изд. М.: Смысл, 2006. 18 с.
18. Лицо человека: познание, общение, деятельность / под ред. К.И. Ананьевой, В.А. Барабанщикова, А.А. Демидова. М.: Моск. ин-т психоанализа, 2019. 568 с.
19. Нартова-Бочавер С.К. “Coping behavior” в системе понятий психологии личности // Психол. журн. 1997. Т. 18, № 5. С. 20–30.
20. Польская Н.А. Психология самоповреждающего поведения. М.: USSR: Ленанд, 2022. 318 с.
21. Сац Е.А. Особенности самосознания женщин, недовольных своей внешностью: автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 2015. 28 с.
22. Семичов С.Б. Предболезненные психические расстройства. Л.: Медицина, 1987. 181 с.
23. Федунина Н.Ю., Банников Г.С., Павлова Т.С. [и др.]. Особенности совладания со стрессом у подростков с самоповреждающим и суицидальным поведением // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Т. 26, № 2. С. 33–52. DOI: 10.17759/cpp.2018260203
24. Шетче К. От копинговых стратегий к симптомам психопатологии: моделирование структурными уравнениями, подтверждающее важность социальной поддержки // Консультативная психология и психотерапия. 2022. Т. 30, № 1. С. 67–92. DOI: 10.17759/cpp.2022300105.
25. Шиндрик Р.Ю., Щелкова О.Ю., Демченко Е.А., Миланич Ю.М. Копинг-поведение в системе психосоциальной оценки пациентов, ожидающих трансплантацию сердца // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28, № 2. С. 170–190. DOI: 10.17759/cpp.2020280210.
26. Brehm S.S., Kassin S.M., Fein S. Social psychology. 6th ed. Boston: Houghton Mifflin, 2005. 706 p.
27. Dadkhahfar S., Gheisari M., Kalantari Y. [et al.] Motivations and characteristics of patients seeking minimally invasive cosmetic procedures in two Iranian dermatology centers: a cross-sectional study // Int. J. Women's Dermatol. 2021. Vol. 7, N 5, Part B. P. 737–742.
28. Dobosz M., Rogowska P., Sokolowska E., Szczerkowska-Dobosz A. Motivations, demography, and clinical features of body dysmorphic disorder among people seeking cosmetic treatments: a study of 199 patients // J. Cosmet. Dermatol. 2022. Vol. 21, N 10. DOI: 10.1111/jocd.14890.

29. Folkman S., Lazarus R., Gruen R., DeLongis A. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1986. Vol. 50, N 3. P. 571–579.
30. Husain W., Zahid N., Jehanzeb A., Mehmood M. The psychodermatological role of cosmetic dermatologists and beauticians in addressing charismaphobia and related mental disorders // *J. Cosmet. Dermatol.* 2022. Vol. 21, N 4. P. 1712–1720. DOI: 10.1111/jocd.14317.
31. Kurtti A., Charles C., Jagedo J. Combination facial aesthetic treatment in millennials // *J. Drugs. Dermatol.* 2022. Vol. 21, N 1. P. 37–42. DOI: 10.36849/JDD.2022.6425.
32. Loron A.M., Ghaffari A., Poursafarholi N. Personality disorders among individuals seeking cosmetic botulinum toxin type A (BoNTA) injection, a cross-sectional study // *Eurasian. J. Med.* 2018. Vol. 50, N 3. P. 164–167. DOI: 10.5152/eurasianjmed.2018.17373.
33. McKeown D.J. Impact of minimally invasive aesthetic procedures on the psychological and social dimensions of health // *Plast. Reconstr. Surg. Glob. Open*. 2021. Vol. 9, N 4. P. e3578. DOI: 10.1097/GOX.0000000000003578.
34. Özkur E., Kıvanç Altunay İ., Aydın Ç. Psychopathology among individuals seeking minimally invasive cosmetic procedures // *J. Cosmet. Dermatol.* 2020. Vol. 7, N 4. P. 939–945. DOI: 10.1111/jocd.13101.
35. Pikoos T.D., Rossell S.L., Tzimas N., Buzwell S. Assessing unrealistic expectations in clients undertaking minor cosmetic procedures: the development of the aesthetic procedure expectations scale // *Facial Plast. Surg. Aesthet. Med.* 2021. Vol. 23, N 4. P. 263–269. DOI: 10.1089/fpsam.2020.0247.
36. Ribeiro F., Steiner D. Quality of life before and after cosmetic procedures on the face: a cross-sectional study in a public service // *J. Cosmet. Dermatol.* 2018. Vol. 17, N 5. P. 688–692. DOI: 10.1111/jocd.12723.
37. Rotter J. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement // *Psychol. Monogr.* 1966. Vol. 80, N 1. P. 1–28.
38. Shah P., Rieder E.A. Observer-reported outcomes and cosmetic procedures: a systematic review // *Dermatol. Surg.* 2021. Vol. 47, N 1. P. 65–69. DOI: 10.1097/DSS.0000000000002496.
39. Sobanko J.F., Taglienti A.J., Wilson A.J. [et al.]. Motivations for seeking minimally invasive cosmetic procedures in an academic outpatient setting // *Aesthet Surg. J.* 2015. Vol. 35, N 8. P. 1014–1020. DOI: 10.1093/asj/sjv094.
40. Waldman A., Maisel A., Weil A. [et al.]. Patients believe that cosmetic procedures affect their quality of life: an interview study of patient-reported motivations // *J. Am. Acad. Dermatol.* 2019. Vol. 80, N 6. P. 1671–1681. DOI: 10.1016/j.jaad.2019.01.059.

---

Поступила 11.02.2023 г.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией данной статьи.

**Вклад авторов:** Е.С. Багненко – анализ литературы по теме исследования, разработка программы, дизайна, а также организация и проведение эмпирического исследования, анализ результатов, написание текста статьи; А.О. Гриненко – первичная и статистическая обработка данных психологических методик, редактирование и оформление текста статьи.

**Для цитирования:** Багненко Е.С., Гриненко А.О. Стратегии и личностные ресурсы копинга в системе психической адаптации женщин с косметологическими проблемами кожи лица // *Вестник психотерапии*. 2023. № 85. С. 37–50. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-85-37-50.

---

E.S. Bagnenko<sup>1,2</sup>, A.O. Grinenko<sup>2</sup>

## Strategies and personal resources of coping in mental adaptation of women with facial skin cosmetic problems

<sup>1</sup> St. Petersburg Beauty Institute “Galaktika” (5/2, Pirogovskaya embank., St. Petersburg, 194044, Russia);

<sup>2</sup> Academician I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University  
(6-8, L'va Tolstogo Str., St. Petersburg, 197022, Russia)

✉ Elena Sergeevna Bagnenko – PhD Med. Sci., Assistant of the Department of Plastic Surgery, <sup>2</sup>Academician I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University (6-8, L'va Tolstogo Str., St. Petersburg, 197022, Russia); dermatologist-cosmetologist, St. Petersburg Beauty Institute “Galaktika” (5/2, Pirogovskaya embank., St. Petersburg, 194044, Russia), ORCID: 0000-0003-4584-7005, e-mail: e\_bagnenko@mail.ru;

Anna Olegovna Grinenko – student, <sup>2</sup>Academician I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University (6-8, L'va Tolstogo Str., St. Petersburg, 197022, Russia), ORCID: 0000-0002-4453-8879, e-mail: 5814411@mail.ru

### Abstract

*Relevance.* Facial skin cosmetic problems are associated with a high level of stress [21; 34; 5]. Coping strategies and personal resources represent the mechanisms of psychological adaptation to stress [1; 16] in the general framework of person's mental (biological, psychological and social) adaptation [3]. In national literature there are no screening data on the level of mental adaptation/desadaptation and peculiarities of stress-overcoming behavior in female patients treated at the cosmetology clinic.

*Objective.* The aim is to study strategies and personal coping resources of cosmetology clinic patients with different levels of mental adaptation.

*Methods.* We examined 161 patients admitted to the cosmetology clinic with an average age of (39.5 ± 0.9) years. The patients were split into two groups: group 1 (n = 74, or 45.9%) did not reveal any disorders of psychological adaptation; group 2 (n = 87, or 54.1%) revealed a reduced level of psychological adaptation. The groups were not significantly different according to socio-demographic and clinical characteristics. Using psychological methods, the groups were compared in terms of perceived stress, social frustration, frequency of psychic and traumatic situations, coping strategies and personal coping resources. We used statistical data analysis methods (Pearson's  $\chi^2$  and ANOVA included in the statistical package SPSS 25.0).

*Results and discussion.* The indicators of perceived stress and social frustration, as well as frequency of traumatizing situations was significantly higher in the group 2 compared to group 1. The indicators for the “Escape & Avoidance” (p = 0.001), “Distancing” (p = 0.014), “Self-Control” (p = 0.061) and “Responsibility Acceptance” (p = 0.006) strategies were significantly higher in Group 2 compared to Group 1. Individual coping resources, i.e. life and sense orientations related to the evaluation of one's past, present and future, as well as the level of internalization, were significantly higher (p = 0.001) in group 1 compared to group 2.

*Conclusion.* The decrease in psychic adaptation level in cosmetology clinic patients is related to emotionally oriented coping strategies of care (evasion), strategies caused by anxiety, guilt or own insolvency, as well as the external locus of control. Limitations and perspectives of studying psychological characteristics of cosmetology clinic patients are provided.

**Keywords:** cosmetology clinic female patients, level of mental adaptation, perceived stress, social frustration, coping strategies, meaningful life orientations, locus of control.

### References

1. Ababkov V.A., Perre M. Adaptacija k stressu. Osnovy teorii, diagnostiki, terapii [Adaptation to stress. Fundamentals of the theory of diagnosis and therapy]. St. Petersburg. 2004. 166 p. (In Russ.)
2. Ababkov V.A., Baryshnikova K., Voroncova-Venger O.V. [et al.]. Validizacija russkojazychnoj versii oprosnika «Shkala vosprinimaemogo stressa-10» [Validation of the Russian version of the questionnaire “Scale of perceived stress-10”]. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Serija 16: Psihologija. Pedagogika* [Vestnik of Saint Petersburg university. Series 16. Psychology. Education]. 2016; (2):6–15. DOI: 10.21638/11701/spbu16.2016.202. (In Russ.)
3. Aleksandrovskij Ju.A. Pogranichnye psihicheskie rasstrojstva [Borderline mental disorders]. Moscow. 2021. 552 p. (In Russ.)
4. Ancyferova L.I. Lichnost' v trudnyh zhiznennyh uslovijah: pereosmyslivanie, preobrazovanie situacij i psihologicheskaja zashhita [Personality in difficult life conditions: rethinking, transformation of situations and psychological protection]. *Psihologicheskij zhurnal* [Psikhologicheskii zhurnal]. 1994; 15(1):3–19. (In Russ.)
5. Bagnenko E.S. Psihologicheskie kharakteristiki zhenshchin s kosmetologicheskimi problemami i ikh dinamika v protsesse lechebnoj korrektsii [Psychological characteristics of women with cosmetic problems and their dynamics in the process of treatment correction]: Abstract dissertation PhD Med. Sci. St. Petersburg. 2012. 33 p. (In Russ.)
6. Berezin F.B. Psihicheskaja i psihofiziologicheskaja adaptacija cheloveka [Psychological and psychophysiological adaptation of a person]. Leningrad. 1988. 267 p. (In Russ.)

7. Vasil'eva A.V., Karavaeva T.A. Psihosocial'nye faktory profilaktiki i terapii nevroticheskikh rasstrojstv v megapolise: misheni intervencij v zdorovom gorode [Psychosocial factors of the neurotic disorders treatment and prevention in metropolis] *Obozrenie psichiatrii i medicinskoj psihologii imeni V.M. Behtereva* [V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology]. 2020; (2):95-104. DOI: 10.31363/2313-7053-2021-56-3-62-72. (In Russ.)
8. Vasserman L.I., Berebin M.A., Iovlev B.V. Psihologicheskaja diagnostika urovnja social'noj frustrirovannosti. Psihologicheskaja diagnostika rasstrojstv jemocional'noj sfery i lichnosti. St. Petersburg. 2014. Pp. 187–213. (In Russ.)
9. Vasserman L.I., Ababkov V.A., Trifonova E.A. [et al.]. Psihologicheskaja diagnostika sovladajushhego so stressom povedenija. Psihologicheskaja diagnostika rasstrojstv jemocional'noj sfery i lichnosti: monografija. St. Petersburg. 2014. Pp. 323–345. (In Russ.)
10. Gurvich I.N. Test nervno-psikhicheskoi adaptatsii [Neuro-psychic adaptation test]. *Vestnik gipnologii i psixoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 1992; (3):46–53. (In Russ.)
11. Isaeva E.R. Koping-povedenie i psihologicheskaja zashhita lichnosti v uslovijah zdorov'ja i bolezni [Coping behavior and psychological protection of the individual in the study of health and illness]. St. Petersburg. 2009. 136 p. (In Russ.)
12. Kocjubinskij A.P. Biopsihosocial'naja model' shizofrenii // Psihosocial'naja rehabilitacija i kachestvo zhizni. St. Petersburg. 2001. Pp. 230–241. (In Russ.)
13. Kochurov M.G. Svjaz' koping-strategij s lokusom kontrolja [Connection of coping strategy with locus of control]. *Mezhdunarodnyj nauchno-issledovatel'skij zhurnal. Psihologicheskie nauki* [International research journal]. 2020; (1-2):40–43. DOI: 10.23670/IRJ.2020.91.1.029. (In Russ.)
14. Krjukova T.L., Gushhina T.V. Kul'tura, stress i koping: sociokul'turnaja kontekstualizacija sovladajushhego povedenija [Culture, Stress and Coping: Sociocultural Contextualization of Coping Behavior]. Kostroma. 2015. 236 p. (In Russ.)
15. Ksenofontova E.G., Zabegalina S.V., Korzhova E.Ju. Lokus kontrolja – bolee poluveka issledovanij [The locus of control is more than half a century of research]. Moscow. 2021. 112 p. (In Russ.)
16. Lazarus R. Stress, ocenka i koping [Stress, assessment and coping]. Moscow. 2008. 218 p.
17. Leont'ev D.A. Test smyslozhiznennyh orientacij [Test of life orientations]. Moscow. 2006. 18 p. (In Russ.)
18. Lico cheloveka: poznanie, obshhenie, dejatel'nost' [Human face: cognition, communication, activity]. Eds.: K.I. Anan'eva, V.A. Barabanshnikov, A.A. Demidov. Moscow. 2019. 568 p. (In Russ.)
19. Nartova-Bochaver S.K. «Coping behavior» v sisteme ponjatij psihologii lichnosti [“Coping behavior” amid the conceptual framework of personality psychology]. *Psihologicheskij zhurnal* [Psikhologicheskii zhurnal]. 1997; 18(5):20–30. (In Russ.)
20. Pol'skaja N.A. Psihologija samopovrezhdajushhego povedenija. Moscow. 2022. 318 p.
21. Sac E.A. Osobennosti samosoznaniya zhenshhin, nedovol'nyh svoej vneshnost'ju [Features of self-awareness of women dissatisfied with their appearance]: Abstract dissertation PhD Psychol. Sci. Moscow. 2015. 28 p. (In Russ.)
22. Semichov S.B. Predbolezennnye psihicheskie rasstrojstva [Pre-painful mental disorders]. Leningrad. 1987. 181 p. (In Russ.)
23. Fedunina N.Ju., Bannikov G.S., Pavlova T.S. [et al.]. Osobennosti sovladaniya so stressom u podrostkov s samopovrezhdajushhim i suicidal'nym povedeniem [Coping with stress in adolescents with self-harm and suicidal behavior]. *Konsul'tativnaja psihologija i psihoterapija* [Counseling psychology and psychotherapy]. 2018; 26(2):33–52. DOI: 10.17759/cpp.2018260203. (In Russ.)
24. Schetsche Ch. Ot kopingovyh strategij k simptomam psihopatologii: modelirovanie strukturnymi uravnenijami, podtverzhdajushhee vazhnost' social'noj podderzhki [Pathways through coping strategies to psychological symptoms: structural equation modeling that highlights the importance of social support]. *Konsul'tativnaja psihologija i psihoterapija* [Counseling psychology and psychotherapy]. 2022; 30(1):67–92. DOI: 10.17759/cpp.2022300105. (In Russ.)
25. Shindrikov R.Ju., Shhelkova O.Ju., Demchenko E.A., Milanich Ju.M. Koping-povedenie v sisteme psihosocial'noj ocenki pacientov, ozhidajushhih transplantaciju serdca [Coping behavior in the system of psychosocial assessment of patients waiting for a heart transplant]. *Konsul'tativnaja psihologija i psihoterapija* [Counseling psychology and psychotherapy]. 2020; 28(2):170–190. DOI: 10.17759/cpp.2020280210. (In Russ.)
26. Brehm S.S., Kassin S.M., Fein S. Social psychology. 6th ed. Boston: Houghton Mifflin. 2005. 706 p.
27. Dadkhahfar S., Gheisari M., Kalantari Y. [et al.] Motivations and characteristics of patients seeking minimally invasive cosmetic procedures in two Iranian dermatology centers: a cross-sectional study. *Int. J. Womens Dermatol*. 2021; 7(5, Part B):737–742.
28. Dobosz M., Rogowska P., Sokolowska E., Szczerkowska-Dobosz A. Motivations, demography, and clinical features of body dysmorphic disorder among people seeking cosmetic treatments: a study of 199 patients. *J. Cosmet. Dermatol*. 2022; 21(10). DOI: 10.1111/jocd.14890.
29. Folkman S., Lazarus R., Gruen R., DeLongis A. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *J. of Personality and Social Psychology*. 1986; 50(3):P. 571–579.

30. Husain W., Zahid N., Jehanzeb A., Mehmood M. The psychodermatological role of cosmetic dermatologists and beauticians in addressing charismaphobia and related mental disorders. *J. Cosmet. Dermatol.* 2022; 21(4):1712–1720. DOI: 10.1111/jocd.14317.
31. Kurtti A., Charles C., Jagedo J. Combination facial aesthetic treatment in millennials. *J. Drugs. Dermatol.* 2022; 21(1):37–42. DOI: 10.36849/JDD.2022.6425.
32. Loron A.M., Ghaffari A., Poursafarholi N. Personality disorders among individuals seeking cosmetic botulinum toxin type A (BoNTA) injection, a cross-sectional study. *Eurasian. J. Med.* 2018; 50(3):164–167. DOI: 10.5152/eurasianjmed.2018.17373.
33. McKeown D.J. Impact of minimally invasive aesthetic procedures on the psychological and social dimensions of health. *Plast. Reconstr. Surg. Glob. Open.* 2021; 9(4):e3578. DOI: 10.1097/GOX.0000000000003578.
34. Özkur E., Kivanç Altunay İ., Aydın Ç. Psychopathology among individuals seeking minimally invasive cosmetic procedures. *J. Cosmet. Dermatol.* 2020; 7(4):939–945. DOI: 10.1111/jocd.13101.
35. Pikoos T.D., Rossell S.L., Tzimas N., Buzwell S. Assessing unrealistic expectations in clients undertaking minor cosmetic procedures: the development of the aesthetic procedure expectations scale. *Facial Plast. Surg. Aesthet. Med.* 2021; 23(4):263–269. DOI: 10.1089/fpsam.2020.0247.
36. Ribeiro F., Steiner D. Quality of life before and after cosmetic procedures on the face: a cross-sectional study in a public service. *J. Cosmet. Dermatol.* 2018; 17(5):688–692. DOI: 10.1111/jocd.12723.
37. Rotter J. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychol. Monogr.* 1966; 80(1):P. 1–28.
38. Shah P., Rieder E.A. Observer-reported outcomes and cosmetic procedures: a systematic review. *Dermatol. Surg.* 2021; 47(1):65–69. DOI: 10.1097/DSS.0000000000002496.
39. Sobanko J.F., Taglienti A.J., Wilson A.J. [et al.]. Motivations for seeking minimally invasive cosmetic procedures in an academic outpatient setting. *Aesthet. Surg. J.* 2015; 35(8):1014–1020. DOI: 10.1093/asj/sjv094.
40. Waldman A., Maisel A., Weil A. [et al.]. Patients believe that cosmetic procedures affect their quality of life: an interview study of patient-reported motivations. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2019; 80(6):1671–1681. DOI: 10.1016/j.jaad.2019.01.059.

---

Received 11.02.2023

**For citing:** Bagnenko E.S., Grinenko A.O. Strategii i lichnostnye resursy kopinga v sisteme psikhicheskoi adaptatsii zhenshchin s kosmetologicheskimi problemami kozhi litsa. *Vestnik psikhoterapii*. 2023; (85):37–50. (In Russ.)

Bagnenko E.S., Grinenko A.O. Strategies and personal resources of coping in mental adaptation of women with facial skin cosmetic problems. *Bulletin of Psychotherapy*. 2023; (85):37–50. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-85-37-50

---

Н.Г. Ермакова

## ПРИМЕНЕНИЕ ТЕМАТИЧЕСКИ ОРИЕНТИРОВАННОГО ТРЕНИНГА В ПРОЦЕССЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ИНСУЛЬТА

Российский государственный педагогический университет  
им. А.И. Герцена (Россия, 191186, Санкт-Петербург, наб. Мойки, д. 48)

*Актуальность.* После перенесенного инсульта наряду с проблемами в адаптации к условиям жизни и самообслуживанию возникает необходимость принятия новой социальной роли, изменения ценностных ориентаций и смысла жизни, что делает актуальной разработку программы психологической помощи, направленной на формирование совладающего поведения.

*Цель* – изучение динамики самоотношения, а также отношения к болезни, к лечению у больных после инсульта в процессе применения тематически ориентированного группового тренинга.

*Методология.* Исследовано 110 больных с последствиями инсульта (50 мужчин и 60 женщин), в возрасте от 40 до 75 лет, с легкими когнитивными нарушениями в процессе комплексного восстановительного лечения в условиях реабилитационного стационара до и после группового тренинга. Применялась шкала личностной и реактивной тревожности Спилбергера – Ханина, Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS); Краткая шкала оценки психического статуса (MMSE), шкала самообслуживания Бартел, шкала качества жизни, шкала отношения к болезни и к лечению.

*Результаты и их анализ.* В процессе психологической коррекции больные осознавали необходимость включения своих собственных усилий в лечебный процесс, принятия новой социальной роли; повысился контроль за эмоциями, уменьшились боязнь повторного заболевания, депрессия, обида; увеличились забота о себе, дозированность физической и нервно-психической нагрузки. После тренинга отмечалось значимое снижение реактивной и личностной тревожности, снижение тревоги и депрессии по HADS, повышение качества жизни, повышение по шкале самообслуживания Бартел, по шкале MMSE. Результаты кластерного анализа свидетельствуют о перемещении акцента самооценки с позиции социальной фрустрированности больных до тренинга на позицию эгоцентрированности, целостного самовосприятия и самодостаточности, осознания ценности здоровья (заботы о самом себе) и перестройки иерархии ценностей жизни после тренинга.

*Заключение.* Проведение тематически ориентированного тренинга с больными после инсульта на этапе позднего реабилитационного периода может способствовать укреплению комплаенса и позитивного самоотношения.

**Ключевые слова:** психологическая коррекция, инсульт, психологическая помощь, отношение к болезни, самоотношение.

### Введение

В последние десятилетия отмечается увеличение числа цереброваскулярных болезней (I60–I69 по МКБ-10), что делает ак-

туальной медико-социальной проблемой реабилитацию постинсультных больных, направленную на восстановление нарушенных двигательных, когнитивных функций,

✉ Ермакова Наталья Георгиевна – д-р психол. наук, проф. каф. клинич. психологии и психол. помощи, Рос. гос. пед. ун-т им. А.И. Герцена (Россия, Санкт-Петербург, наб. р. Мойки, д. 48), e-mail: nataliya.ermakova@yandex.ru

социальных контактов, возвращение больного в общество [9, 17]. После перенесенного инсульта наряду с проблемами в адаптации к условиям жизни и самообслуживанию возникает необходимость принятия новой социальной роли больного, изменения ценностных ориентаций и смысла жизни, что делает актуальной разработку программы психологической помощи, направленной на формирование совладающего поведения [4, 7, 19].

**Цель** – изучить динамику отношения к болезни и к лечению и самоотношения у больных после инсульта в процессе применения тематически ориентированного группового тренинга.

### Материалы и методы

В процессе восстановительного лечения в реабилитационном стационаре городской больницы № 40 (Санкт-Петербурга) с 1998 по 2006 г. обследовали 110 больных (50 мужчин, 60 женщин) после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения (I60–I69 по МКБ-10), в возрасте от 40 до 75 лет. Пациентов в возрасте 39–49 лет было 23; 50–59 лет – 45; 60–69 лет – 38; 70–75 лет – 4. Длительность заболевания от 1 до 6 мес. оказалась у 57 больных, от 7 до 12 – у 25; от 1 года до 3 лет – у 28 больных.

Ишемический тип цереброваскулярных болезней (I69.3 по МКБ-10) был у 102 больных, геморрагический (I69.1 по МКБ-10) – у 8. Локализация очага поражения у 46 больных отмечалась в левой гемисфере; у 36 – в правой, в вертебробазиллярном бассейне – у 28. Двигательные нарушения в виде гемипареза легкой степени тяжести наблюдались у 27 больных, средней тяжести – у 73, вестибулярные расстройства – у 10 больных.

Легкое когнитивное расстройство (F06.7 по МКБ-10) в виде снижения памяти наблюдалось у 41 больного, остаточные речевые нарушения с сохранным пониманием обращенной речи – у 33, дизартрия – 19.

Средние показатели самообслуживания по шкале Бартел составили 85 баллов.

Отмечалась частичная физическая зависимость (снижение уровня самообслуживания). Больные могли самостоятельно передвигаться с тростью или без нее, умываться, принимать пищу, пользоваться туалетом, затруднения возникали при приеме ванны, спуске с лестницы и др.

С больными проводили комплексное восстановительное лечение биологическими (лекарственная терапия, лечебная физкультура, физиотерапия, механотерапия) и психосоциальными методами (занятия с логопедом, психологом). Ведущей психологической проблемой были переживания по поводу утраты социальной роли, вынужденное прекращение трудовой деятельности и необходимость перестройки жизненных ценностей после болезни, к которой пациенты оказались не готовы.

В исследование включали больных с сохранным пониманием обращенной речи и способностью к экспрессивной речи, с легкими когнитивными снижениями, двигательными нарушениями легкой и средней тяжести. Противопоказанием для проведения тематически ориентированного группового тренинга с больными были выраженные двигательные и когнитивные нарушения.

Проводили стандартизированное клиническое интервью до и после проведения тренинга, направленное на выявление ведущих жалоб, эмоционального состояния, установок по отношению к болезни, к лечению и к самому себе, с использованием психологических методик:

- шкалы личностной и реактивной тревожности Спилбергера – Ханина [2];

- Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) [2]: чем больше балл, тем выше тревога или депрессия;

- шкалы самообслуживания Доротеи Бартел (Barthel Activities of Daily Living Index, ADL) [2]: чем выше балл, тем лучше самообслуживание;

- шкалы оценки когнитивных функций (Mini Mental State Examination – Краткая шкала оценки психического статуса) [2]: чем больше балл, тем выше когнитивный статус;

– шкалы оценки качества жизни [12]: чем больше балл, тем выше самооценка качества жизни;

– шкалы отношения к болезни и к лечению [6]: чем выше балл, тем больше выражено принятие болезни и принятие лечения.

С больными проводили тематически ориентированный тренинг в группе, направленный на выявление актуальных проблем адаптации и формирование совладающего поведения [8]. При разработке программы психологической помощи и адаптации ее к проблемам больных после инсульта опирались на положения теории личности В.Н. Мясищева [14], личностно-ориентированный подход Б.Д. Карвасарского [10], положения гуманистической психотерапии [1, 3, 15].

Задачи тренинга в группе были ориентированы на формирование позитивного комплекса (коррекция масштаба переживаний болезни, приспособление к дефекту, принятие болезни и лечения), помощи в осознании больными своих возможностей после болезни, социальной роли, коррекцию межличностных отношений и формирование позитивных и доступных жизненных целей [6, 8].

Занятия проводили в группах по 8–12 человек, 2–3 раза в неделю в течение 1 ч. Больные, наряду с эмпатией и поддержкой, получали новый эмоциональный опыт и корректировали свои роли. Использовали:

– управляемую тематически ориентированную дискуссию, в которой обсуждали темы отношения к заболеванию, к лечению, выявляли трудности адаптации к жизни после заболевания и возможности их преодоления;

- арт-терапию;
- ролевое проигрывание;
- музыкотерапию.

Результаты проверили на нормальность распределения признаков. Сравнение результатов проводили с применением критерия Вилкоксона (критерий рангов для связанных выборок), кластерного анализа (способ кластеризации – иерархический кластерный по Уорду). Обработку результатов осуществляли с помощью пакета статистических программ SPSS 19.

### Результаты и их анализ

После тренинга отмечается значимое снижение реактивной и личностной тревожности, повышение качества жизни, принятие болезни (отношение к болезни); отмечается снижение тревоги и депрессии по HADS, а также повышение по шкале самообслуживания Бартел и шкале MMSE (табл. 1).

При анализе данных показателей неметрических (порядковых) шкал отношения к болезни и к лечению (средние значения корректно не высчитываются) с применением непараметрического критерия знаковых рангов Вилкоксона (T) для связанных выборок отмечается положительная динамика. При анализе положительных и отрицательных рангов по шкале отношение к болезни до и после тренинга выявлена большая выраженность сдвигов по шкале отношения к болезни после тренинга ( $T = -9,6$ ;  $p = 0,001$ ), что означает большее принятие болезни, понимание причин ее возникновения, воз-

Таблица 1

#### Показатели больных до и после коррекции с помощью критерия Вилкоксона, ( $M \pm m$ ) балл

Методика	Показатель	Период тренинга		p <
		до	после	
Шкала Бартел	Уровень самообслуживания	85,3 ± 0,4	89,3 ± 0,4	0,001
Шкала Спилбергера – Ханина	Реактивная тревожность	55,3 ± 0,3	52,0 ± 0,2	0,001
	Личностная тревожность	52,9 ± 0,2	50,3 ± 0,2	0,001
Оценка качества жизни	Качество жизни	2,9 ± 0,1	3,5 ± 0,1	0,001
HADS	Тревога	8,2 ± 0,1	7,6 ± 0,1	0,001
	Депрессия	9,3 ± 0,1	8,5 ± 0,1	0,001
MMSE	Когнитивный статус	26,7 ± 0,1	28,1 ± 0,1	0,001

возможностей восстановления функций и профилактики рецидива.

По шкале отношения к лечению отмечается также значимая позитивная динамика ( $T = -4,2$ ;  $p = 0,001$ ), но менее выраженная. Происходит принятие лечения, но восстановление нарушенных функций идет медленно и результаты мало заметны. Психологическая составляющая отношения к бо-

лезни и принятия болезни является важным компонентом формирования приверженности лечению и после выписки из стационара.

Проанализированы также результаты интервью до и после проведения психологического тренинга. При анализе высказываний больных в интервью до и после тренинга наблюдалось снижение соматических жалоб, прежде всего в результате комплексного

Таблица 2

**Показатели стандартизированного клинического интервью больных, сгруппированные в кластеры, по результатам тематически ориентированного группового тренинга**

До коррекции		После коррекции	
№ и название признака	название кластера	№ и название признака	название кластера
13 Стресс в семье 58 Доминирование 31 Депрессия 32 Апатия 51 Обучающийся 45 <b>Утрата авторитета</b> 34 <b>Обида</b> 37 Надежда на выздоровление 48 Терпеливый 43 Выбитый из колеи жизни 47 Больной 53 Достойный	Утрата авторитета и обида	13 Стресс в семье 14 Стресс на работе 60 Жил как живет 43 Выбитый из колеи жизни 31 Депрессия 30 Раздражительность 45 Утрата авторитета 34 Обида 32 Апатия 62 Не заботился о своем здоровье 49 <b>Самодостаточность</b> 33 Боязнь повтора 36 Чувство вины 42 Иждивенец 41 Беспомощный 46 Зависимость	Самодостаточность
14 Стресс на работе 38 Интерес 40 Удовлетворение 55 <b>Ориентация на труд</b> 35 Спокойствие 52 Помогающий другим 49 Самодостаточность 59 Болезнь как стиль жизни 60 Жил как живет 61 Потворство прихотям 54 <b>Забота о себе</b> 36 Чувство вины 50 Выздоровливающий 39 <b>Терпение</b> 42 Иждивенец	Забота о себе, ориентация на труд, терпение	35 <b>Спокойствие</b> 57 Чрезмерная ответственность 59 Болезнь как стиль жизни 38 <b>Интерес</b> 52 Помогающий другим 55 Ориентация на труд	Спокойствие, интерес
30 <b>Раздражительность</b> 41 Беспомощность 46 Зависимость 56 Долженствование 62 Не заботился о здоровье 33 Боязнь повтора 44 Снижение способностей 57 Чрезмерная ответственность	Раздражительность и боязнь повтора	37 Надежда на выздоровление 39 <b>Терпение</b> 50 Выздоровливающий 61 Потворство прихотям 47 Больной 51 Обучающийся 58 Доминирование 54 Заботящийся о себе 56 <b>Долженствование</b>	Терпение, долженствование
		40 Удовлетворение 53 <b>Достойный</b> 44 Снижение способностей 48 Терпеливый	Чувство собственного достоинства

восстановительного лечения. В то же время в процессе психологического тренинга происходила коррекция внутренней картины болезни. Больные осознавали необходимость собственного участия в лечении, за счет самостоятельных тренировок нарушенных функций (упражнений лечебной физкультуры, лечебной ходьбы, заданий логопеда, психолога), что позволяло больным частично контролировать ситуацию, повышало их собственную ответственность за исход лечения и способствовало снижению жалоб, что подтверждается и другими исследователями [11, 18].

По результатам исследования был проведен кластерный анализ высказываний больных до и после тренинга. В табл. 2 представлены ведущие признаки, участвующие в кластерном анализе.

По результатам кластерного анализа показателей до коррекции (рис. 1) выделяются три кластера: утрата авторитета, обида; забота о себе, ориентация на труд, терпение; раздражительность, боязнь повтора. Эти

кластеры свидетельствуют о переживаниях по поводу утраты социального статуса (утрата авторитета), фрустрации социального самоутверждения.

По результатам кластерного анализа после коррекции выделены 4 кластера: 1) самодостаточность; 2) спокойствие, интерес; 3) терпение, долженствование; 4) чувство собственного достоинства (рис. 2). Результаты кластерного анализа свидетельствуют о перемещении акцента самооценки с позиции социальной фрустрированности больных до тренинга на позицию эгоцентрированности, целостного самовосприятия и самодостаточности, осознания ценности здоровья (заботы о самом себе) и перестройки иерархии ценностей жизни после тренинга.

**Обсуждение результатов.** После перенесенного инсульта наряду с проблемами адаптации к условиям жизни и самообслуживанию у больных возникают переживания по поводу физической зависимости, проблем в межличностных отношениях в семье, утра-

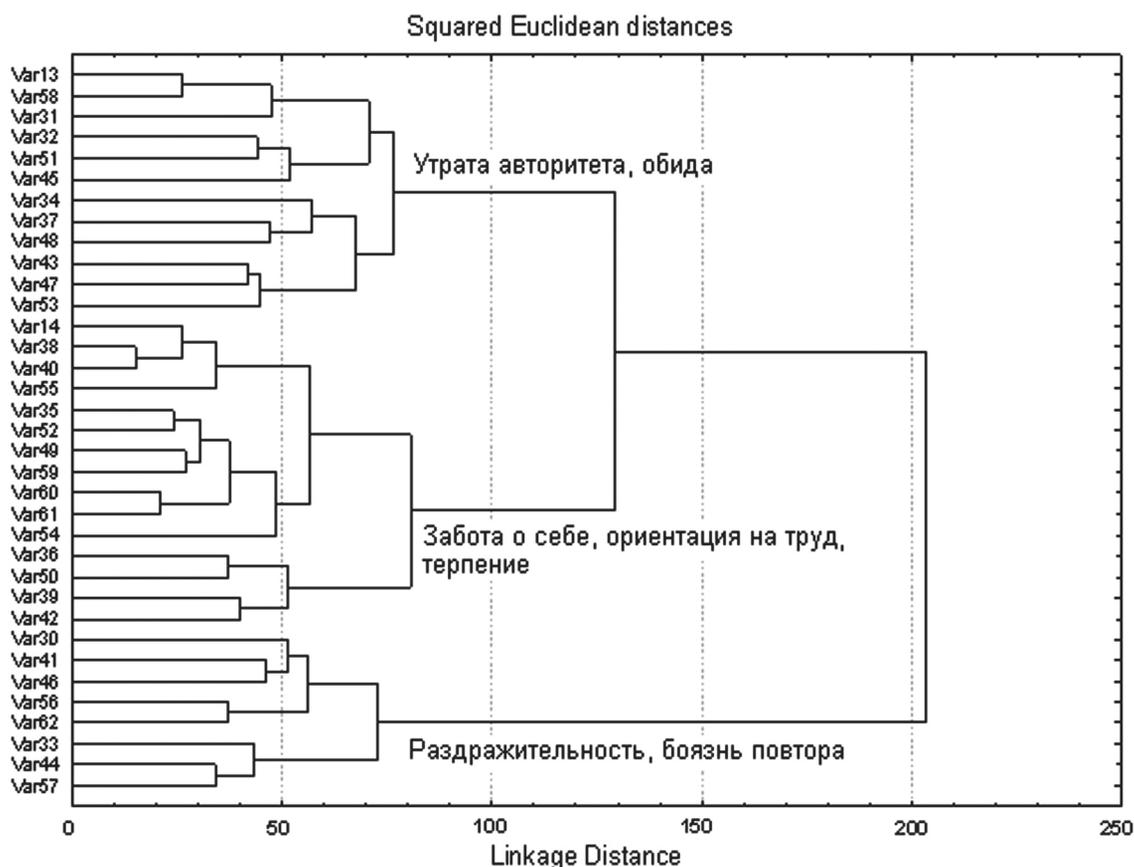


Рис. 1. Кластерное дерево по результатам стандартизированного клинического интервью больных до проведения коррекции [адаптировано по 8]

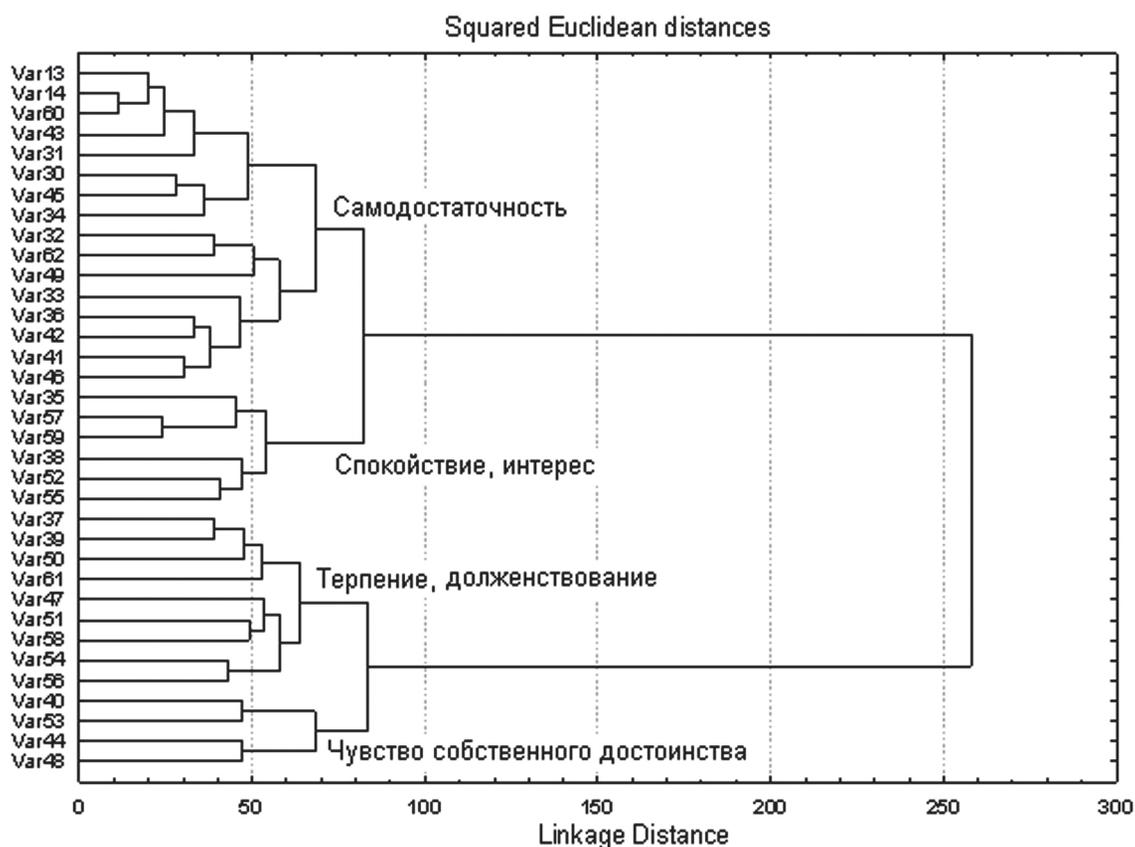


Рис. 2. Кластерное дерево по результатам стандартизированного клинического интервью больных после проведения коррекции [адаптировано по 8]

ты работоспособности и социальной роли в социуме, утраты роли кормильца, изменения ценностных ориентаций и смысла жизни и необходимости принятия новой социальной роли больного [9, 13, 16], что делает важной разработку программы психологической помощи, направленной на коррекцию внутренней картины болезни и на формирование совладающего поведения и позитивного самоотношения [5, 11]. В процессе проведения программы тренинга в группе происходило осознание больными своих возможностей после болезни, социальной роли, формирование позитивных и доступных жизненных целей [8]. Больные осваивали приемы межличностного взаимодействия в новых условиях жизни, в новом социальном статусе – «больного». В процессе проведения программы психологической помощи происходило осознание и разрешение внутриличностного конфликта (непринятие новой социальной роли) и необходимости изменения иерархии жизненных ценностей, где на первое место выходит ценность своего здоровья.

Отмечалась позитивная динамика: снижение реактивной и личностной тревожности по шкале Спилбергера – Ханина, снижение тревоги и депрессии по HADS, принятие болезни; повышение качества жизни, повышение оценок по шкале самообслуживания Бартел и шкале MMSE. Результаты кластерного анализа высказываний больных свидетельствуют о перемещении акцента отношений с позиции социальной и психологической фрустрированности больных до тренинга на позицию целостного самовосприятия и самодостаточности, осознания ценности здоровья, укрепления чувства собственного достоинства после тренинга.

## Вывод

Проведение тематически ориентированного тренинга с больными после инсульта на этапе позднего реабилитационного периода может способствовать повышению комплаенса, позитивного самоотношения, стабилизации эмоционального состояния.

### Литература

1. Александров А. А. Интегративная психотерапия. СПб.: Питер, 2009. 352 с
2. Белова А.Н. Нейрореабилитация: руководство для врачей. 2-е изд. М.: Антидор, 2010. 1288 с.
3. Бьюдженталь Д. Искусство психотерапевта: пер. с англ. М.: Корвет, 2013. 316 с.
4. Григорьева В.Н., Тхостов А.Ш. Психологическая помощь в неврологии: монография. Н. Новгород: Нижегород. гос. мед. акад., 2009. 444 с.
5. Григорьева В.Н., Калинина С.Я., Нестерева В.Н., Сорокина Т.А. Оценка степени достижения целей в нейрореабилитации больных с инсультом // *Неврол. вестн.* 2015. Т. 47, № 2. С. 52–57.
6. Демиденко Т.Д., Ермакова Н.Г. Основы реабилитации неврологических больных. СПб.: Фолиант, 2004. 304 с.
7. Ермакова Н.Г. Особенности личности, отношение к заболеванию и к лечению больных с последствиями инсульта // *Вестн. психотерапии*. 2019. № 70 (75). С. 54–68.
8. Ермакова Н.Г. Психологическая реабилитация больных с последствиями инсульта в условиях реабилитационного стационара: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 2021. 20 с.
9. Кадыков А.С., Шапаронова Н.В. Реабилитация после инсульта. М.: МИА, 2017. 240 с.
10. Карвасарский Б.Д. Психотерапия при пограничных психических расстройствах // *Пограничные психические расстройства* / под ред. Ю.А. Александровского. М.: ГЭОТАР- Медиа, 2007. С. 402–433.
11. Курмышев М.В., Савилов В.Б., Костюк Г.П. Динамика восприятия качества жизни у пациентов с когнитивным снижением в период пребывания в комплексной программе нейрокогнитивной реабилитации // *Обозр. психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева*. 2018. № 3. С. 47–52.
12. Логунов К.В. Оценка эффективности лечебных и диагностических методов. СПб.: Изд. дом СПбМАПО, 1999. 26 с.
13. Мальцев С.Ю., Михайлов В.А., Мазо Г.Э., Лукина Л.В. Постинсультная депрессия: диагностические трудности и терапевтические перспективы // *Обозр. психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева*. 2017. № 4. С. 13–17.
14. Мясищев В. Н. Психотерапия как система средств воздействия на психику человека в целях восстановления его здоровья // *Психотерапия при нервных и психических заболеваниях: сб. науч. тр. Л., 1973. Т. 66. С. 7–20.*
15. Ялом И. Групповая психотерапия: пер с англ. М.: Эксмо-пресс, 2001. 576 с.
16. Barclay R., Ripat J., Mayo N. Factors describing community ambulation after stroke: a mixed-methods study // *Clinical Rehabilitation*. 2015. Vol. 29, N 5. P. 509–521. DOI: 10.1177/0269215514546769.
17. McCarthy M. Age, subjective stress, and depression after ischemic stroke // *J. Behav Med*. 2016. Vol. 39, N 1. P. 55–64. DOI: 10.1007/s10865-015-9663-0.
18. Patel A.V., Shah S.H., Patel K., Mehta P. Prevalence of post-stroke anxiety and its association with socio-demographical factors, post-stroke depression, and disability // *Neuropsychiatry i Neuropsychologia*. 2018. Vol. 13, N 2. P. 43–49. DOI: 10.5114/nan.2018.79604.
19. Townsend E., Tinson D., Kwan J., Sharpe M. Feeling sad and useless: an investigation into personal acceptance of disability and its association with depression following stroke. *Clinical Rehabilitation*. 2010. Vol. 24, N 6. P. 555–564. DOI: 10.1177/0269215509358934.

---

Поступила 22.01.2023 г.

Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

**Для цитирования:** Ермакова Н.Г. Применение тематически ориентированного тренинга в процессе восстановительного лечения больных с последствиями инсульта // *Вестник психотерапии*. 2023. № 85. С. 51–59. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-85-51-59

---

N.G. Ermakova

**Task-oriented training in rehabilitation after stroke**

Herzen State Pedagogical University of Russia (48, Moika River Emb., St. Petersburg, Russia)

✉ Natal'ya Georgievna Ermakova – Dr. Psychol. Sci., Prof., Department of Clinical Psychology and Psychological Assistance, Herzen State Pedagogical University of Russia, (48, Moika River Emb., St. Petersburg, 191186, Russia), e-mail: nataliya.ermakova@yandex.ru

**Abstract**

*Relevance.* After a stroke, patients encounter problems to adapt to living conditions and perform self-care. Moreover, they have to accept a new social role, as well as develop new attitudes to transformed value orientations and the meaning of life, which compels practitioners to develop a psychological assistance program to develop coping behaviors.

*The objective is to study* dynamics of self-attitude, as well as attitudes to the disease and treatment in patients after a stroke in the course of task-oriented group training.

*Methodology.* We studied 110 stroke patients (50 men and 60 women) aged 40 to 75 years with mild post-stroke cognitive impairment who underwent comprehensive post-stroke rehabilitation in a rehabilitation hospital before and after group training. The Spielberger-Khanin Personality and Reactive Anxiety Scale, as well as Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) were used; in addition, patients were rated on Mini-Mental Status Examination (MMSE), Barthel Self-Service Scale, Quality of Life (QoL) scale, and the scale of attitudes towards illness and treatment.

*Results and analysis.* Psychological modification training raised patients' awareness regarding the importance of their own efforts in the treatment process and acceptance of a new social role. This helped to increase control over emotions, relieve fear of disease recurrence, resolve depression and resentment and boost self-care efforts to adjust the rate physical and neuropsychic stress. Having completed the training program, patients demonstrated significantly decreased reactive and personal anxiety, as well as decreased anxiety and depression according to HADS, together with improved QoL, Barthel Self-Service and MMSE score. The results of cluster analysis indicate a shift in self-esteem emphasis towards self-centeredness, holistic self-perception, and self-sufficiency from social frustration before the training; improved outcomes after training also include perception of health as a value (self-caring attitudes) and restructured hierarchy of life values.

*Conclusion.* Task-oriented training at later stages of post-stroke rehabilitation can help to strengthen compliance and positive self-attitude.

**Key words:** psychological modification, stroke, psychological assistance, attitude towards the disease, self-attitude.

**References**

1. Aleksandrov A.A. Integrativnaya psikhoterapiya [Integrative Psychotherapy]. St. Petersburg. 2009. 352 p. (In Russ.)
2. Belova A.N. Neiroreabilitatsiya [Neurorehabilitation]. 2nd edition. Moscow. 2010. 1288 p. (In Russ.)
3. B'yudzhental' D. Iskusstvo psikhoterapevta [The Art of the Psychotherapist]. Moscow. 2013. 316 p. (In Russ.)
4. Grigor'eva V.N., Tkhostov A.Sh. Psikhologicheskaya pomoshch' v nevrologii [Psychological assistance in neurology]. Nizhny Novgorod. 2009. 444 p. (In Russ.)
5. Grigoryeva V.N., Kalinina S.Ya., Nestereva V.N., Sorokina T.A. Otsenka stepeni dostizheniya tselei v neiroreabilitatsii bol'nykh s insul'tom [Goal attainment scaling method in the neurorehabilitation of stroke patients]. *Nevrologicheskii vestnik* [Neurology bulletin]. 2015; 47(2):52–57. (In Russ.)
6. Demidenko T.D., Ermakova N.G. Osnovy reabilitatsii nevrologicheskikh bol'nykh [Fundamentals of Rehabilitation of Neurological Patients]. St. Petersburg. 2004. 304 p. (In Russ.)
7. Ermakova N.G. Osobennosti lichnosti, otnoshenie k zabolevaniyu i k lecheniyu bol'nykh s posledstviyami insul'ta [Personality characteristics, attitude to the disease and to the treatment of patients with the consequences of stroke]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2019; (70):54–68. (In Russ.)
8. Ermakova N.G. Psikhologicheskaya reabilitatsiya bol'nykh s posledstviyami insul'ta v usloviyakh reabilitatsionnogo stacionara [Psychological rehabilitation of patients with stroke consequences in a rehabilitation hospital]: Abstract dissertation Dr. Med. Sci. St. Petersburg. 2021. 20 p. (In Russ.)

9. Kadykov A.S., Shakhparonova N.V. Reabilitatsiya posle insul'ta [Rehabilitation after a stroke]. Moscow. 2017. 240 p. (In Russ.)
10. Karvasarskii B.D. Psikhoterapiya pri pogramichnykh psikhicheskikh rasstroistvakh [Psychotherapy for borderline mental disorders]. Pogramichnye psikhicheskie rasstroistva [Borderline mental disorders]. Ed. Yu.A. Aleksandrovskii. Moscow. 2007. Pp. 402–433. (In Russ.)
11. Kurmyshev M.V., Savilov V.B., Kostyuk G.P. Dinamika vospriyatiya kachestva zhizni u patsientov s kognitivnym snizheniem v period prebyvaniya v kompleksnoi programme neirokognitivnoi reabilitatsii [Dynamics of life quality perception among patients with cognitive decline during an integrated rehabilitation process]. *Obozrenie psikhiiatrii i meditsinskoi psikhologii imeni V.M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 2018;(3):47–52. (In Russ.)
12. Logunov K.V. Otsenka effektivnosti lechebnykh i diagnosticheskikh metodov [Evaluating the Effectiveness of Therapeutic and Diagnostic Methods]. St. Petersburg. 1999. 26 p. (In Russ.)
13. Maltsev S.Yu., Mikhailov V.A., Mazo G.E., Lukina L.V. Postinsul'tnaya depressiya: diagnosticheskie trudnosti i terapevticheskie perspektivy [Post-stroke depression: diagnostic difficulties and treatment perspectives]. *Obozrenie psikhiiatrii i meditsinskoi psikhologii imeni V.M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 2017; (4):13–17. (In Russ.)
14. Myasishchev V. N. Psikhoterapiya kak sistema sredstv vozdeistviya na psikhiku cheloveka v tselyakh vosstanovleniya ego zdorov'ya [Psychotherapy as a system of means of influencing the human psyche in order to restore his health]. *Psikhoterapiya pri nervnykh i psikhicheskikh zabollevaniyakh* [Psychotherapy for nervous and mental diseases]: collection of scientific works. Leningrad. 1973; 66:7–20.
15. Yalom I. Gruppovaya psikhoterapiya [Group psychotherapy]. Moscow. 2001. 576 p. (In Russ.)
16. Barclay R., Ripat J., Mayo N. Factors describing community ambulation after stroke: a mixed-methods study. *Clinical Rehabilitation*. 2015; 29(5):509–521. DOI: 10.1177/0269215514546769.
17. McCarthy M. Age, subjective stress, and depression after ischemic stroke. *Journal of Behavioral Medicine*. 2016; 39(1):55–64. DOI: 10.1007/s10865-015-9663-0.
18. Patel A.V., Shah S.H., Patel K., Mehta P. Prevalence of post-stroke anxiety and its association with socio-demographical factors, post-stroke depression, and disability. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*. 2018; 13(2):43–49. DOI: 10.5114/nan.2018.79604.
19. Townsend E., Tinson D., Kwan J., Sharpe M. Feeling sad and useless: an investigation into personal acceptance of disability and its association with depression following stroke. *Clinical Rehabilitation*. 2010; 24(6):555–564. DOI: 10.1177/0269215509358934.

---

Received 22.01.2023

**For citing:** Ermakova N.G. Primenenie tematicheskii-orientirovannogo treninga v protsesse vosstanovitel'nogo lecheniya bol'nykh s posledstviyami insul'ta. *Vestnik psikhoterapii*. 2023; (85):51–59. (In Russ.)

Ermakova N.G. Task-oriented training in rehabilitation after stroke. *Bulletin of Psychotherapy*. 2023; (85):51–59. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-85-51-59

---

Е.Ю. Исагулова

## ФИЗИЧЕСКОЕ, СЕКСУАЛЬНОЕ, ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ НАСИЛИЕ В ДЕТСТВЕ – ПРЕДПОСЫЛКИ РАЗВИТИЯ ПОГРАНИЧНОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ (по материалам зарубежных исследований)

Негосударственное медицинское учреждение «Клинический центр психического здоровья»  
(Россия, Москва, Порядковый пер., д. 21)

*Актуальность.* Согласно исследованию Манчестерского университета, люди с пограничным расстройством личности в 13 раз чаще сообщают о детских травмах, чем люди без каких-либо проблем с психическим здоровьем. Анализ данных 42 международных исследований с участием более 5000 человек показал, что 71,1 % людей, у которых было диагностировано расстройство личности, сообщили как минимум об одном травматическом опыте в детстве.

*Цель* – изучение физического, сексуального и эмоционального насилия в детском возрасте как возможного фактора развития пограничной симптоматики в подростковом возрасте.

*Методология.* Объект исследования составили научные статьи и мета-обзоры по проблеме, представленные в реферативно-библиографических базах данных MEDLINE, PubMed и eLibrary.ru за последние 5 лет.

*Результаты и их анализ.* На основании проведенного анализа можно с уверенностью сказать, что существует множество данных, подтверждающих, что травматические переживания в раннем периоде развития повышают вероятность развития пограничного психического расстройства. Исследования о влиянии детской травмы на психическое здоровье подростков показывают, что она гораздо чаще связана с пограничным расстройством личности, чем с расстройствами настроения, психозами и другими расстройствами личности. Распространенной формой неблагоприятного опыта, о которой чаще всего сообщают люди с пограничным расстройством личности, как правило, было физическое пренебрежение, эмоциональное, физическое и сексуальное насилие и, в последнюю очередь, эмоциональное пренебрежение.

*Заключение.* Результаты показали, что травматические переживания в детском возрасте могут быть предиктором формирования симптомов пограничного расстройства личности в более позднем возрастном периоде. При этом необходимо отметить, что эмоциональное насилие и пренебрежение в детском возрасте оказывает наиболее значительное влияние на формирование пограничного расстройства личности у подростков.

**Ключевые слова:** медицинская психология, дети, подростки, пограничное расстройство личности, психическая травма, физическое насилие, сексуальное насилие, эмоциональное насилие.

### Введение

Расстройства личности определяются как «устойчивый паттерн внутреннего опыта и поведения, который заметно отклоняется от ожиданий культуры человека, является

повсеместным и негибким, имеет начало в подростковом или раннем взрослом возрасте, стабилен с течением времени и приводит к страданиям или нарушениям». Сообщалось, что во всем мире расстройства

личности имеют распространенность от 3 до 10 % среди населения и намного выше среди людей, страдающих другими психическими расстройствами, и поэтому они считаются глобальным приоритетом в области психического здоровья.

Пограничное расстройство личности (ПРЛ) – одно из наиболее распространенных расстройств личности, наблюдаемых в общей популяции. Слово пограничный означает «на пределе». Оно было использовано, потому что расстройство первоначально считалось «пограничным» между неврозом и психозом. Теперь известно, что это четко определенное заболевание. ПРЛ можно представить в виде гиперэмоциональности и гиперчувствительности, которая встречается примерно у 1–3 % населения в целом, у 10 % в амбулаторных условиях, у 20 % в стационарах и у 9–27 % в отделениях неотложной помощи. ПРЛ в 3–4 раза чаще встречается у женщин в различных клинических условиях, даже несмотря на то, что гендерная распространенность остается почти одинаковой в сообществе [8]. ПРЛ характеризуется выраженным повсеместным паттерном эмоциональной дисрегуляции, импульсивного поведения, нарушений личности и межличностных конфликтов. Исследования, оценивающие качество привязанности у пограничных субъектов, выявили ненадежную или дезорганизованную привязанность, которая сильно коррелирует с хаотичным и бессвязным отношением. Более того, пограничное расстройство личности можно частично рассматривать как тяжелое расстройство привязанности дезорганизованного типа. Симптомы пограничной личности, как правило, достигают пика интенсивности и частоты в молодом взрослом возрасте, когда большинству людей ставится диагноз, а затем уменьшаются по степени тяжести с возрастом. Многие люди с ПРЛ в какой-то момент жизни страдали коморбидно связанным психическим заболеванием, например: депрессивным расстройством, биполярным расстройством, тревожным расстройством, посттравматическим стрессовым расстройством, расстройствами пи-

щавого поведения, пристрастием к алкоголю или наркотикам и т.п.

Хотя ПРЛ хорошо зарекомендовало себя как диагностическая единица, этиопатогенез этого расстройства все еще не до конца понятен и активно изучается. Исследователями были предложены различные этиологические гипотезы, включая генетические, нейробиологические факторы и факторы развития. Среди различных этиопатологических теорий поддерживаемой является теория, предложенная М.М. Linehan, которая предполагает, что ПРЛ может быть результатом взаимодействия между биологическими и психосоциальными факторами. Хьюз и его коллеги предложили интеграцию с этиопатогенетической моделью ПРЛ, подчеркнув роль, которую играет отсутствие социальной близости или отзывчивости со стороны соответствующих лиц, осуществляющих уход, в развитии симптомов ПРЛ, что, в свою очередь, ухудшает регуляцию эмоций человека. Трудности регуляции аффекта также были предложены как ключевые медиаторы во взаимосвязи между детской травмой и ПРЛ.

**Цель** – изучение физического, сексуального и эмоционального насилия в детском возрасте как возможного фактора развития пограничной симптоматики в подростковом возрасте.

## Материал и методы

В исследовании использовался анализ публикаций (научных статей и мета-обзоров), касающихся связи физического, сексуального, эмоционального насилия в детском возрасте и развития ПРЛ в подростковом возрасте за последние 5 лет. В исследование были включены публикации реферативно-библиографических баз данных MEDLINE, PubMed, Киберленинка и eLibrary.ru.

## Результаты и их анализ

Роль детской травмы в этиологии ПРЛ является предметом исследований более 30 лет. Слово «травма» в наши дни используется в контексте различных ситуаций, из-за

чего легко можно потерять его фактическое психологически-диагностическое значение. Определение травматического события относится к самому факту возникновения какого-то конкретного события в жизни человека, а не к его реакции на данную ситуацию.

Согласно определению травмы, содержащемуся в литературе по психическим расстройствам, она означает непосредственный и личный опыт события, связанного со смертью или серьезными травмами, или с угрозой смерти или серьезных травм, или с другой угрозой физической целостности данного лица; со свидетельством смерти, травмы или опасности физической целостности другого человека, или с сообщением о внезапной или насильственной смерти, или о серьезных травмах, или об угрозе смерти, или о серьезных травмах, которые испытал член семьи или другой близкий человек. Кроме того, это реакция человека на это событие, которая проявляется сильным страхом, чувством беспомощности или ужасом (в случае с ребенком, она должна быть связана с дезорганизацией поведения или возбуждением).

В современной психотерапии и психиатрии среди этиологии психических расстройств специалисты все чаще упоминают ранний опыт травмы развития. DSM относит к потенциально травматическим событиям и ситуациям такие, как война, физическое нападение и сексуальное насилие, похищение, теракты, пытки, катастрофы, серьезные автомобильные аварии и опасные для жизни заболевания, свидетельство чужей-то смерти или серьезных травм после несчастного случая, войны или катастрофы. Кроме того, в классификации DSM травматическим событием считается угроза психической целостности. В DSM-V какое-либо травмирующее событие не упоминается как диагностический фактор при ПРЛ, несмотря на неразрывную связь между ПРЛ и травмой.

ПРЛ описывается как «имеющее серьезные последствия в межличностных отношениях». Межличностные отношения, по сути, это отношения детей с их «опекунами», теми,

кто заботится о них, кто их воспитывает. Дети зависят от родителей и других надежных опекунов, которые обеспечивают безопасную, любящую и поддерживающую среду, и, когда этого не происходит, долгосрочные последствия могут быть разрушительными. В проблеме пограничного структурирования, когда привязанность остается ненадежной или даже дезорганизованной, агрессивное действие будет созависимо от переживания зависимости от объекта. Агрессивный акт становится симптоматическим, импульсивно реагирующим на тревогу, превращающимся в источник прямого инстинктивного удовлетворения. Имеет место неспецифическая слабость эго, связанная с неспособностью справиться с агрессивностью, нетерпимостью к фрустрации, вызванной тревогой, и недостаточным развитием сублимационных навыков. Кроме того, присутствует неспособность субъекта регулировать и нейтрализовать свою агрессивность. Из-за неудачи символизации возникает попытка устранить интрапсихический конфликт мыслей путем отыгрывания, являющегося следствием примитивной тревоги покинутости. Риск ранних искажений или даже недостатков и/или жестокого обращения, часто встречающийся в семейных ситуациях, делает изучение семейных отношений в случае ПРЛ предметом не только клинических исследований, но и общественного здравоохранения.

По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно более 1 млрд. детей в возрасте от 2 до 17 лет подвергаются физическому, сексуальному и эмоциональному насилию. Ретроспективные исследования показывают, что около 25–35 % женщин и 10–20 % мужчин подтверждают, что они были жертвами сексуального насилия в детстве, и около 10–20 % описаний этих переживаний мужчинами и женщинами соответствует критериям физического насилия [12].

Исследования по всему миру предоставили большое количество доказательств многочисленных внутрисемейных патологических переживаний в детстве, таких как история физического, эмоционально-

го, сексуального насилия и пренебрежения, о которых обычно сообщают пограничные пациенты. Последствия жестокого обращения с детьми являются травматическими, поскольку пострадавшие дети часто борются с последствиями в течение долгого времени во взрослом возрасте.

Воздействие травмы является обычным опытом для детей и подростков, распространенность посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) в этой популяции недооценена. Хотя большинство из них продемонстрируют способность к восстановлению, давая ребенку возможность преодолеть эти испытания, некоторое число из этой популяции тем не менее представит очень разнообразные реакции, начиная от минимальных нарушений в жизни ребенка и заканчивая картинами тяжелых клинических симптомов, сильно препятствующих психоаффективному развитию личности. При этом долгосрочные последствия травмы в раннем детстве очень трудно оценить, и они зависят от многих переменных. К ним относятся характер, продолжительность, количество раз и частота повторения травмы, интенсивность, возраст, предшествующее состояние здоровья, личность субъекта. К этому добавляются сопутствующие события, такие как болезни, несчастные случаи или потери, которые предшествуют или следуют за травмой (травмами) [5].

ПРЛ и сложное ПТСР имеют ряд общих характеристик и симптомов, таких как трудности с регулированием эмоций и измененное представление о себе. Мысли, чувства и поведение, наблюдаемые при ПРЛ, часто являются результатом детской травмы. Эти детские травмы также могут подвергнуть человека риску развития ПТСР. Фактически люди с ПРЛ и ПТСР сообщают о предшествующем опыте травмы гораздо чаще по сравнению с людьми, у которых при наличии ПТСР не обнаруживается ПРЛ. Но между этими патологическими процессами существует и ключевое отличие: ПТСР явно определяет состояние человека как реакцию на травму – старую или недавнюю, длительную или кратковременную, тогда как наличие

ПРЛ, сопутствующего посттравматическому стрессу, характеризует комплекс симптомов не только ПТСР, но и нарушения самоорганизации, отражающиеся на регуляции эмоций, самооценке и трудностях в отношениях. При этом многие люди одновременно соответствуют диагностическим критериям обоих расстройств. Но значение, которое травма играет в развитии пограничной личности, было и остается предметом оживленных споров между психиатрами и психологами.

Анализ данных 42 международных исследований с участием более 5000 человек показал, что 71,1 % людей с расстройствами личности сообщили, что пережили хотя бы одну травму в детстве. В последнем из серии метаанализов воздействия детской травмы на психическое здоровье взрослых показывает, что эти травмы гораздо чаще связаны с ПРЛ, чем с настроением, психозом и другими расстройствами личности [10].

Большое количество эмпирических исследований, как поперечных, так и продольных, показали, что от 30 до 90 % пациентов с диагнозом ПРЛ сообщают о жестоком обращении в детском возрасте в анамнезе. В частности, 40–86 % субъектов с ПРЛ сообщили о сексуальном насилии в детстве. Кроме того, 10–73 % сообщили о физическом насилии со стороны родителей или взрослых, осуществляющих уход, и 17–25 % сообщили о том, что им не уделяют должного внимания. Около 75 % пограничных пациентов сообщили об эмоциональном насилии, а 70 % – об эмоциональной отстраненности в детстве. Также люди с ПРЛ были свидетелями домашнего насилия значительно чаще (54 %), чем люди с другими расстройствами личности (20,5 %) [7]. Эта связь была отмечена в различных выборках, включая стационарных психиатрических пациентов и амбулаторных пациентов, потребителей наркотиков и подростков. В то же время другие авторы сообщили, что наличие травмы в анамнезе не является ни необходимым, ни достаточным для развития ПРЛ, и исследования не смогли эмпирически продемонстрировать сильные прямые причинные связи между этими переменными.

P. Bozzatello и соавт. рассмотрели исследования, проиндексированные в PubMed за последние 20 лет, чтобы оценить, увеличивают ли различные типы детских патологических переживаний риски психических травм и формируют ли они клиническую картину ПРЛ? Выявлено, что по сравнению с субъектами, страдающими другими расстройствами личности, пациенты с ПРЛ чаще подвергаются жестокому обращению в детстве [1]. После поиска в пяти электронных базах данных M. Girard были отобраны 22 статьи, в которых изучалась взаимосвязь между жестоким обращением с детьми (например, физическое, сексуальное и эмоциональное насилие; физическое и эмоциональное пренебрежение) и ПРЛ (то есть диагноз, степень тяжести, оценка связанных личностных черт). В целом, результаты частично подтверждают гипотезу о том, что жестокое обращение в раннем возрасте является фактором риска ПРЛ. Доказательства предполагаемой связи между жестоким обращением с детьми и ПРЛ чаще встречаются при использовании шкалы симптомов, по сравнению с категориальным диагнозом [4].

Статья под названием «Детские невзгоды и пограничное расстройство личности: метаанализ» была опубликована в журнале *Acta Psychiatrica Scandinavia*. Филиппо Варезе вместе со своими коллегами обнаружили, что у пациентов с ПРЛ было 13,9 раз больше шансов получить травму в виде насилия в детстве по сравнению с людьми, у которых вообще не было психологических проблем. Когда эти цифры сравнивались с эпидемиологическими и проспективными когортными исследованиями, шансы снизились в десять раз. Следовательно, согласно пересмотренным расчетам, у людей, страдающих ПРЛ, было в 3,2 раза больше шансов сообщить о детской травме, чем у людей с другими психическими расстройствами.

M. Solmi и соавт. провели обзор, объединяющий данные пяти метаанализов по факторам риска расстройств личности. Результаты показывают, что из 56 ассоциаций между 26 потенциальными факторами окружающей среды и антисоциальным, за-

висимым с ПРЛ, несмотря на то, что 62,5% ассоциаций были номинально значимыми, только 8,9% ассоциаций соответствовали доказательствам II класса для формирования ПРЛ, включая эмоциональное насилие, эмоциональное пренебрежение, физическое насилие, сексуальное насилие и физическое пренебрежение в детстве. Все остальные значимые ассоциации были классифицированы как слабые (доказательства IV класса) [9]. Результатом переживания таких событий в ранний период развития часто вызывает значительные и постоянные дисфункции, психические нарушения и нарушения развития личности.

N. Cattane и соавт. провели метаанализ, доказывающий роль изменений в оси гипоталамус-гипофиз-надпочечники (НРА), в нейротрансмиссии, в эндогенной опиоидной системе и в нейропластичности в детской травматической уязвимости к развитию ПРЛ. Исследователи также подтвердили наличие морфологических изменений в нескольких областях мозга у пациентов с ПРЛ, и в частности в тех, которые участвуют в реакции на стресс. Предположительно, это связано с тем, что консолидация памяти происходит во время первой ночи сна после травматизации. И наоборот, было показано, что адекватная способность к сопротивлению, то есть способность адаптироваться к неблагоприятной ситуации, является решающим фактором защиты от возникновения связанного с травмой расстройства. В ответ на детские стрессоры происходит каскад нейроморфологических и эпигенетических изменений, которые могут иметь прочную связь с развитием ПРЛ [2]. Многие исследователи указывают на одно из последствий травмы – неспособность модулировать эмоции, что, в свою очередь, является одним из типичных индикаторов ПРЛ.

Примерно для 60% пациентов с ПРЛ сексуальное насилие в детстве, по-видимому, является важным этиологическим фактором. Систематический обзор de Aquino Ferreira и соавт. был направлен на изучение сексуального насилия в качестве предиктора диагноза, клинической картины и прогноза ПРЛ.

В целом, было обнаружено, что сексуальное насилие играет важную роль в ПРЛ, особенно у женщин. Уровень сексуального насилия среди взрослых оказался значительно больше у пациентов с ПРЛ, по сравнению с пациентами, имеющими другие расстройства личности. Анамнез сексуального насилия предсказывает более тяжелую клиническую картину и худший прогноз [3].

Этиопатогенетическая теория ПРЛ предполагает, что это расстройство вызвано взаимодействием биологических и психосоциальных факторов, в частности биологически обусловленных уязвимостей (особенности темперамента, генетические полиморфизмы) и неблагоприятной окружающей среды (травмы). Самыми убедительными доказательствами ПРЛ являются суицидальность, на втором месте после которой следуют членовредительство, ПТСР, диссоциация и хроническая форма этого расстройства личности. Многолетнее жестокое обращение может иметь негативное влияние на достижение соответствующих для ребенка возрастных задач развития, снизить самооценку, мешать развитию чувства идентичности, нарушать способность устанавливать и строить межличностные отношения и достигать своих целей [3]. Однако жестокое обращение, как правило, кажется встроенным в атмосферу общего хаоса и пренебрежения со стороны обоих родителей. Для остальных пациентов конкретные формы жестокого обращения в сочетании с различными формами пренебрежения, вероятно, играют более важную этиологическую роль.

Физическое насилие широко исследовалось как предрасполагающее условие для развития ПРЛ. Жестокое обращение и унаследованная виктимность, по сути, играют синергетическую роль в развитии пограничных черт личности. У детей, подвергшихся физическому насилию, к 12 годам развивалось больше симптомов ПРЛ, чем у сверстников, не подвергавшихся жестокому обращению, и они были особенно уязвимы, если у них оказались родственники с психическими расстройствами. Суровое обращение и унаследованная уязвимость,

по-видимому, играют синергетическую роль в развитии пограничных черт личности. Не только семейный анамнез, но и особенности темперамента детей могут способствовать проявлению симптомов ПРЛ, если они подвергались физическому насилию: у детей с низким уровнем темперамента и принадлежности к родству, которые подверглись физическому насилию, проявлялись более раннее начало и более высокая степень тяжести симптомов ПРЛ.

Жестокое обращение может способствовать возникновению ПРЛ у пациентов со специфическими чертами темперамента. Повторяющееся жестокое обращение в семье влияет, по крайней мере, на обострение акцентуаций характера, связанных с предрасположенностью к симптомам ПРЛ. Эффект физической травмы затрагивает многие области личности, такие как аффективная дисрегуляция, распространение идентичности, нарушенные межличностные отношения и членовредительство. У детей, подвергшихся физическому насилию, выявлены более высокие баллы по каждому параметру ПРЛ по Шкале пограничных черт личности для детей (BPFS-C), по сравнению с контрольной группой детей, не подвергавшихся жестокому обращению. Более того, у них был более высокий общий балл пограничных черт, и они с большей вероятностью в будущем будут иметь высокие риски ПРЛ [1].

Была обнаружена связь между пренебрежением и ранним развитием ПРЛ. В контексте ухода за ребенком пренебрежение – это вид насилия, характеризующийся «неспособностью должным образом присматривать за ребенком, что приводит к физическому или эмоциональному ущербу». Концепция пренебрежения включает физическое пренебрежение, то есть неспособность адекватно удовлетворить физические потребности детей, и эмоциональное пренебрежение, которое проявляется в эмоциональной неприязнкости воспитателей к просьбам о внимании и заботе о детях. Наиболее важные результаты показали, что: подростки с ПРЛ и сопутствующей депрессией имели значительно более высокий уровень пренебре-

жения, чем здоровые люди из контрольной группы; физическое пренебрежение было связано с проявлением признаков ПРЛ в более раннем возрасте; сочетание специфических черт темперамента и физического/эмоционального пренебрежения может ускорить начало ПРЛ и симптомов антисоциального расстройства личности; о пренебрежении со стороны обоих родителей чаще сообщалось среди подростков с ПРЛ, по сравнению с другими клиническими группами [9].

Пренебрежение к потребностям ребенка, в том числе неспособность установить ограничения, следить за ненадлежащим поведением, знать местонахождение ребенка и тех, с кем он общается, было связано с более высоким риском расстройств личности кластера В в подростковом и раннем взрослом возрасте. Материнская отстраненность во младенчестве, своего рода пренебрежение, при котором мать создает физическую и словесную дистанцию от своего ребенка, была надежным предиктором как симптомов ПРЛ, так и самоповреждений или суицидальности в подростковом возрасте [5].

Исследования подтвердили, что среди различных форм жестокого обращения в детстве только эмоциональное насилие является уникальным предиктором особенностей проявления ПРЛ в подростковом и раннем взрослом возрасте [8, 11]. Тем не менее риск развития ПРЛ у ребенка, подвергшегося эмоциональному насилию, может увеличиваться только тогда, когда уже присутствует одна или несколько уязвимых черт личности: чувствительность к отторжению, склонность часто ожидать и испытывать межличностное отторжение; негативная аффективность, склонность испытывать большое количество сильных отрицательных эмоций. Однако существует ограниченное количество исследований, объясняющих, как чувствительность к отторжению и негативная аффективность связаны с эмоциональным насилием в детстве и последующим развитием ПРЛ [10].

Недостаточная аффективная доступность родителя и непредсказуемость ответов, которые он дает на потребности ребенка, имеют серьезные последствия для развития способ-

ности управлять эмоциями и созревания защитных механизмов у последнего.

Исследования показали, что у детей с более высокой чувствительностью к отторжению значительно чаще развиваются черты ПРЛ после эмоционального насилия. Дети с высокой чувствительностью к отказу часто неверно истолковывают неоднозначные социальные ситуации как отвергающие, когда фактическое отклонение очень мягкое или отсутствует вовсе; они часто воспринимают социальные ситуации более эмоционально расстраивающими, чем их сверстники. Чтобы защитить себя от отторжения, дети с высокой чувствительностью к отказу часто со временем развивают два механизма совладания: избегание и чрезмерную привязанность. Оба механизма совладания широко распространены среди поведенческих симптомов пациентов с ПРЛ, и часто они оба присутствуют у одного и того же человека.

Более высокая негативная аффективность характеризуется тенденцией легко нарушаться эмоционально иницирующими событиями и испытывать более сильные отрицательные эмоции от этих триггеров. По сравнению с чувствительностью отторжения, которая заставляет детей только субъективно испытывать большее отторжение, отрицательная аффективность усиливает все их отрицательные эмоции. Следовательно, эмоционально оскорбительный опыт может вызвать гораздо больше травм у детей с более высокой негативной аффективностью, чем у детей с более низкой негативной аффективностью, и такая травма часто препятствует их эмоциональному и социальному развитию. Доказана не только высокая распространенность подверженности детской травме у людей с психотическими расстройствами, но и то, что такие события имеют очень значительное влияние на течение болезни и шансы на выздоровление [6].

Результаты исследования N. Godbout и соавт. предоставляют дополнительные доказательства того, что история жестокого обращения в детстве может быть напрямую связана с симптомами, обычно ассоциируемыми с ПРЛ, такими как гнев, поведение,

снижающее напряжение, суицидальность, дисфункциональное сексуальное поведение и нарушение самооценки, а также косвенно связана с ними через последствия ненадежной привязанности. Эти результаты имеют важное значение для психологического лечения, включая возможность того, что вмешательства, ориентированные на травму и привязанность, например: фазовая когнитивно-поведенческая терапия при сложной травме, обучение навыкам аффективного и межличностного общения, регулирование и эмоционально-ориентированная терапия комплексной травмы, наряду с известной эффективностью диалектической поведенческой терапии, – могут быть полезны в разрешении ПРЛ. Эти результаты также предполагают, что мужчины и женщины могут по-разному испытывать жестокое обращение со стороны родителей, в результате чего модели привязанности и психосоциальные симптомы различаются в зависимости от пола [5]. Такие результаты подчеркивают возможную важность разработки и предложения гендерно-ориентированных вмешательств для мужчин и женщин, обращающихся с ПРЛ.

### Заключение

Понимание влияния негативных жизненных стрессоров в раннем возрасте на взрослую жизнь требует серьезного внимания к ранней диагностике и вмешательству. Многофакторная модель предполагает, что развитие пограничного расстройства личности в значительной степени является ко-

нечным продуктом детских травм, таких как эмоциональное, физическое и сексуальное насилие. Кроме того, исследователи обнаружили, что жестокое обращение в детстве является важным предиктором пограничного расстройства личности в подростковом и взрослом возрасте.

Существует необходимость в дополнительных исследованиях, посвященных пациентам с пограничным расстройством личности, имеющим или не имеющим травматический опыт в детстве, и пониманию изменений, которые происходят в ответ на травму. Детальное изучение влияния характера и тяжести травмы на детей различных возрастных групп может привести к лучшему пониманию того, как модулировать лечение в зависимости от индивидуальных потребностей. Исследования также показали, что пациенты после травмы с диагнозом пограничного расстройства личности, как правило, сообщают о хаотической ранней среде, которая также может включать сексуальное, физическое, эмоциональное или словесное насилие и хроническое пренебрежение, и что более серьезное и обширное жестокое обращение с детьми имеет тенденцию связи с более высокими уровнями проявления симптоматики пограничного расстройства личности. Однако необходимы дополнительные исследования, чтобы конкретно определить отдельные и совокупные воздействия различных типов жестокого обращения с детьми и их характеристики, включая относительный вклад жестокого обращения со стороны близких взрослых на развитие симптоматики пограничного расстройства личности.

### Литература/ References

1. Bozzatello P., Rocca P., Baldassarri L. [et al.]. The Role of Trauma in Early Onset Borderline Personality Disorder: A Biopsychosocial Perspective. *Front. Psychiatry*. 2021; 12: 721361. DOI: 10.3389/fpsy.2021.721361.
2. Cattane N., Rossi R., Lanfredi M., Cattaneo A. Borderline personality disorder and childhood trauma: exploring the affected biological systems and mechanisms. *BMC Psychiatry*. 2017; 17 (1): 221. DOI: 10.1186/s12888-017-1383-2.
3. Fortalesade de Aquino Ferreira L., Queiroz Pereira F.H., Neri Benevides, A.M.L., Aguiar Melo M.C. Borderline personality disorder and sexual abuse: A systematic review. *Psychiatry Res*. 2018; 262: 70–77. DOI: 10.1016/j.psychres.2018.01.043.
4. Girard M. La maltraitance précoce est-elle un facteur de risque du trouble de la personnalité limite: une recension systématique des études prospectives. URL : <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/25742>

5. Godbout N., Daspe M.-È., Runtz M. [et al.]. Childhood maltreatment, attachment, and borderline personality-related symptoms: Gender-specific structural equation models. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2019; 11 (1): 90–98. DOI: 10.1037/tra0000403.
6. Kim M.K., Kim J.S., Park H.I. [et al.]. Early life stress, resilience and emotional dysregulation in major depressive disorder with comorbid borderline personality disorder. *J. Affect. Disord.* 2018; 236: 113–119. DOI: 10.1016/j.jad.2018.04.119.
7. Porter C., Palmier-Claus J., Branitsky A. [et al.]. Childhood Adversity and Borderline Personality Disorder: A Meta-Analysis. *Act. Psychiatr. Scand.* 2020; 141 (1): 6–20. DOI: 10.1111/acps.13118.
8. Rosenstein L.K., Ellison W.D., Walsh E. [et al.]. The role of emotion regulation difficulties in the connection between childhood emotional abuse and borderline personality features. *Personal Disord.* 2018; 9 (6): 590–594. DOI: 10.1037/per0000294.
9. Solmi M., Dragioti E., Croatto G. [et al.]. Risk and Protective Factors for Personality Disorders: An Umbrella Review of Published Meta-Analyses of Case-Control and Cohort Studies. *Front. Psychiatry*. 2021; 12:679379. DOI: 10.3389/fpsy.2021.679379.
10. Winter D., Bohus M., Lis S. Understanding negative self-evaluations in borderline personality disorder—a review of self-related cognitions, emotions, and motives. *Curr. Psychiatry Rep.* 2017; 19 (3): 17. DOI: 10.1007/s11920-017-0771-0.
11. Xie G.D., Chang J.J., Yuan M.Y. [et al.]. Childhood abuse and borderline personality disorder features in Chinese undergraduates: the role of self-esteem and resilience. *BMC Psychiatry*. 2021; 21 (1): 326. DOI: 10.1186/s12888-021-03332-w.
12. Zarrati I., Bermas H., Sabet M. The Relationship Between Childhood Trauma and Suicide Ideation: Mediating Role of Mental Pain. *Ann. Mil. Health Sci. Res.* 2019; 17 (1): e89266. DOI: 10.5812/amh.89266.

---

Поступила 09.11.2022 г.

Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией данной статьи.

**Для цитирования.** Исагулова Е.Ю. Физическое, сексуальное, эмоциональное насилие в детстве — предпосылки развития пограничного расстройства личности в подростковом возрасте (обзор зарубежных исследований) // Вестник психотерапии. 2023. № 85. С. 60–69. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-85-60-69

---

E. Yu. Isagulova

**Physical, sexual, emotional abuse in childhood – prerequisites  
for the development of borderline personality disorders in adolescents  
(review foreign studies)**

Clinical Mental Health Center (21, Poryadkovyi lane, Moscow, 127005, Russia)

✉ Elena Yur'evna Isagulova — PhD Psychol. Sci., clinical psychologist, director, Clinical Mental Health Center (21, Poryadkovyi lane, Moscow, 127005, Russia), e-mail: 9477877@gmail.com

**Abstract**

*Relevance.* According to a study by the University of Manchester, people with borderline personality disorder (BPD) are 13 times more likely to report childhood trauma than people without any mental health problems. An analysis of data from 42 international studies involving more than 5,000 people showed that 71.1% of people diagnosed with a personality disorder reported at least one traumatic experience during childhood.

*Intention.* To identify the current state of the problem of studying physical, sexual, emotional abuse in childhood as a possible factor in the development of borderline symptoms in adolescence.

---

*Methodology.* The object of the study was scientific articles and meta-reviews on the problem presented in the abstract-bibliographic databases MEDLINE, PubMed and eLibrary.ru for the last 5 years.

*Results and Discussion.* Based on this analysis, there is a lot of evidence that traumatic experience in the early period of development increases the likelihood of developing borderline disorders. Studies on the effects of childhood trauma on adolescent mental health show that it is much more likely associated with BPD than with mood disorders, psychosis, and other personality disorders. The most common adverse experience in people with BPD was physical neglect, followed by emotional abuse, physical abuse, sexual abuse, and last but not least emotional neglect.

*Conclusion.* The results showed that childhood traumatic experiences may be a predictor of BPD symptoms at a later age. It should be noted that childhood emotional abuse and neglect has the most significant influence on the formation of BPD in adolescents.

**Keywords:** medical psychology, children, adolescents, borderline personality disorder, mental trauma, physical abuse, sexual abuse, emotional abuse.

---

Received 09.11.2022

**For citing:** Isagulova E.Yu. Fizicheskoe, seksual'noe, emotsional'noe nasilie v detstve — predposylki razvitiya pogrannichnogo rasstroistva lichnosti v podrozkovom vozraste (obzor zarubezhnykh issledovaniy). *Vestnik psikhoterapii*. 2023; (85):60–69. (In Russ.)

Isagulova E.Yu. Physical, sexual, emotional abuse in childhood — prerequisites for the development of borderline personality disorders in adolescents (review foreign studies). *Bulletin of Psychotherapy*. 2023; (85):60–69. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-85-60-69

---

А.В. Марков<sup>1</sup>, Е.С. Курасов<sup>2</sup>, Н.Н. Баурова<sup>2</sup>, С.Н. Колодин<sup>2</sup>

## ИНДИВИДУАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ, ПРИНИМАВШИХ СИНТЕТИЧЕСКИЕ КАТИНОНЫ, НА ЭТАПЕ СТАНОВЛЕНИЯ РЕМИССИИ

<sup>1</sup> Общество с ограниченной ответственностью «АВА-Петер»  
(Россия, Санкт-Петербург, Литейный пр., д. 55А, пом. 3-Н);

<sup>2</sup> Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова (Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6)

*Актуальность.* Систематический прием любого психоактивного вещества, как правило, способствует личностным изменениям и ухудшению социального функционирования. Исследований по изучению влияния синтетических катинонов (СК) на психическое здоровье их потребителей в настоящее время сравнительно мало, а их результаты порой противоречат друг другу. Особенно важным представляется изучение этапа становления ремиссии у пациентов с зависимостью, так как в этот момент происходит формирование установки на воздержание от приема наркотического вещества.

*Цель* – изучить индивидуально-личностные особенности пациентов, принимавших синтетические катиноны, на этапе становления ремиссии.

*Методология.* В исследовании приняли участие 186 пациентов, находившихся на реабилитации вследствие приема ПАВ. 1-ю группу составили 109 пациентов с зависимостью от синтетических катинонов, 2-ю – 37 пациентов, эпизодически принимавших СК, 3-ю – 40 пациентов, зависимых от алкоголя. Основным методом исследования был клинико-психопатологический, помимо которого использовались экспериментально-психологический (сокращенный метод обследования личности СМОЛ, методика «Личностная агрессивность и конфликтность») и психометрический (шкала самооценки социальной адаптации, SASS) методы.

*Результаты и их анализ.* Исследование показало, что у пациентов 1-й группы (зависимых от СК) чаще выявлялись характерологические изменения, чем у лиц из других групп. В 1-й и 3-й группе со сформированной зависимостью превалировала акцентуация возбудимого типа, она встречалась достоверно чаще, чем у пациентов 2-й группы. Исследованы проявления ведущих акцентуаций у пациентов 1-й группы. Также установлено, что у пациентов 1-й группы, в сравнении с пациентами из 2-й группы, чаще наблюдались расстройства личности. Установлено, что средний уровень оценки социальной адаптации у пациентов в 1-й группе оказался значимо ниже, чем у пациентов в 2-й и 3-й группе.

*Заключение.* Выявленные индивидуально-личностные особенности пациентов с зависимостью от СК позволят дифференцированно подойти к их лечению и ресоциализации путем разработки персонифицированных реабилитационных программ.

**Ключевые слова:** зависимость, медицинская психология, психиатрия, психостимулятор, синтетические катиноны, дизайнерские наркотики, ремиссия, личностные особенности, социальная адаптация, мефедрон.

---

Марков Александр Викторович – врач-психиатр-нарколог отд-ния психиатрии и психотерапии поликлиники ООО «АВА-Петер» (Россия, 191014, Санкт-Петербург, Литейный пр., д. 55А, пом. 3-Н), ORCID: 0000-0002-3905-6453, e-mail: a.markoff80@mail.ru;

✉ Курасов Евгений Сергеевич – д-р мед. наук, проф., каф. психиатрии, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), ORCID: 0000-0003-3616-6574, e-mail: doc4678@mail.ru;

Баурова Наталия Николаевна – канд. психол. наук, мед. психолог, каф. психиатрии, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: baurova-n@mail.ru;

Колодин Сергей Николаевич – зав. приемным отд-нием, клиники психиатрии, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: s.n.kolodin@mail.ru

## Введение

В последние годы в России отмечается тенденция по замещению опиоидных наркотиков на синтетические, среди которых одними из наиболее популярных являются синтетические катиноны (СК) [2, 3]. К основным факторам смены предпочтений в среде наркопотребителей в настоящее время относят: снижение уровня достатка определенных слоев населения, ложные представления о «безвредности и легальности», а также относительной дешевизне синтетических наркотиков [12].

В современной литературе имеется достаточно много работ, касающихся токсикокинетики и токсикодинамики СК, описания отдельных случаев интоксикации ими. При этом практически отсутствуют работы по изучению индивидуально-психологических особенностей потребителей СК, качества их жизни и социальной адаптации на этапе ремиссии, а имеющиеся результаты зачастую противоречат друг другу.

Как известно, прием любого психоактивного вещества приводит к личностным изменениям, а также социальным последствиям у их потребителей, в том числе и на ранних стадиях развития зависимости [1, 5, 7, 13]. У лиц с зависимостью от СК это происходит в большей степени за счет ухудшения психического состояния при большей сохранности физического здоровья [1, 7]. В частности, отмечается повышение подозрительности, раздражительности, физической и вербальной агрессии, усиление чувства вины, нарушениях памяти, восприятия, мышления и воли [1, 2, 9]. Все перечисленные факторы могут приводить в итоге к нарастанию изменений личности [4]. Также в литературе указывается, что ведущий личностный радикал может играть существенную роль в оформлении психопатологической картины абстинентного и постабстинентного периодов у наркозависимых [11]. Важность изучения акцентуаций и расстройств личности («личностная дисфункция» по МКБ-11) у потребителей СК также заключается в том, что возможное развитие декомпенсаций в различных (в первую очередь, стрессовых) ситуациях

может привести к возобновлению приема наркотических веществ. Кроме того, более точное понимание особенностей личностных изменений у потребителей СК позволяет формировать более эффективные программы лечения и реабилитации этих лиц.

**Цель** – изучить индивидуально-личностные особенности и уровень социальной адаптации пациентов с зависимостью от синтетических катинонов на этапе становления ремиссии.

## Материал и методы

Обследовали 186 пациентов, проходивших реабилитацию по поводу приема СК. Все обследуемые (с целью объективизации исследования) были отобраны методом сплошного скрининга в различных центрах реабилитационной помощи в Санкт-Петербурге и Ленинградской области: 2-е отделение Городской наркологической больницы, частные центры «Лайф», «Вершина», «Навстречу жизни» и православный реабилитационный центр «Сологубовка» благотворительного фонда «Диакония». 1-ю (основную) группу исследования составили 109 пациентов с зависимостью от СК, 2-ю – 37 пациентов, эпизодически принимавших синтетические катиноны (без признаков зависимости), 3-ю – 40 пациентов с зависимостью от алкоголя.

Критериями включения в исследование являлись: срок ремиссии от 3 нед. до 6 мес., способность пациентов понимать и выполнять условия исследования, согласие пациента на исследование в письменной форме, возраст пациентов от 18 до 40 лет. Для пациентов 1-й группы допускался прием СК за 6 мес. до поступления на реабилитацию. Критериями исключения являлись: наличие сопутствующих тяжелых соматических и неврологических заболеваний, отказ пациента от участия в обследовании, выраженные когнитивные и мнестические нарушения, наличие сопутствующих психических расстройств.

Перед исследованием с каждым пациентом проводилась беседа о целях и задачах

обследования, в случае согласия и полного понимания происходящего (при письменном подтверждении согласия) приступали к процедуре обследования.

Основными методами исследования были клинико-психопатологический, экспериментально-психологический и психометрический. Использовали:

– сокращенный метод обследования личности (СМОЛ) в адаптации В.П. Зайцева и В.Н. Козюли (1981). Результаты оценивали по шкалам: лжи (L), достоверности (F), коррекции (K), ипохондрии (Hs), депрессии (D), истерии (Hy), психопатии (Pd), паранойяльности (Pa), психастении (Pt), шизоидности (Se) и гипомании (Ma).

– методику «Личностная агрессивность и конфликтность» (Ильин Е.П., Ковалев П.А., 2000);

– шкалу самооценки социальной адаптации (SASS) М. Bosc и соавт. (1997).

Средний возраст пациентов в 1-й группе составил ( $29,5 \pm 6,9$ ) года, во 2-й – ( $28,7 \pm 6,2$ ) года, в 3-й – ( $31,3 \pm 4,6$ ) года. Статистически значимых различий между группами по возрасту не выявили ( $p > 0,05$ ). Гендерный состав всех трех групп характеризовался преобладанием лиц мужского пола: в 1-й группе пациентов их было 76,3 %, во 2-й – 71,4 %, 3-й – 65 % ( $p > 0,05$ ). Стаж приема СК у пациентов 1-й группы составил ( $28,4 \pm 25,7$ ) мес.

Статистическую обработку данных исследования осуществляли с помощью программных пакетов Microsoft Excel 2010 и Statistica 10.0. Данные представили в виде средних арифметических со стандартными отклонениями ( $M \pm SD$ ). Для сравнения количественных показателей в 3 группах применяли непараметрический Н-критерий Краскела – Уоллиса, с дальнейшим проведением попарных сравнений с помощью U-критерия Манна – Уитни. При сравнении количественных показателей зависимых выборок использовался W-критерий Вилкоксона. С целью оценки значимости различий между двумя группами номинальных признаков использовались Хи-квадрат Пирсона и точный критерий Фишера (при выборке меньше пяти).

## Результаты и их анализ

В ходе проведенного исследования при рассмотрении типов акцентуаций за основу была взята классификация акцентуированных радикалов Б.В. Овчинникова (2009). В данной классификации базисные личностные радикалы соответствуют восьми общепринятым акцентуациям характера, а также шкалам методики СМОЛ [8].

С целью исключения влияния текущего психического состояния обследуемых, связанного как с актуальными стрессовыми факторами, так и со сроком воздержания от приема ПАВ, пациенты 1-й группы проходили тестирование по опроснику СМОЛ дважды: при включении в исследование и при выписке из реабилитационного центра (табл. 1). Результаты свидетельствуют, что статистически значимых различий на этом этапе получено не было, что может говорить об устойчивости индивидуально-личностных особенностей пациентов, обнаруженных в исследовании, и отсутствии влияния на результаты ситуационных стрессовых факторов.

Следует отметить, что пациенты всех групп находились в абсолютно равных условиях минимального воздействия окружающей среды, поэтому результаты у всех групп оказались усредненными. Несмотря на это, профиль личности, определенный по методике СМОЛ, выявил достоверно более высокие показатели пациентов 1-й группы относительно пациентов из 2-й и 3-й группы по таким шкалам, как «Паранойяльность» (Pa), «Шизоидность» (Se) и «Мании» (Ma) (табл. 2).

Для большей наглядности полученные данные представлены в виде профиля личности на рисунке. Кроме того, часть пациентов старалась представить себя с лучшей стороны (с целью добиться скорейшей выписки), что могло повлиять на результаты исследования. В связи с этим основным методом выявления типов акцентуаций и расстройств личности был клинико-психопатологический. При определении типа акцентированных радикалов в нашей работе внимание было сосредоточено на ведущих

Таблица 1

## Результаты тестирования по опроснику СМОЛ пациентов 1-й группы, (M ± SD) T-балл

Шкала	При включении в обследование	Перед выпиской из реабилитационного центра
L	47,4 ± 5,6	47,4 ± 4,8
F	56,1 ± 7,7	55,1 ± 8,8
K	46,5 ± 8,3	48,3 ± 10,0
Hs	48,5 ± 8,4	48,3 ± 7,2
D	51,0 ± 10,0	52,3 ± 8,7
Hu	53,5 ± 11,3	52,6 ± 9,3
Pd	61,1 ± 10,5	63,1 ± 9,5
Pa	56,8 ± 12,4	55,3 ± 9,8
Pt	55,7 ± 11,1	56,5 ± 9,5
Se	58,8 ± 9,8	57,5 ± 8,8
Ma	54,9 ± 12,3	52,2 ± 12,8

Таблица 2

## Профиль личности пациентов в группах по шкалам опросника СМОЛ, (M ± SD) T-балл

Шкала	Группа			p
	1-я	2-я	3-я	
L	47,4 ± 5,6	50,1 ± 6,4	47,1 ± 4,8	1/2 = 0,01; 2/3 = 0,023
F	56,1 ± 7,7	53,5 ± 6,8	53,2 ± 6,5	1/3 = 0,038
K	46,5 ± 8,3	47,6 ± 9,3	50,5 ± 8,2	1/3 = 0,01
Hs	48,5 ± 8,4	48,8 ± 5,5	50,1 ± 7,3	
D	51,0 ± 10,0	49,8 ± 8,2	51,7 ± 11,1	
Hu	53,5 ± 11,3	50,8 ± 8,8	55,0 ± 10,1	
Pd	61,1 ± 10,5	55,8 ± 10,7	59,9 ± 12,0	1/2 = 0,009
Pa	56,8 ± 12,4	50,1 ± 10,5	48,0 ± 8,2	1/2 = 0,011; 1/3 = 0,0001
Pt	55,7 ± 11,1	50,4 ± 9,2	52,4 ± 10,8	1/2 = 0,01
Se	58,8 ± 9,8	51,9 ± 9,6	51,6 ± 8,3	1/2 = 0,0003; 1/3 = 0,0001
Ma	54,9 ± 12,3	48,9 ± 10,5	43,4 ± 8,4	1/2 = 0,009; 1/3 = 0,0001; 2/3 = 0,013

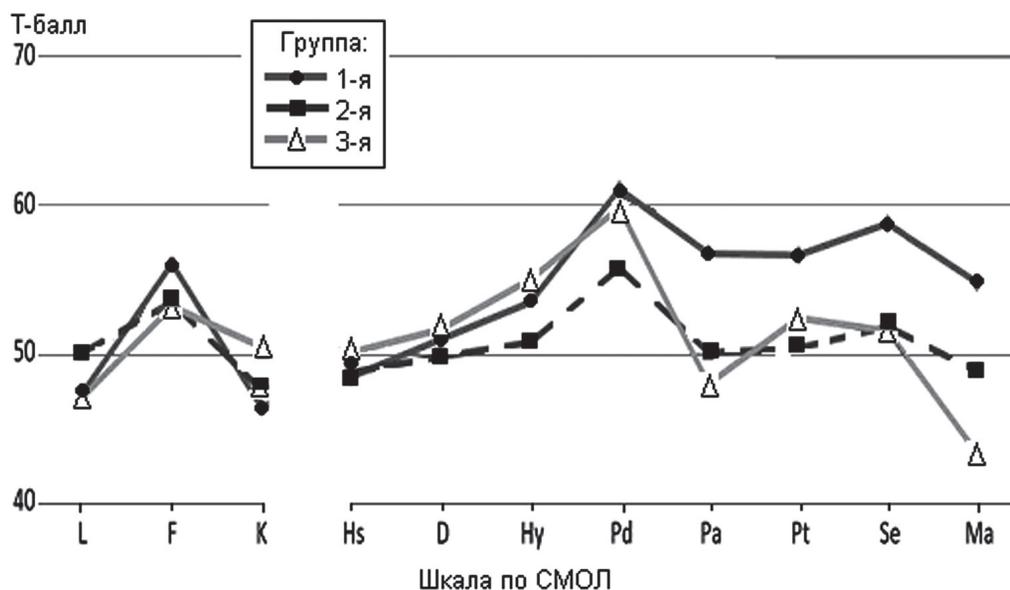
личностных особенностях, наиболее определяющих особенности реагирования индивидуума в большинстве жизненных ситуаций, а также результатах исследования по опроснику СМОЛ (T-баллы выше 70).

Как видно из табл. 3, у пациентов 1-й группы чаще выявлялись проявления личностной акцентуации, чем у пациентов из других групп исследования, при этом в группах со сформированной зависимостью возбудимая акцентуация встречалась достоверно чаще ( $p_{1/2} = 0,04$ ;  $p_{2/3} = 0,01$ ).

Данный факт подтверждает теорию К. Леонгарда (1976), в которой он отмечал

преобладание лиц с возбудимой акцентуацией у пациентов с зависимостью от алкоголя [6]. Этот же вид акцентуации как превалирующий отмечали другие исследователи и у зависимых от опиоидных наркотиков [11].

В ходе дальнейшей работы была проведена детализация проявлений ведущих акцентуаций у пациентов основной группы исследования. Так, для пациентов 1-й группы с ведущей возбудимой акцентуацией (20,2 %) были характерны: повышенная раздражительность, несдержанность, агрессивность, частая конфронтация с окружающими людьми, активная личностная по-



Профиль личности в группах по опроснику СМОЛ

зиция, склонность к риску, нетерпеливость, низкая исполнительность, повышенная потребность во внимании к себе. У данной категории лиц отсутствовала борьба мотивов перед употреблением психоактивных веществ, а также выявлялась низкая приверженность к лечению и реабилитации в связи с высоким уровнем наркологической анозогнозии. В целом для них характерно стремление к реализации собственных желаний независимо от обстоятельств и мнения окружающих.

Для пациентов с паранойяльной акцентуацией (9,1 %) были характерны: повышенная обидчивость, патологическая стойкость аффекта, честолюбие, подозрительность, враждебность, заносчивость, самонадеян-

ность, упорство, прямолинейность. Ввиду повышенной подозрительности, в том числе к медицинскому персоналу, зависимые этой группы с большим доверием воспринимали ту информацию, которая подкрепляла их первоначальные убеждения (сформированные, например, из сведений от соседей по палате или из «желтой прессы»), что затрудняло проведение с ними реабилитационных мероприятий. Для них были характерны такие убеждения, как: «длительная реабилитация необходима не для выздоровления, а для коммерческой выгоды хозяев центра» или «12-ти шаговая программа придумана американцами, а у нас другой менталитет, и нам она не подходит» и т.п. Все это приводило к возникновению враждебности в от-

Таблица 3

### Типы акцентуированных радикалов (по Б.В. Овчинникову) у пациентов в группах, n (%)

Ведущий личностный радикал	Группа			p <
	1-я	2-я	3-я	
Депрессивный	0	1 (2,9)	1 (2,5)	
Истероидный	3 (2,7)	2 (5,4)	1 (2,5)	
Возбудимый	22 (20,2)	2 (5,4)	11 (27,5)	1/2 = 0,04; 2/3 = 0,01
Паранойяльный	10 (9,1)	2 (5,4)	0	
Психастенический	7 (6,4)	1 (2,9)	0	
Шизоидный	7 (6,4)	2 (5,4)	0	
Гипертимный	10 (9,1)	0	0	
Акцентуация в целом	59 (54,1)	10 (27,0)	13 (32,5)	1/2 = 0,005; 1/3 = 0,02

ношении как медицинского персонала, так и других пациентов.

У пациентов 1-й группы психастенического типа (6,4 %) отличительными особенностями являлись: неуверенность в себе, нерешительность, повышенная чувствительность и утомляемость, зависимость от мнения окружающих, склонность к сомнениям и самообвинениям, повышенный уровень тревоги, сниженный фон настроения. Атарактический (противотревожный) мотив приема СК является для этих лиц доминирующим. Для пациентов с данным типом акцентуации также было характерно стремление по уклонению от выполнения реабилитационных физических нагрузок, «самосбережение», фиксация на внутренних телесных ощущениях и переживаниях. Но при этом они достаточно точно выполняли требования консультантов, в том числе и после выписки из стационара (посещали собрания общества анонимных наркозависимых, занятия с психологами и т.д.).

Пациенты с гипертимным типом (9,1 %) отличались высоким уровнем наркологической анозогнозии, усиленной жаждой деятельности, поиском новых впечатлений, частым приподнятым фоном настроения, завышенной самооценкой, признаками инфантилизма. При выраженном заострении личностных черт наблюдались раздражительность, эгоцентризм, сниженная критика к совершенным поступкам. При этом они легко адаптировались к переменам и порой стремились к ним. В реабилитационных центрах этих пациентов отличали оптимистичный настрой на лечение и дальнейшую жизнь, сниженный интерес к подробностям и деталям проводимых реабилитационных

мероприятий, поверхностное отношение к своей зависимости, вера в быстрое (1–2 мес.) выздоровление и убежденность в возможности «контролируемого употребления» в дальнейшем.

Для пациентов с шизоидной акцентуацией (6,4 %) были характерны замкнутость, некоторая непредсказуемость в поведении, отсутствие эмпатии, выраженный субъективизм во взглядах, психологическая ранимость. Они испытывали трудности в межличностном общении, выражении эмоций, выстраивании новых контактов, на групповых занятиях предпочитали молчать, редко высказывались, что приводило к еще большему отчуждению от группы, росту тревоги и напряжения. При этом они с легкостью осваивали все правила, выполняли задания и воспринимали традиции 12-шаговой программы, но зачастую ставили ее эффективность под сомнение, особенно если консультант, по их мнению, был «не в полной мере компетентен» или же если в отделение поступал пациент с рецидивом наркотизации после уже пройденной ранее реабилитации.

В 8,6 % случаев выраженность личностной дисгармонии у пациентов достигала уровня расстройства личности. В проведенном исследовании признаки расстройства личности (клинически подтвержденные проявления социальной дезадаптации, Т-баллы по методике СМОЛ выше 78 хотя бы по одной шкале и пики по другим шкалам выше 70 Т-баллов) были выявлены у 14 пациентов (12,8 %) 1-й группы и только у 2 (5 %) человек из 3-й группы. Пациентов из 2-й группы с признаками расстройств личности выявлено не было ( $p_{1/2} = 0,02$ ) (табл. 4).

Таблица 4

Типы расстройств личности у пациентов в группах, n (%)

Тип расстройства личности по МКБ-10	Группа		
	1-я	2-я	3-я
Импульсивный (F60.31)	2 (1,8)		2 (5)
Параноидный (F60.01)	7 (6,4)		
Тревожный (F60.61)	2 (1,8)		
Смешанный (F60.81)	3 (2,7)		

Таблица 5

**Показатели методики «Личностная агрессивность и конфликтность» у пациентов в группах, (M ± SD) балл**

Шкала	Группа			P
	1-я	2-я	3-я	
Вспыльчивость	6,6 ± 2,3	5,3 ± 2,6	6,3 ± 2,3	1/2 = 0,004
Наступательность, напористость	4,3 ± 2,3	4,1 ± 1,8	3,5 ± 2,1	
Обидчивость	5,1 ± 2,3	3,8 ± 2,4	4,0 ± 1,9	1/3 = 0,007; 1/2 = 0,002
Неуступчивость	3,2 ± 2,0	3,2 ± 1,7	3,1 ± 2,0	
Бескомпромиссность	7,7 ± 1,8	8,2 ± 1,5	7,9 ± 1,6	
Мстительность	3,2 ± 1,6	2,7 ± 1,5	3,6 ± 1,8	2/3 = 0,015
Нетерпимость к мнению других	3,3 ± 1,7	2,7 ± 1,7	2,7 ± 1,7	
Подозрительность	4,8 ± 1,9	4,4 ± 2,2	4,2 ± 1,9	
Позитивная агрессивность	7,5 ± 3,6	7,4 ± 3,0	6,7 ± 3,8	
Негативная агрессивность	6,6 ± 2,8	5,4 ± 2,5	6,4 ± 3,0	1/2 = 0,027
Конфликтность	24,3 ± 4,8	21,7 ± 5,8	22,5 ± 4,7	1/2 = 0,009; 1/3 = 0,049

Пациенты с признаками расстройств личности, при сравнении с другими пациентами 1-й группы, отличались большей наследственной отягощенностью психическими расстройствами ( $p = 0,02$ ), а по методике «Личностная агрессивность и конфликтность» – более выраженной конфликтностью ( $p = 0,007$ ), обидчивостью ( $p = 0,04$ ), мстительностью ( $p = 0,04$ ) и подозрительностью ( $p = 0,003$ ). Характерным являлся факт того, что самооценка социальной адаптации у них статистически значимо не различалась, так как эти пациенты воспринимали свое (порой – антисоциальное) поведение как эгосинтонное.

В ходе дальнейшей работы была исследована склонность пациентов из всех групп исследования к конфликтности и агрессив-

ности с помощью методики «Личностная агрессивность и конфликтность». Данные табл. 5 свидетельствуют, что показатели пациентов 1-й группы статистически значимо отличались от показателей, полученных при обследовании пациентов групп сравнения по двум шкалам: «Обидчивость» и «Конфликтность». Это свидетельствовало о том, что пациенты с зависимостью от СК, по сравнению с пациентами других групп исследования, были более чувствительны к эмоциональным переживаниям, склонны к перепадам настроения, конфликтным формам поведения и манипуляторными тенденциями в межличностном общении.

На следующем этапе был исследован уровень социальной адаптации путем субъективной ее оценки с помощью «Шкалы са-

Таблица 6

**Показатели самооценки социальной адаптации у пациентов в группах, n (%)**

Уровень самооценки социальной адаптации	Группа			P
	1-я	2-я	3-я	
Очень хорошая	6 (5,5)	5 (13,5)	3 (7,5)	
Хорошая	33 (30,3)	20 (54,0)	20 (50,0)	1/2 = 0,01; 1/3 = 0,026
Затрудненная	65 (59,6)	12 (32,4)	15 (37,5)	1/2 = 0,005; 1/3 = 0,017
Плохая	5 (4,6)	0 (0)	2 (5,0)	
Средний уровень социальной адаптации, балл	34,2 ± 6,7	38,7 ± 6,8	37,3 ± 7,3	1/2 = 0,001; 1/3 = 0,019

мооценки социальной адаптации» (SASS). Данные табл. 6 свидетельствуют, что в целом в 1-й группе статистически значимо преобладали пациенты, оценивавшие свою социальную адаптацию как «затрудненную», а в группах эпизодического приема СК и зависимых от алкоголя – как «хорошую». Средний уровень самооценки социальной адаптации у пациентов в 1-й группе был статистически значимо меньше ( $p_{1/2} < 0,001$ ;  $p_{1/3} = 0,019$ ), чем у пациентов в группах сравнения.

### Заключение

Таким образом, анализ полученных результатов исследования показал, что у пациентов 1-й группы (с зависимостью от синтетических катионов) акцентуации характера и выраженные изменения личности встречались значимо чаще, чем у пациентов 2-й группы (с эпизодическим приемом синтетических катионов), что свидетельствует о нарастании общей личностной дистормии при систематическом употреблении

этих наркотических средств. Наиболее распространенной акцентуацией являлся возбуждаемый тип, что, по данным литературы, характерно для лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами [6, 10]. Вместе с этим у пациентов с зависимостью от синтетических катионов были выявлены наиболее низкие показатели социальной адаптации. Полученные результаты подтверждают факт того, что синтетические психоактивные вещества, именуемые в среде наркопотребителей как «легкие наркотики», способствуют формированию выраженных личностных изменений и негативных социальных последствий, аналогичных «классическим» наркотическим средствам (опиоиды, стимуляторы).

Исследование также показало, что выявление индивидуально-личностных особенностей пациентов, зависимых от синтетических катионов, позволяет дифференцированно подойти к их лечению и ресоциализации путем разработки персонализированных реабилитационных программ.

### Литература

1. Арзуманов Ю.Л., Коротина О.В., Абакумова А.А. Личностные особенности людей с зависимостью от синтетического психоактивного вещества // Системная психология и социология. 2019. № 2 (30). С. 13–23. DOI: 10.25688/2223-6872.2019.30.2.02.
2. Асадуллин А.Р. Динамика потребления психоактивных веществ в Республике Башкортостан с углубленным клинико-генетическим изучением формирования зависимости от веществ группы синтетических катионов: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Уфа, 2018. 49 с.
3. Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2020 год. Вена: Управление ООН по наркотикам и преступности, 2021. 166 с. URL: <https://wdr.unodc.org/wdr2020/index.html>.
4. Курасов Е.С. Особенности формирования психогенных расстройств у курсантов высших военных учебных заведений: автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2005. 20 с.
5. Кутянова И.П. Личностные особенности потребителей разных видов психоактивных веществ // Ученые записки Российского государственного социального университета. 2019. № 1. С. 216–224.
6. Леонгард К. Акцентуированные личности: пер. с нем. Киев: Высш. шк., 1981. 392 с.
7. Марков А.В., Курасов Е.С., Шамрей В.К. [и др.]. Качество жизни и социальная адаптация пациентов, принимавших синтетические катионы, на этапе становления ремиссии // Альянс психологии, психотерапии и фармакотерапии. Наука и реальный мир в лечении психических расстройств: материалы науч. конф., посвящ. 90-летию со дня рождения Б.Д. Карвасарского. СПб., 2021. С. 160–162.
8. Овчинников Б.В., Дьяконов И.Ф. Психологические аспекты психического здоровья / ред. В.К. Шамрей. СПб.: Воен.-мед. акад., 2009. 312 с.
9. Патрикеева О.Н., Соловьева И.Г., Рецер Р.А. [и др.]. Психоэмоциональные особенности лиц, зависимых от синтетических наркотиков, при разных сроках воздержания // Неврологич. вестн. 2021. Т. 53, № 2. С. 34–41. DOI: 10.17816/nb58207.
10. Рустанович А.В., Шамрей В.К. Клиническая психиатрия в схемах, таблицах и рисунках. СПб.: Элби-СПб, 2006. 216 с.
11. Стрелец И.В. Клиника наркомании: основные синдромы и клинические формы // Психиатрия и психофармакотерапия. 1999. № 3. С. 16–17.

12. Хохлов М.С. Наркологический анамнез потребителей синтетических психостимуляторов с суицидальным поведением // Акад. журн. Зап. Сибири. 2019. Т. 15, № 4 (81). С. 49–51.
13. Шамрей В.К., Колчев А.И., Курасов Е.С. [и др.]. Стресс и аддиктивное поведение // Изв. Рос. воен.-мед. акад. 2020. Т. 39, № S3-4. С. 293–296.

---

Поступила 05.10.2022 г.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией данной статьи.

**Вклад авторов:** А.В. Марков – методология и дизайн исследования, организация сбора первичных клинических данных, статистический анализ первичных клинических данных, анализ литературных данных; Е.С. Курасов – методология и дизайн исследования, планирование цели и задач исследования, редактирование окончательного варианта статьи; Н.Н. Баурова, С.Н. Колодин – участие в написании статьи, подготовка иллюстративного материала, редактирование окончательного варианта статьи.

**Для цитирования:** Марков А.В., Курасов Е.С., Баурова Н.Н., Колодин С.Н. Индивидуально-личностные особенности пациентов, принимавших синтетические катиноны, на этапе становления ремиссии // Вестник психотерапии. 2023. № 85. С. 70–80. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-85-70-80

---

A.V. Markov<sup>1</sup>, E.S. Kurasov<sup>2</sup>, N.N. Baurova<sup>2</sup>, S.N. Kolodin<sup>2</sup>

## Individual and personal characteristics of patients taking synthetic cathinones at the stage of remission

AVA-PEter LLC (55A, room 3-N, Liteyny Ave., St. Petersburg, 191014, Russia);  
Kirov Military Medical Academy (4/2, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia)

Alexandr Viktorovich Markov – psychiatrist-narcologist, Department of Psychiatry and Psychotherapy of the polyclinic, AVA-Peter LLC (55A, room 3-N, Liteyny Ave., St. Petersburg, 191014, Russia), Orchid 0000-0002-3905-6453, e-mail: a.markoff80@mail.ru;

✉ Evgeny Sergeevich Kurasov – Dr. Med. Sci. Prof., Department of Psychiatry, Kirov Military Medical Academy (4/2, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia), Orchid 0000-0003-3616-6574, e-mail: doc4678@mail.ru;

Natalia Nikolaevna Baurova – PhD Psychol. Sci., medical psychologist. Department of Psychiatry, Kirov Military Medical Academy (4/2, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: baurova-n@mail.ru;

Sergey Nikolaevich Kolodin – head of admissions department. Department of Psychiatry, Kirov Military Medical Academy (4/2, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: s.n.kolodin@mail.ru

### Abstract

*Relevance.* The systematic use of any psychoactive substance, as a rule, contributes to personality changes and deterioration of social functioning. Research on the impact of synthetic cathinones (SC) on the mental health of their consumers is currently relatively small, and their results sometimes contradict each other. It is especially important to study the stage of the formation of remission in patients with dependence, since at this moment the formation of a setting for abstinence from taking a narcotic substance takes place.

*The aim* is to study the individual and personal characteristics of patients taking synthetic cathinones at the stage of remission formation.

*Methodology.* The study involved 186 patients who were in rehabilitation due to the use of PAS. The 1st group consisted of 109 patients with dependence on synthetic cathinones. The second group consisted of 37 patients who occasionally took synthetic cathinones. The third group consisted of 40 patients dependent on alcohol. The main research method was clinical and psychopathological,

in addition to which experimental psychological (abbreviated method of personality examination “SMOL”, “Personal aggressiveness and conflict-ness” method and psychometric (self-assessment scale of social adaptation (SASS)) methods were used.

*Results and their analysis.* The study showed that in patients of the main group (addicted to SC) characterological changes were more often detected than in individuals from other groups of the study. At the same time, excitable-type accentuation prevailed in the groups with developed dependence; it occurred significantly more often than in patients with episodic SC use. The manifestations of leading accentuations in patients of the main study group were studied. It was also found that in patients dependent on SC, in comparison with patients from the group of episodic use of these surfactants, personality disorders were more often observed. It was found that the average level of assessment of social adaptation in patients in the main group was significantly lower than in patients in the comparison groups (episodic use of SK and alcohol dependence).

*Conclusion.* The identified individual and personal characteristics of patients with dependence on SC will allow a differentiated approach to their treatment and resocialization through the development of personalized rehabilitation programs.

**Keywords:** addiction, medical psychology, psychostimulants, synthetic cathinones, designer drugs, the stage of remission formation, personality characteristics of drug addicts, drug-dependent personality, social adaptation, mephedrone.

### References

1. Arzumanov Yu.L., Korotina O.V., Abakumova A.A. Lichnostnye osobennosti lyudei s zavisimost'yu ot sinteticheskogo psikhoaktivnogo veshchestva [Personal sphere peculiarities in persons with synthetic psychoactive substance dependence]. *Sistemnaya psikhologiya i sotsiologiya* [Systems psychology and sociology]. 2019; (2):13–23. DOI: 10.25688/2223-6872.2019.30.2.02. (In Russ.)
2. Asadullin A.R. Dinamika potrebleniya psikhoaktivnykh veshchestv v Respublike Bashkortostan s uglublennym kliniko-geneticheskim izucheniem formirovaniya zavisimosti ot veshchestv gruppy sinteticheskikh katinonov [Dynamics of psychoactive substance consumption in the Republic of Bashkortostan with in-depth clinical and genetic study of the formation of dependence on substances of the group of synthetic cathinones]: Abstract dissertation Dr. Med. Sci. Ufa. 2018. 49 p. (In Russ.)
3. Doklad Mezhdunarodnogo komiteta po kontrolyu nad narkotikami za 2020 god [Report of the International Narcotics Control Board for 2020]. Vienna. 2021. 166 p. URL: <https://wdr.unodc.org/wdr2020/index.html>.
4. Kurasov E.S. Osobennosti formirovaniya psikhogennykh rasstroistv u kursantov vysshikh voennykh uchebnykh zavedenii [Features of the formation of psychogenic disorders in cadets of higher military educational institutions]: Abstract dissertation PhD Med. Sci. St. Petersburg. 2005. 20 p. (In Russ.)
5. Kutianova I.P. Lichnostnye osobennosti potrebitelei raznykh vidov psikhoaktivnykh veshchestv [Personal characteristics of consumers of different types of psychoactive substances]. *Uchenye zapiski Rossiiskogo gosudarstvennogo sotsial'nogo universiteta* [Scientific notes of the Russian state social University]. 2019. (1):216–224. (In Russ.)
6. Leonhard K. Aktsentuirovannye lichnosti [Akzentuierte Personallichkeiten]. Kyiv. 1981. 392 p. (In Russ.)
7. Markov A.V., Kurasov E.S., Shamrey V.K. [et al.]. Kachestvo zhizni i sotsial'naya adaptatsiya patsientov, primivavshikh sinteticheskie katinony, na etape stanovleniya remissii [Quality of life and social adaptation of patients taking synthetic cathinones at the stage of remission formation]. *Al'yans psikhologii, psikhoterapii i farmakoterapii. Nauka i real'nyi mir v lechenii psikhicheskikh rasstroistv* [Alliance of Psychology, Psychotherapy and Pharmacotherapy. Science and the real world in the treatment of mental disorders]: Scientific. Conf. Proceedings. St. Petersburg. 2021. Pp. 160–162. (In Russ.)
8. Ovchinnikov B.V., D'yakonov I.F. Psikhologicheskie aspekty psikhicheskogo zdorov'ya [Psychological aspects of mental health]. Ed. V.K. Shamrey. St. Petersburg. 2009. 312 p. (In Russ.)
9. Patrikeeva O.N., Solov'eva I.G., Retser R.A. [et al.]. Psikhoemotsional'nye osobennosti lits, zavisimykh ot sinteticheskikh narkotikov, pri raznykh srokakh vozderzhaniya [Psycho-emotional characteristics of persons addicted to synthetic drugs, depending on the timing of drugs cessation]. *Nevrologicheskii vestnik* [Neurology bulletin]. 2021; 53(2)34–41. DOI: 10.17816/nb58207. (In Russ.)
10. Rustanovich A.V., Shamrey V.K. Klinicheskaya psikhatriya v skhemakh, tablitsakh i risunkakh [Clinical psychiatry in diagrams, tables and figures]. St. Petersburg. 2006. 216 p. (In Russ.)
11. Strelets I.V. Klinika narkomanii: osnovnye sindromy i klinicheskie formy [Addiction Clinic: the main syndromes and clinical forms]. *Psikhatriya i psikhofarmakoterapiya* [Psychiatry and psychopharmacotherapy]. 1999; (3):16–17. (In Russ.)

12. Khokhlov M.S. Narkologicheskii anamnez potrebitelei sinteticheskikh psikhostimulyatorov s suitsidal'nym povedeniem [Narcological history of synthetic psychostimulants users with suicidal behavior]. *Akademicheskii zhurnal Zapadnoi Sibiri* [Academic Journal of West Siberia]. 2019; 15(4):49–51. (In Russ.)
  13. Shamrey V.K., Kolchev A.I., Kurasov E.S. [et al.]. Stress i addiktivnoe povedenie [Stress and addictive behavior]. *Izvestiya Rossiiskoi voenno-meditsinskoi akademii* [Izvestia of the Russian military medical academy]. 2020; 39(S3-4):293–296. (In Russ.)
- 

Received 05.10.2022

**For citing:** Markov A.V., Kurasov E.S., Baurova N.N., Kolodin S.N. Individual'no-lichnostnye osobennosti patsientov, prinyimavshikh sinteticheskie katinony, na etape stanovleniya remissii. *Vestnik psikhoterapii*. 2023; (85):70–80. (In Russ.)

Markov A.V., Kurasov E.S., Baurova N.N., Kolodin S.N. Individual and personal characteristics of patients taking synthetic cathinones at the stage of remission. *Bulletin of Psychotherapy*. 2023; (85):70–80. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-85-70-80

---

Е.В. Пестерева<sup>1,2,3</sup>, М.С. Бриль<sup>1</sup>, Н.С. Хрусталева<sup>1</sup>,  
И.Ю. Обидин<sup>1</sup>, Ю.С. Бекренева<sup>1</sup>, Н.В. Миргород<sup>1</sup>

## СТРАХ РЕЦИДИВА И ПСИХИЧЕСКАЯ ТРАВМАТИЗАЦИЯ РОДИТЕЛЕЙ В СИТУАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ РЕБЕНКА

<sup>1</sup> Санкт-Петербургский государственный университет  
(Россия, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7–9);

<sup>2</sup> Санкт-Петербургский государственный медицинский педиатрический университет  
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2);

<sup>3</sup> Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова  
(Россия, Санкт-Петербург, пос. Песочный, ул. Ленинградская, д. 68)

*Актуальность.* Страх рецидива, с одной стороны, является следствием психической травматизации родителя в связи с болезнью ребенка, а с другой стороны, он сам может быть психотравмирующим фактором.

*Цель* – изучение переживания страха рецидива у родителей в ситуации онкологического заболевания ребенка.

*Методология.* Обследовано 29 родителей, дети которых имеют диагноз онкологического заболевания. 1-ю группу составили 14 (48 %) родителей, дети которых проходили лечение в стационаре, 2-ю – 15 (52 %) родителей, дети которых находились в стадии ремиссии заболевания. Использовались клиничко-психологический метод и экспериментально-психологические методики: Госпитальная шкала депрессии и тревоги (HADS), Шкала толерантности к неопределенности (MSTAT-1), Особенности детско-родительского эмоционального взаимодействия.

*Результаты и их анализ.* Родительский страх рецидива заболевания ребенка является характерным и на этапе ремиссии, и на этапе лечения, но триггеры его возникновения различны. На выраженность страха рецидива оказывают влияние личностные особенности

---

✉ Пестерева Елена Викторовна – канд. психол. наук, доц. каф. психологии кризисных и экстрем. ситуаций, С.-Петерб. гос. ун-т (Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7–9); науч. сотр., Нац. мед. исслед. центр онкологии им. Н.Н. Петрова (Россия, 197758, Санкт-Петербург, пос. Песочный, ул. Ленинградская, д. 68); ст. препод., С.-Петерб. гос. мед. педиатрич. ун-т (Россия, 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2), e-mail: vi-lena1@mail.ru;

Бриль Михаил Сергеевич – канд. психол. наук, доц., зав. каф. психологии кризисных и экстрем. ситуаций, С.-Петерб. гос. ун-т (Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7–9), e-mail: brimis@yandex.ru;  
Хрусталева Нелли Сергеевна – д-р психол. наук, проф., каф. психологии кризисных и экстрем. ситуаций, С.-Петерб. гос. ун-т (Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7–9), e-mail: hns@mail.ru;

Обидин Иван Юриевич – канд. психол. наук, ст. препод. каф. психологии кризисных и экстрем. ситуаций, С.-Петерб. гос. ун-т (Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7–9), e-mail: ivan.obidin@gmail.ru;

Бекренева Юлия Сергеевна – канд. психол. наук, ст. препод. каф. психологии кризисных и экстрем. ситуаций, С.-Петерб. гос. ун-т (Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7–9), e-mail: Ulcha.93@mail.ru;

Миргород Наталья Владимировна – канд. психол. наук, ст. препод. каф. психологии кризисных и экстрем. ситуаций, С.-Петерб. гос. ун-т (Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7–9), e-mail: mirgorod.nv@yandex.ru

родителя: тревожность и толерантность к неопределенности. У родителей в ситуации онкологического заболевания ребенка снижается самооценка, особенно по показателю «Принятие себя как родителя».

**Заключение.** Психологическую помощь нужно оказывать не только больному ребенку, но и его родителю. Профессиональная психологическая помощь родителям требуется в процессе лечения ребенка и после его завершения.

**Ключевые слова:** психологическая коррекция, психологическая диагностика, больной ребенок, родитель, ситуация онкологического заболевания, страх рецидива болезни, тревожность, взаимодействие.

## Введение

У большинства родителей ребенок ассоциируется с будущим. Часто родители неосознанно проецируют на детей свои несбывшиеся мечты, для многих родителей наличие ребенка равноценно наличию смысла их жизни. Рождение ребенка – это уникальная возможность преодолеть конечность жизни, «продлиться» в своем ребенке. Культ материнства и рождения на протяжении веков присутствует во всех культурах, являясь естественным решением экзистенциальных вопросов людей. При этом для людей является логичным представление о последовательной смене поколений: родители всегда умирают раньше, чем их дети. Тяжелая болезнь ребенка ставит под угрозу будущее родителей, нарушает естественный ход событий. У родителей разрушаются базовые представления о безопасности, справедливости и «нормальности» мира.

В структуре заболеваемости детей злокачественные новообразования занимают 2 %, в структуре смертности в мире – 2-е место, следуя сразу за травмами. В России злокачественные новообразования находятся на 5-м месте среди причин смерти детского населения в возрасте от 0 до 17 лет после осложнений в перинатальном периоде, травм и отравлений, врожденных аномалий и болезни нервной системы [6].

С одной стороны, несмотря на достаточно низкую распространенность онкологических заболеваний у детей, по сравнению с другими болезнями, злокачественные образования занимают одно из ведущих мест в структуре детской смертности [1]. С другой стороны, с увеличением возможностей и совершенствованием медицинских техно-

логий возрастает количество детей, успешно прошедших лечение от злокачественных новообразований. Так, в странах с высоким уровнем дохода выживаемость детей с онкологическим заболеванием после 5 лет ремиссии превышает 80 %, а в странах с уровнем дохода ниже среднего – 30–45 % [10]. Но родителям, на каком бы этапе течения заболевания их ребенок ни находился, никто не может дать гарантии, что их ребенок попадет в число излеченных. Невозможно дать гарантию окончательного выздоровления ребенка. Одной из постоянных реакций родителей больного ребенка является страх перед неясным исходом болезни и ее непредсказуемыми последствиями.

Заболевание ребенка, связанное с длительным и довольно агрессивным лечением, с отсутствием гарантий полного выздоровления, сопровождается интенсивными переживаниями и реакциями родителей, которые вызваны экстремальным или кризисным характером их жизненной ситуации [5]. Это связано с тем, что болезнь ребенка всегда обнаруживается неожиданно, онкологическое заболевание представляет для ребенка реальную витальную угрозу, у родителя разрушается стабильная картина мира, появляется чувство утраты контроля над ситуацией, возникает ощущение неопределенности будущего.

Во время длительного лечения ребенка сильное эмоциональное перенапряжение родителя может привести к появлению у него невротических реакций в виде реактивной депрессии, тревоги и другой невротической симптоматики (вегетативные расстройства, нарушения сна). Отмечается, что в первую очередь именно у отцов проявля-

ются невротические срывы и депрессивные состояния. Это связано с тем, что во время лечения с ребенком находится, как правило, его мать, а отцы в этой связи чувствуют себя изолированными или неспособными заняться больным ребенком [4]. Однако наши исследования [8] показывают, что большинство матерей, находящихся в клинике с больным ребенком, имеют высокий уровень психической травматизации. Он обуславливает импульсивное поведение матери, которое проявляется в общении с другими – мужем, родственниками, медперсоналом – в виде обид, гнева и претензий. У матерей с высоким уровнем психической травматизации снижен контроль за поведением своего ребенка в процессе лечения. По сути, они не справляются с уходом за больным ребенком, и в этой связи могут возникать конфликты с медицинским персоналом и близкими. Было показано, что высокий уровень психической травматизации матери связан с особенностями ее отношения к болезни ребенка: женщины с более высокой травматизацией склонны воспринимать заболевание ребенка как нечто внешнее, что нарушило их личную жизнь, жизнь их семьи [8]. Однако людям свойственно осмысливать происходящее, и каждый родитель задает себе вопросы: «За что?», «Почему это случилось именно с моим ребенком?»

Для родителей с высоким уровнем психической травматизации информация об онкологическом диагнозе ребенка является настолько травмирующей, что они не могут размышлять о болезни. Отсутствие смысловой стороны отношения к болезни ребенка ограничивает жизнь родителей только болезнью ребенка (они «уходят» в болезнь ребенка, фактически прекращая свою жизнедеятельность в других сферах), что в еще большей степени истощает родителя и делает его неспособным заботиться о больном ребенке и эмоционально поддерживать его.

«За что?», «Почему это случилось именно с моим ребенком?» – каждый родитель отвечает по-разному на эти вопросы. Кто-то мучается от сильного чувства вины за болезнь ребенка, при этом чувство вины может быть

разной интенсивности, проявляться явно или находиться в глубине души. Родители винят себя за плохое воспитание, за самые мелкие и незначимые проступки. Поведение «искупление вины перед ребенком» неосознанно проявляется в виде стремления обеспечить ребенка чрезмерным количеством новых игрушек, гаджетов и т.п. [9].

Кто-то из родителей, отвечая на эти экзистенциальные вопросы, обвиняет других. Так, после установления тяжелого диагноза ребенку между супругами часто могут возникать ссоры в связи с выяснением вопроса – кто больше виноват в заболевании ребенка, кто «не досмотрел», у кого хуже наследственность и т.д. Такие ссоры усугубляют семейную ситуацию и отрицательно влияют как на взаимоотношения родителей, так и на эмоциональное состояние больного ребенка и качество его лечения [7].

У некоторых родителей вопросы «За что?», «Почему это случилось именно с моим ребенком?» трансформируются в вопрос «В чем смысл такой тяжелой болезни моего ребенка?». Этот вопрос вынуждает их мучительно искать не причину болезни, а ее смысл. Иногда смертельная опасность, которой подвергается ребенок, создает для родителя кризисную ситуацию, вследствие которой он пересматривает всю свою жизнь, болезнь ребенка становится «точкой отсчета» для родителя: ребенок своей жизнью, независимо от ее длительности, может многому научить родителя.

Переживаемая родителями реальная угроза существованию ребенка навсегда меняет их отношение к жизни своего ребенка. Даже когда ребенок успешно завершил лечение, переживания родителей наполнены различными страхами: страх ухудшения когнитивного функционирования ребенка, страх инвалидизации вследствие лечения и другие страхи, сопряженные с вопросами адаптации ребенка после заболевания. Но все эти страхи нивелируются по сравнению со страхом возвращения болезни, рецидива заболевания. Страх рецидива является одним из облигатных симптомов психической травматизации родителя, который проявляется

в виде трудноуправляемой тревоги родителя, в том числе невротической, и имеет иррациональный характер. Родитель живет в страхе, что с его ребенком может произойти что-то непоправимое, и он не сможет ему помочь. Таким образом, страх рецидива, с одной стороны, может быть следствием психической травматизации родителя в связи с болезнью ребенка, а с другой стороны, может быть травмирующим фактором, поскольку эмоциональное состояние родителей оказывает непосредственное влияние на их детей. Кроме того, родительский страх рецидива может являться одним из самых психотравмирующих факторов для ребенка.

**Целью** исследования является изучение переживания страха рецидива у родителей в ситуации онкологического заболевания ребенка.

## Материал и методы

Обследовали 29 родителей, средний возраст –  $(36,3 \pm 4,6)$  года, дети которых имеют диагноз онкологического заболевания: острый лимфобластный лейкоз (С91 по МКБ-10), опухоль мозга (С71), нейробластома (С47), нефробластома (С64), саркома Юинга (С41).

1-ю группу составили 14 (48 %) родителей, дети которых проходили лечение в Национальном медицинском исследовательском центре онкологии им. Н.Н. Петрова (п. Песочный, Санкт-Петербург), их лечение в среднем длилось 9,5 мес.

2-ю группу образовали 15 (52 %) родителей, дети которых находились в стадии ремиссии заболевания и проходили психологическую реабилитацию в Центре психологической помощи «Радуга жизни» (Санкт-Петербург), длительность ремиссии составляла в среднем 18 мес. (менее 5 лет).

В исследовании принимали участие только «ухаживающие» родители, которые были рядом с ребенком на протяжении лечения заболевания.

Использовали клиничко-психологический метод в виде клинического интервью, направленного на исследования содержания

переживаний родителей и их выраженности (например, выраженность родительского страха рецидива измеряли по полярной 10-балльной шкале, где 1 балл – «тревога, опасение», а 10 баллов – «ужас, паника»), а также следующие экспериментально-психологические методики:

– Госпитальная шкала депрессии и тревоги (HADS) [11] – для оценки эмоционального состояния родителя;

– Шкала толерантности к неопределенности (MSTAT-1) [2] – для изучения способности родителя противостоять неопределенной информации и принимать решения в ситуации заболевания ребенка;

– Особенности детско-родительского эмоционального взаимодействия (ОДРЭВ) [3].

Результаты проверили на нормальность распределения признаков. В тексте представлены средние арифметические показатели и средние квадратические отклонения ( $M \pm SD$ ). Значимость различий выявленных параметров между группами определили U-критерием Манна-Уитни при  $p \leq 0,05$ .

## Результаты и их анализ

С помощью клинического интервью выявлялась частота и выраженность страха рецидива у родителей.

Частота ощущения страха рецидива родителями:

– в 1-й группе 4 (28 %) отмечают, что ощущают страх рецидива постоянно; 7 (50 %) родителей указывают, что страх есть, но он присутствует не постоянно, а как реакция на информацию («когда слышу, что кто-то из детей умер с таким же заболеванием, как у моего ребенка»; «когда слышу, что у кого-то из детей с таким же заболеванием, как у моего ребенка, возник рецидив»); 3 (22 %) «не могут на эту тему говорить и не думают об этом»;

– во 2-й группе 2 (13 %) указали, что страх рецидива переживают очень редко; 13 (87 %) родителей отметили наличие ситуативного страха рецидива («когда идем на плановую диагностику»; «всякий раз, когда ребенок жалуется на самочувствие»).

Выраженность родительского страха рецидива заболевания у ребенка в 1-й группе родителей составила ( $6,4 \pm 2,3$ ) балла, во 2-й – ( $5,1 \pm 2,6$ ) балла (различия недостоверны).

Таким образом, родительский страх рецидива характерен не только для ситуации ремиссии заболевания, он возникает и в процессе лечения ребенка. На этапе лечения страх рецидива проявляется в связи с информацией о том, что у другого ребенка с таким же заболеванием возник рецидив или его лечение закончилось летальным исходом. Несколько иная картина наблюдается у родителей на этапе ремиссии ребенка: у них страх рецидива провоцируют ситуация плановой диагностики ребенка и жалобы ребенка на свое самочувствие, которые могут быть и не связаны с онкологическим диагнозом. Выраженность страха рецидива имеет тенденцию быть выше у родителей во время лечения ребенка.

Ответы родителей на вопрос «Что я делаю, когда охватывает страх рецидива?»:

– 1-я группа (этап лечения ребенка): 6 (43 %) родителей – «пытаюсь отвлечься»; 5 (36 %) – «говорю с другими родителями, у которых тоже больной ребенок»; 2 (14 %) – «хожу в церковь»; 2 (14 %) – «прижимаю к себе своего ребенка»;

– 2-я группа (этап ремиссии заболевания ребенка): 8 (53 %) родителей – «говорю о своих страхах мужу или близкому человеку»; 4 (27 %) – «говорю с другими родителями, у которых тоже болел ребенок»; 2 (13 %) – «прижимаю к себе своего ребенка крепко-крепко»; 1 (6 %) – «хожу в церковь».

Таким образом, родители снижают внутреннее напряжение в связи с мыслями о рецидиве, делясь своими переживаниями

с другими людьми. На этапе лечения ребенка родителям свойственно делиться своими переживаниями с другими родителями, оказавшимися в подобной ситуации, но не с родственниками, которые дистанцированы от процесса лечения (они не находятся рядом с больным ребенком) и не всегда реально оценивают ситуацию: они либо снижают тяжесть ситуации, либо преувеличивают ее. Сообщество других «ухаживающих» родителей создает новую общность, где люди находятся в одинаковых жизненных обстоятельствах, вследствие чего у них возникает ощущение, находящихся «в одной лодке». На этапе ремиссии родители рассказывают о страхах в связи с болезнью ребенка прежде всего мужьям и близким, что является естественным, так как мужья и близкие люди теперь оказываются в одной ситуации с ухаживающим родителем и ребенком. Роль кооперации с другими родителями, сложившейся в клинике, снижается.

В табл. 1 представлены результаты изучения выраженности тревожной и депрессивной симптоматики (HADS) у родителей на этапе лечения ребенка (1-я группа) и на этапе ремиссии заболевания ребенка (2-я группа), уровень значимости различий выявленных параметров между группами по U-критерию Манна–Уитни.

Из табл. 1 видно, что статистически достоверные различия выраженности тревоги и депрессии в группах родителей не выявлены. В 1-й группе среднее значение показателя тревоги соответствуют субклиническому уровню выраженности. При этом у 9 (64 %) родителей выраженность тревоги соответствует субклиническому, у 2 (14 %) – клиническому уровням. Во 2-й группе у большинства (53 %) родителей выраженность тревоги

Таблица 1

**Средние значения выраженности тревоги и депрессии (HADS) в родительских группах, ( $M \pm \sigma$ ) балл**

Шкала	Уровень выраженности симптомов			Группа родителей		$P_{1-2} =$
	норма	субклинический	клинический	1-я	2-я	
Тревога	0–7	8–10	11 и выше	$8,6 \pm 1,9$	$7,2 \pm 3,5$	0,222
Депрессия	0–7	8–10	11 и выше	$5,9 \pm 2,4$	$5,1 \pm 3,3$	0,438

находится в пределах нормативных показателей. При этом у 3 (20%) родителей выраженность тревоги соответствует субклиническому, у 4 (27%) – клиническому уровням.

Корреляционный анализ обнаруживает связь между выраженностью тревоги и выраженностью страха рецидива ( $r = 0,65$ ;  $p = 0,04$ ): страх рецидива заболевания ребенка выше у более тревожных родителей как в 1-й, так и во 2-й группах. Средние показатели депрессии в обеих группах находятся в пределах нормативных значений.

В табл. 2 представлены результаты исследования толерантности к неопределенности (MSTAT-1) у родителей в группах и уровень значимости различий выявленных параметров между группами.

Из табл. 2 видно, что средние значения шкал толерантности к неопределенности у родителей, независимо от этапа течения заболевания ребенка, соответствуют нормативным значениям. При этом их значения имеют тенденцию быть выше у родителей 1-й группы, в сравнении со 2-й, однако статистически достоверных различий между группами не выявлено.

В 1-й группе у 12 (86%) родителей общий показатель толерантности к неопределенности находится в пределах нормативного диапазона. На этапе лечения 11 (79%) родителей не стремятся избегать информации о заболевании и лечении ребенка, проявляют готовность делать выбор с учетом неопределенности и отсутствия гарантий (шкала «Отношение к новизне»); 10 (71%) родителей предпочитают ситуации, где имеется много-

вариантность решения, нередко это ассоциируется у них с надеждой (шкала «Отношение к сложным задачам»); 11 (79%) родителей терпимы к противоречивой информации (шкала «Принятие/избегание неопределенности»).

Во 2-й группе общий показатель толерантности к неопределенности в пределах нормативных значений выявляется у 13 (87%) родителей: успешное завершение лечения ребенка дает родителям ощущение возможности противостоять жизненным невзгодам («после того, что мы прошли, уже ничего не страшно»). Однако часть родителей 2-й группы склонны избегать новой информации и неопределенных ситуаций: у 8 (53%) родителей значения по шкале «Отношение к новизне» и у 7 (47%) родителей значения по шкале «Принятие/избегание неопределенности» ниже нормативных.

Корреляционный анализ обнаруживает связь выраженности страха рецидива и шкалы «Отношение к новизне» ( $r = 0,74$ ;  $p = 0,002$ ) у родителей как на этапе лечения ребенка, так и на этапе ремиссии заболевания ребенка.

Таким образом, исследование толерантности к неопределенности показывает, что новая информация на этапе лечения ребенка может дать родителю надежду, а на этапе ремиссии, которая дает некоторую гарантию стабильности состояния ребенка, новая информация может эту надежду отнять. Часть родителей на этапе ремиссии заболевания ребенка испытывают тревогу в связи с новой информацией, они склонны избегать неопределенности.

Таблица 2

**Средние значения показателей толерантности к неопределенности у родителей по шкале MSTAT-1 в группах родителей, ( $M \pm \sigma$ ) балл**

Шкала MSTAT-1	Нормативные значения	Группа родителей		$P_{1-2} =$
		1-я	2-я	
Общий показатель	101,1 ± 19,5	95,2 ± 13,0	86,8 ± 12,7	0,653
Отношение к новизне	13,8 ± 3,8	13,0 ± 2,9	10,9 ± 4,3	0,429
Отношение к сложным задачам	34,0 ± 7,7	29,4 ± 4,9	27,5 ± 5,1	0,331
Отношение к неопределенным ситуациям	39,4 ± 9,1	38,3 ± 7,8	35,1 ± 7,3	0,765
Предпочтение неопределенности	52,4 ± 10,7	46,1 ± 10,4	42,3 ± 7,6	0,437
Принятие/избегание неопределенности	48,7 ± 11,5	44,1 ± 6,9	39,6 ± 7,9	0,272

Изучение особенностей эмоционального взаимодействия родителей с больным ребенком выявляет низкие значения большинства шкал (ОДРЭВ). Это характерно для родителей как 1-й, так и 2-й групп (рисунки).

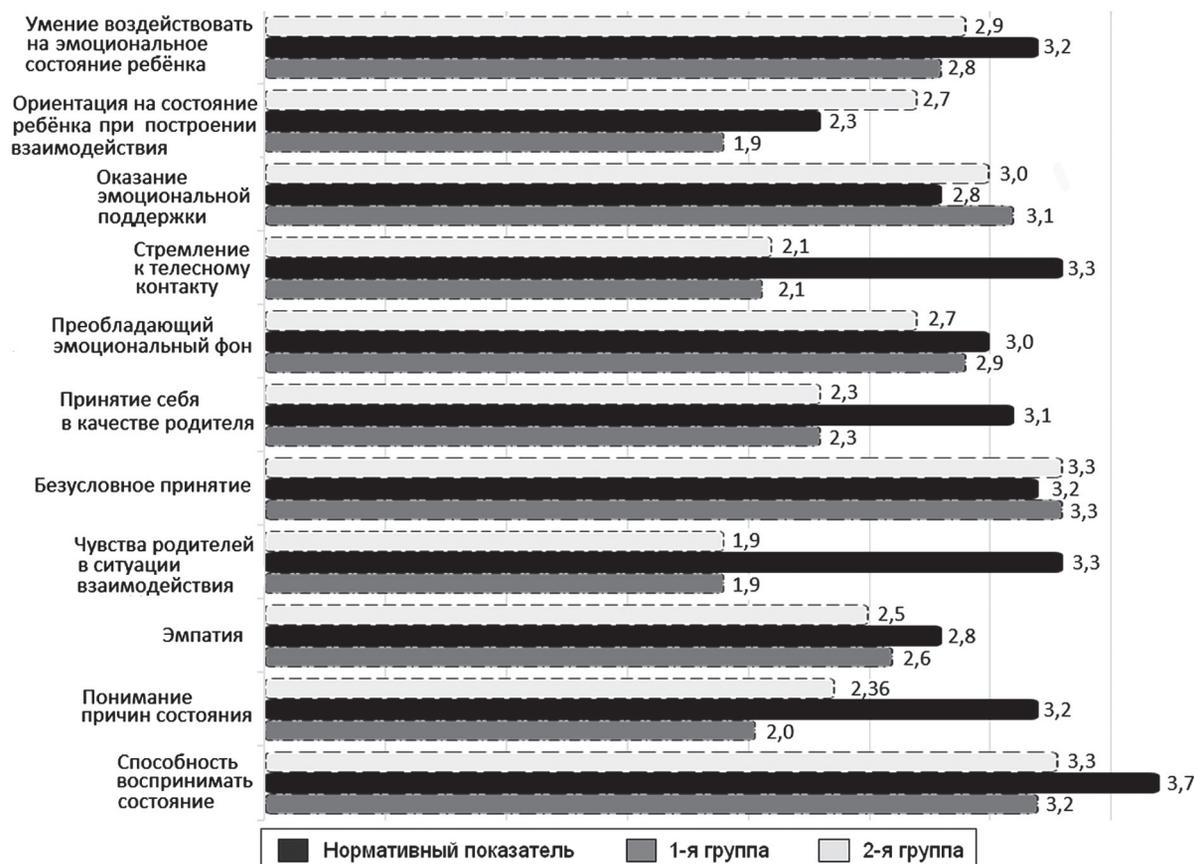
В детско-родительских взаимоотношениях со стороны родителя обнаружено снижение показателей «Способность к восприятию состояния ребенка» и «Понимание причин этого состояния». При этом родители 1-й группы меньше ориентируются при взаимодействии с больным ребенком на его состояние, чем родители 2-й группы ( $p = 0,001$ ): родители в ситуации лечения в отношениях с ребенком прежде всего ориентируются на рекомендации медицинского персонала и не учитывают эмоциональные потребности ребенка, поскольку цель родителя – физическое выживание его ребенка.

Несмотря на высокие показатели шкалы «Безусловное принятие ребенка», выявляется дефицит «принятия себя как родителя».

Так, родителям 1-й группы может казаться, что они недостаточно любят своего ребенка, неспособны обеспечить уход за ним, правильно выполнить назначения врача вплоть до того, что у некоторых родителей появляется чувство, что медперсонал их оценивает как «плохих родителей».

Родители 2-й группы указывают на свою неспособность контролировать состояние и поведение ребенка вне стен больницы, а также на неспособность скорректировать жизненные планы – свои и всей семьи – с учетом заболевания ребенка. Все это вызывает негативные чувства по отношению к себе как родителю.

Корреляционный анализ обнаруживает взаимосвязь выраженности родительского страха рецидива и шкалы «Отношение к себе как к родителю» ( $r = -0,55$ ;  $p = 0,03$ ): независимо от этапа течения заболевания ребенка, чем ниже самооценка родителя как способного помочь своему ребенку и поддержать его, тем выше страх рецидива.



Средние значения показателей шкал по ОДРЭВ в группах и нормативных данных, балл

И в 1-й, и во 2-й группах у родителей выявляется дефицит характеристики «Стремление к телесному контакту». Современные методы лечения онкологического заболевания, такие как химиотерапия, лучевая терапия и пересадка костного мозга, применяемые для лечения детей, вызывают существенное снижение иммунитета, а способы доставки лекарственных препаратов подразумевают установку портов и иных долгосрочных систем доступа. Лечение может нарушать телесный контакт: с одной стороны, у родителей возникает страх вмешательства в медицинскую процедуру, с другой – ребенок сам изолируется от контакта в ситуации повышенной физической чувствительности. Однако сложно определить, является ли дефицит телесного взаимодействия родителя с ребенком последствием болезни и лечения или это привычный способ взаимодействия с ребенком. Это требует дальнейшего исследования.

Таким образом, родителям во взаимоотношениях с ребенком свойственно безусловное принятие больного ребенка и желание его поддержать. Вместе с тем у них снижена чувствительность к эмоциональному состоянию ребенка, что обуславливает недооценку состояния ребенка и отсутствие разговоров с ним о болезни. Родители переживают свою несостоятельность: на этапе лечения они ощущают себя неспособными обеспечить уход за больным ребенком и во взаимоотношениях с ним во многом ориентируются не

на свои чувства и чувства ребенка, а на рекомендации медперсонала; на этапе ремиссии воспринимают себя как неспособных контролировать состояние и поведение ребенка вне больницы.

## Заключение

Родительский страх рецидива заболевания ребенка выявляется и на этапе ремиссии, и на этапе лечения, но триггеры его возникновения различны.

На выраженность страха рецидива оказывают влияние личностные особенности родителя: тревожность и толерантность к неопределенности.

У родителей в ситуации онкологического заболевания ребенка снижается самооценка, особенно по показателю «Принятие себя как родителя». Эта характеристика родителей связана с выраженностью страха рецидива: чем ниже самооценка, тем выше выраженность страха рецидива.

В настоящее время на многих детских отделениях организована профессиональная психологическая помощь, которая центрирована в основном на больном ребенке. Однако психологическую помощь нужно оказывать не только больному ребенку, но и его родителю. Следует подчеркнуть, что профессиональная психологическая помощь родителям требуется в процессе лечения ребенка и после его завершения.

## Литература

1. Волкова А.Р., Вахитов Х.М., Кумирова Э.В. Детские злокачественные новообразования и их учет: мировые и отечественные тенденции // Рос. журн. детской гематологии и онкологии. 2020. Т. 3, № 7. С. 64–69. DOI: 10.21682/2311-1267-2020-7-3-64-69.
2. Диагностика толерантности к неопределенности: шкалы Д. Маклейна / Леонтьев Д.А., Осин Е.Н., Луковичкая Е.Г. М.: Смысл, 2016. 55 с. (Сер. Психодиагностические монографии.)
3. Захарова Е.И. Исследование особенностей эмоциональной стороны детско-родительского взаимодействия // Журн. практ. психолога. 1996. № 6. С. 96–104.
4. Моуди Р., Аркэнджел Д. Жизнь после утраты: как справиться с несчастьем и обрести надежду. М.: София, 2010. 319 с.
5. Чулкова В.А., Пестерева Е.В. Заболевание с витальной угрозой: и экстремальная ситуация, и психологический кризис // Психология кризисных и экстремальных ситуаций: учебник / под ред. Н.С. Хрусталевой. СПб.: Изд-во С. Петерб. ун-та, 2018. Гл. 5. С. 199–236.
6. Рыков М.Ю. Онконастороженность в педиатрии: руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. 74 с.
7. Силласте Г.Г. Социальная адаптация семей с онкологически больными детьми // Соц. исслед. 1997. № 1. С. 56–64.

8. Чулкова В.А., Черненко О.А., Пестерева Е.В., Кулева С.А. Психическая травматизация матери при лечении ее ребенка в онкологической клинике // *Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов: руководство* / под ред. А.М. Беляева, В.А. Чулковой, Т.Ю. Семиглазовой, М.В. Рогачева. СПб.: *Вопр. онкологии*, 2017. С. 156–159.
9. Шац И.К. Психологическое сопровождение тяжелобольного ребенка. СПб.: *Речь*, 2010. 190 с.
10. Lam C.G., Howard S.C., Bouffet E., Pritchard-Jones K. Science and health for all children with cancer // *Science*. 2019. Vol. 363, N 6432. P. 1182–1186. DOI: 10.1126/science. aaw4892.
11. Zigmond A.C., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression scale // *Acta Psychiatr. Scand*. 1983. Vol. 67, N 6. P. 361–370. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.

Поступила 29.01.2023 г.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией данной статьи.

**Вклад авторов:** Е.В. Пестерева – планирование цели и задач исследования, организация сбора первичных клинических данных, участие в написании статьи; М.С. Бриль – методология и дизайн исследования, статистический анализ первичных данных, редактирование окончательного варианта статьи; Н.С. Хрусталева – методология и дизайн исследования, подготовка иллюстративного материала, участие в написании статьи, редактирование окончательного варианта статьи; И.Ю. Обидин – планирование цели и задач исследования, редактирование окончательного варианта статьи; Ю.С. Беркенева – подготовка иллюстративного материала, редактирование окончательного варианта статьи; Н.В. Миргород – участие в написании статьи, редактирование окончательного варианта статьи.

**Для цитирования:** Пестерева Е.В., Бриль М.С., Хрусталева Н.С., Обидин И.Ю., Беркенева Ю.С., Миргород Н.В. Страх рецидива и психическая травматизация родителей в ситуации онкологического заболевания ребенка // *Вестник психотерапии*. 2023. № 85. С. 81–91. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-85-81-91

E.V. Pestereva<sup>1, 2, 3</sup>, M.S. Bril<sup>1</sup>, N.S. Khrustaleva<sup>1</sup>,  
I.Yu. Obidin<sup>1</sup>, J.S. Bekreneva<sup>1</sup>, N.V. Mirgorod<sup>1</sup>

## Fear of relapse and mental traumatization in parents of childhood cancer patients

<sup>1</sup> St. Petersburg State University (7–9, Universitetskaya emb., St. Petersburg, 199034, Russia);

<sup>2</sup> St. Petersburg State Pediatric Medical University (2, Litovskaya Str., St. Petersburg, 194100, Russia);

<sup>3</sup> N.N. Petrov National Medical Research Center of Oncology  
(68, Leningradskaya Str., Pesochny, St. Petersburg, 197758, Russia)

✉ Elena Viktorovna Pestereva – PhD Psychol. Sci., Associate Prof. of the Department of Psychology of Crisis and Extreme Situations, St. Petersburg State University (7–9, Universitetskaya emb., St. Petersburg, 199034, Russia); Senior Lecturer, St. Petersburg State Pediatric Medical University (2, Litovskaya Str., St. Petersburg, 194100, Russia); Research Associate, N.N. Petrov National Medical Research Center of Oncology (68, Leningradskaya Str., Pesochny, St. Petersburg, 197758, Russia), e-mail: vi-lena1@mail.ru;

Mikhail Sergeevich Bril' – PhD Psychol. Sci., Associate Prof. of the Department of Psychology of Crisis and Extreme Situations, acting head of the Department of Psychology of Crisis and Extreme Situations, St. Petersburg State University (7–9, Universitetskaya emb., St. Petersburg, 199034, Russia), e-mail: brimis@yandex.ru;

Nelli Sergeevna Khrustaleva – Dr. Psychol. Sci., Prof., deputy Head of Department of Psychology of Crisis and Extreme Situations, St. Petersburg State University (7–9, Universitetskaya emb., St. Petersburg, 199034, Russia), e-mail: hns@mail.ru;

Ivan Yurievich Obidin – PhD Psychol. Sci., Senior Lecturer of the Department of Psychology of Crisis and Extreme Situations, St. Petersburg State University (7–9, Universitetskaya emb., St. Petersburg, 199034, Russia), e-mail: ivan.obidin@gmail.ru;

Yuliya Sergeevna Bekreneva – PhD Psychol. Sci., Senior Lecturer of the Department of Psychology of Crisis and Extreme Situations, St. Petersburg State University (7–9, Universitetskaya emb., St. Petersburg, 199034, Russia), e-mail: Ulcha.93@mail.ru;

Natal'ya Vladimirovna Mirgorod – PhD Psychol. Sci., Senior Lecturer of the Department of Psychology of Crisis and Extreme Situations, St. Petersburg State University (7–9, Universitetskaya emb., St. Petersburg, 199034, Russia), e-mail: mirgorod.nv@yandex.ru

### Abstract

*Relevance.* Fear of child disease relapse in parents is the result of mental trauma and by itself is a traumatizing factor.

*The objective* is to study fear of disease relapse in parents of childhood cancer survivors.

*Methods.* We examined 29 parents of childhood cancer survivors. Group 1 consisted of 14 (48%) parents with children undergoing in-patient treatment for cancer; group 2 included 15 (52%) parents of childhood cancer survivors who were in remission. Clinical, psychological and experimental methods and techniques encompassed the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), a measure of an individual's tolerance to ambiguity (MSTAT-1) and specific measures for child-parent emotional interaction.

*Results and Discussion.* Fear of child's cancer relapse is identified in parents at the stage of child's disease treatment, as well as remission; however, the triggers of parental fear of relapse are different. Severity of the parental fear of relapse depends on the parent's individual personality, in particular susceptibility to anxiety and tolerance to ambiguity. Parents of childhood cancer patients show impaired self-esteem, which is especially evident by the Accepting Oneself as a Parent parameter.

*Conclusion.* Psychological assistance is required by both the parent and their ailing child. Professional psychological assistance should be available to parents throughout the child's treatment, as well as during follow-up after discharge.

**Key words:** psychological correction, psychological diagnosis, sick child, parent, childhood cancer, fear of relapse, anxiety, interaction.

### References

1. Volkova A.R., Vakhitov Kh.M., Kumirova E.V. Detskie zlokachestvennye novoobrazovaniya i ikh uchet: mirovye i otechestvennye tendentsii [Children's malignancies and their accounting: global and domestic trends]. *Rossiiskii zhurnal detskoj gematologii i onkologii* [The Russian journal of pediatric hematology and oncology]. 2020; 3 (7): 64–69. DOI: 10.21682/2311-1267-2020-7-3-64-69 (In Russ.)
2. Diagnostika tolerantnosti k neopredelennosti: shkaly D. Makleina [Diagnostics of tolerance to uncertainty: scales of D. McLane]. Leont'ev D.A., Osin E.N., Lukovitskaya E.G. Moscow. 2016. 55 p. (Seriya. Psikhodiagnosticheskie monografii [Ser. Psychodiagnostic monographs]) (In Russ.)
3. Zakharova E.I. Issledovanie osobennosti emotsional'noi storony detsko-roditel'skogo vzaimodeistviya [Studying the features of the emotional side of child-parent interaction]. *Zhurnal prakticheskogo psikhologa* [Journal of practical psychologist]. 1996; (6): 96–104 (In Russ.)
4. Moudi R., Arkendzhel D. Zhizn' posle utraty: kak spravit'sya s neschast'em i obresti nadezhdu [Life After Loss: Conquering Grief and Finding Hope]. Moscow. 2010. 319 p. (In Russ.)
5. Chulkova V.A., Pestereva E.V. Zabolevanie s vital'noi ugrozoi: i ekstremal'naya situatsiya, i psikhologicheskii krizis [A disease with a vital threat: both an extreme situation and a psychological crisis]. *Psikhologiya krizisnykh i ekstremal'nykh situatsii* [Psychology of crisis and extreme situations]. Ed. N.S. Khrustaleva. St. Petersburg. 2018. Chapter 5. Pp. 199–236 (In Russ.)
6. Rykov M.Yu. Onkonastorozhennost' v pediatrii [Cancer alertness in pediatrics]. Moscow. 2020. 74 p. (In Russ.)
7. Sillaste G.G. Sotsial'naya adaptatsiya semei s onkologicheskimi bol'nymi det'mi [Social adaptation of families with oncological sick children]. *Sotsiologicheskie issledovaniya*. 1997; (1): 56–64 (In Russ.)
8. Chulkova V.A., Chernenko O.A., Pestereva E.V., Kuleva S.A. Psikhicheskaya travmatizatsiya materi pri lechenii ee rebenka v onkologicheskoi klinike [Psychic traumatization of a mother during the treatment of her child in an oncology clinic]. *Onkopsikhologiya dlya vrachei-onkologov i meditsinskikh psikhologov* [Oncopsychology for oncologists and medical psychologists]. Eds.: A.M. Belyaev, V.A. Chulkova, T.Yu. Semiglazova, M.V. Rogachev. St. Petersburg. 2017. Pp. 156–159 (In Russ.)
9. Shats I.K. Psikhologicheskoe soprovozhdenie tyazhelobol'nogo rebenka [Psychological support of a seriously ill child]. St. Petersburg. 2010. 190 p. (In Russ.)

- 
10. Lam C.G., Howard S.C., Bouffet E., Pritchard-Jones K. Science and health for all children with cancer. *Science*. 2019; 363 (6432): 1182–1186. DOI: 10.1126/science. aaw4892.
  11. Zigmond A.C., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression scale. *Acta Psychiatr. Scand.* 1983; 67 (6): 361–370. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.
- 

Received 29.01.2023

**For citing:** Pestereva E.V., Bril' M.S., Chrustaleva N.S., Obidin I.Yu., Bekreneva J.S., Mirgorod N.V. Strakh retsidiva i psikhicheskaya travmatizatsii roditelei v situatsii onkologicheskogo zabolevaniya rebenka. *Vestnik psikhoterapii*. 2023; (85):81–91. (In Russ.)

Pestereva E.V., Bril' M.S., Chrustaleva N.S., Obidin I.Yu., Bekreneva J.S., Mirgorod N.V. Fear of relapse and mental traumatization in parents of childhood cancer patients. *Bulletin of Psychotherapy*. 2023; (85):81–91. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-85-81-91

---

А.В. Савченков

## ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ

Ассоциация психоаналитиков и гипнологов

«Психодинамическая школа клинического гипноза» (Россия, г. Челябинск, ул. Кирова, д. 94)

*Актуальность.* Значимость темы исследования обусловливается необходимостью сохранения знаний, накопленных в рамках уходящей клинико-психологической парадигмы знаний (в связи с переходом на МКБ-11), обобщения и систематизации результатов, полученных ранее, а также дополнения их трендами, обнаруживающими себя в переходе к обновленному пониманию пограничных расстройств личности.

*Цель* – уточнение совокупностей (групп) факторов риска тревожных расстройств, связанных и не связанных с социальными событиями глобального масштаба. Новизна исследования заключается в попытке выявления факторов риска формирования тревожных расстройств в связи с такими социальными событиями, как пандемия COVID-19 и геополитический конфликт, обусловленный началом военной спецоперации России в Украине.

*Методология.* В качестве приоритетных методов исследования избраны общенаучные (диалектический, анализа и синтеза, сравнения и аналогии, аннотирование, конспектирование и реферирование), специальные (системный, сравнительного анализа и пр.), исследовательские (анализ российской и иностранной литературы по проблеме исследования, результатов эмпирических исследований, социальных опросов и пр.).

*Результаты и их анализ.* В результате исследования автор пришел к следующим выводам: во-первых, к группам риска формирования тревожных расстройств, определяемых как в связи с социальными событиями глобального масштаба, так и вне этой связи, можно отнести: интрасоциальную, экстрасоциальную, экономическую, политическую; во-вторых, к группам риска формирования тревожных расстройств, доминирующих непосредственно в связи с социальными событиями глобального масштаба, можно отнести: эпидемиологическую и геополитическую; в-третьих, в контексте указанных событий происходит смещение акцента на конкретные составляющие перечисленных групп, образуется ситуативный «комплекс» факторов риска формирования тревожных расстройств, наиболее явно приводящих к различного рода пограничным расстройствам личности и антисоциальному поведению в микро- и макросоциуме.

*Заключение.* В результате исследования определены группы риска формирования тревожных расстройств, в т.ч. пограничных расстройств личности.

**Ключевые слова:** медицинская психология, тревожное расстройство, депрессия, невротическое расстройство, фактор риска, чрезвычайная ситуация, пандемия, война, вооруженный конфликт.

### Введение

На современном этапе развития общества одно из центральных мест в психологической практике занимают тревожные расстройства. Как правило, по Международ-

ной классификации болезней и расстройств поведения (МКБ-10) в рамки данной категории включают паническое расстройство, агорафобию, социальную фобию, изолированные (специфические) фобии, а также

генерализованное тревожное расстройство; в данный перечень также часто добавляются такие позиции, как смешанное тревожное и депрессивное расстройство, определенные субклинические состояния, сопровождаемые тревогой и психовегетативными нарушениями [14]. Такого рода расстройства тесно связаны со стрессовыми, обсессивно-компульсивными, аффективными, психосоматическими и соматоформными нарушениями, в генезе которых одно из приоритетных мест отводится именно тревоге. 1 января 2023 г. начался период перехода на новый классификатор МКБ-11 (до 2027 г.), в рамках которого планируется категориальная ревизия, что очевидным образом приведет к существенным сдвигам в подходах ко всей группе пограничных состояний. В связи с этим для сохранения знаний, накопленных в рамках уходящей клинико-психологической парадигмы знаний, необходимо обобщать и систематизировать результаты, полученные ранее, а также дополнять их трендами, обнаруживающими себя в переходе к обновленному пониманию пограничных расстройств личности.

Тревожные расстройства – широко распространенное явление, имеющее тенденцию к приросту. Так, если в 2019 г. они диагностированы примерно у 301 млн. человек, включая 58 млн. детей и подростков [9], то в 2020 г. эта цифра выросла на четверть, и, согласно научной справке Всемирной организации здравоохранения, главным событием, ставшим предиктором данного тренда, была пандемия COVID-19 [8]. Очередной кризис психического здоровья был спровоцирован запуском геополитического конфликта – началом проведения военной спецоперации России в Украине в конце февраля 2022 г. По данным экспертов Американской психологической ассоциации (Вашингтон, США), это событие сформулировало качественно новую группу факторов риска тревожных расстройств, вектор интенции которых на конкретный момент времени даже не подлежит оценке [30].

**Цель** – уточнение совокупностей (групп) факторов риска тревожных расстройств,

связанных и не связанных с социальными событиями глобального масштаба. Вслед за А.С. Малмыгиным под социальным событием мы понимаем «совокупность взаимодействующих социальных обстоятельств и процессов, которые обуславливают трансформационные изменения в социальных институтах и социальных отношениях, образе жизни и мировоззрении основных социальных субъектов, детерминируя, тем самым, возникновение новой социальной реальности» [7, с. 124]. Однако, как справедливо замечают В.В. Касьянов и соавт., такие события, как пандемия COVID-19, следует именовать социальной трагедией [5]. Риск – вероятность развития какого-либо события, как правило, негативного. Для достижения указанной цели решались следующие задачи:

- во-первых, дать краткую характеристику феномену тревоги с точки зрения психологии;
- во-вторых, уточнить стандартный, т.е. прямо не связанный с условиями внешней (гео-) среды, спектр факторов риска формирования тревожных расстройств;
- в-третьих, выявить группы факторов риска формирования тревожных расстройств, инициируемых в связи с социальными событиями глобального масштаба, а именно пандемией COVID-19 и военной спецоперацией на Украине.

## Материал и методы

Использовали следующие методы: общенаучные (диалектический, анализа и синтеза, сравнения и аналогии, аннотирование, конспектирование и реферирование), специальные (системный, сравнительного анализа и пр.), исследовательские (анализ российской и иностранной литературы по проблеме исследования, результатов эмпирических исследований, социальных опросов и пр.). Базой данных послужили статьи, публикации, мнения и заметки российских и зарубежных авторов, посвященные проблеме формирования тревожных расстройств, в частности факторов риска и предикторов.

## Результаты и их обсуждение

Тревога – это психологический феномен, представляющий собой эмоциональное переживание, которое характеризуется дискомфортом от неопределенности перспектив. Для непатологической (адаптивной) формы свойственны следующие критерии: связь с угрожающей ситуацией, возрастание в условиях значимости выбора, усиление при недостатке информации, нехватке времени (ускорение принятия решения), контроль и произвольное подавление [3, с. 63]. Ключевыми компонентами тревоги являются: эмоциональный, когнитивный, двигательный, вегетативно-соматический, нейрогуморальный и иммунный [16, 17]. Первый включает субъективное переживание внутреннего напряжения, неприятные предчувствия, сомнения и страхи; второй выражен в активизации внимания, в оценке ситуации и построении прогноза; третий связан с повышением мышечного тонуса, моторным возбуждением или блокадой двигательной активности; для четвертого характерна разнообразная перестройка деятельности органов и систем организма, находящихся под контролем симпатической и парасимпатической системы; пятый компонент выражается в повышении уровня адренокортикотропного гормона, кортизола и в изменении уровня окситоцина и ряда других гормонов; для последнего характерен уровень провоспалительных цитокинов, микробиоты кишечника и иных факторов иммунитета [19, 20, 28]. Рамки настоящего исследования ограничиваются первыми двумя компонентами.

В настоящее время известен достаточно широкий спектр концепций тревоги. При рассмотрении ее непатологической формы интерес представляет психодинамический подход, который выделяет три разновидности тревоги (по Л. Фестингеру). Объективная (реалистичная) тревога вызвана реальной внешней опасностью; если она чрезмерна, то способность справиться с источником опасности снижается. Когда объективная тревога переходит на внутренний план в процессе формирования личности, она перерастает в невротическую и моральную,

которые различаются по характеру осознания. Невротическая тревога, в свою очередь, подразделяется на «свободно плавающую» тревожность, фобическую тревогу и страх. В случае первой всегда происходит фиксация на внешнем или внутреннем объекте (фиксированная тревога), в случае второй имеет место несоразмерность вызвавшей ее ситуации (боязнь высоты, толпы, микробов и пр.); страх же возникает при истерии и тяжелых неврозах и характеризуется полным отсутствием связи с какой-либо внешней опасностью [31]. Вид тревоги, определяемый З. Фрейдом как «тревожность совести» или моральная тревога, рассматривается как проявление интрапсихического конфликта между «Сверх-Я» и «Оно», т.е. как реакция личности на угрозу моральным принципам со стороны чрезмерных требований бессознательного [15].

Для тревожных расстройств, возникающих в связи с социальными событиями глобального характера и в отсутствие данной связи, предлагается рассматривать все перечисленные виды тревоги. Аргументировать данный тезис позволяют два следующих аспекта:

– во-первых, социальные настроения рассматриваются не как личное переживание человека, а как его отношение с окружающей людей общественной средой (микро-, макро- и мега-). Равно как и иные состояния социальных настроений, страхи и тревоги формируются на границе объективных социальных условий, провоцирующих возникновение потребностей и состояние человека как социального субъекта, порождающего оценку перспектив удовлетворения этих потребностей и реализации жизненных притязаний [3]. Формируясь на основе эмоционально-когнитивных состояний, обусловленных объективными факторами жизнедеятельности людей, тревожные настроения как предиктор тревожных расстройств становятся самостоятельным процессом, более устойчивым, чем отдельные чувства и эмоции [43];

– во-вторых, изменение условий формирования и характера (формы) тревоги об-

условливается соответственно характером устойчивости данного состояния, т.е. степенью преобладания в настроениях общества опасений и страхов как некоторого основного тона, выражающего состояние общественного сознания и окрашивающего практическую деятельность людей [32].

С учетом анализа характера социальных настроений в период до пандемии (1990–2010-е гг.) общая картина предикторов дестабилизации социальных настроений (источников неопределенности, опасений, страхов) и, как следствие, формирования и развития тревожных расстройств вне связи с социальными событиями глобального масштаба выглядела следующим образом: «ухудшение здоровья, серьезное заболевание» (в т.ч. близких, детей), «война», «произвол власти», «политическое беззаконие», «социальное беззаконие» (беспорядки и пр.), «массовые репрессии», «изменение экономического статуса» (потеря сбережений, капитала, постоянного источника дохода), «изменение социального статуса» (развод, лишение опеки, в т.ч. По экономическим причинам, невозможность рождения детей, вдовство и пр.), «смерть», «смена власти», «ужесточение политического режима», «стихийные бедствия», «потеря работы, массовая безработица», «унижения, оскорбления, преследование» (в т.ч. националистического характера) [11, 13, 24, 38, 39, 45, 46]. Таким образом, можно говорить о таких группах факторов риска формирования тревожных расстройств, как интрасоциальная (включая экзистенциальный элемент), политическая (включая социальный элемент), экстрасоциальная (общество, его состояние, настроения и пр.), экономическая, эпидемиологическая, геополитическая.

Безусловно, в годовой динамике данные факторы меняют свои позиции, особенно в связи с социальными событиями глобального масштаба, оказывающими влияние на социальные настроения в развитых и развивающихся странах; к примеру, в годы мирового финансового кризиса (2008–2009) и иные периоды экономических спадов и рецессий факторы риска тревожных рас-

стройств экономической группы (потеря экономического статуса, необходимость сокращения расходов, потеря работы, бедность, нищета, безработица и пр.) выходили на первое место [29], тогда как факторы риска геополитической группы (война, произвол власти, социальное и политическое беззаконие, беспорядки, публичные унижения, в т.ч. националистического характера, ксенофобия и пр.) демонстрировали рост в периоды обострения вооруженных конфликтов [22].

С началом пандемии COVID-19 факторная модель рисков формирования тревожных расстройств изменилась. Эксперты здравоохранения Организации Объединенных Наций указывали, что в связи с ухудшением эпидемиологической обстановки прогнозируется прирост частоты психических заболеваний, т.к. «миллионы людей по всему миру испытывают тревогу из-за локдауна, социальной изоляции, безработицы, высокой вероятности заболевания и смертности» [32, 41]. Как видно, социальное событие спровоцировало смещение конкретных факторов риска тревожных расстройств и, одновременно с этим, объединение их в одну группу (смешанную). Очевидны такие из них, как ограничение в передвижении и (или) социальных связях, одиночество, замкнутое пространство, потеря работы и (или) снижение доходов, вероятность болезни, смерть (т.е. происходит смешение экономического, социально-экзистенциального, эпидемиологического). Здесь еще интересно будет заметить, что, по данным ряда исследований, к факторам риска формирования тревожных расстройств также относятся: проживание в крупных городах, развод (вдовство), субъективно низкая оценка состояния здоровья, отсутствие собственности, высокая эмоциональная уязвимость по отношению к негативной и (или) угрожающей информации, отсутствие детей и пр. [26, 34, 35, 37]. В ряде исследований упоминается фактор обязательной (предстоящей) вакцинации [27].

Кроме того, указывается, что снижение доходов населения и меры жесткой бюджетной экономики в период пандемии стали главными предикторами формирования

тревожных расстройств, депрессии, общего снижения самооценки, иных пограничных расстройств личности у части населения, что в результате спровоцировало прирост показателей употребления психотропных веществ, алкоголя, суицидов. Подобные результаты были получены в ряде других исследований [6, 21, 25, 36]. Так, например, целью опроса, проведенного в Китае (январь – февраль 2020 г.), была оценка уровня негативных психологических реакций людей на ранних стадиях вспышки COVID-19 (n = 1210). Его результаты показали, что у 16,5 % респондентов наблюдались умеренные и тяжелые депрессивные симптомы; у 28,1 % – умеренные и тяжелые тревожные состояния, а 8,1 % опрошенных сообщили об умеренном или тяжелом уровне стресса [44].

Значительный объем исследований последних 3 лет акцентирует внимание на такой крупной группе факторов риска тревожных расстройств, как информационная: она объединяет пандемию и спецоперацию как два социальных события глобального масштаба. Так, при оценке роли инфодемии в манифестации тревожных расстройств [2, 17, 23, 40] отмечается, что оба события представляют собой «гигантский психологический стресс», вызывающий психические и психологические расстройства в обществе. Последствия инфомании (изнурительный избыток информации) и инфодемии (быстрое распространение видов информации, включая слухи, сплетни, недостоверную информацию (дезинформацию)) проявляются в следующих аспектах [1, с. 68]: патологический страх, беспокойство, ксенофобия; подозрительность, недоверие, предрассудки; нарушение психического состояния и поведения (вплоть до агрессии); неуверенность в отношении будущего (в контексте здоровья, работы, семьи, детей и пр.); обострение или развитие соматоформных расстройств (различного рода тревожных расстройств, стрессовых реакций, расстройств адаптации, включая паническое расстройство, депрессивные реакции, посттравматические стрессовые расстройства, нарушения сна, когнитивные нарушения, зависимости и пр.).

Если говорить об иных факторах риска формирования тревожных расстройств, инициируемых в связи с геополитической нестабильностью на современном этапе, то в средствах массовой информации обнаруживаются только фрагментарные данные (научных исследований на эту тему на данный момент нет). Так, в одном из опросов, проведенных в марте 2022 г. Американской психологической ассоциацией совместно с The Harris Poll, было установлено, что большинство респондентов назвали глобальную неопределенность (81 %), спецоперацию в Украине (80 %), кибератаки, ядерные угрозы (иные подобного рода действия) (80 %) факторами риска формирования тревожных расстройств и депрессии. 84 % американцев сообщили о беспокойстве (тревоге) относительно большого количества смертей, а 69 % указали на возможность начала ядерной войны как следствие конфликта, а также начала третьей мировой войны [42]. Также в качестве наиболее острых предикторов нарушения психологического здоровья респонденты назвали все последствия инфляции (в частности, в контексте геополитических противоречий), в том числе увеличение стоимости лекарств, продуктов, жилья, невозможность покрытия издержек (экономическая группа), а также невозможность создания нормальных условий для воспитания и развития детей, обеспечения их услугами здравоохранения в связи с участвовавшими беспорядками и иными деликтами (конкретной привязки к спецоперации в исследовании нет, в связи с чем данный фактор целесообразно отнести к группе социальных).

## Выводы

Проведенное исследование позволяет заключить следующее:

– во-первых, к группам риска формирования тревожных расстройств, определяемых как в связи с социальными событиями глобального масштаба, так и вне этой связи, можно отнести: интрасоциальную (включая экзистенциальный элемент), экстрасоциаль-

ную (состояние общества, включая безопасность, здоровье, уровень жизни и пр.), экономическую (в целом), политическую (включая социальный элемент как взаимодействие органов власти и гражданского общества);

– во-вторых, к группам риска формирования тревожных расстройств, доминирующих непосредственно в связи с социальными событиями глобального масштаба, можно отнести: эпидемиологическую (в контексте социального события – пандемии COVID-19) и геополитическую (в контексте

социальных событий, связанных с дисбалансом миропроцессов, включая спецоперацию, проводимую Россией в Украине).

Одновременно с этим в контексте указанных событий происходит смещение акцента на конкретные составляющие перечисленных групп, образуется ситуативный «комплекс» факторов риска формирования тревожных расстройств, наиболее явно приводящих к различного рода пограничным расстройствам личности и антисоциальному поведению в микро- и макросоциуме.

### Литература

1. Аронов П.В., Бельская Г.Н., Никифоров И.А. Современные подходы к диагностике и лечению тревожных расстройств, ассоциированных с новой коронавирусной инфекцией // *Мед. совет*. 2021. № 10. С. 66–79. DOI: 10.21518/2079-701X-2021-10-66-79.
2. Архипова А.С., Радченко Д.А., Козлова И.В. [и др.]. Пути российской инфодемии: от WhatsApp до Следственного комитета // *Мониторинг обществ. мнения: экономич. и соц. перемены*. 2020. № 6. С. 231–265. DOI: 10.14515/monitoring.2020.6.1778.
3. Баринов Д.Н. Социальное настроение тревоги и страха: сущность, структура, особенности функционирования // *Социодинамика*. 2019. № 7. С. 39–53. DOI: 10.25136/2409-7144.2019.7.30136.
4. Бобров А.Е., Усатенко Е.В. Концепция тревожных расстройств: основные тенденции развития // *Соц. и клинич. психиатрия*. 2021. № 4. С. 62–70.
5. Касьянов В.В., Власова В.Н., Гафиятулина Н.Х. Пандемия как социальная трагедия для российского населения: обострение системы неравенств // *Гуманит., соц.-экономичю и обществ. науки*. 2021. № 1. С. 34–38. DOI: 10.23672/f8418-0715-7640-b.
6. Корабельникова Е.А. Тревожные расстройства в условиях пандемии COVID-19 // *Мед. вестн. Сев. Кавказа*. 2021. № 1. С. 79–85. DOI: 10.14300/mnnc.2021.16022.
7. Малмыгин А.С. Социальное событие как макросоциальный феномен и фактор трансформационного развития общества // *Социол. альманах*. 2018. № 9. С. 123–131.
8. На фоне пандемии COVID-19 во всем мире распространенность тревожных расстройств и депрессии выросла на 25 % // ВОЗ. URL: <https://www.who.int/ru>
9. Психические расстройства // ВОЗ. URL: <https://www.who.int/ru>
10. Психосоматические расстройства в клинической практике / под ред. А.Б. Смулевича. 2-е изд. М.: МЕД-пресс-информ, 2019. 774 с.
11. Розенова М.И., Екимова В.И., Огнев А.С., Лихачева Э.В. Страх как кризис психического здоровья в условиях глобальных рисков и перемен // *Современная зарубеж. психология*. 2021. Т. 10, № 1. С. 17–26. DOI: 10.17759/JMFP.2021100102.
12. Россия на новом переломе: страхи и тревоги / М.К. Горшков [и др.]; под ред. М.К. Горшкова, В.В. Петухова; Ин-т социологии РАН. М.: Альфа-М, 2009. 158 с.
13. Седова Н.Н. Массовые тревоги и личные страхи // *Мониторинг обществ. мнения: экономич. и соц. перемены*. 2010. № 1 (95). С. 133–135.
14. Хаустова Е.А., Безшейко В.Г. Современные представления о диагностике и терапии тревожных расстройств // *Междунар. неврологич. журн*. 2012. № 2 (48). С. 52–60.
15. Хьелл Л.А., Зингер Д. Теории личности. Основные положения, исследования и применение. 3-е изд. СПб.: Питер, 2019. 606 с.
16. Черненко А.М., Агарков В.А., Бронфман С.А. Анализ поисковых запросов как инструмент сравнительной оценки потребности в психотерапевтической помощи // *Психология и психотехника*. 2022. № 1. С. 67–79. DOI: 10.7256/2454-0722.2022.1.34873.
17. Ajaо E. AI and disinformation in the Russia-Ukraine war // *TechTarget*. URL: <https://www.techtarget.com/>.
18. Andrews G., Hobbs M.J., Borkovec Th.D. [et al.]. Generalized worry disorder: A Review of DSM-IV Generalized anxiety disorder and options for DSM-V // *Depress Anxiety*. 2010. Vol. 27, N 2. P. 134–147. DOI: 10.1002/da.20658.
19. Berrige C.W. Noradrenergic modulation of arousal // *Brain Res. Rev*. 2008. Vol. 58, N 1. P. 1–17. DOI: 10.1016/j.brainresrev.2007.10.013.

20. Berry A.S., White R.L., Furman D.J. [et al.]. Dopaminergic mechanisms underlying normal variation in trait anxiety // *J. Neurosci*. 2019. Vol. 39, N 14. P. 2735–2744. DOI: 10.1523/JNEUROSCI.2382-18.2019.
21. Caycho-Rodríguez T., Tomás J.M., Vilca L.W. [et al.]. Socio-Demographic Variables, Fear of COVID-19, Anxiety, and Depression: Prevalence, Relationships and Explanatory Model in the General Population of Seven Latin American Countries // *Front Psychol*. 2021. Vol. 12. P. 695989. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.695989.
22. Charlson F., van Ommeren M., Flaxman A. [et al.]. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis // *Lancet*. 2019. Vol. 394, N 10194. P. 240–248. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)30934-1.
23. Dong L., Bouey J. Public Mental Health Crisis during COVID-19 Pandemic, China // *Emerg. Infect. Dis*. 2020. Vol. 26, N 7. P. 1616–1618. DOI: 10.3201/eid2607.200407.
24. Dowbiggin I.R. High anxieties: the social construction of anxiety disorders // *Can. J. Psychiatry*. 2009. Vol. 54, N 7. P. 429–436. DOI: 10.1177/070674370905400703.
25. Fitzpatrick K.M., Drawve G., Harris C. Facing new fears during the COVID-19 pandemic: The State of America's mental health // *J. Anxiety Disord*. 2020. Vol. 75. P. 102291. DOI: 10.1016/j.janxdis.2020.102291.
26. Folan M.O., Ibigbami O., Brown B. [et al.]. Factors Associated with Experiences of Fear, Anxiety, Depression, and Changes in Sleep Pattern During the COVID-19 Pandemic Among Adults in Nigeria: A Cross-Sectional Study // *Front Public Health*. 2022. Vol. 10. P. 779498. DOI: 10.3389/fpubh.2022.779498.
27. Ganie A.U.R., Mukhter I. Misinformation induced anxieties and fear affecting vaccination programs: Challenge for COVID-19 vaccination program // *J. Family Med. Prim. Care*. 2022. Vol. 11, N 1. P. 405–406. DOI: 10.4103/jfmpc.jfmpc\_1520\_21.
28. Gerez M., Suárez E., Castanedo L., Tello A. The crossroads of anxiety: distinct neurophysiological maps for different symptomatic groups // *Neuropsychiatr. Dis. Treat*. 2016. Vol. 12. P. 159–175. DOI: 10.2147/NDT.S89651.
29. Guerra O., Eboreime E. The Impact of Economic Recessions on Depression, Anxiety, and Trauma-Related Disorders and Illness Outcomes-A Scoping Review // *Behav. Sci. (Basel)*. 2021. Vol. 11, N 9. P. 119. DOI: 10.3390/bs11090119.
30. Inflation, war push stress to alarming levels at two-year COVID-19 anniversary // APA. 10.03.2022. URL: <https://www.apa.org/news/press/releases/2022/03/inflation-war-stress>.
31. Jeronimus B.F. Anxiety and Depression from a Dynamic Systems Perspective. Psychosocial Development in Adolescence: Insights from the Dynamic Systems Approach. Eds.: Kunnen E.S., de Ruiter N.M.P., Jeronimus B.F., van der Gaag, M.A. London: Routledge Psychology, 2019. Chapter 7. 32 p. DOI: 10.4324/9781315165844-7.
32. Kelland K. U.N. warns of global mental health crisis due to COVID-19 pandemic // Reuters. 14.05.2020. URL: <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-mentalhealth-idINKBN22Q0AO>.
33. Ko C.A., Chang Y. Investigating the Relationships Among Resilience, Social Anxiety, and Procrastination in a Sample of College Students // *Psychol. Rep*. 2019. Vol. 122, N 1. P. 231–245. DOI: 10.1177/0033294118755111.
34. Lei L., Huang X., Yang J. [et al.]. Comparison of prevalence and associated factors of anxiety and depression among people affected by versus people unaffected by quarantine during the covid-19 epidemic in southwestern China // *Med. Sci. Monit*. 2020; Vo. 26. P. e924609. DOI: 10.12659/MSM.924609.
35. Mazza C., Ricci E., Biondi S. [et al.]. A nationwide survey of psychological distress among Italian people during the COVID19 pandemic: immediate psychological responses and associated factors // *Int. J. Environ. Res. Public Health. Actions*. 2020. Vol. 17, N 9. P. 3165. DOI: 10.3390/ijerph17093165.
36. Mertens G., Gerritsen L., Duijndam S. [et al.]. Fear of the coronavirus (COVID-19): Predictors in an online study conducted in March 2020 // *J. Anxiety Disord*. 2020. Vol. 74. P. 102258. DOI: 10.1016/j.janxdis.2020.102258.
37. Olagoke A.A., Olagoke O.O., Hughes A.M. Exposure to coronavirus news on mainstream media: the role of risk perceptions and depression // *British Journal of Health Psychology*. 2020. Vol. 25. N 4. P. 865–874. DOI: 10.1111/bjhp.12427.
38. Pratt J. Fear and Anxiety in the Risk Society // *Law, Insecurity and Risk Control* / Ed.: Pratt J. Palgrave Macmillan Cham. 2020. P. 133–178. DOI: 10.1007/978-3-030-48872-7.
39. Rebughini P. A sociology of anxiety: Western modern legacy and the Covid-19 outbreak // *International Sociology*. 2021. Vol. 36. P. 554–568. DOI: 10.1177/0268580921993325.
40. Shattuck N.L., Brown S.A. Wounded in action: what the sleep community can learn from sleep disorders of US military service members // *Sleep*. 2013. Vol. 36, N 2. P. 159–160. DOI: 10.5665/sleep.2356.
41. Spoorthy M.S., Pratapa S.K., Mahant S. Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic – A review // *Asian J. Psychiatr*. 2020. Vol. 51. P.102119. DOI: 10.1016/j.ajp.2020.102119.
42. Stress in America. Money, inflation, war pile on to nation stuck in COVID-19 survival mode (March, 2022) // APA. URL: <https://www.apa.org/>.
43. Struijs S.Y., de Jong P.J., Jeronimus B.F. [et al.]. Psychological risk factors and the course of depression and anxiety disorders: A review of 15 years NESDA research // *J. Affect Disord*. 2021. Vol. 295. P. 1347–1359. DOI: 10.1016/j.jad.2021.08.086.

44. Wang C., Pan R., Wan X. [et al.]. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China // *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020. Vol. 17, N 5. P. 1729. DOI: 10.3390/ijerph17051729.
45. Xiong J., Lipsitz O., Nasri F. [et al.]. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review // *J. Affect. Disord.* 2020. Vol. 277. P. 55–64. DOI: 10.1016/j.jad.2020.08.001.
46. Yang X., Fang Y., Chen H. [et al.]. Global, regional and national burden of anxiety disorders from 1990 to 2019: results from the Global Burden of Disease Study 2019 // *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* 2021. Vol. 30. P. e36. DOI: 10.1017/S2045796021000275.

---

Поступила 08.12.2022 г.

Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией данной статьи.

**Для цитирования.** Савченков А.В. Факторы риска развития тревожных расстройств // Вестник психотерапии. 2023. № 85. С. 92–102. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-85-92-102

---

A.V. Savchenkov

## Risk factors for the development of anxiety disorders

Association of Psychoanalysts and Hypnologists “Psychodynamic School of Clinical Hypnosis”  
(94, Kirova Str., Chelyabinsk, 454091, Russia)

✉ Alexander Vitalievich Savchenkov — President of the Association of Psychoanalysts and Hypnologists “Psychodynamic School of Clinical Hypnosis” (94, Kirova Str., Chelyabinsk, 454091, Russia), e-mail: sav@psychd.ru

### Abstract

*Relevance.* The article studies risk factors of anxiety disorders. The relevance and significance of the research topic is justified by the need to preserve the knowledge accumulated within the outgoing clinical and psychological paradigm (with regard to the transition to ICD-11), generalize and systemize earlier obtained results, as well as supplement them with trends that manifest themselves in the transition to an updated understanding of borderline personality disorders.

*The objective* of the article is to clarify the totality (groups) of risk factors for anxiety disorders related and unrelated to social events on a global scale. The novelty of the study is an attempt to identify risk factors for the formation of anxiety disorders in connection with such social events as the COVID-19 pandemic and the geopolitical conflict caused by the beginning of the military special operation of the Russian Federation in Ukraine.

*Methods.* General scientific (dialectical, analysis and synthesis, comparison and analogy, annotation, annotation and abstraction), special (systematic, comparative analysis, etc.), research (analysis of Russian and foreign literature on the problem of research, results of empirical research, social surveys, etc.) are among the priority research methods.

*Results and discussion.* As a result of our research, the author arrived at the following conclusions: firstly, the risk groups for the development of anxiety disorders, caused by social events of global scale or without direct motivation, include intrasocial, extrasocial, economic, and political reasons; secondly, the risk groups for the development of directly dominant anxiety disorders associated with global social events include epidemiological and geopolitical impacts; thirdly, all these events shift the emphasis towards specific components of the enlisted groups, thus forming a situation-related set of risk factors impregnated with the development of such anxiety disorders, that most

evidently produce various types of borderline personality disorders and antisocial behavior in the social micro and macro scale.

**Conclusion.** The study eventually allowed to identify the risk groups for the formation of anxiety disorders, including borderline personality disorders.

**Keywords:** medical psychology, anxiety disorder, depression, neurotic disorder, risk factor, emergency, pandemic, war, armed conflict.

## References

1. Aronov P.V., Bel'skaya G.N., Nikiforov I.A. Sovremennye podkhody k diagnostike i lecheniyu trevozhnykh rasstroistv, assotsiirovannykh s novoi koronavirusnoi infektsiei [Modern approaches to the diagnosis and treatment of anxiety disorders associated with a new coronavirus infection] *Meditsinskii sovet* [Medical council]. 2021; (10):66–79. DOI: 10.21518/2079-701X-2021-10-66-79. (In Russ).
2. Arkhipova A.S., Radchenko D.A., Kozlova I.V. [et al.]. Puti rossiiskoi infodemii: ot WhatsApp do Sledstvennogo komiteta [Specifics of infodemic in Russia: from whatsapp to the investigative committee] *Monitoring obshchestvennogo mneniya: ekonomicheskie i sotsial'nye peremeny* [Monitoring of public opinion: economic and social changes]. 2020; (6):231–265. DOI: 10.14515/monitoring.2020.6.1778. (In Russ).
3. Barinov D.N. Sotsial'noe nastroyenie trevogi i strakha: sushchnost', struktura, osobennosti funktsionirovaniya [State of social anxiety and fear: essence, structure, and peculiarities of functioning]. *Sotsiodinamika* [Sociodynamics]. 2019; (7):39–53. DOI: 10.25136/2409-7144.2019.7.30136. (In Russ).
4. Bobrov A.E., Usatenko E.V. Kontsepsiya trevozhnykh rasstroistv: osnovnye tendentsii razvitiya [The concept of anxiety disorders: main development trends]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya* [Social and Clinical Psychiatry]. 2021; (4):62–70. (In Russ).
5. Kas'yanov V.V., Vlasova V.N., Gafiatulina N.Kh. Pandemiya kak sotsial'naya tragediya dlya rossiiskogo naseleniya: obostrenie sistemy neravenstv [Pandemy as a social tragedy for the russian population: excerning the system of inequalities]. *Gumanitarnye, sotsial'no-ekonomicheskie i obshchestvennyye nauki* [Humanities, social-economic and social sciences]. 2021; (1):34–38. DOI: 10.23672/f8418-0715-7640-b. (In Russ).
6. Korabel'nikova E.A. Trevozhnye rasstroistva v usloviyakh pandemii COVID-19 [Anxiety disorders in the context of the COVID-19 pandemic]. *Meditsinskii vestnik Severnogo Kavkaza* [Medical news of north caucasus]. 2021; (1):79–85. DOI: 10.14300/mnnc.2021.16022. (In Russ).
7. Malmygin A.S. Sotsial'noe sobytie kak makrosotsial'nyi fenomen i faktor transformatsionnogo razvitiya obshchestva [Social event as the makrosocial phenomenon and factor of transformational development of the society]. *Sotsiologicheskii al'manakh* [Sociological almanac]. 2018; (9):123–131.
8. Na fone pandemii COVID-19 vo vsem mire rasprostranennost' trevozhnykh rasstroistv i depressii vyroslo na 25 % [Amid the COVID-19 pandemic, global prevalence of anxiety disorders and depression has increased by 25%]. World Health Organization. ULR: <https://www.who.int/ru/>. (In Russ).
9. Psikhicheskie rasstroistva [Mental disorders]. World Health Organization. ULR: <https://www.who.int/ru/>. (In Russ).
10. Psikhosomaticheskie rasstroistva v klinicheskoi praktike [Psychosomatic disorders in clinical practice]. Ed. A.B. Smulevich. Moscow. 2019. 774 c. (In Russ).
11. Rozenova M.I., Ekimova V.I., Ognev A.S., Likhacheva E.V. Strakh kak krizis psikhicheskogo zdorov'ya v usloviyakh global'nykh riskov i peremen [Fear as a mental health crisis in the context of global risks and changes]. *Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya* [Journal of modern foreign psychology]. 2021; 10(1):17–26. DOI: 10.17759/JMFP.2021100102. (In Russ).
12. Rossiya na novom perelome: strakhi i trevogi [Russia at a new turning point: fears and anxieties]. M.K. Gorshkov [et al.]. Eds.; M.K. Gorshkov, V.V. Petukhov. Moscow. 2009. 158 p. (In Russ).
13. Sedova N.N. Massovye trevogi i lichnye strakhi [Mass anxieties and personal fears]. *Monitoring obshchestvennogo mneniya: ekonomicheskie i sotsial'nye peremeny* [Monitoring of public opinion: economic and social changes]. 2010; (1):133–135. (In Russ).
14. Khaustova E.A., Bezsheiko V.G. Sovremennye predstavleniya o diagnostike i terapii trevozhnykh rasstroistv [Present-day ideas of diagnosis and therapy of anxiety disorders]. *Mezhdunarodnyi nevrologicheskii zhurnal* [International neurological journal]. 2012; (2):52–60. (In Russ).
15. Hjelle L.A., Zinger D. Teorii lichnosti. Osnovnye polozheniya, issledovaniya i primeneniye [Personality theories. Fundamentals, research and application]. 3rd ed. St. Petersburg. 2022. 606 p. (In Russ).
16. Chernenko A.M., Agarkov V.A., Bronfman S.A. Analiz poiskovykh zaprosov kak instrument sravnitel'noi otsenki potrebnosti v psikhoterapevticheskoi pomoshchi [Analysis of search queries as a tool for comparative assessment of the need for psychotherapeutic help] *Psikhologiya i psikhotehnika* [Psychology and Psychotechnics]. 2022; (1):67–79. DOI: 10.7256/2454-0722.2022.1.34873. (In Russ).

17. Ajao E. AI and disinformation in the Russia-Ukraine war // TechTarget. ULR: <https://www.techtargget.com/>.
18. Andrews G., Hobbs M.J., Borkovec Th.D. [et al.]. Generalized worry disorder: A Review of DSM-IV Generalized anxiety disorder and options for DSM-V. *Depress Anxiety*. 2010; 27(2):134–147. DOI: 10.1002/da.20658.
19. Berridge C.W. Noradrenergic modulation of arousal. *Brain Res. Rev.* 2008; 58(1):1–17. DOI: 10.1016/j.brainresrev.2007.10.013.
20. Berry A.S., White R.L., Furman D.J. [et al.]. Dopaminergic mechanisms underlying normal variation in trait anxiety // *J. Neurosci.* 2019; 39(14):2735–2744. DOI: 10.1523/JNEUROSCI.2382-18.2019.
21. Caycho-Rodríguez T., Tomás J.M., Vilca L.W. [et al.]. Socio-Demographic Variables, Fear of COVID-19, Anxiety, and Depression: Prevalence, Relationships and Explanatory Model in the General Population of Seven Latin American Countries. *Front Psychol.* 2021; 12:695989. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.695989.
22. Charlson F., van Ommeren M., Flaxman A. [et al.]. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2019; 394(10194):240–248. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)30934-1.
23. Dong L., Bouey J. Public Mental Health Crisis during COVID-19 Pandemic, China. *Emerg. Infect. Dis.* 2020; 26(7):1616–1618. DOI: 10.3201/eid2607.200407.
24. Dowbiggin I.R. High anxieties: the social construction of anxiety disorders. *Can. J. Psychiatry.* 2009; 54(7):429–436. DOI: 10.1177/070674370905400703.
25. Fitzpatrick K.M., Drawve G., Harris C. Facing new fears during the COVID-19 pandemic: The State of America's mental health. *J. Anxiety Disord.* 2020; 75:102291. DOI: 10.1016/j.janxdis.2020.102291.
26. Folayan M.O., Ibigbami O., Brown B. [et al.]. Factors Associated with Experiences of Fear, Anxiety, Depression, and Changes in Sleep Pattern During the COVID-19 Pandemic Among Adults in Nigeria: A Cross-Sectional Study. *Front. Public Health.* 2022; 10:P. 779498. DOI: 10.3389/fpubh.2022.779498.
27. Ganie A.U.R., Mukhter I. Misinformation induced anxieties and fear affecting vaccination programs: Challenge for COVID-19 vaccination program. *J. Family Med. Prim. Care.* 2022; 11(1):405–406. DOI: 10.4103/jfmpc.jfmpc\_1520\_21.
28. Gerez M., Suárez E., Castanedo L., Tello A. The crossroads of anxiety: distinct neurophysiological maps for different symptomatic groups. *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* 2016; 12:159–175. DOI: 10.2147/NDT.S89651.
29. Guerra O., Eboeime E. The Impact of Economic Recessions on Depression, Anxiety, and Trauma-Related Disorders and Illness Outcomes-A Scoping Review. *Behav. Sci. (Basel).* 2021; 11(9):119. DOI: 10.3390/bs11090119.
30. Inflation, war push stress to alarming levels at two-year COVID-19 anniversary // APA. 10.03.2022. ULR: <https://www.apa.org/>.
31. Jeronimus B.F. Anxiety and Depression from a Dynamic Systems Perspective. Psychosocial Development in Adolescence: Insights from the Dynamic Systems Approach. Eds.: Kunnen E.S., de Ruitter N.M.P., Jeronimus B.F., van der Gaag, M.A.. London: Routledge Psychology, 2019. Chapter 7. 32 p. DOI: 10.4324/9781315165844-7.
32. Kelland K. U.N. warns of global mental health crisis due to COVID-19 pandemic // Reuters. 14.05.2020. ULR: <https://www.reuters.com/>.
33. Ko C.A., Chang Y. Investigating the Relationships Among Resilience, Social Anxiety, and Procrastination in a Sample of College Students. *Psychol. Rep.* 2019; 122(1): 231–245. DOI: 10.1177/0033294118755111.
34. Lei L., Huang X., Yang J. [et al.]. Comparison of prevalence and associated factors of anxiety and depression among people affected by versus people unaffected by quarantine during the covid-19 epidemic in southwestern China. *Med. Sci. Monit.* 2020; 26: e924609. DOI: 10.12659/MSM.924609.
35. Mazza C., Ricci E., Biondi S. [et al.]. A nationwide survey of psychological distress among Italian people during the COVID19 pandemic: immediate psychological responses and associated factors. *Int. J. Environ. Res. Public Health. Actions.* 2020; 17(9)3165. DOI: 10.3390/ijerph17093165.
36. Mertens G., Gerritsen L., Duijndam S. [et al.]. Fear of the coronavirus (COVID-19): Predictors in an online study conducted in March 2020. *J. Anxiety Disord.* 2020; 74:102258. DOI: 10.1016/j.janxdis.2020.102258.
37. Olagoke A.A., Olagoke O.O., Hughes A.M. Exposure to coronavirus news on mainstream media: the role of risk perceptions and depression. *British Journal of Health Psychology.* 2020; 25(4):865–874. DOI: 10.1111/bjhp.12427.
38. Pratt J. Fear and Anxiety in the Risk Society. *Law, Insecurity and Risk Control.* 2020. P. 133–178. DOI: 10.1007/978-3-030-48872-7.
39. Rebughini P. A sociology of anxiety: Western modern legacy and the Covid-19 outbreak. *International Sociology.* 2021; 36:554–568. DOI: 10.1177/0268580921993325.
40. Shattuck N.L., Brown S.A. Wounded in action: what the sleep community can learn from sleep disorders of US military service members. *Sleep.* 2013; 36(2):159–160. DOI: 10.5665/sleep.2356.
41. Spoorthy M.S., Pratapa S.K., Mahant S. Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic-A review. *Asian J. Psychiatr.* 2020; 51:102119. DOI: 10.1016/j.ajp.2020.102119.
42. Stress in America. Money, inflation, war pile on to nation stuck in COVID-19 survival mode (March, 2022) // APA. ULR: <https://www.apa.org/>.

43. Struijs S.Y., de Jong P.J., Jeronimus B.F. [et al.]. Psychological risk factors and the course of depression and anxiety disorders: A review of 15 years NESDA research. *J. Affect Disord.* 2021; 295:1347–1359. DOI: 10.1016/j.jad.2021.08.086.
  44. Wang C., Pan R., Wan X. [et al.]. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2020; 17(5):1729. DOI: 10.3390/ijerph17051729.
  45. Xiong J., Lipsitz O., Nasri F. [et al.]. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *J. Affect. Disord.* 2020; 277:55–64. DOI: 10.1016/j.jad.2020.08.001.
  46. Yang X., Fang Y., Chen H. [et al.]. Global, regional and national burden of anxiety disorders from 1990 to 2019: results from the Global Burden of Disease Study 2019 // *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* 2021; 30:e36. DOI: 10.1017/S2045796021000275.
- 

Received 08.12.2022

**For citing:** Savchenkov A.V. Faktory riska razvitiya trevozhnykh rasstroistv. *Vestnik psikhoterapii*. 2023; (85):92–102. (In Russ.)

Savchenkov A.V. Risk factors for the development of anxiety disorders. *Bulletin of Psychotherapy*. 2023; (85):92–102. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-85-92-102

---

## ПРАВИЛА ДЛЯ АВТОРОВ СТАТЕЙ

При направлении статей в журнал должны соблюдаться международные этические нормы, разработанные Комитетом по этике научных публикаций (The Committee on Publication Ethics, COPE) (<http://publicationethics.org/resources/guidelines>), рецензируемых журналов издательства «Elsevier» (<http://health.elsevier.ru/about/news/?id=990>) и содержащиеся на сайтах учредителей журнала «Вестник психотерапии».

Автор(ы) представляет(ют) электронную версию статьи в формате Word 97-2003 (!) и скан титульного листа, подписанный авторами, которые следует направить по электронному адресу редколлегии. В сведениях указываются фамилии, имена и отчества авторов полностью, ученые звания и степени, занимаемые должности, место работы с почтовым адресом учреждения и участие авторов в подготовке статьи. Ведущий автор сообщает телефон для общения с редакцией.

Оформление статьи должно соответствовать ГОСТу 7.89–2005 «Оригиналы текстовые авторские и издательские» и ГОСТу 7.0.7–2021 «Статьи в журналах и сборниках». Диагнозы заболеваний и формы расстройств поведения следует соотносить с МКБ-10. Единицы измерений приводятся по ГОСТу 8.471–2002 «Государственная система обеспечения единства измерений. Единицы величин».

Текст статьи набирается шрифтом Times New Roman, кегль – 12 пт (таблицы – 10 пт), интервал полуторный. Поля с каждой стороны по 2 см. Объем передовых и обзорных статей не должен превышать 15 стр., экспериментальных и общетеоретических исследований – 10 стр. В этот объем входят текст, иллюстрации (рисунки, таблицы), список литературы и англоязычный блок.

Схема построения статьи: 1) инициалы и фамилии авторов; 2) заглавие статьи (обычным строчным шрифтом), учреждение и его адрес (указываются для каждого из авторов); 3) реферат и ключевые слова, соответствующие с Международным рубрикатом медицинских терминов (MeSH), русскоязычная версия которого представлена на сайте Центральной научной медицинской библиотеки (<http://www.scsml.rssi.ru/>); 4) краткое введение; 5) материалы и методы; 6) результаты и их анализ; 7) заключение (выводы); 8) возможные конфликты интересов, которые могут повлиять на анализ и интерпретацию полученных результатов, источники финансовой поддержки (гранты, государственные программы, проекты и т.д.), благодарности; 9) участие авторов (конкретный вклад каждого автора в подготовку и написание статьи); 10) литература.

Реферат объемом не менее 250 знаков составляется на русском и английском языке. В разделах следует кратко ответить на вопросы: актуальность (Relevance) – для чего это надо? Почему провели это исследование? Цель (Intention) – что надо сделать? Методология (Methodology) – что делали? Объект (предмет) исследования и задействованный для этого аппарат. Результаты и их анализ (Results and Discussion) – что было получено? Как эти результаты соотносятся с проведенными ранее исследованиями? Заключение (Conclusion) – что надо внедрить в научно-практическую деятельность?

Литература должна содержать в алфавитном порядке, кроме основополагающих, научные публикации за последние 5–10 лет [статьи, материалы конференций, авторефераты диссертаций (диссертация – рукопись), монографии, изобретения и пр., учебно-методическая литература не относятся к научной] и соответствовать ГОСТу 7.0.5–2008 «Библиографическая ссылка...». Для статей (книг), независимо от количества авторов, библиографическое описание приводится с заголовка, который содержит, как правило, фамилии и инициалы всех авторов. Точка и тире в записи заменяются точкой. Обязательно приводятся место издания (издательство, если оно имеется), год издания, общее количество страниц и DOI статей. Для отдельных глав, статей – страницы начала и конца документа. В транслитерированном списке (References) выходные данные: 2021. Т. 2, № 5. С. 7–10 и 2005. № 7. С. 28–39, представляются как 2021;2(5):7–10 и 2005;(7):28–39.

Требования к рисункам: допускаются только черно-белые рисунки, заливка элементов рисунка – косая, перекрестная, штриховая; допустимые форматы файлов – TIFF, JPG, PDF; разрешение – не менее 300 dpi; ширина рисунка – не более 160 мм, высота рисунка – не более 130 мм, легенда рисунка должна быть легко читаемой, шрифт не менее 8–9 пт.

Структура англоязычного раздела: 1) авторы и заглавие статьи; 2) англоязычное название учреждения приводится так, как оно представлено в Уставе учреждения; 3) сведения об авторах – указываются транслитерированные имена, отчества (вначале) и потом фамилии, ученые звания и степени, должность, учреждение, его адрес; 4) реферат по разделам и ключевые слова; 5) транслитерированный список литературы. При транслитерации следует использовать сайт (<http://translit.net>), формат транслитерации – BSI. После транслитерированного русского заглавия в квадратных скобках указывается его англоязычный перевод. Для заглавий статей и журналов следует применять официальные переводы, представленные в журналах, на сайте Научной электронной библиотеки (<http://elibrary.ru>) и ведущих библиотек страны.

Присланные статьи рецензируются членами редколлегии, редакционного совета и ведущими специалистами отрасли. Рецензирование – «двойное слепое». При положительном отзыве статьи принимаются к печати.

При принятии статьи к публикации авторы дают право редакции размещать полные тексты статей и ее реферата в информационных справочно-библиографических базах данных.

Рукописи авторам не возвращаются.

Плата за публикацию рукописей с аспирантов не взимается.