

# ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ

№ 87  
2023

Научный рецензируемый журнал

Издается ежеквартально с 1991 г.

## Учредитель

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

Журнал «Вестник психотерапии» (по состоянию на 27.06.2023 г., пункт 630) включен ВАК Минобрнауки России в перечень рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук по научным специальностям (с 31.05.2023 г.):

3.1.17. Психиатрия и наркология (медицинские науки),  
5.3.2. Психофизиология (психологические науки),  
5.3.6. Медицинская психология (медицинские науки),  
5.3.6. Медицинская психология (психологические науки)  
5.3.9. Юридическая психология и психология безопасности личности (психологические науки)

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

Компьютерная верстка С.И. Рожковой  
Корректор Е.С. Степченко  
Перевод Е.О. Клейман

Подписано в печать: 25.09.2023  
Формат 60×84/8. Усл.-печ. л. 14,25  
Тираж 500 экз. Заказ № 7610-1  
Отпечатано в типографии  
«Скифия-Принт», Санкт-Петербург, 197198,  
ул. Б. Пушкарская, д. 10  
Дата выпуска в свет: 30.09.2023  
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

- Евдокимов В.И., Назыров Р.К., Плужник М.С., Климшин Д.А., Коровицин В.В.*  
Семантический анализ ключевых слов в зарубежных статьях по психотерапии (2012–2021 гг.) .....5
- Заховаева А.Г.*  
Шедевры живописи в работе арт-терапевта (герменевтический анализ) .....20

### Медицинская психология

- Алексеев А.А., Новикова И.А.*  
Концептуальные модели интуиции .....28
- Зайцева Д.И.*  
Краткосрочное психологическое вмешательство в урологической клинике .....38
- Богачева О.И., Иванов М.В., Балакирева Е.Е., Коваль-Зайцев А.А., Куликов А.В., Никитина С.Г., Шалина Н.С.*  
Структура родительского отношения к болезни ребенка с расстройством аутистического спектра. .49
- Яковлев Е.В., Ветрова Т.В., Леонтьев О.В., Гневышев Е.Н., Ионцев В.И.*  
Клинико-неврологические особенности течения дорсопатий и специфика их медико-психологической коррекции .....60
- Улюкин И.М., Григорьев С.Г., Орлова Е.С., Сечин А.А.*  
Жизнестойкость лиц молодого возраста в условиях синдемии социально значимых заболеваний .....72
- Рознова И.А.*  
Индивидуально-психологические особенности лиц юношеского возраста с типом личности D ...81

### Юридическая психология и психология безопасности

- Кобозев И.Ю.*  
Жизнестойкость и личностные особенности сотрудников органов внутренних дел с различным стажем службы .....89
- Круглова М.А., Леонтьев О.В., Круглов В.А., Ионцев В.И., Сапунова О.А.*  
Домашнее насилие как фактор дезадаптации женщин .....96

## **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. (Санкт-Петербург, Россия)

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

*Коровицин Виталий Викторович*, помощник главного редактора  
(Москва, Россия)

*Мильчакова Валентина Александровна*, канд. психол. 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, России)

*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, д-р богословия 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 87  
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 E.O. Klejman

Approved for press 25.09.2023.

Format 60×84/8.

Conventional sheets 14,25.

No. of printed copies 500.

Publication date 30.09.2023

## For correspondence:

11, A, Pridorozhnaya alley  
194352, St. Petersburg, Russia  
Phone: (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)

## CONTENTS

### Psychoterapy

- Evdokimov V.I., Nazyrov R.K., Pluzhnik M.S.,  
Klimshin D.A., Korovicin V.V.*  
Semantic analysis of keywords in foreign articles  
on psychotherapy (2012–2021) .....5
- Zakhovaeva A.G.*  
Masterpieces of painting in the work of an art  
therapist (hermeneutic analysis) .....20

### Medical psychology

- Alekseev A.A., Novikova I.A.*  
Conceptual models of intuition. ....28
- Zaitseva D.V.*  
Short-term psychological intervention  
in the urological clinic .....38
- Bogacheva O.I., Ivanov M.V., Balakireva E.E.,  
Koval-Zaitsev A.A., Kulikov A.V., Nikitina S.G.,  
Shalina N.S.*  
The structure of parental attitude to the disease  
of a child with autism spectrum disorder .....49
- Yakovlev E.V., Vetrova T.V., Leontev O.V.,  
Gnevyshev E.N., Iontsev V.I.*  
Clinical and neurological features of the course  
of dorsopathies and the specifics of their medical  
and psychological corrections .....60
- Ulyukin I.M., Grigoriev S.G., Orlova E.S., Sechin A.A.*  
Young age persons' hardiness under the conditions  
of socially significant diseases' syndemia. ....72
- Roznova I.A.*  
Individual psychological characteristics  
of adolescents with Personality Type D .....81

### Legal psychology and psychology of security

- Kobozev I.Yu.*  
Hardiness and personal characteristics of employees  
of internal affairs bodies with different service  
experience .....89
- Kruglova M.A., Leontev O.V., Kruglov V.A.,  
Iontsev V.I., Saprunova O.A.*  
Domestic violence as a factor of women's  
disadaptation .....96

## **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. (St. Petersburg, Russia)

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

*Vitaliy V. Korovitsin*, Assistant Editor-in-Chief (Moscow, Russia)

*Valentina A. Milchakova*, PhD Psychol. 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., Dr. Divinity Prof. (St. Petersburg, Russia)

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

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

В.И. Евдокимов<sup>1, 2</sup>, Р.К. Назыров<sup>3</sup>, М.С. Плужник<sup>2</sup>,  
Д.А. Климшин<sup>3</sup>, В.В. Коровицин<sup>3</sup>

## СЕМАНТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КЛЮЧЕВЫХ СЛОВ В ЗАРУБЕЖНЫХ СТАТЬЯХ ПО ПСИХОТЕРАПИИ (2012–2021 ГГ.)

<sup>1</sup>Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова  
МЧС России (Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2);

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

<sup>3</sup>Институт психотерапии и медицинской психологии им. Б.Д. Карвасарского  
(Россия, Санкт-Петербург, Басков пер, д. 32–34)

*Введение.* Для частотного анализа ключевых слов в больших массивах публикаций сотрудники Centre for Science and Technology Studies of Leiden University (Нидерланды) разработали аналитическую программу VOSviewer. Программа достаточно широко используется в науковедении. К сожалению, в программе не осуществляется содержательный анализ терминов.

*Цель* – провести семантический анализ ключевых слов, полученных при помощи программы VOSviewer, в зарубежных статьях по психотерапии.

*Методология.* При помощи программы VOSviewer проанализировали 79,6 тыс. статей по психотерапии, проиндексированных в международной базе данных PubMed в 2012–2021 гг. При 250 повторениях выявили 532 ключевых слова, которые рутинным способом по смысловому содержанию объединили в 56 терминов.

*Результаты и их анализ.* Объединенные термины позволили распределить массив статей на 5 кластеров. В 1-м кластере показано, что авторы в основном представляли результаты психического воздействия на пациентов с позиций доказательной медицины и принципов охраны здоровья и организации здравоохранения с общей силой связи 51,9% от общего массива статей. Во 2-м кластере исследовались психические процессы, в том числе, когнитивные, двигательные расстройства и расстройства памяти. Значительное место в изучении этих расстройств отводилось биологическим аспектам, и при терапии использовали приемы с биологической обратной связью, анималотерапией и физиотерапией, сила связи – 15,4%. В 3-м кластере анализировались эмоции, которые были взаимообусловлены с показателями качества жизни пациентов, уровнем стресса, формированием соматоформных расстройств и пр. Как правило, для коррекции указанных расстройств применялись приемы медитации и музыкальной терапии, сила связи – 14,4%. В 4-м кластере авторы исследовали социальные отношения, например между профессионалами и пациентами, межличностные отношения

---

✉ Евдокимов Владимир Иванович – д-р мед. наук проф., гл. науч. сотр., Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2); преподаватель каф. психиатрии, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), ORCID: 0000-0002-0771-2102, e-mail: 9334616@mail.ru;

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;

Плужник Михаил Сергеевич – курсант 5-го курса фак-та подготовки врачей для Воен.-мор. флота, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: pluzhnikms@yandex.ru;

Климшин Дмитрий Анатольевич – мед. психолог, преподаватель, Ин-т психотерапии и мед. психологии им. Б.Д. Карвасарского (Россия, 191014, Санкт-Петербург, Басков пер, д. 32–34), e-mail: dklimshin@gmail.com;

Коровицин Виталий Викторович – психотерапевт, преподаватель, Ин-т психотерапии и мед. психологии им. Б.Д. Карвасарского (Россия, 191014, Санкт-Петербург, Басков пер, д. 32–34), e-mail: kor14@list.ru



пациентов и психическую адаптацию. Оптимизацию этих отношений осуществляли при помощи конкретных психотерапевтических процессов, групповой психотерапии и психоанализа, сила связи – 13,8 %. В 5-м кластере изучали вопросы самоконтроля, самооценки, самоэффективности пациентов, их отношения к здоровому образу жизни. Возможные нарушения поведения корректировались при помощи телесной терапии, сила связи – 4,5 %.

**Заключение.** Семантический анализ выявил некоторые сходства и различия в кластеризации статей по ключевым словам без их объединения и позволил более объективно изучить содержание массива зарубежных публикаций по психотерапии.

**Ключевые слова:** психотерапия, психологическая коррекция, клиническая психология, когнитивная терапия, семантический анализ, маркер эффективности, науковедение, библиометрия, метаанализ, PubMed, VOSviewer.

## Введение

В предыдущей статье «Структура научных исследований в зарубежных статьях по психотерапии (2012–2021)» [4] показаны структура методических приемов, развитие направлений научных исследований в 79,6 тыс. зарубежных статьях по психотерапии, проиндексированных в публикациях в PubMed в 2012–2021 гг., и содержание ведущих научных соавторств по психотерапии. Оказалось, что вопросы поведенческой терапии изучались в 41,2 % статей, в том числе, когнитивно-поведенческой терапии – в 30,3 %, с использованием биологически обратной связи – в 8,7 %, групповой психотерапии – в 15,5 %, семейной психотерапии – в 10,8 %, краткосрочной психотерапии – 2,6 % статей.

Большой массив публикаций, отсутствие открытого доступа к ряду статей не дали возможность просмотреть все статьи рутинным способом (*de visu*). Для анализа ключевых слов в статьях использовали аналитическую программу VOSviewer, которую создали сотрудники Leiden University's Centre for Science and Technology Studies (г. Лейден, Нидерланды) [13]. Программа находится в свободном доступе и активно применяется для анализа потоков публикаций в наукометрии [10–12, 14].

В нашем исследовании использовали 250 повторов ключевых слов (терминов). Поиск позволил использовать для анализа 532 термина. Силу связей терминов в программе VOSviewer представляли показатели связи (Links Strength) и общей силы связи (Total Link Strength). Атрибут Links Strength указывал на число случаев соавторства исследователя с другими авторами, Total Link

Strength – на общую силу связей, определяемую подсчетом, в котором учитываются не только общее количество документов, написанных в соавторстве, но и общее число авторов в каждом из документов, созданных в соавторстве [13].

Ключевые слова массива статей сгруппированы в 6 научных кластеров, в которых авторы [4]:

- в 1-м – изучали влияние психотерапии (конкретных методических приемов) на психологическую адаптацию пациентов, в том числе, с психическими расстройствами, методические приемы организации психотерапевтического вмешательства, взаимоотношения психотерапевтов и пациентов, доля общей силы связи кластера была 26,7 % в массиве всех публикаций;

- во 2-м – показали особенности биологических и нейропсихологических маркеров психологического воздействия на человека с общей силой связи 21,4 %;

- в 3-м – демонстрировали эффективность применения методик психологического воздействия с позиций доказательной медицины с общей силой связи 17,1 %;

- в 4-м – применяли когнитивную терапию при зависимостях, в том числе, в удаленном режиме в сети Интернет, формировали у пациентов здоровый образ жизни и исследовали технико-экономическое обоснование лечения, с общей силой связи 14,9 %;

- в 5-м – проводили лечение пациентов с психическими расстройствами с помощью когнитивно-поведенческой и комбинированной терапии, в том числе, с нейрофармакологическими препаратами с общей силой связи – 10,6 %;

– в 6-м – осуществляли лечение детей с нарушениями развития и поведения, исследовали отношение детей и родителей, проблемы воспитания детей с общей силой связи 4,4 %.

В статье наглядно показаны плеяды соотношений ключевых слов в общем массиве статей и кластерах [4].

Как правило, ключевые слова в программе VOSviewer исследуются с помощью приемов частотного анализа. Созданную программу не соотносят с искусственным интеллектом, в связи с чем решено самостоятельно провести смысловое объединение ключевых слов.

Семантический анализ или смысловой анализ информации – устранение неоднозначности значений единиц языка (в том числе синонимов, омонимов, антонимов, многозначных слов) для установления содержательных семантических отношений между ними при различных сочетаниях – достаточно известная отрасль знания.

Смысловой анализ используется для автоматизированной интерпретации текстов. Например, в публикации [6] предлагается методика анализа текста, которая состоит из трех этапов: семантическая обработка текста, формирование фреймовой структуры и диаграмм потоков информационной системы, представленной в техническом задании.

С.Л. Яцино подробно описывает типы искусственных нейронных сетей, которые могут применяться для семантического анализа текста [9].

В коллективной монографии С.Г. Любова представляет трехуровневое семантическое описание эмоциональной лексики [7].

Семантический анализ диалогов с пациентами и их психологического интервью применяют в психотерапевтической практике. Например, О.Н. Усатенко отмечала, что развитию рефлексивного потенциала будущих практических психологов и целостному анализу ситуации при их профессиональном взаимодействии с пациентами способствует структурно-семантический анализ супервизии [8].

С семантических позиций Ю.В. Гуров и Д.Ю. Гуров приводят авторскую классификацию тестов на внушаемость и клинические

методы, позволяющие, в частности, определить степень внушаемости человека [2].

В работе М.С. Гриневой и Л.Г. Васильева представлен структурно-семантический анализ аргументативного дискурса в психотерапевтической беседе для опровержения иррациональных убеждений пациентов. Пошагово представляется разбор англоязычной консультации К. Helm [1]. Семантическое исследование динамики уровня тревожности пациента в отношениях с родными и близким при психоаналитическом консультировании содержится в статье И.Е. Жмурина и И.В. Корнейчик [5].

В исследовании С.И. Дьякова анализируется психодинамический подход в психотерапии и моделировании бессознательной психической самоорганизации в контексте синергетики и субъектности личности. Рассмотрен семантический подход при моделировании сознания и неосознаваемых структур. Выявлена базовая семантическая тематика подсознательных деструктивных комплексов, выступающих как механизмы непроизвольной психической самоорганизации и саморегуляции, как факторы, блокирующие и нарушающие осознанную психическую самоорганизацию и волеизъявление субъекта [3].

**Цель** – провести семантический анализ ключевых слов, полученных при помощи программы VOSviewer, в зарубежных статьях по психотерапии, проиндексированных в PubMed за 10 лет (2012–2021 гг.).

## Материал и методы

Поисковый режим в PubMed включал: поисковое слово – psychotherapy, период исследования – 2012–2021 гг. Считается, что в PubMed при начальной формулировке поиска автоматически добавляются названия полей с соподчиненными медицинскими предметными рубриками (Medical Subject Headings, MeSH). Поиск позволил найти 89,8 тыс. откликов на статьи.

При помощи опции «Save» в PubMed во всплывающем окне выбирали режим «All results», позволяющий выгрузить до 10 тыс. публикаций единовременно, и формат

«PubMed». Поочередно создавали годовые массивы публикаций в формате «.txt» для программы VOSviewer в специально созданной папке. При большом годовом массиве решено использовать для анализа по 10 тыс. публикаций. Предположили, что такое сужение поиска при большом потоке документов существенно не повлияет на результат исследований. В общей сложности проанализировали 79,6 тыс. статей, которые составили 88,6 % от общего найденного массива.

В программе VOSviewer количество ключевых слов рекомендуется ограничивать до

1000, что достигается увеличением числа их повторений. Как и в предыдущей статье использовали 250 повторов ключевых слов, при котором создано для анализа 532 термина.

Предположили, что объективному анализу содержания массива статей будет способствовать сведение близких по значимости ключевых слов в обобщенные термины. В табл. 1 перечислены наиболее значимые обобщенные термины, в которых ключевые слова представлены по значимости общей силы связи. Как правило, обобщенные термины сами входили в перечень ключевых слов.

Таблица 1

### Содержание наиболее значимых обобщенных терминов в массиве статей по психотерапии

Обобщенный термин	Число слов	Перечень наиболее значимых ключевых слов
Общие термины		
Evidence-based medicine (доказательная медицина)	71	Surveys and questionnaires (опросы и анкеты), pilot projects (пилотные проекты), psychometrics (психометрия), randomized controlled trials as topic (рандомизированные контролируемые испытания в качестве темы), feasibility studies (технико-экономические обоснования), cross-sectional studies (кросс-секционные исследования), analysis of variance (дисперсионный анализ), research design (дизайн исследования) и др.
Public health (общественное здоровье и здравоохранение)	27	Treatment outcome (результат лечения), outcome assessment, health care (оценка результатов в здравоохранении), primary health care (первая медицинская помощь), socioeconomic factors (социально-экономические факторы), rehabilitation (реабилитация) и др.
Chronic disease (хронизация заболевания)	9	Comorbidity (сопутствующие заболевания), severity of illness index (индекс тяжести болезни), inpatients (стационарные пациенты), residential treatment (стационарное лечение), hospitalization (госпитализация) и др.
Medication adherence (приверженность лечению)	12	Patient education as topic (обучение пациентов как тема), patient satisfaction (удовлетворенность пациентов), patient acceptance of health care (принятие пациентом медицинской помощи), patient compliance (комплаентность пациента) и др.
Emotions (эмоции)	13	Anxiety (беспокойство), mindfulness (внимательность), fear (страх), empathy (сочувствие), fatigue (усталость), mood disorders (расстройства настроения), anger (злость) и др.
Mental processes (психические процессы)	19	Motivation (мотивация), visual perception (визуальное восприятие), recurrence (повторение), awareness (осведомленность), perception (восприятие), arousal (возбуждение), imagination (воображение) и др.
Stress, psychological (стресс психологический)	7	Stress (стресс), resilience, psychological (устойчивость, психологическая), psychological distress (психологический дистресс), psychological theory (психологическая теория), psychology (психология) и др.
PTSD (посттравматическое стрессовое расстройство)	9	Stress disorders, post-traumatic (стрессовые расстройства, посттравматические), veterans (ветераны), trauma (травма), military personnel (военнослужащие), United States Department of Veterans Affairs (Департамент США по делам ветеранов), psychological trauma (психологическая травма) и др.



Продолжение табл. 1

Обобщенный термин	Число слов	Перечень наиболее значимых ключевых слов
Mental disorders (психические расстройства)	18	Schizophrenia (шизофрения), psychotic disorders (психотические расстройства), bipolar disorder (биполярное расстройство), borderline personality disorder (пограничное расстройство личности), psychiatry (психиатрия), personality disorders (расстройства личности), phobic disorders (фобические расстройства) и др.
Depression (депрессия)	6	Anxiety disorders (тревожные расстройства), depressive disorder (депрессивное расстройство), depressive disorder, major (депрессивное расстройство, основное), depression, postpartum (депрессия, послеродовой период), major depressive disorder (большое депрессивное расстройство)
Feeding and eating disorders (питание и расстройства пищевого поведения)	14	Obesity (ожирение), body mass index (индекс массы тела), weight loss (потеря массы тела), feeding behavior (пищевое поведение), anorexia nervosa (нервная анорексия), weight reduction programs (программы снижения массы тела), diet (диета) и др.
Cognition disorders (когнитивные расстройства)	8	Cognition (познание), dementia (слабоумие), cognitive dysfunction (когнитивная дисфункция), Alzheimer disease (болезнь Альцгеймера), intellectual disability (интеллектуальная недееспособность) и др.
Neuroimaging (нейровизуализация)	12	Magnetic resonance imaging (магнитно-резонансная томография), brain mapping (картирование мозга), electroencephalography (электроэнцефалография), evoked potentials (вызванные потенциалы), functional laterality (функциональная латеральность), fMRI (функциональная магнитно-резонансная томография) и др.
Brain (мозг)	15	Prefrontal cortex (префронтальная кора), cerebral cortex (кора головного мозга), amygdale (миндалевидное тело), neural pathways (нервные пути), gyrus cinguli (поясная извилина), hippocampus (гиппокамп), brain injuries (черепно-мозговые травмы), neuronal plasticity (пластичность нейронов) и др.
Quality of life (качество жизни)	10	Caregivers (опекуны), life style (стиль жизни), disability evaluation (оценка инвалидности), culture (культура), poverty (бедность), refugees (беженцы), spirituality (духовность) и др.
Motor activity (двигательная активность)	17	Psychomotor performance (психомоторная деятельность), exercise therapy (лечебная физкультура), movement (движение), postural balance (постуральный баланс), biomechanical phenomena (биомеханические явления), physical activity (физическая активность) и др.
Interpersonal relations (межличностные отношения)	11	Social behavior (социальное поведение), cooperative behavior (кооперативное поведение), social perception (социальное восприятие), social adjustment (социальная адаптация), social stigma (социальное клеймо), phobia, social (социальная фобия) и др.
Self-management (самоуправление)	7	Self report (самоотчет), self concept (самооценка), self care (самостоятельное лечение), self efficacy (самоэффективность), self-control (самоконтроль) и др.
Adaptation (адаптация)	2	Adaptation, psychological (адаптация, психологическая), adaptation, physiological (адаптация, физиологическая)
Термины психического воздействия		
Cognitive behavioral therapy (когнитивная терапия)	12	CBT (когнитивно-поведенческая терапия), behavior therapy (поведенческая терапия), cognitive remediation (когнитивная коррекция), cognitive therapy (когнитивная терапия) и др.
Psychotherapy (прочие методики психотерапии)	14	Psychotherapy, brief (краткосрочная психотерапия), implosive therapy (импловизивная терапия), imagery, psychotherapy (имаго-психотерапия), crisis intervention (кризисное вмешательство) hypnosis (гипноз), yoga (йога), art therapy (арт-терапия), aromatherapy (ароматерапия) и др.

Обобщенный термин	Число слов	Перечень наиболее значимых ключевых слов
Therapy, computer-assisted (компьютерная терапия)	12	Internet (Интернет), telemedicine (телемедицина), virtual reality exposure therapy (экспозиционная терапия виртуальной реальности), mobile applications (мобильные приложения), user-computer interface (интерфейс пользователь-компьютер) и др.
Family therapy (семейная терапия)	10	Parent-child relations (отношения родителей и детей), parents (родители), family (семья), family relations (семейные отношения), mother-child relations (отношения матери и ребенка) и др.
Psychotherapeutic processes (психотерапевтические процессы)	14	Motivational interviewing (мотивационное интервью), avoidance learning (обучение избеганию), reinforcement, psychology (психологическое подкрепление), pattern recognition, visual (визуальное распознавание образов), avoidance learning (обучение избеганию), role playing (ролевая игра) и др.
Biofeedback, psychology (биологическая обратная связь)	6	Feedback, sensory (сенсорная обратная связь), neurofeedback (нейробиоуправление), feedback, psychological (психологическая обратная связь), biofeedback (биологическая обратная связь) и др.
Psychopharmacology (психофармакология)	8	Antidepressive agents (антидепрессанты), antipsychotic agents (нейролептики), psychotropic drugs (психотропные препараты), selective serotonin reuptake inhibitors (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина), central nervous system stimulants (стимуляторы центральной нервной системы) и др.
Psychotherapy, group (групповая психотерапия)	3	Self-help groups (группы самопомощи), focus groups (фокус группы)
Meditation (медитация)	3	Relaxation therapy (релаксационная терапия), relaxation (расслабление)

Диаметр маркера изучаемого термина (ключевого слова или автора) на иллюстрациях в программе VOSviewer определялся количеством статей, а толщина линий между маркерами зависела от силы связей – числа встречаемости их вместе в публикациях. Наведение курсора на эти графические изображения представляло во всплывающем окне цифровые показатели.

### Результаты и их анализ

Созданный массив из 56 объединенных терминов сгруппировался в 5 кластеров. Наглядно взаимоотношения обобщенных терминов в массиве всех статей по психотерапии показаны на рис. 1. Ключевые слова 1-го кластера обозначены красным цветом, 2-го кластера – синим, 3-го кластера – желтым, 4-го кластера – зеленым, 5-го кластера – фиолетовым.

При распределении ключевых слов выявили сходства и различия с предыдущей статьей. Если с обычным распределением ключевых

слов по программе VOSviewer ведущие кластеры были созданы с относительно равными долями общей силы связи [4], то при семантическом объединении слов 1-й кластер был самым большим, его составили 51,9 % ключевых слов от общего массива (табл. 2).

Как и следовало ожидать, в 1-м кластере показано, что авторы в основном представляли результаты психического воздействия на пациентов, например, при когнитивно-поведенческой терапии, прочих методических приемах психотерапии, в том числе, краткосрочной психотерапии, йоги, гипноза, ароматерапии, арт-терапии, имаготерапии и пр., терапии с использованием сети Интернет, психофармакологии и комбинированной терапии с позиций доказательной медицины и основных принципов охраны здоровья и организации здравоохранения. В этот фактор вошли также статьи с изучением психических расстройств у пациентов, в том числе, депрессии, аддикций, посттравматического стрессового расстройства, суицидального поведения (см. табл. 2).

Таблица 2

**Обобщенные термины, представляющие наибольший вклад общей силы связи в кластерах**

Ранг	Ключевое слово	Показатель в кластере	
		количество статей, %	общая сила связи, %
1-й кластер			
1-й	Evidence-based medicine / доказательная медицина	10,7	10,6
2-й	Public health / охрана здоровья и здравоохранение	7,6	7,8
3-й	Cognitive behavioral therapy / когнитивно-поведенческая терапия	6,4	6,3
4-й	Psychotherapy / психотерапия (прочие методики)	5,5	4,8
5-й	Depression / депрессия	3,8	4,0
6-й	Mental disorders / психические расстройства	4,1	3,7
7-й	Chronic disease / хронизация заболевания	2,0	2,2
8-й	Medication adherence / приверженность лечению	1,8	2,1
9-й	Therapy, computer-assisted / терапия с использованием сети Интернет	1,8	1,8
10-й	Addiction / зависимость	1,4	1,4
11-й	Mental health / душевное здоровье	1,3	1,3
12-й	Psychopharmacology / психофармакология	1,3	1,3
13-й	PTSD / посттравматическое стрессовое расстройство	1,4	1,3
14-й	Risk reduction behavior / поведение по снижению риска	1,0	1,1
15-й	Combined modality therapy / комбинированная терапия	0,8	0,9
16-й	Sex factors / половые факторы	0,5	0,5
17-й	Suicidal ideation / суицидальные мысли	0,5	0,5
18-й	Pandemics / пандемии	0,4	0,3
	Всего в общем массиве статей	52,3	51,9
2-й кластер			
1-й	Mental processes / психические процессы	2,5	2,6
2-й	Cognition disorders / когнитивные расстройства	1,9	1,9
3-й	Motor activity / двигательная активность	2,0	1,9
4-й	Brain / мозг	1,9	1,8
5-й	Neuroimaging / нейровизуализация	1,9	1,8
6-й	Biofeedback, psychology / биологическая обратная связь	2,2	1,7
7-й	Students, medical / студенты-медики	1,3	1,2
8-й	Physical therapy modalities / методы физиотерапии	0,8	0,8
9-й	Biomarkers / биомаркеры	0,7	0,6
10-й	Memory disorders / расстройства памяти	0,5	0,6
11-й	Animal assisted therapy / анималотерапия	0,7	0,5
	Всего в общем массиве статей	16,4	15,4
3-й кластер			
1-й	Emotions / эмоции	4,9	5,0
2-й	Quality of life / качество жизни	2,5	2,9
3-й	Stress, psychological / стресс психологический	1,6	1,8
4-й	Somatoform disorders / соматоформные расстройства	0,9	0,9
5-й	Chronic pain / хроническая боль	0,9	0,8
6-й	Meditation / медитация	0,9	0,8
7-й	Meta-analysis / метаанализ	0,6	0,6

Окончание табл. 2

Ранг	Ключевое слово	Показатель в кластере	
		количество статей, %	общая сила связи, %
8-й	Neoplasms / новообразования	0,6	0,6
9-й	Sleep wake disorders / нарушения сна и бодрствования	0,6	0,6
10-й	Music therapy / музыкальная терапия	0,5	0,4
	Всего в общем массиве статей	14,0	14,4
4-й кластер			
1-й	Professional-patient relations / отношения между профессионалами и пациентами	1,8	2,1
2-й	Psychotherapeutic processes / психотерапевтические процессы	1,8	1,9
3-й	Interpersonal relations / межличностные отношения	1,7	1,9
4-й	Family therapy / семейная терапия	1,7	1,6
5-й	Adaptation, psychological / психическая адаптация	0,9	1,1
6-й	Psychotherapy, group / групповая психотерапия	0,9	1,1
7-й	Child behavior / поведение ребенка	1,0	1,0
8-й	Attitude of health personnel / отношения медицинского персонала	0,9	0,9
9-й	Coping / копинг	0,6	0,6
10-й	Personality / личность	0,6	0,6
11-й	Problem behavior / проблемное поведение	0,5	0,5
12-й	Autism / аутизм	0,4	0,3
13-й	Psychoanalysis / психоанализ	0,4	0,2
	Всего в общем массиве статей	13,2	13,8
5-й кластер			
1-й	Self-management / самоуправление	1,8	2,0
2-й	Feeding and eating disorders / питание и расстройства пищевого поведения	1,2	1,2
3-й	Health behavior / поведение в отношении здоровья	0,8	1,0
4-й	Mind-body therapies / телесная терапия	0,3	0,3
	Всего в общем массиве статей	4,1	4,5

Статей, в которых изучались вопросы доказательной медицины и других обобщенных терминов 1-го кластера, например, организации здравоохранения, было 16,6 тыс., когнитивно-поведенческой терапии – 12,8 тыс., прочих методик психотерапии – 9,6 тыс., психических расстройств – 7,9 тыс., терминов, которые составили другие кластеры, например, нейровизуализации (2-й кластер) – 3,6 тыс., эмоций (3-й кластер) – 9,4 тыс., отношения врач–пациент – 3,6 тыс., самооценки (5-й кластер) – около 4 тыс. статей. Наглядно взаимоотношения обобщенных ключевых слов 1-го кластера изображены на рис. 2.

2-й кластер сгруппировал ключевые слова статей, в которых исследовались психические процессы, в том числе, когнитивные, двигательные расстройства и расстройства памяти. Как правило, значительное место в изучении этих расстройств отводилось биологическим аспектам, например нейровизуализации, биологическим маркерам, изучению мозга. И само собой разумеется, при терапии указанных психических нарушений значительное место отводилось биологической обратной связи, анималотерапии и физиотерапии (см. табл. 2).

Вопросы нейровизуализации изучались совместно с проблемами головного мозга



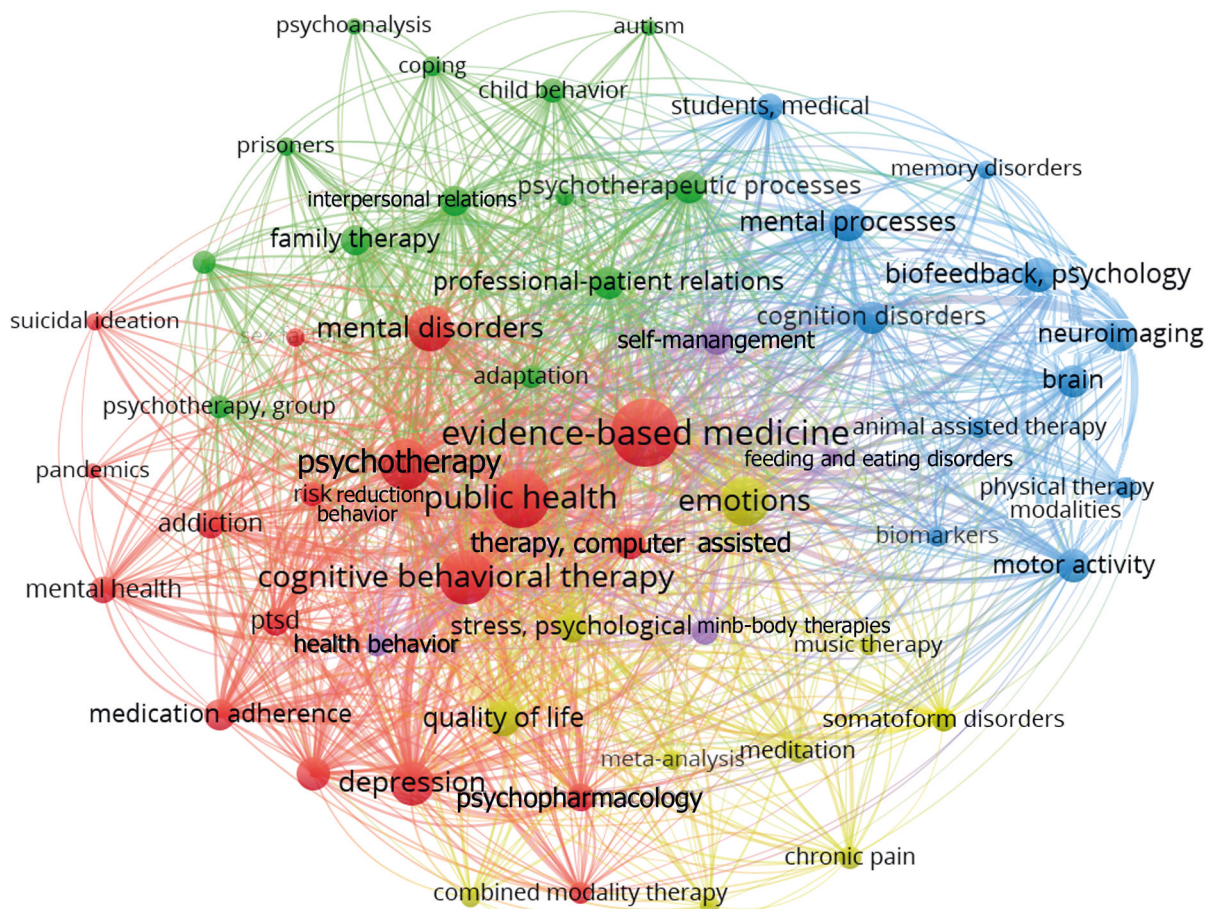


Рис. 1. Плеяды обобщенных ключевых слов статей по психотерапии в 2012–2021 гг.

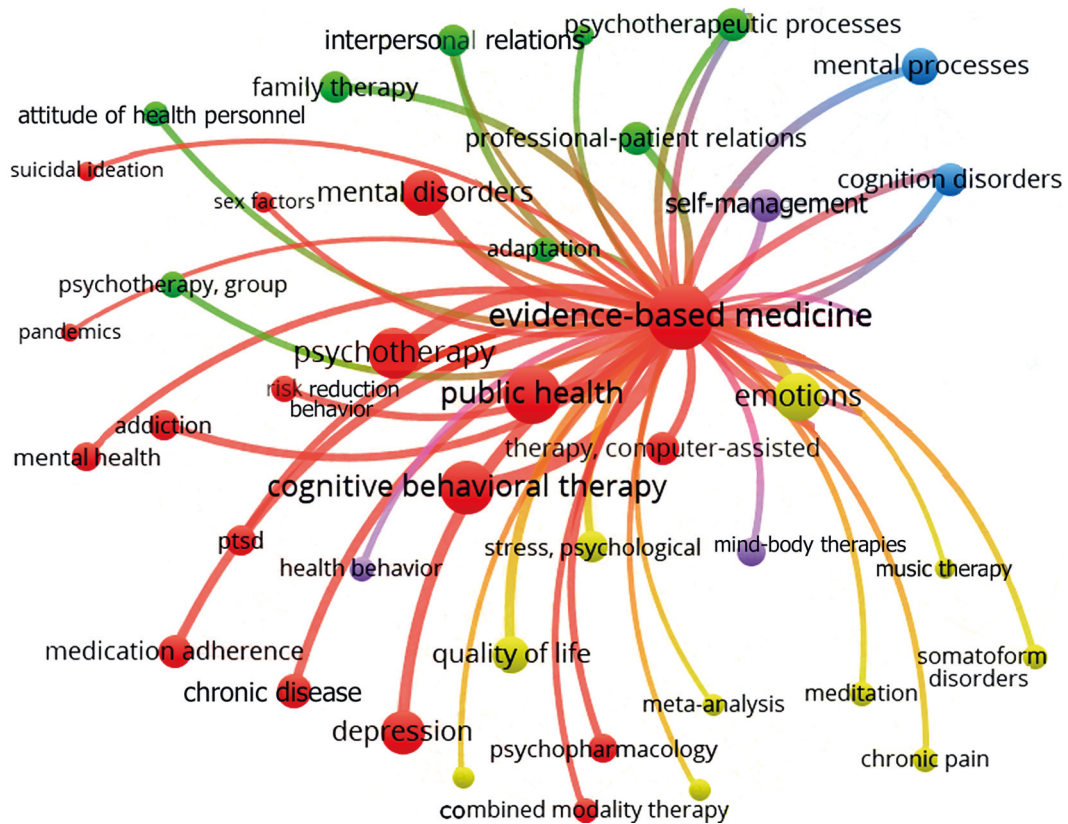


Рис. 2. Плеяды взаимоотношений обобщенных ключевых слов 1-го кластера (красный цвет) с другими кластерами



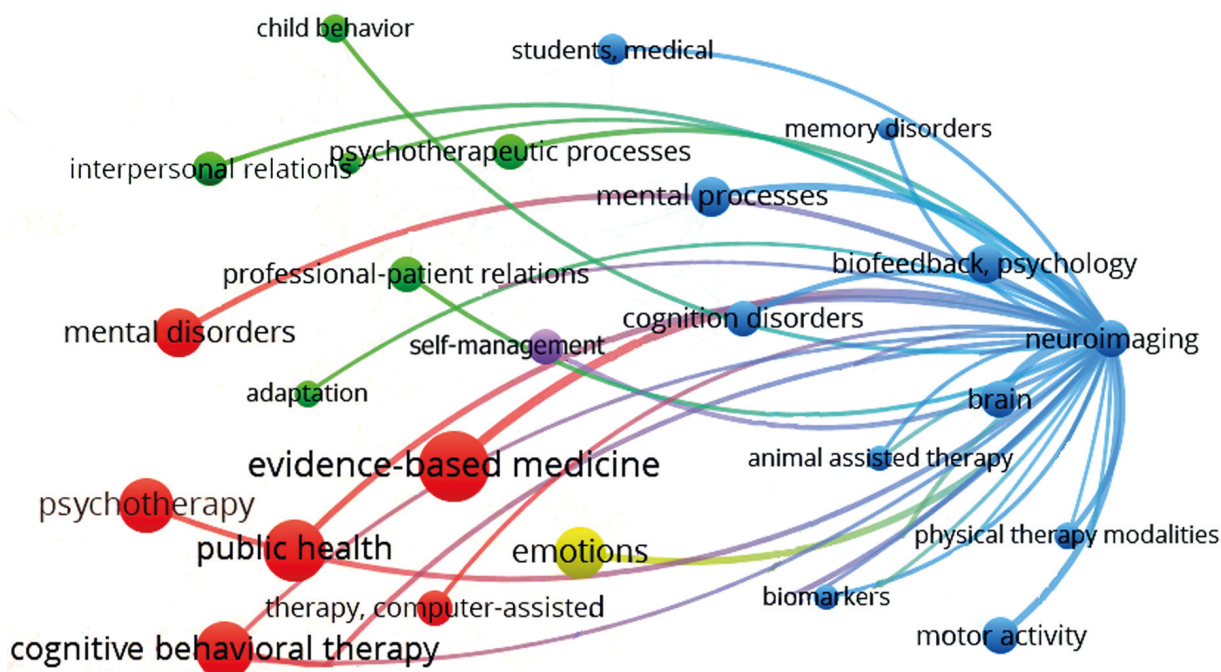


Рис. 3. Плеяды взаимоотношений обобщенных ключевых слов 2-го кластера (синий цвет) с другими кластерами

в 4,1 тыс. статей, психических процессов – в 1,7 тыс., моторной активности – в 1,9 тыс., когнитивных расстройств – в 0,8 тыс., биологической обратной связи – в 2,5 тыс., которые, в свою очередь, содержали аспекты биологических маркеров в 0,2 тыс. статей, физиотерапии – в 0,9 тыс., анималотерапии –

в 0,9 тыс. статей. Наглядно взаимоотношения обобщенных ключевых слов 2-го кластера изображены на рис. 3.

Значительную часть 3-го кластера составили исследования эмоций, которые были взаимообусловлены с показателями качества жизни пациентов, уровнем стресса, форми-

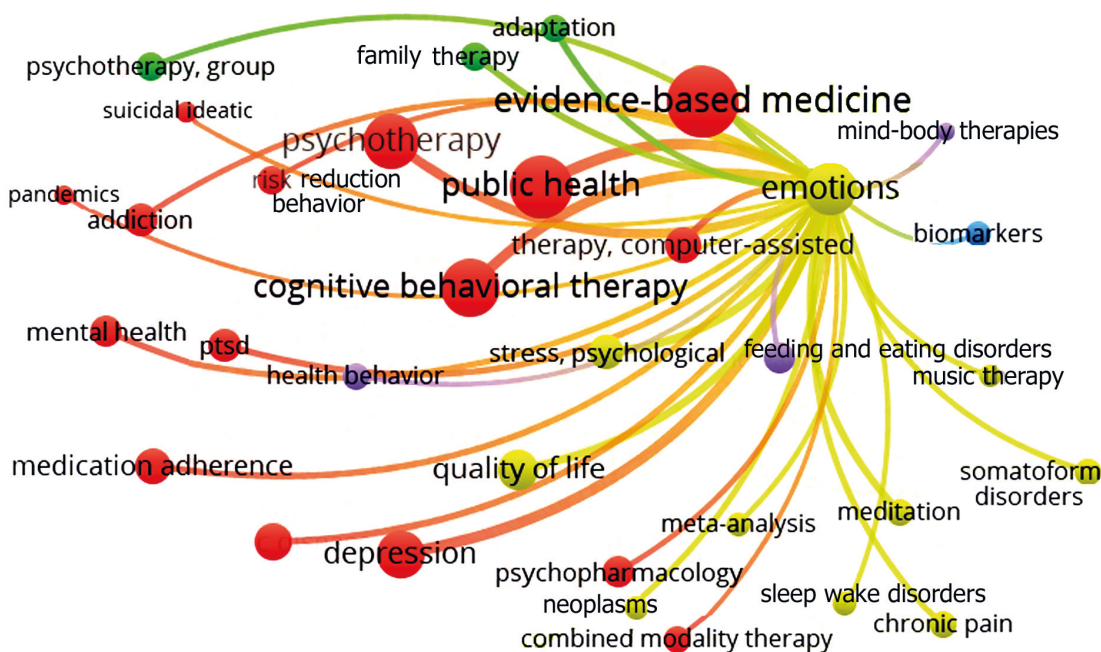


Рис. 4. Плеяды взаимоотношений обобщенных ключевых слов 3-го кластера (желтый цвет) с другими кластерами

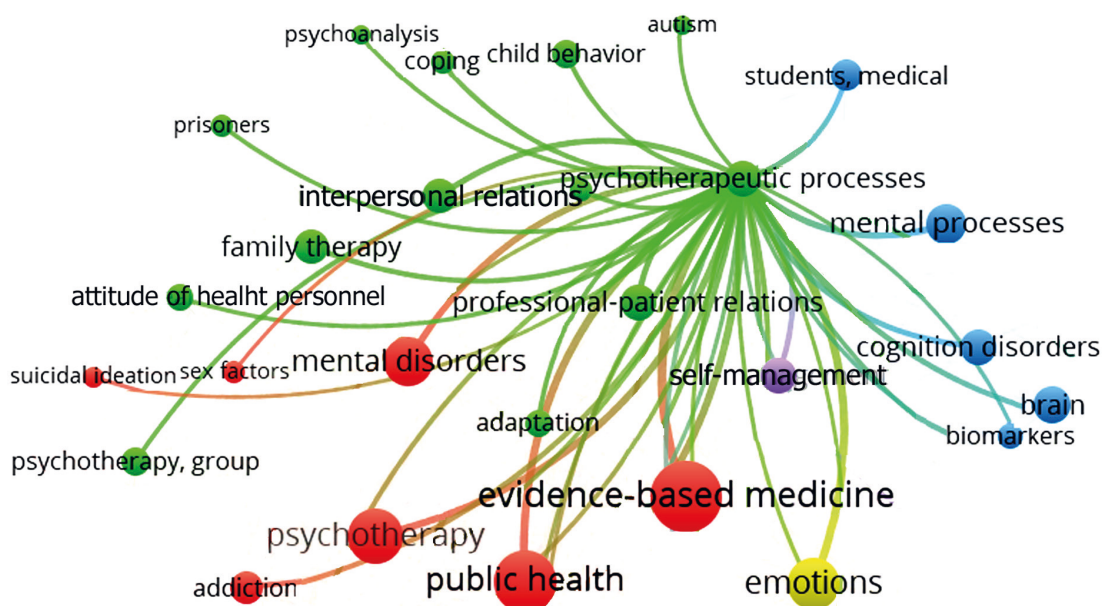


Рис. 5. Плеяды взаимоотношений обобщенных ключевых слов 4-го кластера (зеленый цвет) с другими кластерами

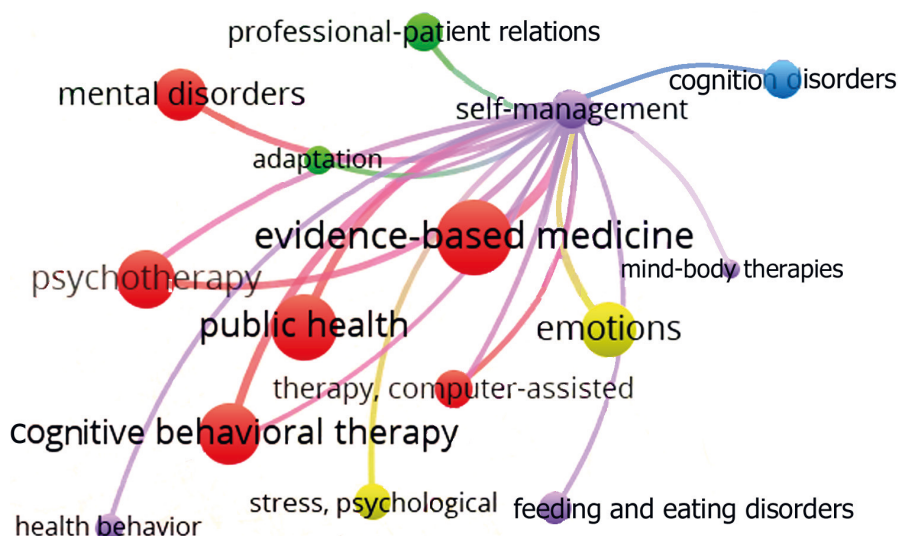


Рис. 6. Плеяды взаимоотношений обобщенных ключевых слов 5-го кластера (фиолетовый цвет) с другими кластерами

рованием соматоформных расстройств, нарушениями сна и бодрствования, проявлениями болевых ощущений и пр. Как правило, для коррекции указанных расстройств применялись приемы медитации и музыкальной терапии (см. табл. 2). Уместно указать, что в общем массиве статей по психотерапии – около 3,6 тыс. метаобзоров.

Эмоции изучались совместно с проблемами стресса в 2,8 тыс. статей, качества жизни – в 2,5 тыс., медитации – в 1,7 тыс., музыкальной терапии – в 0,6 тыс., соматоформных расстройств – в 0,8 тыс., которые,

в свою очередь, содержали вопросы медитации в 0,3 тыс. статей, музыкальной терапии – в 0,2 тыс. статей. Наглядно взаимоотношения обобщенных ключевых слов 3-го кластера изображены на рис. 4.

В 4-м кластере были сгруппированы статьи, в которых авторы исследовали социальные отношения, например, между профессионалами и пациентами, межличностные отношения пациентов, поведение детей, проблемное поведение заключенных, и психическую адаптацию. Оптимизацию социальных отношений осуществляли при

помощи конкретных психотерапевтических процессов, групповой психотерапии и психоанализа (см. табл. 2).

Отношения врач–пациент изучались совместно с вопросами психотерапевтических процессов в 0,9 тыс. статей, семейной психотерапии – в 0,9 тыс., межличностных отношений – в 0,7 тыс. Особенности психотерапевтических процессов исследовались в 0,4 тыс. статей по копингу, в 0,2 тыс. – по психоанализу, в 0,3 тыс. – по поведению детей, в 0,2 тыс. – по аутизму, в 0,2 тыс. – по проблемному поведению, например, у заключенных или преступников, в 0,5 тыс. – по семейной психотерапии, которые, в свою очередь, содержали вопросы поведения детей в 1 тыс. статей, аутизма – в 0,3 тыс. статей. Наглядно взаимоотношения обобщенных ключевых слов 4-го кластера изображены на рис. 5.

5-й кластер сгруппировал ключевые слова статей с общей силой связи 4,5 % от общего массива. В этих статьях авторы изучали вопросы самоконтроля, самооценки, самоэффективности пациентов, их отношения к здоровому образу жизни. Возможные нарушения поведения корректировались при помощи телесной терапии (см. табл. 2).

Вопросы самоуправления изучались совместно с отношением к здоровому образу жизни в 0,5 тыс. статей, расстройствами питания – в 0,6 тыс., телесной психотерапией – в 0,2 тыс. статей. Наглядно взаимоотношения обобщенных ключевых слов 5-го кластера изображены на рис. 6.

## Заключение

При помощи семантического анализа 532 ключевых слов, найденных с помощью программы VOSviewer в массиве 79,6 тыс. иностранных статей по психотерапии, проиндексированных с 2012 по 2021 г. в PubMed, создали 56 терминов, статьи которых распределились в 5 кластеров:

– в 1-м – показано, что авторы в основном представляли результаты психического воздействия на пациентов с позиций доказательной медицины и основных принципов охраны здоровья и организации здравоохранения с общей силой связи 51,9 % от общего массива статей;

– во 2-м – исследовались психические процессы, в том числе, когнитивные, двигательные расстройства и расстройства памяти. Значительное место в изучении этих расстройств отводилось биологическим аспектам, и при терапии использовались приемы с биологической обратной связью, анималотерапией и физиотерапией. Общая сила связи ключевых слов – 15,4 %;

– в 3-м – анализировались эмоции, которые были взаимообусловлены с показателями качества жизни пациентов, уровнем стресса, формированием соматоформных расстройств и пр. Как правило, для коррекции указанных расстройств применялись приемы медитации и музыкальной терапии. Общая сила связи ключевых слов – 14,4 %;

– в 4-м – авторы исследовали социальные отношения, например между профессионалами и пациентами, межличностные отношения пациентов и психическую адаптацию. Оптимизацию этих отношений осуществляли при помощи конкретных психотерапевтических процессов, групповой психотерапии и психоанализа. Общая сила связи ключевых слов – 13,8 %;

– в 5-м – изучали вопросы самоконтроля, самооценки, самоэффективности пациентов, их отношение к здоровому образу жизни. Возможные нарушения поведения корректировались при помощи телесной терапии. Общая сила связи ключевых слов – 4,5 %.

Семантический анализ выявил некоторые сходства и различия в кластеризации статей по ключевым словам без их объединения и позволил более объективно изучить содержание массива зарубежных публикаций по психотерапии.



## Литература

1. Гринева М.С., Васильев Л.Г. Опровержение иррациональных убеждений как основная аргументативная стратегия терапевтического диалога // Вестн. Удмуртского ун-та. Сер. История и филология. 2017. Т. 27, № 6. С. 848–855.
2. Гуров Ю.В., Гуров Д.Ю. К особенностям индикации и использования гетеросуггестии и аутосуггестии в клинической практике // Психология, педагогика и образование в условиях инновационного развития: сб. науч. тр. Смоленск, 2017. С. 4–13.
3. Дьяков С.И. Семантическая репрезентация деструктивного опыта в системе психической самоорганизации личности [Электронный ресурс] // Клинич. и спец. психология. 2019. Т. 8, № 4. С. 123–137. DOI: 10.17759/psyclin.2019080408.
4. Евдокимов В.И., Назыров Р.К., Плужник М.С., Климшин Д.А., Коровицин В.В. Структура научных исследований в зарубежных статьях по психотерапии (2012–2021) // Вестн. психотерапии. 2023. № 86. С. 5–32. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-86-05-32.
5. Жмурин И.Е., Корнейчик И.В. Качественное тематическое исследование динамики уровня тревожности пациента в отношениях с родными и близкими: анализ единичного случая психоаналитического консультирования // Науч. результат. Педагогика и психология образования. 2022. Т. 8, № 4. С. 127–146. DOI: 10.18413/2313-8971-2022-8-4-0-10.
6. Заболевая-Зотова А.В., Орлова Ю.А., Бобков А.С. Автоматизация начальных этапов проектирования программного обеспечения // Открытые семантические технологии проектирования интеллектуальных систем. 2011. № 1. С. 177–180.
7. Любова С.Г. Трехуровневое семантическое описание как метод исследования эмоциональной лексики // Антропоцентрические науки в образовании: монография. Воронеж, 2019. С. 163–169.
8. Усатенко О.Н. Структурно-семантический анализ диагностико-коррекционного диалога как разновидность супервизии // *The Caucasus. Economic and Social Analysis Journal of Southern Caucasus*. 2014. Т. 5. № 6. С. 48–53.
9. Яцино С.Л. Сравнение типов искусственных нейронных сетей для семантического анализа текста // Научное сообщество студентов XXI столетия. Технические науки: электрон. сб. ст. по материалам LXV междунар. студ. науч.-практ. конф. Новосибирск, 2018. Т. 5 (64). С. 239–243. URL: [https://sibac.info/archive/technic/5\(64\).pdf](https://sibac.info/archive/technic/5(64).pdf).
10. Koo M. A Bibliometric Analysis of Two Decades of Aromatherapy Research // *BMC Res Notes*. 2017. Vol. 10, N 1. P. 46. DOI: 10.1186/s13104-016-2371-1.
11. Liu Z., Yang Z., Osmani M. The Relationship between Sustainable Built Environment, Art Therapy and Therapeutic Design in Promoting Health and Well-Being // *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2021. Vol. 18, N 20. P. 10906. DOI: 10.3390/ijerph182010906.
12. Van Eck N.J., Waltman L. Software survey: VOSviewer, a computer program for bibliometric mapping // *Scientometrics*. 2010. Vol. 84, N 22. P. 523–538. DOI: 10.1007/s11192-009-0146-3.
13. Van Eck N.J., Waltman L. Manual for VOSviewer version 1.6.19 / Leiden Universiteit. 2023. 54 p. URL: [https://www.aidi-ahmi.com/download/Manual\\_VOSviewer\\_1.6.19.pdf](https://www.aidi-ahmi.com/download/Manual_VOSviewer_1.6.19.pdf).
14. Xin Q., Paudel D., An K. [et al.]. Thematic Trends and Knowledge Structure on Cognitive Behavior Therapy for Insomnia: A Bibliometric and Visualization Analysis // *Front. Psychiatry*. 2022. Vo. 13. P. 940741. DOI: 10.3389/fpsyt.2022.940741.

Поступила 28.08.2023

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

**Участие авторов:** В.И. Евдокимов – планирование и методология исследования, обобщение полученных результатов, подготовка иллюстративного материала, написание первого варианта статьи; Р.К. Назыров – методология исследования, редактирование окончательного варианта статьи; М.С. Плужник – сбор эмпирического материала по кластеризации статей, подготовка рисунков, редактирование первого варианта статьи; Д.А. Климшин, В.В. Коровицин – анализ первичного материала, обзор научных исследований, редактирование окончательного варианта статьи.

**Для цитирования:** Евдокимов В.И., Назыров Р.К., Плужник М.С., Климшин Д.А., Коровицин В.В. Семантический анализ ключевых слов в зарубежных статьях по психотерапии (2012–2021 гг.) // Вестник психотерапии. 2023. № 87. С. 5–19. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-87-05-19

V.I. Evdokimov<sup>1,2</sup>, R.K. Nazyrov<sup>3</sup>, M.S. Pluzhnik<sup>2</sup>, D.A. Klimshin<sup>3</sup>, V.V. Korovicin<sup>3</sup>

## Semantic analysis of keywords in foreign articles on psychotherapy (2012–2021)

<sup>1,2</sup> Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia  
(4/2, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia);

<sup>2</sup> Kirov Military Medical Academy Russia (6, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia);  
Karvasarsky Institute of Psychotherapy and Medical Psychology  
(32–34, Baskov lane, St. Petersburg, 191014, Russia)

✉ Vladimir Ivanovich Evdokimov – Dr. Med. Sci. Prof., Principal Research Associate, Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (4/2, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia); Lecturer at the Department of Psychiatry, Kirov Military Medical Academy Russia (6, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia), ORCID: 0000-0002-0771-2102, e-mail: 9334616@mail.ru;

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;

Mikhail Sergeevich Pluzhnik – cadet of the military doctors training faculty, Kirov Military Medical Academy Russia (6, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: pluzhnikms@yandex.ru;

Dmitrij Anatol'evich Klimshin – clinical psychologist, teacher, Karvasarsky Institute of Psychotherapy and Medical Psychology (32–34, Baskov lane, St. Petersburg, 191014, Russia), e-mail: dklimshin@gmail.com;

Vitalij Viktorovich Korovicin – psychotherapist, teacher, Karvasarsky Institute of Psychotherapy and Medical Psychology (32–34, Baskov lane, St. Petersburg, 191014, Russia), e-mail: kor14@list.ru

### Abstract

*Introduction.* Staff of the Centre for Science and Technology Studies of Leiden University (Netherlands) were developed an analytical program VOSviewer for frequency analysis of keywords in large arrays of publications. The program is widely used in the science of science. Unfortunately, the program does not carry out meaningful analysis of terms.

*The intention* is to conduct a semantic analysis of keywords received using the VOSviewer program in articles on psychotherapy.

*Methodology.* Using the VOSviewer program, 79,6 thousand articles on psychotherapy indexed in the international database PubMed in 2012–2021 were analyzed. With 250 repetitions, 532 keywords were identified, which were routinely combined into 56 terms according to their semantic content.

*Results and their analysis.* The combined terms allowed to distribute the array of articles into 5 clusters. In the 1st cluster the authors mainly presented the results of mental impact on patients from the standpoint of evidence-based medicine and the basic principles of health care and healthcare organization with a total link strength of 51.9 % of the total array of articles. In the 2nd cluster, mental processes were studied, including cognitive, movement disorders and memory disorders. A significant place in the study of these disorders was given to biological aspects and techniques with biofeedback, animal therapy and physiotherapy; the link strength was 15.4 %. In the 3rd cluster, emotions were analyzed that were interdependent with indicators of the quality of life of patients, stress levels, the formation of somatoform disorders, etc. As a rule, meditation and music therapy techniques were used to correct these disorders, the strength of the connection was 14.4 %. In the 4th cluster, the authors investigated social relationships, for example between professionals and patients, interpersonal relationships of patients, and mental adaptation. Optimization of these relationships was carried out using specific psychotherapeutic processes, group psychotherapy and psychoanalysis, the link strength was 13.8 %. In the 5th cluster, issues of self-control, self-esteem, self-efficacy of patients, and their attitude to a healthy lifestyle were studied. Possible behavioral disorders were corrected with the help of bodily therapy, the link strength was 4.5 %.

*Conclusion.* Semantic analysis revealed some similarities and differences in the clustering of articles by keywords without combining them and allowed to more objectively study the content of an array of foreign publications on psychotherapy.

**Keywords:** psychotherapy, psychological correction, clinical psychology, cognitive therapy, semantic analysis, efficacy marker, science theory, bibliometry, meta-analysis, PubMed, VOSviewer.



## References

1. Grineva M.S., Vasilyev L.G. Oproverzhenie irratsional'nykh ubezhdenii kak osnovnaya argumentativnaya strategiya terapevticheskogo dialoga [Refutation of irrational beliefs as a main argumentative strategy of therapeutic dialogue]. *Vestnik Udmurtskogo universiteta. Seriya Istoriya i filologiya* [Bulletin of Udmurt University. History and Philology Series]. 2017; 27(6):848–855. (In Russ.)
2. Gurov Yu.V., Gurov D.Yu. K osobennostyam indikatsii i ispol'zovaniya geterosuggestii i autosuggestii v klinicheskoi praktike [To the features of indication and use of heterosuggestion and autosuggestion in clinical practice]. *Psikhologiya, pedagogika i obrazovanie v usloviyakh innovatsionnogo razvitiya* [Psychology, pedagogy and education in conditions of innovative development]: collection of scientific works. Smolensk. 2017. Pp. 4–13.
3. Diyakov S.I. Semanticheskaya reprezentatsiya destruktivnogo opyta v sisteme psikhicheskoi samoorganizatsii lichnosti [Semantic Representation of Destructive Experience in the System of Mental Self-Organization of Personality]. *Clinical Psychology and Special Education* [Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya]. 2019; 8(4): 123–137. DOI: 10.17759/psyclin.2019080408. (In Russ.)
4. Evdokimov V.I., Nazyrov R.K., Pluzhnik M.S., Klimshin D.A., Korovicin V.V. Struktura nauchnykh issledovaniy v zarubezhnykh stat'yakh po psikhoterapii (2012–2021) [Mapping the structure of research in international papers on psychotherapy (2012–2021)]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2023; (86):5–32. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-86-05-32.
5. Zhmurin I.E., Korneichik I.V. Kachestvennoe tematicheskoe issledovanie dinamiki urovnya trevozhnosti patsienta v otnosheniyakh s rodnymi i blizkimi: analiz edinichnogo sluchaya psikhoanaliticheskogo konsul'tirovaniya [Qualitative case study of the dynamics of the patient's anxiety level in relations with relatives and friends: an analysis of a single case of psychoanalytic counseling]. *Nauchnyi rezul'tat. Pedagogika i psikhologiya obrazovaniya* [Research Result. Pedagogy and Psychology of Education]. 2022; 8(4):127–146. DOI: 10.18413/2313-8971-2022-8-4-0-10. (In Russ.)
6. Zaboileva-Zotova A.V., Orlova Yu.A., Bobkov A.S. Avtomatizatsiya nachal'nykh etapov proektirovaniya programmnoy obespecheniya [Automation of the initial stages of software design]. *Otkrytye semanticheskie tekhnologii proektirovaniya intellektual'nykh sistem* [Open Semantic Technology for Intelligent Systems]. 2011; (1):177–180. (In Russ.)
7. Lyubova S.G. Trekhurovnevoe semanticheskoe opisaniya kak metod issledovaniya emotsional'noi leksiki [Three-level semantic descriptions as a method for studying emotional vocabulary]. *Antropotsentricheskie nauki v obrazovanii* [Anthropocentric sciences in education]: monograph. Voronezh. 2019. Pp. 163–169. (In Russ.)
8. Usatenko O.N. Strukturno-semanticheskii analiz diagnostiko-korrektcionnogo dialoga kak raznovidnost' supervizii [Structural and semantic analysis of diagnostic and correctional dialogue as a type of supervision]. *The Caucasus. Economic and Social Analysis Journal of Southern Caucasus*. 2014; 5(6):48–53. (In Russ.)
9. Yatsino S.L. Sravnenie tipov iskusstvennykh neironnykh setei dlya semanticheskogo analiza teksta [Comparison of types of artificial neural networks for semantic text analysis]. *Nauchnoe soobshchestvo studentov XXI stoletiya. Tekhnicheskie nauki* [Scientific community of students of the XXI century. Technical science]: Research Conference Proceedings. Novosibirsk. 2018; 5:239–243. (In Russ.)
10. Koo M. A bibliometric analysis of two decades of aromatherapy research. *BMC Res Notes*. 2017. 10(1):46. DOI: 10.1186/s13104-016-2371-1.
11. Liu Z., Yang Z., Osmani M. The Relationship between Sustainable Built Environment, Art Therapy and Therapeutic Design in Promoting Health and Well-Being. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2021; 18(20):10906. DOI: 10.3390/ijerph182010906.
12. Van Eck N.J., Waltman L. Software survey: VOSviewer, a computer program for bibliometric mapping. *Scientometrics*. 2010; 84(2):523–538. DOI: 10.1007/s11192-009-0146-3.
13. Van Eck N.J., Waltman L. Manual for VOSviewer version 1.6.19 / Leiden Universiteit. 2023. 54 p. URL: [https://www.aidi-ahmi.com/download/Manual\\_VOSviewer\\_1.6.19.pdf](https://www.aidi-ahmi.com/download/Manual_VOSviewer_1.6.19.pdf).
14. Xin Q., Paudel D., An K. [et al.]. Thematic trends and knowledge structure on cognitive behavior therapy for insomnia: A bibliometric and visualization analysis. *Front Psychiatry*. 2022; 13:940741. DOI: 10.3389/fpsy.2022.940741.

Received 28.08.2023

**For citing:** Evdokimov V.I., Nazyrov R.K., Pluzhnik M.S., Klimshin D.A., Korovicin V.V. Semanticheskii analiz klyuchevykh slov v zarubezhnykh stat'yakh po psikhoterapii (2012–2021 gg.). *Vestnik psikhoterapii*. 2023; (87): 5–19. (In Russ.)

Evdokimov V.I., Nazyrov R.K., Pluzhnik M.S., Klimshin D.A., Korovicin V.V. Semantic analysis of keywords in foreign articles on psychotherapy (2012–2021). *Bulletin of Psychotherapy*. 2023; (87): 5–19. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-87-05-19

А.Г. Заховаева

## ШЕДЕВРЫ ЖИВОПИСИ В РАБОТЕ АРТ-ТЕРАПЕВТА (ГЕРМЕНЕВТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ)\*

Ивановская государственная медицинская академия  
(Россия, Иваново, Шереметевский пр., д. 8)

*Актуальность.* Арт-терапия – сфера трансдисциплинарная, здесь объединяются искусство, медицина, психология, философия, педагогика, социология. В настоящее время опубликовано большое количество работ по арт-терапии. При этом большинство исследований посвящены исключительно творческой работе самого пациента через рисование, лепку и т.д., тому, каким образом пациент (клиент) выражает свой внутренний мир. Так происходит диагностика проблемы, а затем формируется алгоритм арт-терапевтического лечения через различные методики, связанные с непосредственным участием пациента в эмпирическом процессе. Остается практически неисследованной арт-терапия «созерцания живописи».

*Цель* представленной статьи – совершенствование и повышение эффективности арт-терапевтических методик через изучения влияния «созерцания» шедевров живописи на психику личности. Наша задача – проанализировать: какие именно картины следует использовать в этой арт-терапевтической методике; какие картины могут присутствовать в студии арт-терапевта, а какие нет. Герменевтический анализ позволяет описывать многообразие интерпретаций смыслов (текстов и контекстов) в этой арт-терапевтической технологии.

*Методология.* В исследовании приняли участие 94 человека. Анализируются материалы 1-го этапа исследования – опроса с целью выяснить у респондентов, какие жанры живописи (известные шедевры мирового искусства), по их мнению, улучшают настроение, настраивают позитивно, расслабляют.

При написании данной статьи использовались как эмпирические, так и теоретические методы исследования. Эмпирические методы: 1) нестандартизированный опрос в социальных сетях Mail.ru, VK («ВКонтакте»), «Одноклассники», где приводятся статистические данные по указанной проблематике (94 ответа); 2) визуализация картин (репродукции живописных полотен). Теоретические методы: 1) феноменологическая (трансцендентальная) редукция – поворот к анализу сознания как чистого созерцания сущностей, своего рода «удивление», рассмотрение сущего в потоке феноменов к интенции (конкретности объекта); 2) системный метод – рассмотрение проблемы в системе и подсистемах; 3) метод сравнения, т.е. сопоставление различных показателей.

*Результаты и их анализ.* На основе проведенного среди 94 респондентов исследования установлено: более половины из них уверены, что благоприятное действие на психическое состояние личности оказывают картины в жанре пейзажа. В исследовании анализируются причины такой выборки.

---

\* Редакция журнала «Вестника психотерапии», не оспаривая содержательную ценность оригинальной статьи автора, предлагает рассматривать количественные заключения, как повод для научной дискуссии и ожидает, что на следующих этапах анализа материала для большей научной доказательности автор сможет аргументировать свои выводы с опорой на методы математической статистики.

✉ Заховаева Анна Георгиевна – д-р философских наук, член-корр. РАЕ, академик MAST, искусствовед-культуролог, арт-терапевт, проф. каф. гуманитарных наук, Ивановская гос. мед. академия (Россия, 15300, Иваново, Шереметевский пр., д. 8), ORCID: 0000-0002-4879-3682, e-mail: ana-zah@mail.ru

**Заключение.** Сформулированы конкретные рекомендации для совершенствования арт-терапевтических методик и оборудования для студии арт-терапевта.

**Ключевые слова:** психотерапия, арт-терапия, искусство, герменевтический анализ, личность, живопись.

## Введение

Арт-терапия – сфера трансдисциплинарная, интегрирующая, здесь объединяются искусство, медицина, психология, философия, педагогика, социология. «Основная цель арт-терапии состоит в гармонизации развития личности через развитие способности самовыражения и самопознания» [4, с. 19].

В настоящее время опубликовано большое количество работ по арт-терапии. При этом большинство исследований посвящены исключительно творческой работе самого пациента (рисование, лепка и т.д.), тому, как пациент (клиент) выражает свой внутренний мир. Таким образом происходит диагностика проблемы, а затем формируется алгоритм арт-терапевтического лечения через различные методики, связанные с непосредственным участием пациента в эмпирическом процессе. Остается практически неисследованной арт-терапия «созерцания живописи».

Цель представленной статьи – совершенствование и повышение эффективности арт-терапевтических методик через изучение влияния «созерцания» шедевров живописи на психику личности. Наша задача – проанализировать: какие именно картины следует использовать в этой арт-терапевтической методике; какие картины могут присутствовать в студии арт-терапевта, а какие нет. Герменевтический анализ позволяет описывать многообразие интерпретаций смыслов (текстов и контекстов) в этой арт-терапевтической технологии.

## Материалы и методы

В исследовании приняли участие 94 человека (анонимный опрос в социальных сетях). Анализируются материалы 1-го этапа исследования, направленного на то, чтобы выяснить, какие жанры живописи (известные шедевры мирового искусства), по мнению респондентов, улучшают настроение, настраивают позитивно, расслабляют. При написании данной статьи использовались

как эмпирические, так и теоретические методы исследования. Эмпирические методы: 1) нестандартный опрос в социальных сетях Mail.ru, VK («ВКонтакте»), «Одноклассники», где приводятся статистические данные по указанной проблематике; 2) визуализация картин (репродукции живописных полотен). Теоретические методы: 1) феноменологическая (трансцендентальная) редукция – поворот к анализу сознания как чистого созерцания сущностей, своего рода «удивление», рассмотрение сущего в потоке феноменов к интенции (конкретности объекта); 2) системный метод – рассмотрение проблемы в системе и подсистемах; 3) метод сравнения, т.е. сопоставление различных показателей.

В представленной работе решаются следующие проблемные вопросы: какие именно картины следует использовать в этой арт-терапевтической методике? какие шедевры живописи (исходя из жанра) улучшают настроение, настраивают позитивно, расслабляют? Для решения поставленных проблем 20–22 июня 2023 г. проведен нестандартный опрос в интернете на платформе Ответы.Mail.ru, в категориях: Ответы.Mail.ru (культура и искусство), Ответы.Mail.ru (философия); Ответы.Mail.ru (здоровье и здоровый образ жизни), голосование также прошло через VK («ВКонтакте»), «Одноклассники» (см. табл.). Можно было выбрать один из семи предложенных вариантов. Ответы суммировались. Особенность опроса в том, что он анонимный; более того, большинство пользователей выходят в сеть под «никами» – вымышленными именами, например: «Земляничная полянка», «VEGAN» и др., «аватарка» может изображать как реальное лицо, так и неодушевленный предмет, поэтому, к сожалению, невозможно определить возраст, пол, социальный статус респондентов.

Ознакомиться с материалами опроса можно по электронным ссылкам:

Культура и искусство – URL: <https://otvet.mail.ru/question/233939956>;

Какие шедевры живописи улучшают у Вас настроение, настраивают позитивно, расслабляют?	Количество ответов	В процентном выражении (%)
Пейзажи (И. Левитан, И. Шишкин, В. Поленов и др.)	33	35,1
Морские пейзажи (И. Айвазовский и др.)	21	22,3
Портрет	7	7,4
Натюрморт	9	9,6
Жанровая живопись (быт, нравы)	14	15
Картины на исторический сюжет	7	7,4
Абстракция (авангард)	3	3,2
Итого	94	100

Здоровье и здоровый образ жизни – URL: <https://otvet.mail.ru/question/233943463>;

Философия – URL: <https://otvet.mail.ru/question/233943566>.

Респонденты выбирают реалистическое искусство, практически полностью отрицая в данном опросе так называемое абстрактное искусство (выбор лишь 3,2 %). В итоге 57,4 % респондентов выбрали жанр пейзаж. Конечно, немногочисленная выборка не позволяет однозначно говорить о приоритете именно этого жанра для арт-терапии, однако на первом этапе исследования это может служить основой для дальнейшей работы.

Почему большинство респондентов остановились на пейзаже? Во-первых, пейзаж – это изображение природы, что так необходимо в нашем урбанистическом обществе, с засилием интернета и различных компьютерных гаджетов. Во-вторых, основные цвета, которые присутствуют в жанре пейзажа, а именно: желтый, зеленый, синий, голубой, позитивно влияют на психоэмоциональное состояние индивида. «Желтый считается радостным, общительным, открытым и дружелюбным. Психологически желтый – самый сильный цвет. В исследованиях ассоциаций цвет – настроение желтый ассоциируется с комедией, счастливым настроением и игривостью... Зеленый считается эмоционально успокаивающим цветом. Это дает ощущение освежения, гармонии и равновесия. Это символизирует универсальную любовь, экологическое сознание и мир... Синий стимулирует интеллектуальную активность, разум и логическое мышление. Это цвет интеллекта. Считается, что синий снижает артериальное давление. Конечно, это успокаивающий цвет,

ободряющее отражение. Природа использует его в небе и на море. Сильный блюз стимулирует ясную мысль, а светлый, мягкий блюз успокаивает ум и помогает сосредоточиться» [5, с. 180]. «Голубой уменьшает уровень тревожности... успокаивает и расслабляет... При воздействии голубого у человека снижается мускульное напряжение и кровяное давление. Дыхание замедляется, становится менее глубоким. Увеличивается длительность выдыхания. Немного снижается частота и сила пульса... При цветолечении голубой цвет обладает болеутоляющим характером» [10, с. 89–90]. Очевидно, что не каждая картина, написанная в жанре пейзажа, благоприятно влияет на психологическое состояние индивида. Важны элементы, детали картины:

- изображение солнца. Солярные символы активно используются в арт-терапии (например, «Мой портрет в лучах солнца»). Солнце ассоциируется с жизнью, теплом, радостью бытия;
- дерево – символ роста, развития. В арт-терапии дерево наиболее часто применяется в рисунках клиентов (пациентов);
- море – романтика путешествий, изображение простора; море тихое, спокойное, отливающее лучами солнца или луны;
- горы – целеустремленность, сила, величие, духовный подъем.

И главное, картина должна заинтересовать зрителя, чтобы произошло единение автора, картины и зрителя (реципиента).

Каждая картина обладает особой аурой. Многие гении искусства, как известно, имели психические отклонения (заболевания). Э. Мунк и М.А. Врубель страдали маниакально-депрессивным психозом, Вин-



сент ван Гог был болен шизофренией. Это ни в коем случае не умаляет их значимость для мировой культуры, но в арт-терапии возможность применения их работ вызывает сомнение. Пейзажи в реалистической (академической) манере более приемлемы, чем картины постимпрессионистов, неоимпрессионистов и постмодернистов в целом, где ярко выражены (заметны) мазки художника, «вибрация цвета», что в некоторой степени создает хаос и напряженность.

Какие картины могут присутствовать в студии арт-терапевта, а какие нет? Какие конкретно живописные полотна мастеров пейзажа следует использовать в работе арт-терапевта?

✓ И.И. Шишкин. Пейзажи И.И. Шишкина – это былинное изображение природы, созвучное национальному чувству зрителя. Шишкин сочетает панорамное изображение с детализацией. В картине «Рожь» (1878) доминируют три цвета: голубой, желтый, зеленый. Четкая линия горизонта, бесконечность и глубина пространства – завораживают. Ощущается дуновение ветра, слегка наклоняющего зрелую рожь. На полотне «Дубовая роща» (1887) лучи солнца ярко освещают вековые дубы, сочетание силы и величия с мягкостью света.

✓ И.И. Левитан – мастер «пейзажа настроения». Картина «Березовая роща» (1885–1889) – самое «солнечное» произведение художника. Здесь все пронизано светом, солнечные блики мягко скользят по белым стволам деревьев, лучи солнца словно играют с зеленой травой.

✓ А.И. Куинджи. Сродни левитановской «Березовой роще», картина с таким же названием есть у А.И. Куинджи. Особый световой эффект наполняет его произведение теплом, создавая иллюзию доброй сказки.

✓ В.Д. Поленов. Тематика «Золотая осень» наиболее ярко отражена в творчестве В.Д. Поленова. Зритель как бы «входит» в пространство картины: мистическая игра света и тени словно обволакивает, медленное течение реки гармонирует с окружающей тишиной. Золотая «просесть» берез, шепот листвы создают атмосферу милой родины.

✓ Н.К. Рерих – виртуоз голубого цвета. Его серия «Гималаи» – это все оттенки синевы природы. Горы – исток энергии для художника, которой он делится со зрителем.

✓ И.К. Айвазовский – непревзойденный мастер морского пейзажа, его многочисленные марины – это штормы, лунные ночи, морские бризы. Море для Айвазовского – это стихия свободы. Но в каждой картине мастера всегда содержится нотка грусти, меланхолии. Поэтому подбор его картин для арт-терапии наиболее сложен (напомню, что более 22 % респондентов выбирают морской пейзаж). Наиболее позитивные его произведения: «Утро на море» (1849), «Морской берег» (1851), «После бури» (1854). На каждой картине – белый парусник – символ надежды, душевного покоя после полосы невзгод.

✓ Клод Моне «Вид на Рюэль-ле-Гавр» (1848). Мозаика всех оттенков голубого и зеленого, прозрачность воздуха и уютная тишина заводи создают удивительное ощущение покоя.

✓ А.А. Рылов. Интересна картина советского художника А.А. Рылова «В голубом просторе», на которой изображено огромное голубое небо с белыми кучевыми облаками, а контраст голубизны неба еще более подчеркнут великолепием летящих птиц. Огромное небо «упирается» в горизонт моря. Различные оттенки сине-голубого создают эффект глубины пространства. Движение в картине подчеркнуто летящим, как птица, белоснежным парусником, словно устремленным в счастливое будущее. Слегка покрытые снегом вершины холмов не вызывают чувства холода, а, наоборот, усиливают эффект чистоты и теплоты помыслов.

Воздействуя на чувственную сферу, искусство активизирует резервы человеческого организма для исцеления.

## Результаты и их анализ

Арт-терапия – это средство психотерапевтического влияния на личность для «снятия» эмоционального напряжения, душевных переживаний при некоторых психологических проблемах (проблема адаптации



личности в коллективе, психосоциальный стресс, состояние тревожности, коррекция самовосприятия и др.) и психических расстройствах (F38–39 – аффективные расстройства настроения; F43.2, F43.23. – расстройство приспособительных реакций, адаптации) в легкой степени, только как средство дополнительного (вспомогательного) психотерапевтического воздействия, в том числе при реабилитации психических больных. В целом арт-терапия – это безопасный метод психокоррекции при большинстве психических расстройств [8].

«Арт-терапия позволяет использовать творчество для осознания, проживания и выражения своих эмоций и чувств» [1, с. 20].

Функций и целей у современной арт-терапии множество, но все они сводятся к главной задаче – формированию целостной, гармоничной, сбалансированной, творческой Личности, духовно (психически) здоровой, адекватно решающей насущные проблемы своего существования. Эта задача стоит в целом перед искусством и определяется главной его функцией – гуманизирующей.

«Искусство – это область чувств и настроений человека в форме непосредственного переживания. Носителями эмоций в искусстве выступают образы и символы, организованные с помощью материала в определенных формах. Через чувства – “ворота искусства”, оно проникает во внутренний мир человека, одухотворяя и гуманизируя его, творя Человека в человеке» [7, с. 123].

Подробно остановимся на изобразительном искусстве. Искусство – это передача эмоциональных переживаний, будь то создание художественных произведений или их созерцание. При восприятии искусства миропонимание автора, его внутренний мир передаются через произведение реципиенту (зрителю). При этом «путь» к Душе зрителя идет следующим образом: замысел автора (идея) – объект (то, что художник изображает) – картина – зритель (реципиент). Реципиент трактует картину (сюжет, стиль, жанр, манеру и т.д.) исходя из своего эмоционального состояния, образованности, культурного уровня. Так возникает многооб-

разие интерпретаций картины. «Когда картина окончена, она продолжает и дальше менять свое лицо в зависимости от настроения того, кто ее сейчас смотрит. Картина живет собственной жизнью, подобно живому существу, и подвергается таким же переменам, какие происходят с нами в повседневной жизни. Это вполне естественно, потому что она получает жизнь от человека, который ее созерцает», – пишет Пабло Пикассо [9, с. 18].

Реципиент искусства, воспринимая художественное произведение, сам творит «новое» произведение искусства для себя, в своем Мире. При этом он ощущает духовную общность с автором картины в культурно-историческом контексте.

Герменевтический анализ позволяет понимать сущее как «текст». При этом текст трактуется в самом широком смысле слова. В данном случае картина – это и есть «текст». Герменевтика – это теория истолкования, понимания и объяснения культурно-исторической ситуации и человеческого бытия. Герменевтика выясняет смысл текста исходя из его объективных оснований (исторической ситуации) и субъективных оснований (намерения авторов). Исходный пункт герменевтики – это онтологический статус так называемого «герменевтического круга», своего рода круга понимания. Его смысл: для понимания целого необходимо понять отдельные части, а для понимания отдельных частей надо понять целое. Человек оказывается запертым в этом герменевтическом круге – выходя из него, он перестает быть человеком; для человека герменевтический круг – это круг понимания. При множестве интерпретаций нельзя прийти к единому пониманию, поэтому истинный смысл бесконечен. Этот тезис можно назвать главным в искусстве.

Основоположником свободной герменевтики считают немецкого философа Фридриха Шлейермахера (1768–1834). В центре философии Шлейермахера оказалась психологическая интерпретация «текста», «текст» для него – это фрагмент целостной душевной жизни личности. Главная задача герменевтики, по Шлейермахеру, – «понять текст достаточно, так хорошо, чтобы превзойти автора

в понимании текста» [3, с. 70]. В искусстве это раскодировка заложенных в картине идей и смыслов, его интерпретация реципиентом. Понимание достигается с помощью интроспекции, самонаблюдения, понимание чужого мира – путем «вживания», «сопереживания», «вчувствования». Для искусства это означает принять увиденное на картине как свое.

Герменевтика как «философия понимания» непосредственно связана с языком. А искусство – это «язык чувств», переданный художником зрителю.

Любая картина несет в себя особый энергетический потенциал. «Произведения как мировой, так и современной живописи влияют на психику человека... Ученые провели исследование, в ходе которого сканировали мозг группе добровольцев во время просмотра ими полотен великих художников, таких как Клод Моне и Сандро Боттичелли. Специалисты зафиксировали, что во время просмотра активность мозга была подобна той, что испытывает мозг человека в моменты влюбленности. Кроме того, обнаружили исследователи, в кровь испытуемых выбрасывался гормон дофамин, связанный с приятными ощущениями и удовольствием. Причем, подобная реакция возникала у испытуемых практически моментально. Эксперты считают, что результаты их научно-исследовательской работы позволяют утверждать, что созерцание живописных шедевров может помочь справиться со страхами и беспокойством и даже уменьшить болевые ощущения», – утверждает Фрулева Т.В. [11]. Хотя цитируемый источник нельзя однозначно считать научным, однако это попытки доказательства «исцеления искусством» посредством созерцания живописных полотен. Как уже говорилось выше, эта проблема пока не исследована.

«Целительная мощь искусства в том, что оно очеловечивает человека, пробуждает в нем добрые чувства, подсказывает ему, как можно достичь гармонии с миром, помогает найти в себе жизнестроительную силу, которая способна преодолевать внутренний разлад и понимать себя как творца своей жизни... арт-терапия, возможность использования творчества с врачующей целью, может

стать способом познания себя через искусство как непосредственно в процессе творчества, так и созерцая его со стороны. Человек способен постичь творчество другого, лишь поняв его бытие, лишь прочувствовав близкие для себя эмоциональные состояния автора, только в этом случае прикосновение к искусству будет иметь терапевтический эффект» [2, с. 13].

## Заключение

На основе проведенного исследования среди 94 респондентов установлено, что более половины (57,4 %) участников опроса уверены, что благоприятное действие на их психическое состояние оказывают картины в жанре пейзажа. В исследовании проанализированы причины такой выборки, а именно: «тяга к природе», психологический аспект в цветовой гамме, символизм.

Даны конкретные рекомендации по совершенствованию арт-терапевтических методик и оборудованию для студии арт-терапевта, а именно рекомендуется использование картин И. Шишкина, И. Левитана, А. Куинджи, В. Поленова, Н. Рериха, И. Айвазовского, А. Рылова, К. Моне в работе арт-терапевта.

Посредством герменевтического анализа описывается многообразие интерпретаций смыслов («понимание») для реализации этой компетенции в арт-терапии.

Полученные результаты, хотя и субъективно, показали интерес респондентов к поставленной проблеме. На втором этапе исследования, уже при очной работе с клиентами, сделанные выводы будут еще раз проанализированы.

Таким образом, искусство как на сознательном, так и на бессознательном уровне способно вносить согласие в духовный мир личности, при этом оно не разрушает реальное Я, а формирует целостность личности. «Выражая мир, искусство борется с хаосом в человеческой психике. Искусство может “очистить” чувственный мир, через катарсис и корректировать его. Конечной целью искусства является гармония внутри человека и гармония общественных отношений» [7, с. 63].

## Литература

1. Асадуллина А.М., Мухтарова М.А. Арт-терапия как метод преодоления эмоционального стресса // Казанский вестник молодых ученых. 2022. Т. 6. С. 16–22.
2. Герасимова Т.М., Маниковская М.А. Арт-терапия как способ самопонимания // Современная арт-терапия: образование, медицина, социальная сфера. Сб. науч. трудов Всерос. науч.-практич. конф. Хабаровск, 2022. С. 13.
3. Головин А.А. Философская герменевтика Фр. Шлейермахера и ее исторические и методологические основания // Вестник Русской христианской гуманитарной академии. 2019. Т. 20, № 2. С. 65–71.
4. Дрешер Ю.Н. Арт-терапия и ее возможности. Казань: Медицина, 2017. 76 с.
5. Заржецкая Ю.М., Коротких Е.В. Значение цвета в технологии работы сенсорной комнаты // Социально-педагогическая поддержка лиц с ограниченными возможностями здоровья: теория и практика. Сб. статей по материалам III международной научно-практической конференции: в 2 частях. Симферополь, 2019. Ч. 1. С. 178–181.
6. Заховаева А.Г. Искусство как ядро культуры. М.: Издательский дом Академии Естествознания, 2022. 88 с.
7. Заховаева А.Г. Искусство и медицина: грани взаимодействия (искусство, которое лечит истерзанное «Я») // Вестник психотерапии. 2005. № 3 (18). С. 123–129.
8. Копытин А.И. Применение арт-терапии в лечении и реабилитации больных с психическими расстройствами. URL: [https://www.defectologiya.pro/biblioteka/primenenie\\_art\\_terapii\\_v\\_lechenii\\_i\\_reabilitaczii\\_bolnyix\\_s\\_psixicheskimi\\_rasstrojstvami/](https://www.defectologiya.pro/biblioteka/primenenie_art_terapii_v_lechenii_i_reabilitaczii_bolnyix_s_psixicheskimi_rasstrojstvami/) (дата обращения: 25.05.2023).
9. Пикассо: Сборник статей о творчестве М.: Изд-во иностранной литературы, 1957. 90 с.
10. Серов Н. Световая терапия. Смысл и значение цвета. 2-е изд., перераб. СПб., 2002. 160 с.
11. Фрулева Т.В. Искусство лечебной живописи. URL: <https://meditation-portal.com/iskusstvo-lechebnoj-zhivopisi/> (дата обращения: 10.04.2023).

Поступила 10.07.2023

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

**Для цитирования:** Заховаева А.Г. Шедевры живописи в работе арт-терапевта (герменевтический анализ) // Вестник психотерапии. 2023. № 87. С. 20–27. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-87-20-27

A.G. Zakhovaeva

## Masterpieces of painting in the work of an art therapist (hermeneutic analysis)

Ivanovo state medical academy (8, Sheremetyevo Avenue, Ivanovo, Russia)

✉ Anna Georgievna Zakhovaeva – Dr. Philosophy Sci., Corresponding Member of the RAE, Academician of MAST, art-culturologist, art-therapist, Professor of the Department of Humanities, Ivanovo state medical academy (8, Sheremetyevo Avenue, Ivanovo, 153000, Russia), ORCID: 0000-0002-4879-3682, e-mail: ana-zah@mail.ru

## Abstract

*Relevance.* Art therapy is a transdisciplinary field that brings together art, medicine, psychology, philosophy, pedagogy, and sociology. Currently, a significant body of work on art therapy has been published. However, the majority of research focuses exclusively on the creative work of the patient through activities such as drawing, sculpting, and so on, exploring how the patient (client) expresses their inner world. This is how the diagnosis of the problem takes place, followed by the development of an algorithm for art therapy treatment through various techniques involving the direct participation of the patient in the empirical process. Art therapy involving “contemplation of painting” remains largely unexplored.

*The objective* of this article is to enhance and improve the effectiveness of art therapy techniques through the study of the impact of “contemplation” of painting masterpieces on an individual’s psyche. Our task is to analyze which specific paintings should be used in this art therapy technique and which paintings should be present in the art therapist’s studio. Hermeneutic analysis allows for describing the diversity of interpretations of meanings (texts and contexts) in this art therapy technology.

**Methodology.** The study involved 94 participants. The analysis focuses on the materials from the first stage of the research, which consisted of a survey aimed at determining respondents' opinions on which genres of painting (world-famous masterpieces of art) they believe improve mood, induce positive emotions, and promote relaxation.

In composing this article, both empirical and theoretical research methods were employed. Empirical methods included: 1) Non-standardized surveys conducted on social media platforms such as Mail.ru, VKontakte (VK), and Odnoklassniki, which provided statistical data on the subject matter (94 responses); 2) Visualization of paintings (reproductions of artworks). Theoretical methods employed were: 1) Phenomenological (transcendental) reduction - a shift towards the analysis of consciousness as pure contemplation of essences, a sort of "wonder," considering the essence within the stream of phenomena through intentionality (the specificity of the object); 2) Systematic approach - examining the problem within a system and its subsystems; 3) Comparative method, i.e., comparing various indicators.

**Results and discussion:** Based on the research conducted among 94 respondents, it was determined that more than half of them believe that paintings in the landscape genre have a favorable effect on the individual's mental state. The study analyzes the reasons behind this choice.

**Conclusion.** Conformulated specific recommendations for the improvement of art therapy techniques and equipment for the art therapist studio.

**Keywords:** art therapy, psychotherapy, art, hermeneutic analysis, personality, painting.

## References

1. Asadullina A.M., Muxtarova M.A. Art-terapiya kak metod preodoleniya emocional'nogo stressa [Art therapy as a method of overcoming emotional stress]. *Kazanskij vestnik molodykh uchenykh* [Kazan Bulletin of young scientists]. 2022; (6): 16–22. (In Russ.)
2. Gerasimova T.M., Manikovskaya M.A. Art-terapiya kak sposob samoponimaniya [Art Therapy as a way of self-understanding]. *Sovremennaya art-terapiya: obrazovanie, medicina, social'naya sfera* [Modern art therapy: education, medicine, social sphere]. Xabarovsk. 2022. Pp.13. (In Russ.)
3. Golovin A.A. Filosofskaya germenевtika Fr. Shleiermacher i ee istoricheskie i metodologicheskie osnovaniya [Philosophical hermeneutics of the fr. Schleiermacher and its historical and methodological foundations]. *Vestnik Russkoj khristianskoj gumanitarnoj akademii* [Bulletin of the Russian Christian Humanitarian Academy]. 2029; 20(2): 65–71. (In Russ.)
4. Dresher Yu.N. Art-terapiya i eyo vozmozhnosti. [Art Therapy and its capabilities]. Kazan'. 2017. 76 p. (In Russ.)
5. Zarzheczkaya Yu.M., Korotkix E.V. Znachenie czveta v texnologii raboty sensornoj komnaty [The value of color in the technology of the sensory room]. *Social'no-pedagogicheskaya podderzhka licz s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya: teoriya i praktika* [Socio-pedagogical support of persons with disabilities: theory and practice]. In 2 parts. Simferopol. 2019; (1): 178–181. (In Russ.)
6. Zahovaeva A.G. Iskustvo kak yadro kul'tury [Art as a core of culture]. Moscow. 2022. 88 p. (In Russ.)
7. Zahovaeva A.G. Iskustvo i medicina: grani vzaimodejstviya (iskustvo, kotoroe lechit isterzannoe «Ya») [Art and medicine: the facets of interaction (art that treats the tormented "I")]. *Vestnik psikhoterapii*. [Bulletin of Psychotherapy]. 2005; 3(18): 123–129. (In Russ.)
8. Kopytin A.I. Primenenie art-terapii v lechenii i reabilitatsii bol'nykh s psikhicheskimi rasstrojstvami [The use of art therapy in the treatment and rehabilitation of patients with mental disorders]. URL: [https://www.defectologiya.pro/biblioteka/primenenie\\_art\\_terapii\\_v\\_lechenii\\_i\\_reabilitaczii\\_bolnyix\\_s\\_psixicheskimi\\_rasstrojstvami/](https://www.defectologiya.pro/biblioteka/primenenie_art_terapii_v_lechenii_i_reabilitaczii_bolnyix_s_psixicheskimi_rasstrojstvami/)
9. Pikasso: Sbornik statej o tvorchestve [Collection of articles about the work of Picasso]. Moscow. 1957. 90 p. (In Russ.)
10. Serov N. Svetovaya terapiya. Smy'sl i znachenie czveta. [Light therapy. The meaning and meaning of color]. 2nd edition, processed. St. Petersburg, 2002. 160 p. (In Russ.)
11. Frulyova T.V. Iskustvo lechebnoj zhivopisi [The art of medical painting]. URL: <https://meditation-portal.com/iskustvo-lechebnoj-zhivopisi/> (In Russ.)

Received 10.07.2023

**For citing:** Zakhovaeva A.G. Shedevry zhivopisi v rabote art-terapevta (germenevticheskij analiz). *Vestnik psikhoterapii*. 2023; (87): 20–27. (In Russ.)

Zakhovaeva A.G. Masterpieces of painting in the work of an art therapist (hermeneutic analysis). *Bulletin of Psychotherapy*. 2023; (87): 20–27. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-87-20-27



А.А. Алексеев, И.А. Новикова

## КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ МОДЕЛИ ИНТУИЦИИ

<sup>1</sup> Северный государственный медицинский университет (Россия, г. Архангельск, Троицкий пр., д. 51);<sup>2</sup> Северный (Арктический) федеральный университет им. М.В. Ломоносова  
(Россия, г. Архангельск, наб. Северной Двины, д. 17)

*Введение.* Современные психологические исследования указывают на недостаточную теоретическую определенность концепта интуиции. Теоретическое осмысление интуиции представляет собой констатацию ее феноменологического разнообразия при недостаточной концептуальной определенности.

*Цель* – провести теоретический анализ интуиции и описать ее основные концептуальные модели.

*Методология.* Анализ русско- и англоязычной психологической литературы для определения основных концептуальных моделей интуиции и их разных познавательных возможностей. В работе использовались структурно-логический и аналитический методы.

*Результаты и их анализ.* Анализ показал, что существует ряд концептуальных моделей интуиции. Во-первых, интуиция может быть рассмотрена как один из феноменов человеческой психики. Данная модель предоставляет возможность описывать интуицию на двух уровнях: предметном (в общефизиологических и поведенческих терминах) и субъектном (в нементалистских терминах кодификации и обработки информации). Однако ввиду того, что данный формат представляет собой «единицу» психологического знания об интуиции, он несет в себе определенные концептуальные ограничения. Во-вторых, интуиция может быть рассмотрена в формате психического процесса, который, согласно своим общим методологическим возможностям может представлять ее в аспекте континуальности специфических и преемственных этапов. Гипотетическим познавательным потенциалом процессуальной модели является возможность представления интуиции в классической для когнитивной психологии форме череды «блоков». В-третьих, в англоязычной литературе существует тенденция рассматривать интуицию в формате индивидуального стиля принятия решений для исследования интуитивных черт профессионального поведения.

*Заключение.* Результаты исследования показывают наличие разных психологических моделей интуиции и их познавательных возможностей, что важно учитывать при разработке методологического инструментария исследования интуиции и выявления характеристик интуиции в различных профессиональных группах.

**Ключевые слова:** интуиция, концептуальная модель, психический феномен, психический процесс, индивидуальный стиль.

### Введение

Современные психологические исследования однозначно указывают на размытость и недостаточную проработанность концеп-

та интуиции [16]. Текущий уровень концептуализации интуиции представляет собой констатацию ее феноменологического разнообразия [18]. В качестве возможной при-

---

Алексеев Андрей Александрович – магистрант по спец. «Психология», Сев. гос. мед. ун-т (г. Архангельск); священник Русской православной церкви; e-mail: alekseevopt@yandex.ru;

✉ Новикова Ирина Альбертовна – д-р мед. наук, проф., зам. директора по науч. работе ин-та семейной медицины, Сев. гос. мед. университет (Россия, г. Архангельск, Северный пр., д. 51); проф. каф. психологии, Сев. (Арктический) федер. ун-т им. М.В. Ломоносова (Россия, 163002, г. Архангельск, наб. Северной Двины, д. 17), e-mail: ianovikova@mail.ru



чины этого можно указать тот факт, что интуиция как психологический феномен может проявляться как в сфере сознательной, так и в сфере бессознательных явлений, например: усвоение речи младенцем, «мудрость тела» у спортсменов, чувствительность к допороговым слуховым и зрительным сигналам. В указанном контексте особое значение имеет работа по систематизации и определению методологических возможностей концептуальных моделей интуиции, имеющих в научно-психологической литературе.

**Цель** – провести теоретический анализ и описать основные концептуальные модели интуиции.

## Материал и методы

Анализ русско- и англоязычной психологической литературы для определения основных концептуальных моделей интуиции и их познавательных возможностей. В работе использовались структурно-логический и аналитический методы.

## Результаты и их анализ

*Проблема моделирования интуиции в формате психического феномена.* Е.А. Науменко [14] утверждает, что научная психология полагает интуицию в формате психического феномена, который рядоположен прочим феноменам человеческой психики и относительно которого возможна процедура дескрипции. Согласно этому автору, описательная «палитра» интуиции как феномена может быть методологически разделена на два уровня: интуиция с точки зрения самого субъекта и интуиция с позиции внешних, объективных условий его протекания.

Данная позиция представляется обоснованной, поскольку отсылает к фундаментальному различению психических феноменов по характеристикам предметности и субъектности. Так, дескрипция объективных условий течения интуиции соответствует предметности психических феноменов, которые на этом уровне вполне могут быть описаны в системе физиологических поня-

тий, языком физических актов жизнедеятельности. Описание же интуиции с точки зрения самого субъекта – субъектной характеристике психических явлений, которая предполагает функциональный предел использованию языка физических актов в описании «внутреннего» уровня психических явлений и, как следствие, наличие специфической «субъектной» терминологии [5].

Описание феномена интуиции с позиции его объективных условий, языком физиологических понятий и актов жизнедеятельности, можно обнаружить в ряде экспериментальных исследований. Так, в советской научно-психологической литературе это направление представлено лабораторными попытками О.К. Тихомирова [23] исследовать интуицию посредством измерения физиологических показателей – кожно-гальванических реакций. В российской литературе также зафиксирована попытка современного исследователя Е.М. Лаптевой [10] воспроизвести ход эксперимента J.J. Ellis и соавт. [30] «Движения глаз – показатель решения». Автор с помощью специального оборудования регистрировала движения глаз по ходу решения интуитивной задачи. Показательным было то, что с приближением интуитивного ответа происходила фокусировка зрения, а значит, и концентрация внимания на значимых элементах задачи в противоположность релевантным элементам.

Если объективная дескрипция интуиции языком физиологических понятий представляется вполне понятной и однозначной, то описание «внутреннего» уровня интуиции в рамках «субъектной» терминологии может быть весьма проблематичным. Суть в том, что речь об интуиции с позиции самого же субъекта является явным привлечением гуманитарной парадигмы и «реанимацией» старой проблематики построения речи о сознании языком самого же сознания, «в обход» внеположенных терминов физики, биологии, физиологии. Для гуманитарной психологической парадигмы характерен подход к психике с позиций переживаемых аффектов, который может выражаться в специфичных терминах аксиологии и телеологии [27]. В этом направ-

лении субъектный уровень описания интуиции «рискует» быть реализованным в терминах, которые далеко отстоят от требований детерминации и редукции психических феноменов и процессов [20].

Чтобы остаться в рамках классической рациональности на уровне субъектного описания феномена интуиции, имеет смысл обратиться к критерию D. Dennett [28], согласно которому психические феномены должны описываться на «нейтральном» языке, исключая влияние «ментализма» [6, 27]. В качестве такого нейтрального языка предлагается использовать фундированные в информационный подход термины обработки и кодификации данных.

Термины, описывающие обработку интуитивных данных, были предложены еще советской научно-психологической литературой, например: «свернутость», «редуцированность», «мгновенность». «Свернутость» – отсутствие в интуитивном познании памяти о последовательности решения задачи. «Редуцированность» – образование интегративного образа, ключевого понятия или признака помимо цепочки умозаключений [15]. «Мгновенность» – быстрое действие учета множества данных и факторов [7]. Исследователь Н.В. Морощкина [13] предлагает термин «переструктурирование репрезентации». В указанных «нейтральных» терминах субъектный уровень интуиции характеризуется прежде всего как перекодировка и преобразование данных последующим выводом на сознательно-интеллектуальный или поведенческий уровень, например в принятии решений [26].

По сути, данные «нейтральные термины» обработки и кодификации информации являются семантически тождественными базовым характеристикам интуиции в составе ее словарных и общепризнанных определений. Например, согласно советскому исследователю И.К. Родионовой [19], интуиция представляется способом внезапного достижения нового знания путем своеобразного «перескакивания» этапов строго логического рассуждения при неосознанности самого механизма получаемого вывода. Российский

исследователь В.Л. Васильев [3], опираясь на опыт юридической и следственной практики, фактически повторяет приведенное выше определение: «...интуиция – это стремительный переход от одних утверждений к другим, иногда с таким быстрым проскакиванием отдельных звеньев рассуждения, что посылки и промежуточные процессы не выделяются». Словарное определение интуиции концептуально тождественно двум вышеупомянутым: интуиция – это знание, которое возникает без осознания путей и условий его получения [8].

Стоит заметить, что указанные нементалистские нейтральные термины обработки информации вкупе с их семантическими эквивалентами сами по себе вряд ли могут быть панацеей в вопросе познания интуиции как феномена, поскольку сами говорят о фактической невозможности ее рационального познания. Как может быть рационализировано то, что «свернуто» и «редуцировано», то, что «проскакивает» и «перескакивает» звенья логических рассуждений? И как возможно развернуть эксперимент с тем, что по своему быстродействию совершается «внезапно» и «мгновенно»?

Указанное затруднение может быть действительным тупиком, и в этом случае интересной представляется попытка И.В. Васильевой [4] осмыслить проблематичность системной рационализации интуиции посредством тезиса, согласно которому феноменологическое разнообразие и неоднородность интуиции сами могут быть предметом исследования при условии смены методологии классического рационализма в пользу методологии неклассической и постнеклассической рациональности.

Осмысление феноменологического разнообразия и неоднородности интуиции также можно видеть в попытке R. McCraty и M. Zayas [33] типологизировать особые «тонкие» проявления данного феномена, например: «вещные сны», «прямое чувствование», «предвидение» и прочие, в рамках особого концепта нелокальной интуиции. Под нелокальной интуицией авторы имеют в виду феномены, которые не могут быть объ-

яснены на основании прямого воздействия осознаваемых или неосознаваемых стимулов, а также предшествовавших знаний.

Мы, в свою очередь, полагаем, что методология когнитивной психологии может быть вполне эффективна в рационализации указанного многообразия интуиции как феномена психики. В этом ключе интуиция как феномен психики будет представлять собой не что иное, как концептуальную модель, как то, что организует опыт и придает ему смысл [21]. В.А. Мазиллов [12] указывает, что феномены психики как концептуальные модели не обладают предметной самостоятельностью и самобытностью: «...психика изначально целостна, поэтому выделение в ней тех или иных феноменов определяется теоретическими и методологическими представлениями». По его мнению, задача феноменологического уровня заключается в вычленении «потенциальных пространств психической реальности». Примечательно, что концептуальный статус психического феномена А.В. Юревич [27] определяет как «единицу» психологического знания.

Таким образом, целесообразно полагать, что формат психического феномена представляет собой «элементарный» уровень концептуализации интуиции. Если так, то в этом контексте становится обоснованной мысль Е.А. Науменко [15] о том, что описательно-феноменологический уровень познания интуиции не способен объяснить ее природу и то, каким образом «ей удастся совершать такие скачки». Для дальнейшей рационализации интуиции необходим выбор другой, чуть более масштабной концептуальной модели.

*Моделирование интуиции в формате психического процесса.* Переход в рассмотрении интуиции от формата феномена к формату психического процесса представляет собой не что иное, как смену концептуальной модели, которая не предполагает смены фактического статуса интуиции в составе человеческой психики. Е.Н. Кулешова [9] отмечает, что психический процесс – это теоретический конструкт, который выделяется условно-формально, исключительно для

исследовательских целей. В этом отношении формат психического процесса выступает более масштабной концептуальной моделью интуиции, поскольку традиционно процесс представляется как континуальное раскрытие феномена.

Важно указать гипотетический познавательный потенциал представления феномена интуиции в качестве процесса человеческой психики. К. Уайлд [16] замечает, что в формате процесса появляется возможность говорить о генезисе интуиции от «точки» ее возникновения до «точки» образования ее результатов. Иными словами, формат психического процесса может дать возможность видеть в интуиции некую поступательную континуальность. Собственно, о такого рода перспективах пишет А.В. Брушлинский [2]: представление психического феномена в аспекте его длительности как того, что совершается преемственно, непрерывно, а также недизъюнктивно, является общей методологической особенностью процессуального подхода. Кроме того, он делает важную ремарку о том, что психический процесс не просто длится – он развивается, т.е. на его стадиях возникают качественные новообразования, которые существенно и необратимо влияют на последующее его течение. О непрерывной и преемственной континуальности интуиции как психического процесса в противовес ее элементарной ограниченности как феномена пишет А.А. Налчаджян [14]: «...при получении решения проблем “озарением” скачок совершается не всей психикой в целом, а лишь сознанием. Осознается в результате мгновенного “озарения” лишь результат сложного... процесса, этот результат на первых порах предстает перед сознанием ничем не обусловленным».

В этом отношении уместно допустить, что важным гипотетическим познавательным потенциалом процессуальной модели интуиции может быть возможность представления интуиции в классической для когнитивной психологии концептуальной форме идущих друг за другом «блоков» [21].

В качестве примера интуитивного процесса, который бы представлял собой такого

рода последовательность, можно привести описание Ж. Адамаром [1] и G. Wallas [37] того, как совершаются интуитивные решения научных и творческих задач. Согласно последним, интуитивные открытия происходят не «просто так», как внезапное переосмысление процедур логического вывода, что может следовать из вышеприведенных определений феномена интуиции. Интуитивный процесс реализуется как череда этапов: 1) подготовка – сбор данных и аккумуляция опыта о решении задачи; 2) «инкубация» – перевод собранных данных в сферу психического бессознательного в контексте уставания, забывания, переключения внимания на другую проблему и т.д.; 3) «озарение» – экспликация бессознательно обработанных данных обратно в сознание в контексте «ага-переживания» или других интеллектуальных эмоций [11].

Кроме свидетельств рефлексивного характера, правомочность процессуальной модели интуиции может подтверждаться рядом экспериментов, представленных как в русскоязычной, так и в англоязычной исследовательской литературе. Так, эксперимент «Политипная модель» Я.А. Пономарева [17, 24] моделирует интуитивное решение именно в формате длящегося процесса. В рамках указанного эксперимента испытуемому давалась задача, в рамках которой, сознательно стремясь к некоторой цели, он попутно должен был совершить ряд предметных преобразований, непосредственно на достижение этой цели не направленных. Формирование побочного продукта действия являлось имплицитным усвоением данных о задаче, которое служило условием более эффективной работы интуиции. Согласно данным Я.А. Пономарева, если в обычных условиях, проходя лабиринт, испытуемый совершал 70–80 ошибок, то после решения задачи «Панель» – не более 8–10 [17]. Данный эксперимент позволяет говорить о том, что функционирование интуиции не одномоментно, но представляет собой связь между аккумулярованным опытом и собственно «озарением».

В англоязычном научном пространстве об интуиции как о длящемся преемственном

процессе говорят исследования Г. Саймона [22] и его теория «ограниченной рациональности». Согласно исследователю, при решении задач или проблемных ситуаций субъект аккумулирует лишь ограниченное число входящих данных, которые сохраняются в памяти в качестве операционных схем или паттернов. Интуитивное решение в этом ключе заключается в сопоставлении и обнаружении сходства между задачей, проблемной ситуацией и структурированными в паттерны данными опыта. Иначе говоря, модель Саймона предполагает преемственную континуальность интуиции как связь между спецификой собранных данных опыта и спецификой интуиции.

Известен эксперимент М. Eskinazi и I. Giannopulu [32], которые также подтверждают континуальность интуиции в виде ее преемственной связи с прошлым опытом. Суть эксперимента в том, что участники исследования случайным образом были разделены на две группы: «подготовленные» и «неподготовленные». «Подготовленные» перед основной частью эксперимента были проведены через холл, где висели изображения со сценами из кафе, а также были расставлены чашки со свежесваренным кофе. «Неподготовленные» никакой предварительной стимуляции не получали. Следующая часть эксперимента предполагала несколько 3-минутных виртуальных сессий по определенному району Парижа, где было сосредоточено много общественных заведений. Согласно данным М. Eskinazi и I. Giannopulu, «подготовленные» участники, которые прошли предварительную стимуляцию, выражали тенденцию к «всплескам» интуиции, связанной с темой кафе, мест общественного питания и кофе в противовес прочим общественным заведениям, представленным в виртуальном туре.

*Моделирование интуиции в формате индивидуального стиля.* Также стоит отметить, что в англоязычных научно-психологических исследованиях присутствует тенденция моделирования интуиции в аспекте индивидуального стиля принятия решений. Основопологающим в данном направлении можно назвать подход S. Epstein [31]. Примечатель-



но, что модель интуитивного стиля S. Epstein прорабатывается в формате классической стилизированной методологии, согласно которой индивидуальный стиль исследуется посредством отношения двух противоположных показателей [25]. Так, по S. Epstein, интуитивный стиль определяется соотношением рационального и интуитивно-опытного полюсов.

Среди зарубежных англоязычных исследователей, продолжающих изучение интуиции в формате индивидуального стиля принятия решений, целесообразно назвать Shilon S., Salton E. [36], B. Nyatanga, H. de Vocht [34], P. Easen, J. Wilcockson [29], а также J. Okoli и соавт. [35]. Для них характерно применение концептуальной полярности «интуитивный – рациональный, аналитический» для описания специфики профессиональных решений, реализуемых, например, пожарными на месте чрезвычайных ситуаций или медицинскими работниками в условиях стационара. В данной связи можно говорить о том, что модель индивидуального стиля деятельности позволяет исследовать интуицию в контексте специфического или типичного проявления профессиональных качеств.

### Заключение

Существует ряд концептуальных моделей интуиции. Во-первых, интуиция может быть рассмотрена как один из феноменов челове-

ческой психики. Данная модель предоставляет возможность описывать интуицию на двух уровнях: предметном, в общефизиологических и поведенческих терминах, и субъектном, в нементалистских терминах кодификации и обработки информации. Однако ввиду того, что данный формат представляет собой «единицу» психологического знания об интуиции, он несет в себе определенные концептуальные ограничения.

Во-вторых, интуиция может быть рассмотрена в формате психического процесса, который, согласно своим общим методологическим возможностям, может представлять ее в аспекте континуальности специфических и преемственных этапов. Гипотетическим познавательным потенциалом процессуальной модели является возможность представления интуиции в классической для когнитивной психологии форме череды «блоков».

В-третьих, интуиция может быть рассмотрена в формате индивидуального стиля принятия решений для исследования интуитивных черт поведения в профессии.

Таким образом, анализ показывает наличие разных психологических моделей интуиции и их познавательных возможностей, что важно учитывать при разработке методологического инструментария исследования интуиции и выявления характеристик интуиции в разных профессиональных группах.

### Литература

1. Адамар Ж. Исследование психологии процесса изобретения в области математики / пер. с франц. М.: Сов. радио, 1970. 152 с.
2. Брушлинский А.В. Субъект: мышление, учение, воображение: избр. психол. тр. М.: Изд-во Моск. психол.-соц. ин-та, 2003. 406 с.
3. Васильев В.Л. Юридическая психология. СПб. [и др.]: Питер, 2000. 624 с.
4. Васильева И.В. Профессиональная интуиция сотрудников органов внутренних дел: автореф. дис. ... д-ра психол. наук. М., 2019. 56 с.
5. Веккер Л.М. Психика и реальность. Единая теория психических процессов. М.: Смысл, 1998. 366 с.
6. Волков Д.Б. Бостонский зомби: Д. Деннет и его теория сознания. М.: Либроком, 2012. 320 с.
7. Дмитриев А.Н. Философский анализ проблемы бессознательного. Саратов: Изд-во Саратов. ун-та, 1985. 185 с.
8. Краткий психологический словарь / под общ. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. Ростов н/Д.: Феникс, 1998. 358 с.
9. Кулешова Е.Н. Психические процессы в пространстве психики человека // Пространство и время. 2014. № 3. С. 121–126.
10. Лаптева Е.М. Движение глаз как индикатор знания ответа при решении анаграмм // Эксперим. психология. 2016. № 3. С. 43–51.
11. Лук А.Н. Мышление и творчество. М.: Изд-во полит. лит., 1976. 144 с.



12. Мазилов В.А. Факт в современной психологии: методологические проблемы // Сиб. психол. журн. 2015. № 56. С. 21–36. DOI: 10.17223/17267080/56/3.
13. Морошкина Н.В., Амалайнен А.В., Савина А.И. В погоне за инсайтом: современные подходы и методы измерения инсайта в когнитивной психологии // Психол. исслед. 2020. Т. 13, № 74. С. 5. DOI: 10.54359/ps.v13i74.163.
14. Нальчаджян А.А. Некоторые психологические и философские проблемы интуитивного познания. М.: Мысль, 1972. 271 с.
15. Науменко Е.А. Введение в теорию интуиции и интуитивности. Тюмень: Изд-во Тюмен. гос. ун-та, 2013. 212 с.
16. Новикова Е.В. Психология интуитивного познания: история и современность // Вестн. Донец. пед. ин-та. 2017. № 4. С. 52–64.
17. Пономарев Я. А. Психология творчества. М.: Наука, 1976. 302 с.
18. Развальяева А.Ю. Рациональность и интуиция как личностные факторы принятия решений: автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 2021. 35 с.
19. Родионова И.К. О природе интуиции // Проблема отражения и современная наука. М., 1967. С. 34–48.
20. Рубинштейн С.Л. О мышлении и путях его исследования. М.: Изд-во Акад. наук СССР, 1958. 147 с.
21. Солсо Р. Когнитивная психология. СПб. [и др.]: Питер, 2006. 292 с.
22. Саймон Г. Рациональность как процесс и продукт мышления // THESIS. 1993. №3. С. 28–35.
23. Тихомиров О.К. Структура мыслительной деятельности человека: опыт теоретического и экспериментального исследования. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1969. 304 с.
24. Ушаков Д.В. Одаренность, творчество, интуиция // Основные современные концепции творчества и одаренности. М.: Мол. гвардия, 1997. С. 78–89.
25. Холодная М.А. Когнитивные стили. О природе индивидуального ума. СПб. [и др.]: Питер, 2004. 384 с.
26. Шмыгалина Т.Б. Интуитивно-эвристический потенциал: понятия и сущность // Вестн. Бурят. гос. ун-та. 2010. № 6. С. 37–39.
27. Юревич А.В. Естественнаучная и гуманитарная парадигмы в психологии // Парадигмы в психологии: науковедческий анализ. М.: Ин-т психологии РАН, 2012. С.13–33.
28. Dennett D. Brainstorms. Philosophical Essays on Mind and Psychology. Montgomery, 1978. 390 p.
29. Easen P, Wilcockson J. Intuition and Rational Decision-making in Professional Thinking: A False Dichotomy? // Journal of Advanced Nursing. 2008. Vol. 24, N 4. P. 667–673. DOI: 10.1046/j.1365-2648.1996.02413.x
30. Ellis J.J., Glaholt M.G., Reingold E.M. Eye Movements Reveal Solution Knowledge Prior to Insight // Consciousness and Cognition. 2011. Vol. 20, N 3. P. 768–776. DOI: 10.1016/j.concog.2010.12.007.
31. Epstein S. Cognitive-experiential Self-theory: An Integrative Theory of Personality // The Relational Self: Theoretical Convergences in Psychoanalysis and Social Psychology / Ed. by R.C. Curtis. New York: Guilford Press, 1991. Pp. 111–137.
32. Eskinazi M., Giannopulu I. Continuity in Intuition and Insight: From Real to Naturalistic Virtual Environment // Scientific Reports. 2021. Vol. 11, N 1. P. 1876. DOI: 10.1038/s41598-021-81532-w.
33. McCraty R., Zayas M. Intuitive Intelligence, Self-regulation, and Lifting Consciousness // Global Advances in Health and Medicine. 2014. Vol. 3, N 2. P. 56–65. DOI: 10.7453/gahmj.2014.013.
34. Nyatanga B., de Vocht H. Intuition in Clinical Decision-making: A Psychological Penumbra // International Journal of Palliative Nursing. 2008. Vol. 14, N 10. P. 492–496. DOI: 10.12968/ijpn.2008.14.10.31493.
35. Okoli J., Weller G., Watt J. Information Processing and Intuitive Decision-making on the Fireground: Towards a Model of Expert Intuition // Cognition Technology and Work. 2016. Vol. 18, N 1. P. 89–103. DOI: 10.1007/s10111-015-0348-9.
36. Shilon S., Salton E. Individual Differences in Rational and Intuitive Thinking Styles as Predictors of Heuristic Responses and Framing Effects // Personality and Individual Differences. 2002. Vol. 32, N 3. P. 415–429. DOI: 10.1016/S0191-8869(01)00034-4.
37. Wallas G. The Art of Thought. London, 1926. 320 p.

---

Поступила 03.07.2023

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

**Участие авторов:** А.А. Алексеев – анализ литературных данных, подготовка первого варианта статьи; И.А. Новикова – концепция теоретического исследования, редактирование окончательного варианта статьи.

**Для цитирования:** Алексеев А.А., Новикова И.А. Концептуальные модели интуиции // Вестник психотерапии. 2023. № 87. С. 28–37. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-87-28-37

---

A.A. Alekseev, I.A. Novikova

**Conceptual models of intuition**<sup>1</sup> Northern State Medical University (51, Troitsky Ave., Arkhangelsk, 163000, Russia);<sup>2</sup> Northern (Arctic) Federal University named after M.V. Lomonosov  
(17, Emb. Northern Dvina, Arkhangelsk, 163002, Russia)

Andrey Aleksandrovich Alekseev – master student in psychology, Northern State Medical University (51, Troitsky Ave., Arkhangelsk, 163000, Russia), priest of the Russian Orthodox Church, e-mail: alekseevopt@yandex.ru;

✉ Irina Albertovna Novikova – Dr Med. Sci., Prof., Deputy Director for Research of the Institute of Family Medicine, Northern State Medical University (51, Troitsky Ave., Arkhangelsk, 163000, Russia); Professor of the Department of Psychology of the Higher School of Pedagogy, Psychology and Physical Education, Northern Arctic Federal University named after M.V. Lomonosov (17, Emb. Northern Dvina, Arkhangelsk, 163002, Russia), e-mail: ianovikova@mail.ru

**Abstract**

*Introduction.* Modern psychological research points to the insufficient theoretical certainty of the concept of intuition. The theoretical understanding of intuition is a statement of its phenomenological diversity with its insufficient conceptual certainty.

*Purpose of the study:* is to conduct a theoretical analysis and describe the main conceptual models of intuition.

*Methods.* Analysis of Russian and English psychological literature in order to determine the main conceptual models of intuition and their different cognitive capabilities. Structural-logical and analytical methods were used in the work.

*Results and discussion.* The analysis showed that there are a number of conceptual models of intuition. First, intuition can be considered as one of the phenomena of the human psyche. This model provides the opportunity to describe intuition on two levels: an object-level (in terms of general physiological and behavioral aspects) and a subject-level (in non-mentalist terms of information encoding and processing). However, due to the fact that this format is a “unit” of psychological knowledge about intuition, it carries certain conceptual limitations. Secondly, intuition can be considered in the format of a mental process, which, according to its general methodological capabilities, can represent it in the aspect of continuity of specific and successive stages. The hypothetical cognitive potential of the procedural model is the possibility of representing intuition in the form of a series of “blocks” that is classical for cognitive psychology. Thirdly, in the English-language literature there is a tendency to consider intuition in the format of an individual decision-making style to study the intuitive features of professional behavior.

*Conclusion.* The results of the study show the presence of different psychological models of intuition and their different cognitive capabilities, which is important to consider when developing method

**Keywords:** conceptual model, intuition, mental phenomenon, mental process, individual style.

**References**

1. Adamar Zh. Issledovanie psikhologii protsessa izobreteniya v oblasti matematiki [A study of the psychology of the invention process in the field of mathematics]. Moscow. 1970. 152 p. (In Russ.)
2. Brushlinskii A.V. Sub'ekt: myshlenie, uchenie, voobrazhenie [Subject: thinking, teaching, imagination]. Moscow. 2003. 406 p. (In Russ.)
3. Vasil'ev V.L. Yuridicheskaya psikhologiya [Legal psychology]. St. Petersburg. 2000. 624 p. (In Russ.)
4. Vasil'eva I.V. Professional'naya intuitsiya sotrudnikov organov vnutrennikh del [Professional intuition of employees of the internal affairs bodies]: Abstract dissertation Dr. Psychol. Sci. Moscow. 2019. 56 p. (In Russ.)
5. Vekker L.M. Psikhika i real'nost'. Edinaya teoriya psikhicheskikh protsessov [Psyche and reality. Unified theory of mental processes]. Moscow. 1998. 366 p. (In Russ.)
6. Volkov D.B. Bostonskii zombi: D. Dennet i ego teoriya soznaniya [Boston zombie: D. Dennett and his theory of consciousness]. Moscow. 2012. 320 p. (In Russ.)

7. Dmitriev A.N. Filosofskii analiz problemy bessoznatel'nogo [Philosophical analysis of the problem of the unconscious]. Saratov. 1985. 185 p.
8. Kratkii psikhologicheskii slovar' [Brief psychological dictionary]. Eds.: A.V. Petrovskii, M.G. Yaroshevskii. Rostov-on-Don. 1998. 358 p. (In Russ.)
9. Kuleshova E.N. Psikhicheskie protsessy v prostranstve psikhiki cheloveka [Psychic processes in space of human psyche]. *Prostranstvo i vremya* [Space and time]. 2014; (3): 121–126. (In Russ.)
10. Lapteva E.M. Dvizhenie glaz kak indikator znaniya otveta pri reshenii anagramm [Eye movement as an indicator of knowledge of the answer when solving anagrams]. *Eksperimental'naya psikhologiya* [Experimental psychology (Russia)]. 2016; (3): 43–51. DOI: 10.17759/exppsy.2016090304 (In Russ.)
11. Luk A.N. Myshlenie i tvorchestvo [Thinking and creativity]. Moscow. 1976. 144 p. (In Russ.)
12. Mazilov V.A. Fakt v sovremennoi psikhologii: metodologicheskie problemy [The fact in modern psychology: methodological problems]. *Sibirskii psikhologicheskii zhurnal* [Siberian psychological journal]. 2015; (56): 21–36. DOI: 10.17223/17267080/56/3. (In Russ.)
13. Moroshkina N.V., Ammalainen A.V., Savina A.I V pogone za insaitom: sovremennye podkhody i metody izmereniya insaita v kognitivnoi psikhologii [Catching up with insight: modern approaches and methods of measuring insight in cognitive psychology]. *Psikhologicheskie issledovaniya* [Psychological studies]. 2020; 13(74): 5. DOI: 10.54359/ps.v13i74.163. (In Russ.)
14. Naĭchadzhyan A.A. Nekotorye psikhologicheskie i filosofskie problemy intuitivnogo poznaniya [Some psychological and philosophical problems of intuitive knowledge]. Moscow. 1972. 271 p. (In Russ.)
15. Naumenko E.A. Vvedenie v teoriyu intuitsii i intuitivnosti [Introduction to the theory of intuition and intuitiveness]. Tyumen. 2013. 212 p. (In Russ.)
16. Novikova E.V. Psikhologiya intuitivnogo poznaniya: istoriya i sovremennost' [Psychology of intuitive knowledge: history and nowadays]. *Vestnik Donetskogo pedagogicheskogo instituta* [Bulletin of the Donetsk Pedagogical Institute]. 2017; (4): 52–64. (In Russ.)
17. Ponomarev Ya. A. Psikhologiya tvorchestva [Psychology of creativity]. Moscow. 1976. 302 p. (In Russ.)
18. Razvalyaeva A.Yu. Ratsional'nost' i intuitsiya kak lichnostnye faktory prinyatiya reshenii [Rationality and intuition as personal decision-making factors]: Abstract dissertation PhD Psychol. Sci. Moscow. 2021. 35 p. (In Russ.)
19. Rodionova I.K. O prirode intuitsii [On the nature of intuition]. *Problema otrazheniya i sovremennaya nauka* [The problem of reflection and modern science]. Moscow. 1967; 34–48. (In Russ.)
20. Rubinshtein S.L. O myshlenii i putyakh ego issledovaniya [About thinking and ways of its research]. Moscow. 1958. 147 p. (In Russ.)
21. Solso R. Kognitivnaya psikhologiya [Cognitive psychology]. St. Petersburg. 2006. 292 p. (In Russ.)
22. Saimon G. Ratsional'nost' kak protsess i produkt myshleniya [Rationality as a process and product of thinking]. *THESIS*. 1993; (3): 28–35. (In Russ.)
23. Tikhomirov O.K. Struktura myslitel'noi deyatel'nosti cheloveka: opyt teoreticheskogo i eksperimental'nogo issledovaniya [The structure of human mental activity: the experience of theoretical and experimental research]. Moscow. 1969. 304 p. (In Russ.)
24. Ushakov D.V. Odarennost', tvorchestvo, intuitsiya [Giftedness, creativity, intuition]. *Osnovnye sovremennye kontseptsii tvorchestva i odarennosti* [Basic modern concepts of creativity and giftedness]. Moscow. 1997; 78–89. (In Russ.)
25. Kholodnaya M.A. Kognitivnye stili. O prirode individual'nogo uma [Cognitive styles. On the nature of the individual mind]. St. Petersburg. 2004. 384 p. (In Russ.)
26. Shmygalina T.B. Intuitivno-evristicheskie potentsial: ponyatiya i sushchnost' [The intuitive and heuristic potential: concept and essence]. *Vestnik Buryatskogo gosudarstvennogo universiteta* [Bulletin of the Buryat State University]. 2010; (6): 37–39. (In Russ.)
27. Yurevich A.V. Estestvennonauchnaya i gumanitarnaya paradigmy v psikhologii [Natural science and humanitarian paradigms in psychology]. *Paradigmy v psikhologii: nauchovedcheskii analiz* [Paradigms in psychology: scientific analysis]. Moscow. 2012; 13–33. (In Russ.)
28. Dennett D. Brainstorms. Philosophical Essays on Mind and Psychology. Montgomery. 1978. 390 p.
29. Easen P., Wilcockson J. Intuition and rational decision-making in professional thinking: a false dichotomy? *Journal of Advanced Nursing*. 2008; 24(4): 667–673. DOI: 10.1046/j.1365-2648.1996.02413.x.
30. Ellis J.J., Glaholt M.G., Reingold E.M. Eye movements reveal solution knowledge prior to insight. *Consciousness and Cognition*. 2011; 20(3): 768–776. DOI: 10.1016/j.concog.2010.12.007.
31. Epstein S. Cognitive-experiential self-theory: An integrative theory of personality. The relational self: theoretical convergences in psychoanalysis and social psychology. Ed. R.C. Curtis. New York: Guilford Press, 1991. Pp. 111–137.
32. Eskinazi M., Giannopulu I. Continuity in intuition and insight: from real to naturalistic virtual environment. *Scientific Reports*. 2021; 11(1): 1876. DOI: 10.1038/s41598-021-81532-w.
33. McCraty R., Zayas M. Intuitive Intelligence, Self-regulation, and Lifting Consciousness. *Global Advances in Health and Medicine*. 2014; 3(2): 56–65. DOI: 10.7453/gahmj.2014.013.

- 
34. Nyatanga B., de Vocht H. Intuition in clinical decision-making: A psychological penumbra. *International Journal of Palliative Nursing*. 2008; 14(10): 492–496. DOI: 10.12968/ijpn.2008.14.10.31493.
  35. Okoli J., Weller G., Watt J. Information processing and intuitive decision-making on the fireground: towards a model of expert intuition. *Cognition Technology and Work*. 2016; 18(1): 89–103. DOI: 10.1007/s10111-015-0348-9.
  36. Shilon S., Salton E. Individual differences in rational and intuitive thinking styles as predictors of heuristic responses and framing effects. *Personality and Individual Differences*. 2002; 32(3): 415–429. DOI: 10.1016/S0191-8869(01)00034-4.
  37. Wallas G. *The Art of Thought*. London. 1926. 320 p.
- 

Received 03.07.2023

**For citing:** Alekseev A.A., Novikova I.A. Kontseptual'nye modeli intuitsii. *Vestnik psikhoterapii*. 2023; (87): 28–37. (In Russ.)

Alekseev A.A., Novikova I.A. Conceptual models of intuition. *Bulletin of Psychotherapy*. 2023; (87): 28–37. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-87-28-37

---



Д.В. Зайцева

## КРАТКОСРОЧНОЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО В УРОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Санкт-Петербургский государственный университет  
(Россия, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7–9–11)

*Актуальность.* Краткосрочное клинико-психологическое вмешательство в настоящее время довольно часто используется в медицине в целях профилактики, лечения и реабилитации, поскольку имеет ряд преимуществ перед другими методами психологических интервенций: небольшое количество встреч, возможность проводить короткие сессии по 10–15 минут, четкая структура сессии, позволяющая выполнять данную работу не только психологам, но и лечащим врачам пациентов. Мочекаменная болезнь является хроническим заболеванием с высоким риском рецидива, однако исследования показывают, что следование ряду простых профилактических процедур способно значительно снизить риск рецидива. При этом выявлено, что почти 50 % пациентов перестают следовать этим назначениям спустя полгода. В статье представлены данные, демонстрирующие влияние степени сформированности установок к выполнению врачебных назначений на степень приверженности терапии, на основании которых была предложена модель краткосрочного психологического вмешательства для пациентов с мочекаменной болезнью, направленного на повышение уровня приверженности терапии.

*Цель* – изучение факторов, оказывающих влияние на степень приверженности терапии, в частности: информированности о заболевании, степени сформированности установок к выполнению врачебных назначений и степени сформированности поведенческих факторов, а также разработка плана краткосрочного вмешательства, направленного на повышение степени приверженности терапии для пациентов с мочекаменной болезнью на основании полученных результатов.

*Материалы и методы.* В исследовании приняли участие 114 пациентов с мочекаменной болезнью (с локализацией конкремента в почке – N20.0): 50 мужчин и 64 женщины, средний возраст обследованных пациентов – 52 года. В исследовании применялись: опросник «Уровень комплаентности» Р.В. Кадырова, специально разработанная для целей исследования анкета. Математико-статистическая обработка проводилась с помощью U-критерия Манна – Уитни и регрессионного анализа. Методология разработки краткосрочного психологического вмешательства основана на представлениях о биопсихосоциальной природе человека, болезни и здоровье, современных представлениях о феномене приверженности лечению, модели убеждений в отношении здоровья, принципах мотивационного интервью. [1, 4, 7, 8, 13]

*Результаты и их анализ.* Результаты исследования показали, что обследованные пациенты имеют высокую и среднюю степень приверженности терапии. Было показано, что наиболее значимым фактором, оказывающим влияние на поведенческую комплаентность, выступает степень сформированности установок к выполнению врачебных назначений. На основании полученных результатов и согласно цели исследования был разработан план краткосрочного психологического вмешательства. Предложенный план вмешательства состоит из пяти этапов. Первый этап направлен на проверку информированности пациента о заболевании и основных профилактических мерах. Второй этап предусмотрен для пациентов,

имеющих недостаточную информированность о заболевании или профилактике. Третий этап предполагает начальные этапы поведенческих изменений: специалист оценивает готовность пациента к изменениям образа жизни либо поощряет уже имеющиеся стратегии, обеспечивающие следование профилактическим мероприятиям. Четвертый этап направлен на конкретные изменения поведения, совместное с пациентом планирование действий, постановку целей. Пятый, последний, этап – этап контроля за изменениями поведения, поощрение успехов, помощь специалиста при неудачах пациента.

**Заключение.** Результаты проведенного анализа демонстрируют, что фактором, наиболее влияющим на степень приверженности терапии, выступает степень сформированности установок к выполнению врачебных назначений, в связи с чем краткосрочное вмешательство в виде мотивационного интервью видится наиболее подходящим методом работы с пациентами с целью повышения приверженности терапии. Разработанный и представленный план краткосрочного психологического вмешательства может быть использован как специалистами психологической службы соматической медицины, так и лечащими врачами пациентов.

**Ключевые слова:** краткосрочное психологическое вмешательство, мочекаменная болезнь, мотивационное интервью, приверженность терапии, комплаентность, психотерапевтические интервенции.

## Введение

Краткосрочное психологическое вмешательство – метод психологического консультирования, в основе которого лежат принципы мотивационного интервьюирования. Впервые метод мотивационного интервьюирования был описан В. Миллером в 1983 году для пациентов с алкогольной зависимостью [11]. Начиная с 1990-х годов данный метод начал активно внедряться и в другие сферы терапии, особенно при работе с пациентами с хроническими заболеваниями: сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, гипертония, психозы и др. [5, 9, 10, 14].

Метод мотивационного интервью действует по принципу активации мотивации пациента для изменения приверженности терапии. Замысел подхода может быть описан в следующих терминах: сотрудничество, актуализация воспоминаний, признание автономии пациента. Под сотрудничеством понимается партнерская работа специалиста с пациентом в тех сферах, где необходима работа над изменением поведения. Директивные указания специалиста заменяются активной партнерской беседой, призванной развивать процесс принятия решения. Актуализация воспоминаний – акцент на имеющемся у пациента ресурсе для дальнейших изменений. Пациент может не делать то, что

от него ожидают, но у каждого человека есть собственные цели, ценности, мечты. Эта часть мотивационного интервью призвана связать изменение поведения с тем, чего хочет пациент, с его ценностями и заботами. Признание автономии пациента предполагает, что, несмотря на информирование и консультирование пациента специалистом, ответственность за дальнейшие действия или их отсутствие полностью лежит на пациенте.

Главные принципы мотивационного интервьюирования состоят в следующем:

1. Желание изменений должно исходить от пациента, а не быть навязанным ему извне. Мотивационное интервью опирается прежде всего на выявление актуальных потребностей, мобилизацию внутренних ресурсов пациента и его целей для изменения поведения

2. Только сам пациент способен сформулировать и разрешить собственную амбивалентность в отношении лечения, а не специалист, который работает с ним. Амбивалентность – это конфликт между неудовлетворенными потребностями и линиями поведения, которые направлены на удовлетворение данных потребностей. Каждая такая линия имеет как положительные, так и отрицательные стороны, которые осознаются пациентом. Анализ противоречивых и неоднозначных, неосознаваемых и непро-

ясненных потребностей есть инструмент, который способен помочь пациенту научиться лучше понимать себя и свое поведение.

3. Убеждение как способ разрешения противоречий пациента является неэффективным. Убеждения пациента в «серьезности» и «важности» проблемы не принесут ожидаемого успеха. Подобные действия могут лишь усилить сопротивление пациента и подавить его волю, потому в рамках мотивационного интервью данная стратегия недопустима.

4. Общая атмосфера мотивационного интервью должна быть направлена на получение пациентом информации о самом себе, т.е. предполагает спокойный и «выявляющий» тон. В рамках данного подхода не допускаются: критика, споры с пациентом и т.д.

5. Специалист может директивно направлять попытки пациента в анализе и стремлении разрешить амбивалентность. Согласно мотивационному интервью изменения проблемного поведения не произойдут в случае противоречивых потребностей либо недостаточного понимания всех имеющихся возможностей поведения. Таким образом, для постепенного развития процесса изменений достаточно лишь направить усилия пациента в нужную сторону.

6. Готовность к изменениям поведения отражает динамику межличностных взаимодействий, а не является какой-либо стабильной величиной. При работе методом мотивационного интервью особое внимание должно быть обращено на проявления мотивации либо сопротивления пациента. Возрастание сопротивления пациента может свидетельствовать о некорректной оценке его готовности к изменениям.

7. Между специалистом и пациентом должны выстраиваться партнерские взаимоотношения, исключающие вертикальную модель «эксперт – исполнитель». Специалисту следует уважать свободу воли пациента и его свободу выбора в вопросах собственного поведения. Вера пациента в свои силы, его самоэффективность должны представлять ценность для специалиста.

Итак, для мотивационного интервью характерны:

- признание свободы и самостоятельности пациента в своем выборе,
- стремление понять и представить систему ценностей пациента,
- принятие точки зрения пациента, его мнения и позиции,
- внимательность и поощрение даже малейших проявлений признания пациентом наличия проблемы и стремления к ее решению,
- мониторинг степени готовности пациента к каким-либо изменениям,
- избегание стратегий, провоцирующих развитие сопротивления пациента.

В клинике мочекаменной болезни приверженность терапии становится предиктором повторного камнеобразования. Несмотря на появление различных, более усовершенствованных методов хирургического и терапевтического вмешательства, статистика рецидивов остается высокой не только в нашей стране, но и за рубежом. Однако показано, что следование даже самым простым профилактическим назначениям способно значительно снизить этот риск. Таким образом, поиск факторов, определяющих приверженность терапии при мочекаменной болезни, выступает неотъемлемой составляющей разработки профилактических мер, направленных на снижение риска рецидивов.

Проведенные ранее исследования на выборке пациентов с мочекаменной болезнью показали, что пациенты с недостаточной приверженностью терапии характеризуются определенными психологическими особенностями: преобладанием дезадаптивного типа реагирования на болезнь, высокой степенью социальной фрустрированности, несформированностью установок следовать рекомендациям врача и вести здоровый образ жизни, а также несформированностью соответствующих паттернов поведения [2, 3]. Выявленный блок характеристик, по сути, указывает на психологическое неблагополучие и снижение уровня адаптации. Указанные особенности требуют целенаправленной, глубокой и продолжительной психотерапии, которая должна осуществляться

специалистом-психотерапевтом. Однако такого специалиста в штате урологических клиник нет, поэтому пациенту, нуждающемуся в более продолжительной работе, может быть дана лишь рекомендация обратиться к специалисту в будущем. В условиях урологической клиники клинико-психологические вмешательства могут быть краткосрочными и иметь своей целью повышение степени приверженности терапии. Можно предположить, что основными мишенями такого вмешательства должны быть такие связанные с приверженностью характеристики, как информированность о заболевании и профилактических мерах, установки следовать рекомендациям врача и модифицировать образ жизни, паттерны поведения на более долгосрочную перспективу (например, регулярное потребление воды объемом до двух литров), а также отношение к болезни.

Представляется, что в данном контексте наиболее конструктивным будет использование краткосрочного вмешательства в виде мотивационного интервьюирования.

Мотивационное интервьюирование имеет ряд очевидных преимуществ: так, было показано, что данный метод выступает действенным инструментом для модификации поведения в клинике зависимого поведения и соматических заболеваний [6]; также важно отметить, что мотивационное интервьюирование не предполагает длительного периода встреч, что, безусловно, является плюсом в рамках не только стационарного лечения, но и амбулаторного, т.к. регулярные встречи со специалистом не всегда могут быть доступны для пациента. Другое преимущество мотивационного интервьюирования заключается в достаточной устойчивости результатов, т.к. подход направлен на работу с внутренней мотивацией пациента для изменения собственного состояния, что также отмечалось многими исследователями [12, 14, 15]. Также важно упомянуть о том, что мотивационное интервьюирование может быть успешно совмещено с другими терапевтическими подходами, которые направлены на работу с более глубинными процессами, требующими длительного пе-

риода работы: так, на сегодняшний день метод мотивационного интервьюирования активно используется в рамках когнитивно-поведенческого подхода. Исходя из этого, можно предположить, что мотивационное интервьюирование может выступать не только как метод повышения приверженности терапии, но и как дополнительный этап информирования пациента, даже если лечащим врачом уже была проведена разъясняющая беседа. Работа клинического психолога поможет выявить существующие непонятные для пациента моменты терапии и последующей профилактики заболевания. В схеме мотивационного интервьюирования существуют отдельные этапы и техники, направленные на проверку информированности пациента с последующим использованием полученной информации для модификации образа жизни, следования назначенной диете, соблюдения питьевого режима.

## Материалы и методы

В исследовании приняли участие 114 пациентов с мочекаменной болезнью: 50 мужчин (44 %) и 64 женщины (56 %), средний возраст обследованных пациентов –  $52 \pm 3,3$  года. Критерии включения в исследование: локализация конкремента в почке (диагноз по МКБ N20.0), возраст от 35 лет и наличие повторных госпитализаций. Критерии исключения: выраженная физическая астения вследствие тяжелого течения заболевания и значительные когнитивные снижения, препятствующие пониманию и выполнению психодиагностических методик.

В соответствии с целью исследования использовались психодиагностические и клинико-психологические методы. Психодиагностический метод: опросник «Уровень комплаентности» Р.В. Кадырова, специально разработанная под цели исследования анкета, направленная на оценку степени информированности пациентов о заболевании, степени сформированности установок к выполнению врачебных назначений и степени сформированности поведенческих паттернов.



## Результаты и их анализ

На основании данных, полученных по методике «Уровень комплаентности», пациенты были поделены на две группы: пациенты с высокой степенью приверженности терапии и пациенты со средней степенью приверженности терапии. Пациентов с низкой степенью приверженности терапии выявлено не было. В группе пациентов с высокой приверженностью – 67 человек, средний показатель приверженности  $93,58 \pm 7,62$ , в группе среднеприверженных – 47 человек, средний показатель приверженности  $69,12 \pm 10,18$ .

По параметру «Социальная комплаентность» в 1-й группе –  $30,91 \pm 3,18$ , во второй –  $22,96 \pm 4,34$ , по показателю «Поведенческая комплаентность» в 1-й группе –  $30,36 \pm 3,13$ , во второй –  $22,94 \pm 3,95$ , показатель «Поведенческая комплаентность» в 1-й группе –  $30,70 \pm 3,80$ , во второй –  $22,06 \pm 3,76$ . При помощи U-критерия Манна – Уитни были получены статистически значимые отличия между группами по всем трем показателям: «Социальная комплаентность» ( $p < 0,001$ ), «Поведенческая комплаентность» ( $p < 0,001$ ) и «Эмоциональная комплаентность» ( $p < 0,001$ ). На основании полученных данных можно заключить, что пациенты с высокой степенью приверженности терапии более ориентированы на выстраивание доверительных отношений с лечащим врачом, характеризуются стремлением к точному соблюдению рекомендаций, в то время как пациенты со средней приверженностью терапии характеризуются непостоянством поведения в рамках терапии, отсутствием системности в терапевтических взаимоотношениях, склонны подвергать сомнению профессиональные рекомендации врача, руководствоваться собственными умозаключениями.

Следующим этапом обработки полученных в ходе исследования данных было построение регрессионной модели для выявления наиболее весомых факторов, влияющих на тот или иной тип приверженности

терапии. Так, было обнаружено, что степень сформированности установок на выполнение врачебных назначений значимо предсказывает показатели поведенческого вида приверженности терапии ( $F = 3,245$ ;  $p < 0,002$ ). Также было выявлено, что на уровне тенденции степень сформированности поведенческих факторов влияет на степень приверженности терапии ( $p = 0,06$ ). Таким образом, было выяснено, что при повышении степени сформированности установок наблюдается повышение степени приверженности терапии по показателю «Поведенческая комплаентность». Также отмечается влияние степени сформированности поведенческих паттернов на степень поведенческой приверженности терапии на уровне тенденции.

В рамках реализации цели исследования была разработана авторская анкета, состоящая из семи блоков, где отдельный блок включал в себя вопросы, связанные с главными рекомендациями для пациентов с мочекаменной болезнью, знанием основных медицинских рекомендаций и готовностью пациента их выполнять. Для изучения степени приверженности терапии использовался опросник «Уровень комплаентности» Р.В. Кадырова. Математико-статистическая обработка данных исследования проводилась с помощью методов статистики, включенных в статистические пакеты SPSS 28.0 и Microsoft Excel 2010. Для сопоставления результатов исследования в группах пациентов с разной степенью приверженности терапии различия по средним показателям рассчитывались при помощи U-критерия Манна – Уитни, для изучения взаимосвязи зависимой переменной (степень приверженности терапии) с независимыми (психологические характеристики) использовались логистическая и линейная регрессии.

На основании полученных данных был предложен план краткосрочного психологического вмешательства для пациентов с мочекаменной болезнью\*.

\* При разработке плана краткосрочного вмешательства был использован опыт исследовательской группы СПбГУ, разработавшей краткосрочное вмешательство в рамках проекта «Профилактика фетального алкогольного синдрома и нарушений нейроразвития у детей в России».

Первый этап предполагает проведение беседы с пациентом для оценки степени информированности о заболевании, необходимых профилактических мерах и оценке степени готовности пациента выполнять необходимые назначения. Также необходимо уточнить, выполняет ли пациент уже какие-либо терапевтические процедуры. Если по результатам проведения первого этапа выявлено, что пациент в достаточной степени проинформирован о заболевании и методах профилактики, а также следует основным рекомендациям, необходимо поощрить успехи пациента, поддержать верное поведение; уточнить, возникают ли у него трудности при выполнении назначений; предложить помощь, если необходимо (если пациент достаточно информирован, уже выполняет назначения, следует переходить к этапу 3).

Если по результатам первого этапа интервью было выявлено, что пациент недостаточно информирован по каким-либо вопросам (заболевание, терапия, методы профилактики), необходимо предоставить ему дополнительную информацию, исходя из недостающих знаний. Для повышения качества обратной связи от пациента после его информирования необходимо предложить пациенту пересказать своими словами, как он понял полученную информацию (например: «Сейчас я расскажу немного подробнее о диете и питьевом режиме, а затем попрошу вас своими словами рассказать, что вам было понятно, а что вызвало вопросы»). Важно предупредить пациента о вопросе заранее, это поможет ему лучше концентрироваться на получаемой информации.

После дополнительного информирования пациента и получения от него обратной связи, необходимо повторно спросить его о готовности следовать необходимым назначениям и оценить степень готовности (переход к третьему этапу). Если после дополнительного информирования пациент по-прежнему не готов к изменению поведения, важно не настаивать на этом. Отсутствие готовности к изменению привычек и образа жизни указывает на сомне-

ния пациента и раздумья о необходимости перемен. В случае внешнего давления со стороны специалиста пациент чаще начинает отстаивать противоположную позицию. Однако при отсутствии внешнего давления пациент обдумывает оба варианта: модификацию привычек и отказ от перемен. На данном этапе следует спросить пациента, как могли бы повлиять на его жизнь новые и старые привычки, какое влияние мог бы оказать рецидив заболевания на его жизнь или как выглядела бы его жизнь через пять или десять лет при изменении привычек и как – в случае отказа от модификаций образа жизни. Если пациент готов к изменению поведения, модификации образа жизни, следует помочь ему сформулировать цель и переходить к этапу 4.

На четвертом этапе следует обсудить с пациентом способы достижения выбранной цели. При этом важно, чтобы выбранная пациентом цель была реалистична и достижима; в противном случае, если пациента постигнет неудача на первых этапах, ему будет сложнее продолжать продвигаться в сторону изменений. Для конкретизации цели важно исходить из жизненного уклада пациента, его графика, распорядка дня и пр., это поможет формулировать небольшие, но достижимые цели. Например, если пациент ежедневно употребляет около 500 мл воды, то цель повышения объема выпиваемой воды до 2,5 литров в сутки будет нереалистичной и сложно выполнимой, однако постепенное повышение количества воды, употребляемой в сутки, будет более приемлемой целью для данного пациента.

При обсуждении способов достижения цели также важно исходить из условий жизни пациента, его возможностей и ограничений. К примеру, при составлении плана по модификации питания важно учитывать финансовый аспект, т.к. некоторые пациенты не всегда способны изменить рацион питания в силу дороговизны ряда продуктов. В данном случае, при наличии возможности, рекомендуется направить пациента к диетологу – это позволит пациенту подобрать для себя альтернативы необходимых про-

дуктов по приемлемой для него стоимости. Для модификации питьевого режима также следует обсудить с пациентом конкретные варианты действий; поощрять пациента, если он предлагает реалистичные варианты самостоятельно; в случае если пациент озвучивает сложные и мало реалистичные варианты, следует мягко и корректно спросить, насколько данный вариант реалистичен, предложить рассмотреть альтернативы. Например, пациент говорит, что планирует носить с собой двухлитровую бутылку воды, при этом упоминает, что помимо этого ему требуется носить с собой несколько контейнеров с едой на обед, а добираться до работы он на метро. Уточните у пациента, будет ли данный план для него физически удобен, либо стоит иметь несколько небольших бутылок воды в разных местах (дома, на работе, в сумке), в поле зрения, с возможностью наполнить их водой в любой момент.

Также на данном этапе важно обсудить с пациентом возможные препятствия к реализации поставленных целей. Так, в нашем исследовании 48 % пациентов отметили, что при переходе на низкобелковую диету спустя некоторое время они возвращаются к своему привычному питанию. Таким образом, важно уточнять у пациентов, с какими сложностями, с их точки зрения, они могут столкнуться при формировании нового режима питания. Это позволит заранее подготовить план действий в случае появления ситуации-триггера, который провоцирует пациента нарушать диету.

После проведения всех четырех этапов интервью следует назначить пациенту повторную встречу для оценки изменения поведения, определения необходимости коррекции, а также поощрения успехов.

Ниже представлен план (или этапы) краткосрочного вмешательства. Он может быть использован врачом или психологом для контроля последовательности собственных действий.

План краткосрочного вмешательства

#### 1. Спросить:

1) оценить степень информированности пациента о заболевании и назначениях:

- а) имеет четкое представление;
- б) имеет общее представление;
- в) понимает лишь отдельные моменты;
- г) не имеет представления о заболевании и методах терапии;

2) оценить степень готовности к выполнению назначений, изменению образа жизни:

а) пациент озвучивает готовность следовать назначениям;

б) пациент озвучивает частичную готовность к выполнению назначений (например, изменение только питьевого режима, но не режима питания);

в) пациент не готов модифицировать образ жизни и следовать назначениям;

3) оценить следование назначенной диете и соблюдение питьевого режима:

а) пациент регулярно соблюдает питьевой режим и следует низкобелковой диете, выполнил необходимые анализы;

б) пациент соблюдает лишь часть назначений;

в) пациент не соблюдает никаких назначений.

#### 2. Проинформировать:

1) если в вопросе 1 по всем пунктам получены ответы типа «а» – переходить к пункту 3;

2) если пациент недостаточно информирован, предоставить дополнительную информацию (например, о влиянии высокобелковой пищи и соли на повторное образование камней), предупредив пациента, что в конце беседы вы попросите его об обратной связи (например: «Сейчас я расскажу немного подробнее о диете и питьевом режиме, а затем попрошу вас своими словами рассказать, что вам было понятно, а что нет»);

3) после дополнительного информирования попросите пациента пересказать своими словами предоставленную информацию (например, «Могли бы вы повторить своими словами то, что поняли из нашей беседы?»).

#### 3. Направить:

а) если пациент следует назначениям, поддерживать правильное поведение, акцентируя внимание на успехах пациента;

б) если пациент следует назначениям нерегулярно, поддерживать правильное поведение и обсудить необходимость регулярного

выполнения назначений (например, необходимость ежедневного потребления воды более 2 л).

1) оценить готовность изменить поведение после проведения пункта б):

0 – совершенно не готов;

1 – частично готов;

2 – полностью готов;

2) помочь поставить цель:

а) если пациент готов изменить поведение, обозначьте совместно с пациентом цель и переходите к пункту 4;

б) если пациент не готов изменить поведение, не настаивайте на постановке цели.

Спросите: «Что бы изменилось в вашей жизни, если бы случился рецидив камнеобразования?»

Поддержите шаги в нужном направлении и повторите Ваш совет, предложив помочь, когда понадобится (пока не переходите к пункту 4).

4. Помочь:

1) обсудите способы достижения выбранной цели и помогите составить план действий: например, если пациенту сложно сформировать рацион питания, обсудите, как можно составить меню или каким образом можно организовать достаточное потребление воды ежедневно (носить с собой бутылку воды, поставить ее на видное место, установить напоминания на смартфон и пр.);

2) спросите о возможных препятствиях и выразите готовность помочь (если необходимо, назначьте прием, дайте направление к другому специалисту, например диетологу, и т.д.).

5. Проследить:

1) оцените изменения поведения на следующем приеме;

2) поощряйте успех и/или предложите помощь при неудаче.

## Заключение

Одним из наиболее актуальных вопросов не только медицины, но и клинической психологии выступает проблема приверженности терапии, которая включает как

прием медикаментов, так и модификацию образа жизни, формирование новых привычек и новых форм поведения. Особенно актуальной эта проблема становится в рамках хронических заболеваний, когда от выполнения пациентом назначенной терапии зависит дальнейшее течение заболевания и его исход. В данном контексте мочекаменная болезнь не является исключением. В зависимости от того, насколько регулярно и последовательно пациент следует назначенным процедурам, соблюдает низкобелковую диету и питьевой режим, отслеживает количество выделяемой мочи, зависит повторное появление камней, а в случае с пациентами, у которых функционирует лишь одна почка, данная проблема стоит еще более остро. От понимания пациентом важности следования назначениям зависит не только рецидив заболевания, но и то, насколько успешно пройдет реабилитация после операции по удалению конкремента. В свою очередь, приверженность терапии может определяться не только индивидуально-личностными особенностями пациента, но также и социально-психологическими особенностями взаимоотношений со специалистами системы здравоохранения, в частности с лечащим врачом. На сегодняшний день количество исследований, направленных на изучение факторов приверженности терапии, продолжает увеличиваться и охватывает все новые нозологические единицы.

Результаты проведенного анализа демонстрируют, что фактором, наиболее влияющим на степень приверженности терапии, выступает степень сформированности установок к выполнению врачебных назначений, в связи с чем краткосрочное вмешательство в виде мотивационного интервью видится наиболее подходящим методом работы с пациентами с целью повышения приверженности терапии.

Представленный план краткосрочного вмешательства позволяет решать сразу несколько задач: во-первых, проверить степень информированности пациента о заболевании (первый этап), выявить имеющиеся



пробелы в вопросах течения заболевания или терапии; во-вторых, оценить степень сформированности установок пациента на следование назначенным профилактическим процедурам (третий этап) и в случае недо-

статочной их сформированности выстроить поэтапную работу с формированием установок и соответствующих поведенческих паттернов; в-третьих, отслеживать поведенческие изменения пациента.

### Литература

1. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике: научно-практическое руководство. СПб.: Речь, 2011. 271с.
2. Зайцева Д.В. Анализ психологических факторов приверженности терапии пациентов с мочекаменной болезнью // Известия Иркутского государственного университета. Серия «Психология». 2022. Т. 42. С. 34–47. DOI: 10.26516/2304-1226.2022.42.34.
3. Зайцева Д.В., Исурина Г.Л. Анализ степени приверженности терапии пациентов с мочекаменной болезнью на этапе стационарного лечения // Вестн. психотерапии. 2022. № 83. С. 40–48. DOI: 10.25016/2782-652X-2022-0-83-40-48.
4. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология. 2-е изд. СПб.: Питер, 2006. 960 с.
5. Копылова О. В., Ершова А. И., Ялтонский В. М. [и др.]. Мотивационное консультирование в профилактике развития и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний // Кардиоваскуляр. терапия и профилактика. 2022. Т. 21, №12. С. 216–225. DOI: 10.15829/1728-8800-2022-3455.
6. Csillik A., Devulder L., Fenouillet F. [et al.]. A Pilot Study on the Efficacy of Motivational Interviewing Groups in Alcohol Use Disorders // J. Clin. Psychol. 2021. Vol. 77, N 12. P. 2746–2764. DOI: 10.1002/jclp.23265.
7. Engel G. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine // Science. 1977. Vol. 196, N 4286. P. 129–136. DOI: 10.1126/science.847460.
8. Finegood D. The Complex Systems Science of Obesity // The Oxford Handbook of the Social Science of Obesity / J. Cawley (editor). NY: Oxford University Press, 2011. P. 208–236.
9. Hardcastle S., Taylor A., Bailey M. [et al.]. Effectiveness of a Motivational Interviewing Intervention on Weight Loss, Physical Activity and Cardiovascular Disease Risk Factors: A Randomised Controlled Trial with a 12-Month Post-intervention Follow-up // Int. J. Behav. Nutr. Phys. Act. 2013. Vol. 10, N 40. DOI:10.1186/1479-5868-10-40.
10. Li Z., Chen Q., Yan J. [et al.]. Effectiveness of Motivational Interviewing on Improving Care for Patients with Type 2 Diabetes in China: A Randomized Controlled Trial // BMC Health Serv. Res. 2020. Vol. 20, N 57. DOI:10.1186/1479-5868-10-40.
11. Miller W. Motivational Interviewing with Problem Drinkers // Behav. Cognit. Psychoth. 1983. Vol. 11, N 2. P. 147–172. DOI: 10.1017/S0141347300006583.
12. Papus M., Dima A., Viprey M. [et al.]. Motivational Interviewing to Support Medication Adherence in Adults with Chronic Conditions: Systematic Review of Randomized Controlled Trials // Patient Educ. Couns. 2022. Vol. 105, N 11. P. 3186–3203. DOI: 10.1016/j.pec.2022.06.013.
13. Rosenstock I.M. Historical Origins of The Health Belief Model // Health Educ. Monog. 1974. Vol. 2, N 4. P. 328–335.
14. Soderlund P. Effectiveness of Motivational Interviewing for Improving Physical Activity Self-management for Adults with Type 2 Diabetes: A Review // Chronic Illn. 2018. Vol. 14, N 1. P. 54–68. DOI: 10.1177/1742395317699449.
15. Zomahoun H., Guénette L., Grégoire J. [et al.]. Effectiveness of Motivational Interviewing Interventions on Medication Adherence in Adults with Chronic Diseases: A Systematic Review and Meta-analysis // Int. J. Epidemiol. 2017. Vol. 46, N 2. P. 589–602. DOI: 10.1093/ije/dyw273.

Поступила 24.08.2023

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

**Для цитирования:** Зайцева Д.И. Краткосрочное психологическое вмешательство в урологической клинике // Вестник психотерапии. 2023. № 87. С. 38–48. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-87-38-48

**D.V. Zaitseva****Short-term psychological intervention in the urological clinic**

Saint Petersburg State University (7–9–11, Universitetskaya Emb., St. Petersburg, Russia)

✉ Daria Victorovna Zaitseva – clinical psychologist, PhD student, Department of Clinical Psychology and Psychophysiology, Saint Petersburg State University (7–9–11, Universitetskaya Emb., St. Petersburg, 199034, Russia)

**Abstract**

*Relevance.* Short-term clinical-psychological intervention is currently quite commonly used in medicine for the purposes of prevention, treatment, and rehabilitation, as it has several advantages over other methods of psychological interventions: a low number of sessions, the possibility of conducting short sessions lasting 10–15 minutes, a clear session structure that allows not only psychologists but also treating physicians to work with patients. Kidney stone disease is a chronic condition with a high risk of recurrence; however, research shows that following a series of simple preventive procedures can significantly reduce the risk of recurrence. It has been observed that nearly 50% of patients stop following these recommendations within six months. This article presents data demonstrating the influence of the degree of formation of attitudes toward following medical prescriptions on the level of therapy adherence, based on which a model of short-term psychological intervention for patients with kidney stone disease aimed at increasing therapy adherence was proposed.

The aim of this study is to investigate the factors influencing the level of therapy adherence, specifically: awareness of the disease, the degree of formation of attitudes towards following medical prescriptions, and the degree of formation of behavioral factors. Additionally, the study aims to develop a short-term intervention plan aimed at increasing therapy adherence for patients with kidney stone disease based on the obtained results.

*Methods.* The study involved 114 patients with urolithiasis (with localization of the calculus in the kidney – N20.0): 50 men and 64 women, the average age of the examined patients was 52 years. The study used: the questionnaire “Compliance Level” R.V. Kadyrov, a questionnaire specially designed for the purposes of the study. Mathematical and statistical processing was carried out using the Mann-Whitney U-test and regression analysis. The methodology for developing a short-term psychological intervention is based on ideas about the biopsychosocial nature of a person, illness and health, modern ideas about the phenomenon of adherence to treatment, a model of beliefs about health, and the principles of a motivational interview [1, 4, 7, 8, 13].

*Results and discussion.* The results of the study showed that the examined patients have a high and medium degree of adherence to therapy. It was shown that the most significant factor influencing behavioral compliance is the degree of formation of attitudes to the implementation of medical prescriptions. Based on the results obtained, a short-term psychological intervention plan was developed according to the purpose of the study. The short-term psychological intervention plan consists of five stages. The first stage is aimed at checking the patient’s awareness of the disease and basic preventive measures. The second stage is provided for patients who have insufficient awareness about the disease or prevention. The third stage involves the initial stages of behavioral changes, thus, the specialist assesses the patient’s readiness for lifestyle changes, or encourages existing strategies to ensure adherence to preventive measures. The fourth stage is aimed at specific behavioral changes, planning actions together with the patient, setting goals. Fifth is the last stage, the stage of monitoring changes in behavior, encouraging success, helping a specialist in case of failure of the patient.

*Conclusion.* The plan of short-term psychological intervention developed and presented can be used both by specialists in the psychological service of somatic medicine and by the attending physicians of patients.

**Keywords:** short-term psychological intervention, urolithiasis, motivational interview, adherence to therapy, compliance, psychotherapeutic interventions.

## References

1. Vasserman L.I., Trifonova E.A., Shchelkova O.Y. Psihologicheskaya diagnostika i korrekciya v somaticheskoy klinike: nauchno-prakticheskoe rukovodstvo [Psychological diagnostics and correction in somatic clinic: scientific and practical guide]. St. Petersburg, 2011. 271 p. (In Russ.)
2. Zajceva D.V. Analiz psihologicheskikh faktorov priverzhennosti terapii pacientov s mochekamennoy boleznyu [The Analysis of Psychological Factors of Compliance to Treatment of Persons with the Kidney Stone Disease]. *Izvestiya Irkutskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya Psihologiya* [The Bulletin of Irkutsk State University. Series "Psychology"]. 2022; (42): 34–47. (In Russ.)
3. Zajceva D.V., Isurina G.L. Analiz stepeni priverzhennosti terapii pacientov s mochekamennoy boleznyu na etape stacionarnogo lecheniya [Analysis of the degree of adherence to therapy in patients with urolithiasis at the stage of in-hospital treatment]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2022; (83): 40–48. (In Russ.)
4. Karvasarskiy B.D. Klinicheskaya psihologiya [Clinical Psychology]. St. Petersburg, 2006. 960 p. (In Russ.)
5. Kopylova O. V., Ershova A. I., Yaltonskiy V. M. [et al.]. Motivacionnoe konsul'tirovanie v profilaktike razvitiya i progressirovaniya serdechno-sosudistyh zabolevanij [Motivational counseling in the prevention of the development and progression of cardiovascular diseases]. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika* [Cardiovascular Therapy and Prevention]. 2022; 21(12): 216–225. (In Russ.)
6. Csillik A., Devulder L., Fenouillet F. [et al.]. A pilot study on the efficacy of motivational interviewing groups in alcohol use disorders. *J. Clin. Psychol.* 2021; 77(12): 2746–2764. DOI: 10.1002/jclp.23265.
7. Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977; 196(4286): 129–136. DOI: 10.1126/science.847460.
8. Finegood D. The complex systems science of obesity. In: *The Oxford Handbook of the Social Science of Obesity* / J. Cawley (editor). NY: Oxford University Press, 2011. P. 208–236.
9. Hardcastle S., Taylor A., Bailey M. [et al.]. Effectiveness of a motivational interviewing intervention on weight loss, physical activity and cardiovascular disease risk factors: a randomised controlled trial with a 12-month post-intervention follow-up. *Int. J. Behav. Nutr. Phys. Act.* 2013; 10(40). DOI:10.1186/1479-5868-10-40.
10. Li Z., Chen Q., Yan J. [et al.]. Effectiveness of motivational interviewing on improving care for patients with type 2 diabetes in China: A randomized controlled trial. *BMC Health Serv. Res.* 2020; 20(57). DOI:10.1186/1479-5868-10-40.
11. Miller W. Motivational Interviewing with problem drinkers. *Behav. Cognit. Psychoth.* 1983; 11(2): 147–172. DOI: 10.1017/S0141347300006583.
12. Papus M., Dima A., Viprey M. [et al.]. Motivational interviewing to support medication adherence in adults with chronic conditions: Systematic review of randomized controlled trials. *Patient Educ. Couns.* 2022; 105(11): 3186–3203. DOI: 10.1016/j.pec.2022.06.013.
13. Rosenstock I.M. Historical origins of the health belief model. *Health Educ. Monog.* 1974; 2(4): 328–335.
14. Soderlund P. Effectiveness of motivational interviewing for improving physical activity self-management for adults with type 2 diabetes: A review. *Chronic Illn.* 2018; 14(1): 54–68. DOI: 10.1177/1742395317699449.
15. Zomahoun H., Guénette L., Grégoire J. [et al.]. Effectiveness of motivational interviewing interventions on medication adherence in adults with chronic diseases: a systematic review and meta-analysis. *Int. J. Epidemiol.* 2017; 46(2): 589–602. DOI: 10.1093/ije/dyw273.

---

Received 24.08.2023

**For citing:** Zaitseva D.V. Kratkosrochnoe psikhologicheskoe vmeshatel'stvo v urologicheskoy klinike. *Vestnik psikhoterapii*. 2023; (87): 38–48. (In Russ.)

Zaitseva D.V. Short-term psychological intervention in the urological clinic. *Bulletin of Psychotherapy*. 2023; (87): 38–48. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-87-38-48

---

О.И. Богачева, М.В. Иванов, Е.Е. Балакирева, А.А. Коваль-Зайцев,  
А.В. Куликов, С.Г. Никитина, Н.С. Шалина

## СТРУКТУРА РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ РЕБЕНКА С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Научный центр психического здоровья (Россия, Москва, Каширское шоссе, д. 34)

*Актуальность.* Отношение к болезни у пациента и его родственников является одной из наиболее значимых проблем современной медицины при организации лечебного и реабилитационного процесса как в соматической, так и в психиатрической клинике. Проблемы, связанные с вовлеченностью родителей в процесс лечения детей с нарушениями психического развития, в том числе с расстройствами аутистического спектра (РАС), вызывают интерес у современных исследователей.

*Цель* – определить структуру родительского отношения к болезни ребенка с РАС, установить связь с особенностями родительско-детских отношений и стратегиями совладающего поведения родителей.

*Методология.* В исследовании приняли участие 75 семей, воспитывающих детей в возрасте 3–5 лет с клинически верифицированными диагнозами по МКБ-10 (F84.0x – детский аутизм, F84.1x – атипичный аутизм). При обследовании родителей использовались следующие методики: методика диагностики отношения к болезни ребенка (Кагана В.Е., Журавлевой И.П.), шкала общего клинического впечатления (CGIs), анкета-интервью для родителей по определению уровня осведомленности о болезни ребенка (Иванов М.В., Богачева О.И.), модифицированный опросник родительского отношения (Варги А.Я. и Столина В.В.) для семей, воспитывающих особого ребенка (Галасюк И.Н., Митина О.В.), опросник стратегий совладающего поведения Р. Лазаруса и С. Фолкман (в адаптации Вассермана Л.И. и соавт.). Статистический анализ проводился с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

---

Богачева Оксана Ивановна – аспирант по специальности «Медицинская психология», мл. науч. сотр. отдела детской психиатрии, Науч. центр психического здоровья (Россия, 115522, Москва, Каширское шоссе, д. 34), ORCID: 0000-0003-3471-8873, e-mail: oksana-syster@mail.ru;

✉ Иванов Михаил Владимирович – канд. психол. наук, вед. науч. сотр. отдела детской психиатрии, Науч. центр психического здоровья (Россия, 115522, Москва, Каширское шоссе, д. 34), ORCID: 0000-0002-3853-4345, e-mail: ivanov-michael@mail.ru;

Балакирева Елена Евгеньевна – канд. мед. наук, и.о. руководителя отдела детской психиатрии, Науч. центр психического здоровья (Россия, 115522, Москва, Каширское шоссе, д. 34), ORCID: 0000-0002-3919-7045, e-mail: balakirevalena@yandex.ru;

Коваль-Зайцев Алексей Анатольевич – канд. психол. наук, вед. науч. сотр. отдела детской психиатрии, Науч. центр психического здоровья (Россия, 115522, Москва, Каширское шоссе, д. 34), ORCID: 0000-0001-5736-5519, e-mail: koval-zaitsev@mail.ru;

Куликов Антон Владиславович – канд. мед. наук, ст. науч. сотр. отдела детской психиатрии, Науч. центр психического здоровья (Россия, 115522, Москва, Каширское шоссе, д. 34), ORCID: 0000-0002-9980-9226, e-mail: tstakul@mail.ru;

Никитина Светлана Геннадьевна – канд. мед. наук, ст. науч. сотр. отдела детской психиатрии, Науч. центр психического здоровья (Россия, 115522, Москва, Каширское шоссе, д. 34), ORCID: 0000-0002-7775-1692, e-mail: tstakul@mail.ru;

Шалина Наталья Сергеевна – мл. науч. сотр. отдела детской психиатрии, Науч. центр психического здоровья (Россия, 115522, Москва, Каширское шоссе, д. 34), ORCID: 0000-0002-2332-5591, e-mail: shalinans@yandex.ru



*Результаты и их анализ.* Для родителей, воспитывающих детей с РАС, на первых этапах после постановки диагноза свойственны низкие показатели по шкале нозогнозии, свидетельствующие о том, что родители склонны к преуменьшению тяжести состояния ребенка (гипонозогнозии), в отдельных случаях имеет место отрицание болезни (анозогнозия). В большинстве случаев родителям не свойственно проявлять сильную тревогу в отношении заболевания. Родителям свойственно недооценивать необходимость ограничения активности ребенка и соблюдения режима, предписанного лечащим врачом. Также в числе ведущих типов отношения к болезни ребенка у родителей выявляются экстернальный и интернальный типы. Корреляционный анализ позволил установить связи между показателями отношения родителей к болезни ребенка и рядом других, полученных при обследовании родителей детей, психологических характеристик, таких как стратегии совладающего поведения родителей и родительско-детские отношения.

*Заключение.* Полученные данные о структуре родительского отношения к болезни ребенка с РАС могут использоваться в клинично-психологическом сопровождении семьи с целью повышения эффективности комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий.

**Ключевые слова:** отношение к болезни, родительское отношение к болезни, родительско-детские отношения, аутизм, расстройства аутистического спектра, РАС, психологическое образование.

## Введение

Отношение к болезни со стороны пациента и его родственников является одной из наиболее значимых проблем современной медицины при организации лечебного и реабилитационного процесса [5, 22]. Данный психологический феномен исторически начинает рассматриваться сначала в соматической, а затем в психиатрической клинике. Обнаруживается преобладание исследований, посвященных изучению типов отношения к болезни у совершеннолетних пациентов и подростков [16]. Однако вопрос об отношении к болезни ребенка у родителей и других родственников остается недостаточно изученным [4, 11, 12].

Еще в 1929 г. немецкий невропатолог А. Гольдшейдер описал «аутопластическую картину болезни», создаваемую самим больным, как всю сумму ощущений, переживаний настроений больного вместе с представлениями о своей болезни, которые сложились у него не только на основе субъективного переживания симптомов, но и в результате получения им сведений из литературы и при общении с окружающими [17]. В 1935 г. советским терапевтом Р.А. Лурией была опубликована основополагающая работа «Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания» [20], которая в последующем легла в основу изучения личности больного в лечебном процессе.

Понятийная категория «отношение к болезни» рассматривается в работах представителей ленинградской (петербургской) психологической школы через призму концепции В.Н. Мясищева. Так, А.Е. Личко и Н.Я. Иванов разработали типологию отношений к болезни [19], вслед за ними Л.И. Вассерман рассматривает отношение к болезни как знание о болезни, ее осознание, понимание роли и влияния болезни на социальное функционирование, эмоциональные и поведенческие реакции, связанные с болезнью. Отмечается, что отношение к болезни всегда значимо, оно оказывает влияние на другие стороны отношений личности, что проявляется в поведении больного, его взаимоотношениях с окружающими [6, 7].

Вопрос об отношении к болезни ребенка со стороны родителей и других родственников начинает активно обсуждаться в современных исследованиях. Так, М.А. Бебчук и О.М. Щедринская вводят понятие «внутренняя картина болезни ребенка у родителей» [1]: она оказывает влияние на отношение к ребенку и заболеванию, что во многом определяет стратегию поведения родителей в процессе организации и реализации лечебных, коррекционных, реабилитационных и развивающих мероприятий.

В.Е. Каган и И.П. Журавлева эмпирически выделили шесть типов отношения родителей к болезни ребенка, среди которых экстер-

нальный и интернальный, нозогнозический и анозогнозический, тревожный, а также ограничивающий активность ребенка [15]. Стоит отметить, что В.Е. Каган является еще и автором первой отечественной монографии «Аутизм у детей», изданной в 1981 г. и переизданной в 2020 г. [14], что представляется значимым в контексте настоящего исследования.

В последние несколько десятилетий внимание исследователей обращено на проблемы детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) [13], осуществляется поиск критериев ранней диагностики, лечебной и коррекционно-развивающей помощи, а также программ психологического сопровождения семьи ребенка [21]. Проблемы, связанные с вовлеченностью родителей в лечебно-реабилитационный процесс детей с нарушениями психического развития, в том числе с РАС, вызывают большой интерес у исследователей [2, 12].

**Цель** – определить структуру родительского отношения к болезни ребенка с расстройством аутистического спектра, установить связь с особенностями родительско-детских отношений и стратегиями совладающего поведения родителей.

## Материал и методы

**Выборка исследования.** Исследование проводилось на выборке 75 семей (75 матерей и 68 отцов в возрасте 27–38 лет, средний возраст родителей –  $31,5 \pm 4,6$  лет) воспитывающих детей с РАС (возрастной диапазон детей – 3–5 лет, средний возраст –  $4,1 \pm 0,7$  лет). Всем детям были выставлены диагнозы из подрубрики F84 «Общие расстройства психологического развития» по МКБ-10 (F84.01; F84.02; F84.11; F84.12). Длительность заболевания детей с момента постановки диагноза: от 6 месяцев до 1 года. На момент исследования 93 % семей – полные.

**Критерий включения:** выставленный врачом-психиатром диагноз (F84.0x – детский аутизм, F84.1x – атипичный аутизм).

**Критерий исключения из выборки:** наличие у детей острой или хронической соматической патологии.

Исследование проводилось в 2017–2021 гг. на клинической базе отдела детской психиатрии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» и ГБОУ Школа № 709 г. Москвы.

**Методы и методики исследования:**

- методика диагностики отношения к болезни ребенка (ДОБР, Кагана В.Е., Журавлевой И.П.) [15];
- шкала общего клинического впечатления (Clinical Global Impression Scale, CGIs) [24];
- анкета-интервью для родителей по определению уровня осведомленности о болезни ребенка (Иванов М.В., Богачева О.И.) [4];
- модифицированный опросник родительского отношения (ОРО, Варга А.Я., Столин В.В.) для семей, воспитывающих особого ребенка (Галасюк И.Н., Митина О.В.) [10];
- опросник стратегий совладающего поведения Р. Лазаруса и С. Фолкмана (в адаптации Вассермана Л.И. и соавт.) [8].

Математическая обработка данных осуществлялась с помощью программы Statistica: описательная статистика, корреляционный анализ с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

## Результаты и их анализ

Проведенное клинико-психологическое исследование позволило выявить структуру родительского отношения к болезни ребенка с РАС (приведена на рис. 1). Установлено, что преобладающим типом родительского отношения к болезни ребенка является гипонозогнозический (у 48,9 % родителей, 70 человек) при среднем показателе по методике ДОБР –  $5,2 \pm 6,7$ . При этом у 25,1 % (36 человек) выявляется экстернальный тип отношения к болезни ребенка, свидетельствующий, что причины болезни ребенка родителями воспринимаются как независимые от них, как то, что не поддается их объяснению и контролю. Поиск причины заболевания нередко может сводиться к поиску объекта приписывания вины за его наличие.

В 11,1 % случаев (16 человек) выявляется интернальный тип, показывающий, что родители в большей степени воспринимают себя ответственными за болезнь ребенка,



**Рис. 1.** Типы отношения к болезни среди родителей детей с РАС (количество родителей в %)

так в беседе родители часто сообщали о собственной ответственности за возникновение болезни ребенка и имеющемся у них в связи с этим чувстве вины. Возможно, возникновение этого чувства связано с тем, что матери больше времени проводят с ребенком, а также обвинениями со стороны других родственников в том, что мать родила больного ребенка или неправильно его воспитывает.

Тревожный тип как ведущий встречается в 13,9% случаев (20 человек), а тип отношения к болезни, направленный на ограничение активности ребенка, не встречается ни у одного родителя из обследуемой выборки. В целом для родителей детей с РАС не свойственно проявление общей напряженности относительно заболевания ребенка (интегративный показатель по ДОБР), средний балл по данной шкале –  $4 \pm 3,6$ .

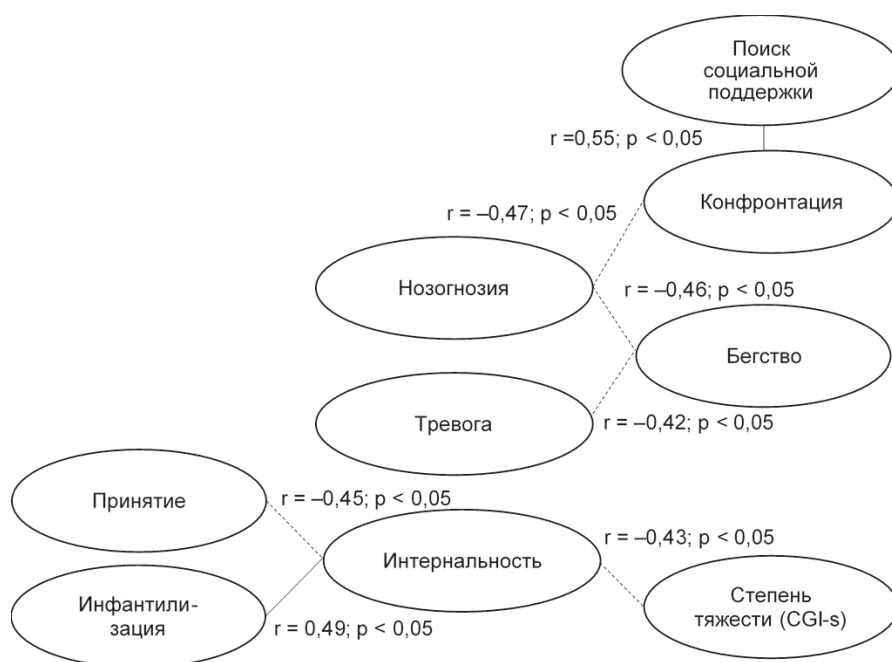
Сравнительный анализ отцовского и материнского отношения к болезни показал, что количественно показатель гипонозогнозического отношения матерей и отцов не отличается, но обнаруживаются качественные отличия. В большинстве случаев отцам свойственно недооценивать тяжесть состояния ребенка, что может быть объяснено меньшим количеством времени, проводимого в семье и с ребенком, в частности из-за специфики трудовой деятельности большинства отцов. В то же время матерям трудно поверить в факт наличия психиатрического диагноза, а проявления болезни ими чаще всего психологизируются, находятся аргументы, оправдывающие нарушения поведения и отставания в развитии у детей: «особенности

характера», «стеснительность», «все дети разные» и т.п.

Корреляционный анализ (рис. 2) позволяет обнаружить связи между показателями отношения родителей к болезни ребенка и рядом других, полученных при обследовании родителей, психологических характеристик, таких как стратегии совладающего поведения родителей и родительско-детские отношения. Так, выявляется отрицательная корреляционная связь между шкалой нозогнозии и шкалой конфронтации ( $r = -0,47$ ;  $p < 0,05$ ), что может свидетельствовать о том, что чем больше родители осознают и принимают болезнь ребенка, тем меньше они проявляют сопротивление при выполнении рекомендаций по лечению и развитию ребенка. Выявлена отрицательная связь между шкалой нозогнозии и шкалой бегства-избегания ( $r = -0,46$ ;  $p < 0,05$ ), что также подтверждает предыдущее положение.

Обнаруживается положительная связь между шкалой конфронтации и шкалой поиска социальной поддержки ( $r = 0,55$ ;  $p < 0,05$ ), это свидетельствует о том, что в процессе поиска возможных вариантов помощи, «борьбы» за ребенка, родители ориентированы на взаимодействие с другими людьми, они находятся в поиске внимания, совета, понимания.

Между шкалой интернальности и оценкой по CGI-s (шкала степени тяжести заболевания) выявляется отрицательная связь ( $r = -0,43$ ;  $p < 0,05$ ), свидетельствующая о том, что чем более выражены психопатологические симптомы у ребенка с аутизмом, тем чаще ро-



**Рис. 2.** Достоверные взаимосвязи показателей родительского отношения к болезни ребенка с рядом психологических характеристик родителей детей с РАС

дители воспринимают болезнь как не зависящую от них и не поддающуюся контролю. Соответственно, чем менее выражена степень остроты психопатологических симптомов, тем больше у родителей проявляется интернальный контроль в отношении болезни.

Установлена связь между показателями отношения родителей к болезни ребенка и особенностями родительско-детских отношений. Так, выявляется положительная связь между шкалой интернальности и шкалой инфантилизации (отношение к неудачам ребенка) ( $r = 0,49$ ;  $p < 0,05$ ), свидетельствующая о том, что чем больше родители берут на себя ответственность за болезнь ребенка, тем чаще они относятся к неудачам ребенка как к случайным и высоко оценивают способности ребенка. Данное положение подкрепляется отрицательной связью между шкалой интернальности и шкалой принятия ребенка ( $r = -0,45$ ;  $p < 0,05$ ), которая свидетельствует об эмоциональном принятии ребенка таким, какой он есть.

## Обсуждение

Как показало проведенное исследование, родителям, воспитывающим детей с РАС, на первых этапах после постановки диагно-

за (первый год после постановки диагноза врачом-психиатром) свойственны низкие показатели по шкале нозогнозии, свидетельствующие о том, что родители склонны к преуменьшению тяжести состояния ребенка (гипонозогнозии), в отдельных случаях имеет место отрицание болезни (анозогнозия) (при минимальном показателе по выборке -17 баллов по шкале от -30 до 30). В большинстве случаев родителям не свойственно проявлять сильную тревогу в отношении заболевания, о чем говорят невысокие баллы по данной шкале. Также родителям свойственно недооценивать необходимость ограничения активности ребенка и соблюдения режима, предписанного лечащим врачом. Данное обстоятельство может снижать эффективность комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий и негативно сказываться на стабилизации течения психического заболевания и гармонизации траектории развития ребенка в целом.

Возможно, имеет место этап отрицания болезни, который был описан рядом исследователей [25], а позже Э. Кюблер-Росс показала его на модели эмоциональных состояний, которые проходят люди неизлечимо больные и потерявшие своих близких [18]. Несмотря на популярность данной модели среди иссле-



дователей и практиков, она имеет ограничения, а последовательность этапов принятия горя не может в полной мере экстраполироваться на другие переживания и другой культурный контекст личности.

В тоже время стоит отметить, что ранее проведенное исследование осведомленности родителей о заболевании ребенка с РАС показало, что большинство родителей, несмотря на свою осведомленность, нередко ложную, о РАС (информация из СМИ, сети Интернет и других источников), сообщают о потребности в получении дополнительных сведений о заболевании, методах и формах помощи ребенку [4]. Как показало настоящее исследование, одной из стратегий совладания родителей является стратегия конфронтации, предполагающая попытки разрешения проблемы за счет не всегда целенаправленной поведенческой активности, осуществления конкретных действий, направленных на изменение сложившейся ситуации.

Кризисная ситуация, с которой сталкивается семья, воспитывающая ребенка с нарушением психического развития, усугубляется долгим путем к посещению профильного специалиста (в данном случае это врач-психиатр), что затрудняет своевременное оказание помощи. В этой связи следует привести мнение ряда современных детских психиатров, которые отмечают, что появление множества экспертов, общественных организаций, занимающихся проблемами лиц с РАС, а также ряда просветительских кинофильмов, телепередач и очерков в популярных изданиях о детях и взрослых с аутизмом не помогает улучшить качество жизни пациентов. Наоборот, в ряде случаев в отмеченной информационной просветительской общественной деятельности, часто тиражируемой в СМИ и сети Интернет, отсутствует медицинское понимание детского аутизма, нет представлений о возможностях современной науки, а только представляются чересчур радужные перспективы коррекции аутизма, что способствует созданию атмосферы антиврачебных настроений в среде родственников пациентов [9].

Дефицит информации, недостаточная осведомленность родителей несовершенно-

летних пациентов о болезни, возможностях лечения и формах помощи могут вызывать у них и у других членов семьи непонимание нарушений поведения у ребенка. Ко всему прочему, воспитание ребенка с аутизмом является большой психологической нагрузкой, способной вызвать тяжелые эмоциональные реакции у родителей [23], что в итоге приводит к сопротивлению или отказу от рекомендаций специалистов, усугублению течения болезни и нарушению лечебно-реабилитационного процесса. Часто родители не понимают того, что происходит с ребенком; помимо этого, в обществе существует расхождение во взглядах на решение проблем и организацию помощи детям с РАС. Одной из форм помощи семьям, сталкивающимся с медицинским диагнозом у ребенка, является психологическое образование (psychoeducation, психологическое и психиатрическое просвещение), позволяющее восполнить дефицит информации у родителей. Психологическое образование позволяет в том числе снабдить их полезными навыками совладания с трудными ситуациями, связанными с болезнью ребенка, а также повысить качество жизни семьи [2].

В отделе детской психиатрии ФГБНУ НЦПЗ имеется опыт реализации и исследования эффективности оригинальной психологической образовательной программы, направленной на восполнение недостающих знаний об особенностях заболевания и формах помощи детям с РАС у родителей. Данный опыт представлен в ранее опубликованной работе [3].

## Заключение

В результате клинико-психологического исследования определена структура родительского отношения к болезни ребенка с расстройством аутистического спектра. Преобладающим типом родительского отношения к болезни ребенка является гипонозогнозический (48,9 %): так, для родителей детей с РАС свойственно преуменьшение тяжести состояния ребенка, в отдельных случаях имеет место отрицание болезни. Также

в числе ведущих типов отношения к болезни ребенка у родителей выявляются экстернальный (25,1 %) и интернальный (11,1 %) типы. Стоит отметить, что в настоящем исследовании не выявлено родителей с ведущими нозогнозическим, гипернозогностическим и ограничивающим активность ребенка типами отношения к болезни.

В будущем планируется изучение проблемы родительского отношения к болезни ребенка с привлечением качественных методов исследования, что позволит описать общие

и специфические особенности переживаний родителей детей с нарушениями психического развития.

Учет особенностей родительского отношения к болезни ребенка с РАС, разработка и внедрение психологических образовательных программ для родителей может позволить повысить эффективность комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий, изменить траекторию нарушенного психического развития ребенка и гармонизировать ситуацию в семье в целом.

### Литература

1. Бебчук М.А. Внутренняя картина болезни ребенка глазами родителей и реакции родителей на его болезнь // Психология и психотерапия семьи. М.: ЛЕНАН, 2016. С. 72–77.
2. Богачева О.И., Иванов М.В. Психообразовательный подход: предпосылки, модели, работа с родителями детей // Психическое здоровье. 2021. № 11. С. 72–79. DOI: 10.25557/2074-014X.2021.11.72-79
3. Богачева О.И., Иванов М.В., Марголина И.А. и др. Оценка эффективности психологической образовательной программы для родителей детей с расстройствами аутистического спектра // Вестник психотерапии. 2022. № 83. С. 19–28. DOI: 10.25016/2782-652X-2022-0-83-19-28
4. Богачева О.И., Иванов М.В., Симашкова Н.В. Осведомленность родителей о заболевании детей с расстройствами аутистического спектра // Аутизм и нарушения развития. 2019. Т. 17. № 4. С. 3–11. DOI: 10.17759/autdd.2019170401
5. Бузина Т.С., Бузин В.Н. Социально-психологические аспекты лечебного процесса // Профилактическая медицина. 2018. Т. 21. № 4. С. 20–24.
6. Вассерман Л.И. Отношение к болезни больных эпилепсией: клиничко-психологические корреляции. Л.: Медицина, 1990. С. 62–69.
7. Вассерман Л.И. Психологическая диагностика отношения к болезни. Пособие для врачей. СПб: НИПНИ им. Бехтерева, 2005. 33 с.
8. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Исаева Е.Р. и др. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями: пособие для врачей и мед. психологов / под ред. Л.И. Вассермана. СПб.: НИПНИ им. Бехтерева, 2009. 38 с.
9. Воронков Б.В. Аутизм у детей и взрослых: симптоматология детского аутизма и анализ проблемы в целом // Психиатрия детского возраста. Руководство для врачей / под общей ред. И.В. Макарова. СПб.: Наука и Техника, 2019. С. 417–418.
10. Галасюк И.Н., Митина О.В. Модификация Опросника родительского отношения (А.Я. Варги, В.В. Столина) для семьи, воспитывающей особого ребенка [Электронный ресурс] // Клинич. и спец. психология. 2017. № 6 (2). С. 109–129. DOI: 10.17759/cpse.2017060209
11. Горячева Т.Г., Кофанова Е.Б. Отношение к болезни и психологические особенности детей, часто болеющих респираторными заболеваниями [Электронный ресурс] // Клинич. и спец. психология. 2016. Т. 5. № 1. С. 45–60. DOI: 10.17759/cpse.2016050104
12. Грошева Е.В. Отношение родителей к психическому расстройству у ребенка (в связи с задачами психологического сопровождения семьи): автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2009. 24 с.
13. Иванов М.В., Марголина И.А., Калинина М.А. и др. Аутистический спектр: от раннего детского аутизма до парааутизма // Психическое здоровье. 2023. Т. 18. № 7. С. 49–52. DOI: 10.25557/2074-014X.2023.07.49-52
14. Каган В. Аутизм у детей. М.: Смысл, 2020. 384 с.
15. Каган В.Е., Журавлева И.П. Методика диагностики отношения к болезни ребенка (ДОБР) // Психодиагностические методы в педиатрии и детской психоневрологии. Методическое пособие / под ред. Д.Н. Исаева, В.Е. Кагана. СПб.: СПбГПМУ, 1991. С. 30–34.
16. Карпова Э.Б. Методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ): воспоминание о создании // Медицинская психология в России: сетевой науч. журн. 2022. Т. 14. № 2. URL: [http://mprj.ru/archiv\\_global/2022\\_2\\_73/pomer04.php](http://mprj.ru/archiv_global/2022_2_73/pomer04.php)
17. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине / пер. с чешск. Прага: Авиценум, 1983. 405 с.
18. Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании / пер. с англ. К. Семенов, В. Трилис. М.; Киев: София, 2001. 316 с.

19. Личко А.Е., Иванов Н.Я. Медико-психологическое обследование соматических больных // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1980. Т. 80. №8. С. 1195–1198.
20. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания. М.: Медицина, 1977.
21. Мукаетова-Ладинска Е.Б., Симашкова Н.В., Мукаетова М.С. и др. Расстройства аутистического спектра у детей и взрослых: подходы к проблеме в разных странах // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2018. Т. 118. № 12. С. 92–99. DOI: 10.17116/jnevro201811812192
22. Серова И.А., Егорова Н.Г. Медико-социологический анализ стереотипов отношения к болезни пациентов городской поликлиники. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. № 3. URL: [http://www.medpsy.ru/mprj/archiv\\_global/2011\\_3\\_8/nomer/nomer10.php](http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2011_3_8/nomer/nomer10.php)
23. Bonis S. Stress and Parents of Children with Autism: A Review of Literature // Issues in Mental Health Nursing. 2016. Vol. 37 (3): Pp. 153–163. DOI: 10.3109/01612840.2015.1116030
24. Busner J., Targum S.D. The Clinical Global Impressions Scale Applying a Research Tool in Clinical Practice // Psychiatry (Edgmont). 2007. Vol. 4 (7). Pp. 28–37.
25. Hoy W.G. Bereavement Groups and the Role of Social Support: Integrating Theory, Research, and Practice (1st ed.). Routledge, 2016. DOI: 10.4324/9781315686844

---

Поступила 31.08.2023

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

**Участие авторов:** О.И. Богачева – участие в создании концепции и дизайна исследования, сбор первичных данных, статистический анализ и интерпретация данных, написание текста первой версии статьи; М.В. Иванов – участие в создании концепции и дизайна исследования, сбор первичных данных, редактирование, утверждение окончательного варианта статьи; Е.Е. Балакирева – сбор первичных данных, утверждение окончательного варианта статьи; А.А. Коваль-Зайцев – сбор первичных данных; А.В. Куликов – сбор первичных данных; С.Г. Никитина – сбор первичных данных; Н.С. Шалина – сбор первичных данных.

**Для цитирования:** Богачева О.И., Иванов М.В., Балакирева Е.Е., Коваль-Зайцев А.А., Куликов А.В., Никитина С.Г., Шалина Н.С. Структура родительского отношения к болезни ребенка с расстройством аутистического спектра // Вестник психотерапии. 2023. № 87. С. 49–59. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-87-49-59

---

O.I. Bogacheva, M.V. Ivanov, E.E. Balakireva, A.A. Koval-Zaitsev,  
A.V. Kulikov, S.G. Nikitina, N.S. Shalina

## **The structure of parental attitude to the disease of a child with autism spectrum disorder**

Mental Health Research Centre (34, Kashirskoye highway, Moscow, Russia)

Oksana Ivanovna Bogacheva – PhD Student, Junior Research Associate of the Department of Child Psychiatry, Mental Health Research Centre (34, Kashirskoye highway, Moscow, 115522, Russia), ORCID: 0000-0003-3471-8873, e-mail: oksana-syster@mail.ru;

✉ Mikhail Vladimirovich Ivanov – PhD Psychol. Sci., Leading Researcher Associate of the Department of Child Psychiatry, Mental Health Research Centre (34, Kashirskoye highway, Moscow, 115522, Russia), ORCID: 0000-0002-3853-4345, e-mail: ivanov-michael@mail.ru;

Elena Evgenievna Balakireva – PhD Med. Sci., Acting Head of the Department of Child Psychiatry, Mental Health Research Centre (34, Kashirskoye highway, Moscow, 115522, Russia), ORCID: 0000-0002-3919-7045, e-mail: balakirevalena@yandex.ru;

Alexey Anatolievich Koval-Zaitsev – PhD Med. Sci., Leading Researcher Associate of the Department of Child Psychiatry, Mental Health Research Centre (34, Kashirskoye highway, Moscow, 115522, Russia), ORCID: 0000-0001-5736-5519, e-mail: koval-zaitsev@mail.ru;

Anton Vladislavovich Kulikov – PhD Med. Sci., Senior Researcher Associate of the Department of Child Psychiatry, Mental Health Research Centre (34, Kashirskoye highway, Moscow, 115522, Russia), ORCID: 0000-0002-9980-9226, e-mail: nikitina.svt@mail.ru;

Svetlana Gennadiyevna Nikitina – PhD Med. Sci., Senior Researcher Associate of the Department of Child Psychiatry, Mental Health Research Centre (34, Kashirskoye highway, Moscow, 115522, Russia), ORCID: 0000-0002-7775-1692, e-mail: tstakul@mail.ru;

Natalia Sergeevna Shalina – Junior Research Associate of the Department of Child Psychiatry, Mental Health Research Centre (34, Kashirskoye highway, Moscow, 115522, Russia), ORCID: 0000-0002-2332-5591, e-mail: shalinans@yandex.ru

## Abstract

**Relevance.** The attitude towards illness of the patient and his relatives is one of the most significant problems of modern medicine in the organization of the treatment and rehabilitation process, both in somatic and psychiatric clinics. The problems associated with the involvement of parents in the process of treating children with mental developmental disorders, including those with autism spectrum disorders (ASD), are of interest to modern researchers.

**Intention** is to determine the structure of parental attitude to the diseases of a child with ASD, to establish a connection with the characteristics of parent-child relationships and coping behavior strategies of parents.

**Methodology.** The study involved 75 families raising children aged 3-5 years with clinically verified diagnoses according to ICD-10 (F84.0x – childhood autism, F84.1x – atypical autism). When examining parents, the following methods were used: a method for diagnosing attitudes towards a child's diseases (Kagan V.E., Zhuravleva I.P.), a scale of general clinical impression (CGIs), an interview questionnaire for parents to determine the level of awareness of a child's diseases (Ivanov M.V., Bogacheva O.I.), a modified questionnaire of parental attitudes (Varga A.Ya. and Stolin V.V.) for families raising a special child (Galasyuk I.N., Mitina O.V.), a questionnaire of strategies coping behavior of R. Lazarus and S. Folkman (adapted by Wasserman L.I. et al.). Statistical analysis was performed using Spearman's rank correlation coefficient.

**Results and Discussion.** Parents raising children with ASD in the first stages after diagnosis are characterized by low rates on the nosognosia scale, indicating that parents tend to underrate the severity of the child's condition (hyponosognosia), in some cases there is a denial of the disease (anosognosia). In most cases, parents do not tend to show strong anxiety about the disease. Parents tend to underestimate the need to limit the activity of the child and adhere to the regimen prescribed by the attending physician. Also, among the leading types of attitude to the child's diseases in parents, external and internal types of attitude to the child's diseases are revealed. Correlation analysis made it possible to establish links between indicators of the attitude of parents to the child's diseases and a number of other psychological characteristics obtained during the examination of the parents of children, such as coping behavior strategies of parents and parent-child relationships.

**Conclusion.** The obtained data on the structure of parental attitude towards illness of a child with ASD can be used in the clinical and psychological support of the family in order to increase the effectiveness of the set of treatment and rehabilitation measures.

**Keywords:** attitude towards illness, parental attitude towards illness, parent-child relationship, autism, autism spectrum disorders, ASD, psychoeducation.

## References

1. Bebchuk M.A. Vnutrennyaya kartina bolezni rebenka glazami roditel'nykh i reaktsii roditel'nykh na yego bolezni' [The internal picture of the child's illness through the eyes of parents and the reaction of parents to his illness]. *Psikhologiya i psikhoterapiya sem'i* [Psychology and Psychotherapy of the Family]. Moscow. 2016: 72–77. (In Russ.).
2. Bogacheva O. I., Ivanov M. V., Simashkova N. V. Psixoobrazovatel'ny'j podxod: predposylki, modeli, rabota s roditel'nykh detej [Psychoeducational approach: prerequisites, models, work with parents of children]. *Psichicheskoe zdorov'e* [Mental health]. 2021; 11: 72–79. DOI: 10.25557/2074-014X.2021.11.72-79 (In Russ.).
3. Bogacheva O.I., Ivanov M.V., Margolina I.A. [et al.]. Evaluation of the effectiveness of psychoeducational program for parents raising children with autism spectrum disorders. *Bulletin of Psychotherapy*. 2022; (83): 19–28. DOI: 10.25016/2782-652X-2022-0-83-19-28 (In Russ.).



4. Bogacheva O.I., Ivanov M.V., Simashkova N.V. Osvedomlennost' roditel'ev o zabolevanii detej s rasstrojstvami avtisticheskogo spektra [Awareness of parents about the disease of children with autism spectrum disorders]. *Autizm i narusheniya razvitiya* [Autism and developmental disorders]. 2019; 4: 3–11. DOI: 10.17759/autdd.2019170401 (In Russ.)
5. Buzina T.S., Buzin V.N. Sociopsychological aspects of the treatment process. *Profilakticheskaya Meditsina*. 2018; 21(4): 20–24. DOI: 10.17116/profmed201821420 (In Russ.)
6. Vasserman L.I. Otnoshenie k bolezni bol'nyh epilepsiej: kliniko-psihologicheskie korrelyacii [Attitude to the disease of patients with epilepsy: clinical and psychological correlations]. Leningrad. 1990: 62–69. (In Russ.)
7. Vasserman L.I. Psihologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni. Posobie dlya vrachej [Psychological diagnostics of the attitude to the disease. Manual for doctors]. St. Petersburg. 2005. 33 p. (In Russ.)
8. Vasserman L.I., Iovlev B.V., Isaeva E.R. [et al.]. Metodika dlya psikhologicheskoi diagnostiki sposobov sovladaniya so stressovymi i problemnymi dlya lichnosti situatsiyami [Methodology for psychological diagnostics of coping methods with stressful and problematic situations for the individual]. Ed. L.I. Vasserman. St. Petersburg. 2009. 38 p. (In Russ.)
9. Voronkov B.V. Autizm u detej i vzroslyh: simptomatologiya detskogo avtizma i analiz problemy v celom [Autism in children and adults: symptomatology of childhood autism and analysis of the problem as a whole]. Psihiatriya detskogo vozrasta. Rukovodstvo dlya vrachej [Psychiatry of childhood. A guide for doctors]. Ed. I.V. Makarova. St. Petersburg. 2019. 417–418. (In Russ.)
10. Galasyuk I.N., Mitina O.V. Modifikatsiya Oprosnika roditel'skogo otnosheniya (A.Ya. Varga, V.V. Stolin) dlya sem'i, vospityvayushchei osobogo rebenka [Electronic resource] [The modification of the parental attitudes questionnaire (A. Varga, V. Stolin) for the family with the child with mental disabilities]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya* [Clinical psychology and special education]. 2017; (6): 109–129. DOI: 10.17759/cpse.2017060209 (In Russ.)
11. Goryacheva T.G., Kofanova E.B. Otnoshenie k bolezni i psihologicheskie osobennosti detej, chasto boleyushchih respiratornymi zabolevaniyami [Electronic resource] [Attitude to the disease and psychological characteristics of children often suffering from respiratory diseases]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya* [Clinical psychology and special education]. 2016; 5(1): 45–60. DOI: 10.17759/cpse.2016050104 (In Russ.)
12. Grosheva E.V. Otnoshenie roditel'ev k psihicheskomu rasstrojstvu u rebenka (v svyazi s zadachami psihologicheskogo soprovozhdeniya sem'i) [Parents' attitude to a child's mental disorder (in connection with the tasks of psychological support of the family)]: Abstract dissertation PhD Psychol. Sci. St. Petersburg, 2009. 24 p. (In Russ.)
13. Ivanov M.V., Margolina I.A., Platonova N.V. [et al.]. Avtisticheskij spektr: ot rannego detskogo avtizma do paraavtizma [Autism spectrum: from early childhood autism to paraautism]. *Psikhicheskoe zdorovie* [Mental Health]. 2023; 18(7): 49–52. DOI: 10.25557/2074-014X.2023.07.49-52 (In Russ.)
14. Kagan V. Autizm u detej [Autism in children]. Moscow, 2020. 384 p. (In Russ.)
15. Kagan V.E., Zhuravleva I.P. Metodika diagnostiki otnosheniya k bolezni rebenka (DOBR) [Methods for diagnosing attitudes towards a child's illness]. Psixodiagnosticheskie metody v pediatrii i detskoj psixonevrologii. Metodicheskoe posobie [Psychodiagnostic methods in pediatrics and pediatric neuropsychiatry. Methodical manual]. Ed. D.N. Isaev, V.E. Kagan. St. Petersburg. 1991: 30–34. (In Russ.)
16. Karpova E.B. Metodika «Tip otnosheniya k bolezni» (TOBOL): vospominanie o sozdanii [Electronic resource] [Methodology “Type of attitude to the disease” (TOBOL): the memory of creation]. *Medicinskaya psikhologiya v Rossii: setevoy nauch. zhurn.* [Medical Psychology in Russia: network scientific journal]. 2022; 14(2). URL: [http://mprj.ru/archiv\\_global/2022\\_2\\_73/nomer04.php](http://mprj.ru/archiv_global/2022_2_73/nomer04.php) (In Russ.)
17. Konechnyj R., Bouhal M. Psihologiya v medicine [Psychology in medicine]. Prague, 1983. 405 p. (In Russ.)
18. Kyubler-Ross E. O smerti i umiranii [About death and dying]. Moscow; Kiev. 2001. 316 p. (In Russ.)
19. Lichko A.E., Ivanov N.YA. Mediko-psihologicheskoe obsledovanie somaticheskikh bol'nyh [Medical and psychological examination of somatic patients]. *Zhurnal nevropatologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova* [Journal of Neuropathology and Psychiatry named after S.S. Korsakov]. 1980; 80(6): 1195–1198. (In Russ.)
20. Luriya R.A. Vnutrennyaya kartina bolezni i iatrogennye zabolevaniya [The internal picture of the disease and iatrogenic diseases]. Moscow. 1977. (In Russ.)
21. Mukaetova-Ladinska E.B., Simashkova N.V., Mukaetova M.S., Ivanov M.V., Boksha I.S. Rasstrojstva avtisticheskogo spektra u detej i vzroslyx: podxody k probleme v raznyx stranax [Autism spectrum disorders in children and adults: the experience of reserches from different countries]. *Zhurnal nevrologii i psixiatrii im. S.S. Korsakova* [Journal of Neuropathology and Psychiatry named after S.S. Korsakov]. 2018; 118(12): 92–99. DOI: 10.17116/jnevro201811812192 (In Russ.)
22. Serova I.A., Egorova N.G. Mediko-sociologicheskij analiz stereotipov otnosheniya k bolezni pacientov gorodskoj polikliniki [Electronic resource] [Medical and sociological analysis of stereotypes of attitude to the disease of patients of the city polyclinic]. *Medicinskaya psikhologiya v Rossii: elektron. nauch. zhurn.* [Medical psychology in Russia: electron. scientific journal]. 2011; 3. URL: [http://www.medpsy.ru/mprj/archiv\\_global/2011\\_3\\_8/nomer10.php](http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2011_3_8/nomer10.php) (In Russ.)

- 
23. Bonis S. Stress and Parents of Children with Autism: A Review of Literature. *Issues in Mental Health Nursing*. 2016; 37(3): 153–163. DOI: 10.3109/01612840.2015.1116030
  24. Busner J., Targum S.D. The Clinical Global Impressions Scale Applying a Research Tool in Clinical Practice. *Psychiatry (Edmont)*. 2007; 4(7): 28–37.
  25. Hoy W.G. Bereavement Groups and the Role of Social Support: Integrating Theory, Research, and Practice (1st ed.). New York, Routledge. 2016. 238 p. DOI: 10.4324/9781315686844
- 

Received 31.08.2023

**For citing:** Bogacheva O.I., Ivanov M.V., Balakireva E.E., Koval'-Zajcev A.A., Kulikov A.V., Nikitina S.G., Shalina N.S. Struktura roditel'skogo otnosheniya k bolezni rebenka s rasstrojstvom autisticheskogo spektra The structure of parental attitude to the disease of a child with autism spectrum disorder. *Vestnik psikhoterapii*. 2023; (87):49–59. (In Russ.)

Bogacheva O.I., Ivanov M.V., Balakireva E.E., Koval-Zaitsev A.A., Kulikov A.V., Nikitina S.G., Shalina N.S. The structure of parental attitude to the disease of a child with autism spectrum disorder. *Bulletin of Psychotherapy*. 2023; (87):49–59. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-87-49-59

---

Е.В. Яковлев<sup>1, 2, 3</sup>, Т.В.Ветрова<sup>2</sup>, О.В. Леонтьев<sup>4</sup>, Е.Н. Гневашев<sup>2, 5</sup>, В.И. Ионцев<sup>2</sup>

## КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ДОРСОПАТИЙ И СПЕЦИФИКА ИХ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

<sup>1</sup> Медицинский центр «Адмиралтейские верфи» (Россия, Санкт-Петербург, ул. Садовая, д. 126);

<sup>2</sup> Институт прикладного психоанализа и психологии «Университет при МПА ЕвразЭС»  
(Россия, Санкт-Петербург, Галерный проезд, д. 3);

<sup>3</sup> Санкт-Петербургский государственный медицинский педиатрический университет  
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2);

<sup>4</sup> Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России  
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2);

<sup>5</sup> 3-й Военный госпиталь войск национальной гвардии РФ  
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Цимбалына, д. 13)

**Актуальность.** Болевые синдромы, понимаемые под термином «дорсопатия», относятся к наиболее распространенным заболеванием опорно-двигательного аппарата, отличающимся многообразием клинико-неврологических проявлений, что обуславливает сложность проведения их терапии и требует дальнейших исследований в данной области.

**Цель исследования** – изучить разнообразие клинических проявлений дорсопатии, систематизировать собственные наблюдения по механизмам развития клинического паттерна, а также разработать пути дополнительного медико-психологического воздействия на данное заболевание в зависимости от полученных результатов.

**Материал и методы.** Обследование проводилось у 220 пациентов в возрасте от 18 до 65 лет с подтвержденной шейно-грудной дорсопатией (ШГД). Пациенты проходили традиционный неврологический осмотр с применением известных нейроортопедических тестов, оценивалась интенсивность болевого синдрома с помощью визуально-аналоговой шкалы. По результатам исследования разработана оригинальная схема лечения с применением методов психологической коррекции состояний, связанных с основным диагнозом.

---

✉ Яковлев Евгений Васильевич – канд. мед. наук, доц., зав. амб.-поликл. отд-м № 2, врач невролог, Мед. центр «Адмиралтейские верфи» (Россия, 190121, Санкт-Петербург, ул. Садовая, д. 126); зав. каф. психофизиологии, Ин-т прикладного психоанализа и психологии «Ун-т при МПА ЕвразЭС» (Россия, 199226, Санкт-Петербург, Галерный проезд, д. 3); доц. каф. мед. реабилитации и спортивной медицины, С.-Петерб. гос. мед. педиатрич. ун-т (Россия, 194100, Санкт-Петербург), e-mail: vmeda-ev@mail.ru;

Ветрова Татьяна Вячеславовна – канд. психол. наук, доц. каф. психофизиологии, Ин-т прикладного психоанализа и психологии «Ун-т при МПА ЕвразЭС» (Россия, 199226, Санкт-Петербург, Галерный проезд, д. 3), e-mail: doretat@rambler.ru;

Леонтьев Олег Валентинович – д-р. мед. наук, проф., директор Ин-та прикладного психоанализа и психологии «Ун-т при МПА ЕвразЭС», 199226, Россия, Санкт-Петербург, Галерный проезд, д. 3); зав. каф. терапии и интегративной терапии, Всерос. центр экстр. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2), e-mail: lov63@inbox.ru;

Гневашев Евгений Николаевич – канд. мед. наук, начальник неврологич. отд-ния, 3-й Воен. госпиталь войск нац. гвардии РФ (Россия, 192171, Санкт-Петербург, ул. Цимбалына, д. 13); доц. каф. психофизиологии, Ин-т прикладного психоанализа и психологии «Ун-т при МПА ЕвразЭС» (Россия, 199226, Санкт-Петербург, Галерный проезд, д. 3), e-mail: evg-gnevyshev@yandex.ru;

Ионцев Вячеслав Игоревич – канд. мед. наук, доц. каф. психофизиологии, Ин-т прикладного психоанализа и психологии «Ун-т при межпарламентской Ассамблее ЕвразЭС» (Россия, 199226, Санкт-Петербург, Галерный проезд, д. 3), e-mail: ion-vyacheslav@yandex.ru.

**Результаты.** Клинический полиморфизм источников боли определяет необходимость разработки новых диагностических методов, а также оптимизации схем медикаментозного и немедикаментозного реабилитационного воздействия. Данные исследования свидетельствуют о том, что неосложненные формы дорсопатий шейно-грудной локализации отличаются относительно благоприятным течением и прогностическим исходом, что должно учитываться при разработке дальнейшей стратегии реабилитации пациента. Психологическое сопровождение должно соотноситься с результатами дифференциальной диагностики, выявленными формами неврологических и сопутствующих им нарушений. При определении стратегии психологической коррекции ключевыми факторами являются: осложненный и неосложненный характер ШГД, половая принадлежность пациента и его возраст.

**Заключение.** Результаты исследования свидетельствуют о необходимости учета формы течения ШГД, а также половой принадлежности пациента и его возраста при разработке индивидуальной стратегии медико-психологического воздействия и последующей медицинской реабилитации.

**Ключевые слова:** идентификация источников боли в спине, осложненные формы дорсопатий, медико-психологическая коррекция дорсопатий, реабилитация дорсопатий.

## Введение

Под термином «дорсопатия» подразумевают острые и хронические болевые синдромы в области туловища и конечностей, обусловленные дегенеративно-дистрофическими изменениями позвоночника, отличающиеся высокой распространенностью, а также условной резистентностью к терапии [13].

Болевой синдром, связанный с дорсопатиями шейно-грудного отдела, является наиболее распространенным заболеванием опорно-двигательного аппарата (по данным Европейской федерации боли – European Pain Federation EFIC, 2021) [16].

Болевые ощущения продолжительностью от 1 дня в течение года наблюдается у 92,4 % пациентов [8]. С болью в спине связано 24,9 % обращений лиц трудоспособного возраста за амбулаторной помощью [9]. Несмотря на то, боль в спине зачастую носит кратковременный характер, примерно у 25 % пациентов в последующем развивается хроническая болевой синдром, служащий впоследствии причиной длительной нетрудоспособности [7].

При этом болевые синдромы, связанные с дорсопатией, являются также одним из самых трудно интерпретируемых симптомов, встречающихся в медицинской практике, что превращает их в существенную медико-социальную проблему здравоохранения [15].

Проблема диагностики и лечения боли в спине актуальна для врачей разных специ-

альностей, является сложной диагностической задачей, обусловленной многообразием причин, вызывающих болевые ощущения, среди которых отмечают механические (травматические), ревматические, инфекционные, висцеральные, метаболические, гематологические, сосудистые, неопластические и другие виды факторов [6, 10].

Кроме того, выявляемая в процессе обследований органическая патология не всегда коррелирует с интенсивностью боли и степенью нетрудоспособности, которую эта боль влечет за собой [4]. Таким образом, следует также учитывать аффективные состояния пациента, связанные с хронической болью, проявляющиеся в виде усиления тревожности, возникновения депрессии, снижения качества жизни, а также других когнитивных и поведенческих нарушений; которые сохраняются даже тогда, когда интенсивность боли в процессе лечения уменьшается [2].

Многообразие причин возникновения и клинических проявлений боли в спине являются причиной того, что ее терапия по-прежнему остается нерешенной проблемой из-за отсутствия единых схем эффективного лечения [12] и является актуальной задачей современной медицины.

## Материалы и методы

Разнообразие клинических проявлений дорсопатий шейно-грудной локализации послужило научно-исследовательской ос-



новой для систематизации собственных наблюдений по механизмам развития клинического паттерна, что имеет существенное прикладное значение для идентификации патогенетических вариантов дорсопатий и рационального выбора лечебно-восстановительных стратегий.

Ключевым критерием для систематизации наблюдений был выбран структурно-функциональный анализ вовлеченных в патологический процесс позвоночно-двигательных сегментов по данным последовательного динамического клинко-неврологического мониторинга пациентов.

Обследование проводилось у пациентов в возрасте с 18 до 65 лет с диагностированной шейно-грудной дорсопатией (ШГД). Все пациенты проходили неврологический осмотр с применением известных биомеханических тестов; оценивалась интенсивность болевого синдрома с помощью визуально-аналоговой шкалы, цифровой рейтинговой шкалы; для детализации боли использовался универсальный опросник по боли.

В исследовании приняли участие 220 пациентов (из них 98 пациентов с осложненными вариантами ШГД и 122 пациента с неосложненными формами). Обследуемые группы были сопоставимы по половому и возрастному признакам. По результатам исследования была разработана схема применения оригинальной методики восстановительной терапии с включением в протокол

лечения методов психологической коррекции состояний, связанных с основным диагнозом.

## Результаты и их анализ

В табл. 1 представлены характеристики групп по полу и возрасту у пациентов с ШГД.

Учитывая отличия в ведущих неврологических синдромах дорсопатий у обследуемых с различными патогенетическими формами, проанализируем их ключевые клинические признаки.

Как показано в табл. 2, уровень боли по ВАШ до лечения у пациентов в группе с осложненными формами ШГД достоверно выше ( $8,35 \pm 1,7$ ), чем в группе с неосложненными вариантами ШГД ( $5,93 \pm 2,2$ ) ( $p\_value = 4,22e-14 < 0,05$ ).

Данные, представленные на рис. 1, позволяют заключить, что в группах с осложненными формами до лечения значительно преобладает болевой синдром по сравнению с группой с неосложненными формами ШГД, при этом медиана выборки в группе с осложненными формами ШГД находится на уровне 9 баллов по ВАШ, а в группе с неосложненными патогенетическими формами ШГД – на уровне 5 баллов.

Уровень боли по ВАШ после лечения в группе с осложненными формами ШГД статистически значимо превышает уровень боли в группе с неосложненными вариантами ( $p\_value = 5,68e-07 < 0,05$ ) (рис. 2).

Таблица 1

Сравнение групп по гендерному и возрастному признакам у пациентов с ШГД

Группа пациентов	Всего пациентов, чел	Муж., чел.	Жен., чел.	Средний возраст	Min возраст	Max возраст
Неосложненные формы	122	66	56	$39,66 \pm 11,7$	22	63
Осложненные формы	98	59	39	$41,79 \pm 11,3$	23	63

Таблица 2

Уровень болевого синдрома (до и после лечения) в разных группах пациентов с ШГД

Группы пациентов	Среднее значение уровня боли по ВАШ в баллах до лечения	Среднее значение уровня боли по ВАШ в баллах после лечения
Неосложненные формы	$5,93 \pm 2,2$	$3,99 \pm 1,9$
Осложненные формы	$8,35 \pm 1,7$	$2,75 \pm 1,7$

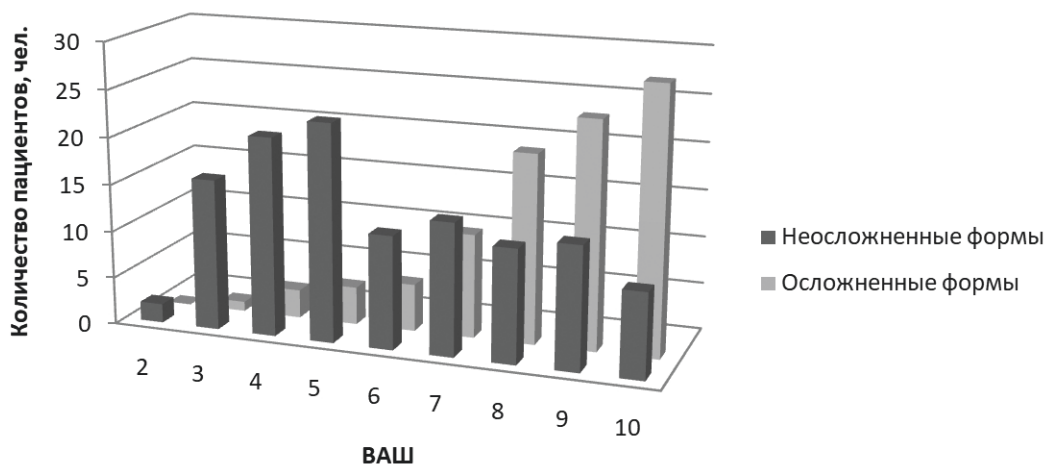


Рис. 1. Гистограмма распределения уровней боли в группах пациентов с ШГД до лечения

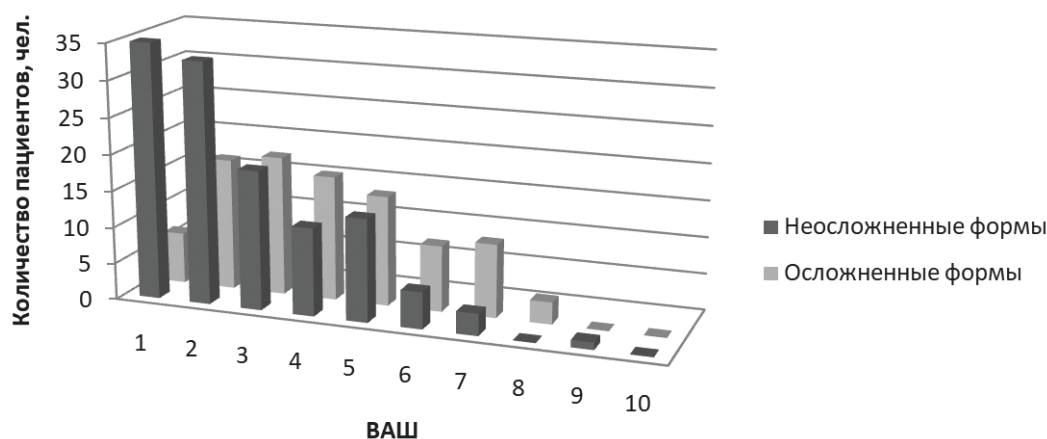


Рис. 2. Гистограмма распределения уровней боли в группах пациентов с ШГД после лечения

Таблица 3

**Сравнение частоты возникновения местных и отраженных болей  
в разных группах пациентов с ШГД**

Патогенетические группы пациентов с ШГД	Частота признака, кол-во пациентов, чел.	Процент от общей выборки, %
Неосложненные формы	113	92,6
Осложненные формы	62	63,2

Результаты проведенного сравнительного анализа частоты возникновения основных видов боли (местные, отраженные и проекционные) в обеих группах ШГД представлены в табл. 3.

Таким образом, местные и отраженные боли преобладают в группе пациентов с неосложненными формами ШГД (рис. 3).

В группе с осложненными формами ШГД 63 % пациентов предъявляют жалобы на местные и проекционные боли (рис. 4).

Можно сделать вывод о наличии статистически значимых различий частоты воз-

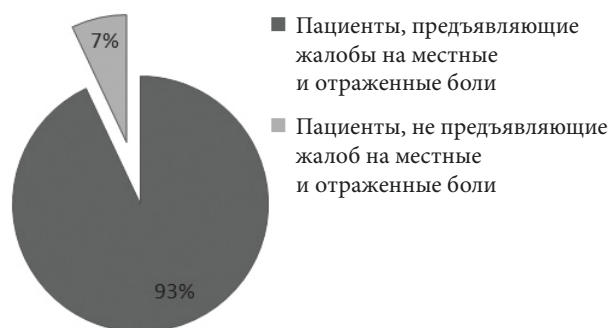


Рис. 3. Диаграмма частот возникновения местных и отраженных болей в группе с неосложненными формами ШГД (p = 122)



**Рис. 4.** Диаграмма частот возникновения местных и проекционных болей в группе с осложненными формами ШГД ( $p = 122$ )

никновения локальных, рефлекторных спондилогенных и проекционных болей в группах ( $p\_value = 7,8e-08 < 0,05$ ). При этом местные и отраженные боли чаще встречаются в группе с неосложненной формой ШГД, тогда как в группе с осложненными патогенетическими формами ШГД достоверно доминируют локальные и проекционные боли ( $p < 0,05$ ).

Сравнительный анализ частоты возникновения сенсорных расстройств с «негативной» симптоматикой по типу гипестезии в группах с осложненными и неосложненными патогенетическими вариантами ШГД выявил статистически значимые различия ( $p\_value = 1,8e-30 < 0,05$ ) (табл. 4). Чувствительные нарушения (гипестезия) достоверно чаще встречаются в группе с осложненной формой ШГД.

Что касается статико-динамических нарушений, они достоверно чаще ( $p\_value =$

$= 6,95e-19 < 0,05$ ) встречаются до лечения в группе с неосложненной формой ШГД, тогда как после лечения статистически значимое различие частоты их возникновения в группах отсутствует (табл. 5).

Однако при этом нельзя сделать вывод о статистически значимых различиях частоты возникновения статико-динамических нарушений после курса лечения пациентов ( $p\_value = 0,1993 > 0,05$ ), то есть группы статистически значимо не различимы (рис. 5, 6).

Кроме того, выявлены значимые различия ( $p\_value = 8,65e-27 < 0,05$ ) частоты возникновения рефлекторных нарушений в группах как до, так и после лечения, с преобладанием таковых в группе с осложненными ШГД (табл. 6).

На основании анализа данных частоты возникновения патогенетических форм ШГД в обеих группах пациентов (табл. 7) можем сделать вывод, что цервикалгия и цервикоторакалгия с мышечно-тоническим синдромом значимо чаще встречается в группе с неосложненной формой ШГД (у 92,6 % и 95,9 % пациентов соответственно). При этом «изолированный» болевой синдром в грудном отделе позвоночника (торакалгия с мышечно-тоническим синдромом) статистически чаще встречается в группе с осложненной формой ШГД (у 31 пациента (31,6 %), в сравнении с неосложненным

Таблица 4

**Сравнительная характеристика частоты возникновения чувствительных нарушений по типу гипестезии в разных группах у пациентов с ШГД**

Патогенетические формы ШГД	Частота признака, чел. ( $p\_value = 1,8e-30 < 0,05$ )	Процент от общей выборки, %
Неосложненные формы	22	18,03
Осложненные формы	90	91,8

Таблица 5

**Сравнительная характеристика частоты возникновения статико-динамических нарушений в разных группах пациентов с ШГД**

Основные патогенетические формы ШГД	Частота признака до лечения, кол-во пациентов, чел. $p < 0,05$	Процент от общей выборки, %	Частота признака после лечения, кол-во пациентов, чел. $p > 0,05$	Процент от общей выборки, %
Неосложненные формы	109	89,3	23	18,9
Осложненные формы	32	32,7	12	12,24



Рис. 5. Диаграммы частоты возникновения статико-динамических нарушений в группах пациентов с ШГД до лечения ( $p < 0,05$ )



Рис. 6. Диаграммы частоты возникновения статико-динамических нарушений после лечения ( $p > 0,05$ )

Таблица 6

**Сравнение частоты возникновения рефлекторных нарушений в разных группах пациентов с ШГД**

Патогенетические группы ШГД	Частота признака до лечения, кол-во пациентов, чел. $p < 0,05$	Процент от общей выборки, %	Частота признака после лечения, кол-во пациентов, чел. $p < 0,05$	Процент от общей выборки, %
Неосложненные формы	17	13,9	4	3,28
Осложненные формы	82	83,7	24	24,5

Таблица 7

**Сравнение частот возникновения различных патогенетических форм ШГД в разных группах**

Патогенетические формы дорсопатий (n = 220)	Пациенты с осложненными формами (n = 98)	Пациенты с неосложненными формами (n = 122)	Стат. значимость, p_value
Цервикалгия с мышечно-тоническим синдромом	37 (37,8 %)	113 (92,6 %)	5,42e-19 < 0,05
Торакалгия с мышечно-тоническим синдромом	31 (31,6 %)	21 (17,21 %)	0,02 < 0,05
Цервикаторакалгия с мышечно-тоническим синдромом	47 (47,96 %)	117 (95,9 %)	5,44e-17 < 0,05
Дискогенная грудная радикулопатия	89 (90,8 %)	101 (82,8 %)	0,11 > 0,05
Дискогенная шейная радикулопатия	91 (92,9 %)	11 (9,02 %)	3,87e-40 < 0,05
Спондилоартрогенная шейная радикулопатия	84 (85,7 %)	23 (18,9 %)	2,01e-24 < 0,05
Спондилоартрогенная грудная радикулопатия	86 (87,8 %)	16 (13,11 %)	7,63e-31 < 0,05



Таблица 8

**Сравнение частот возникновения чувствительных и рефлекторных нарушений в разных группах пациентов с ШГД**

Патогенетические варианты ШГД	Частота чувствительных нарушений, чел.	Частота рефлекторных нарушений, чел.
Неосложненные формы ШГД	22	17
Осложненные формы ШГД	90	82

вариантом (17,21 %) у 21 человека). В группе с осложненной формой ШГД достоверно чаще наблюдалась дискогенная шейная радикулопатия (91 пациент, или 92,9 % от общей выборки,  $p\_value = 3,87e-40 < 0,05$ ), также у 84 пациентов (85,7 %) с осложненными вариантами ШГД выявлена спондилоартрогенная шейная радикулопатия ( $p < 0,05$ ). Признаки дискогенной грудной радикулопатии одинаково часто встречается в обеих группах пациентов, статистические различия при этом не значимы ( $p\_value = 0,11 > 0,05$ ). Спондилоартрогенная грудная радикулопатия значимо чаще ( $p\_value = 7,63e-31 < 0,05$ ) наблюдалась у пациентов с осложненными формами ШГД (в 87,8 % случаях, или у 86 обследованных).

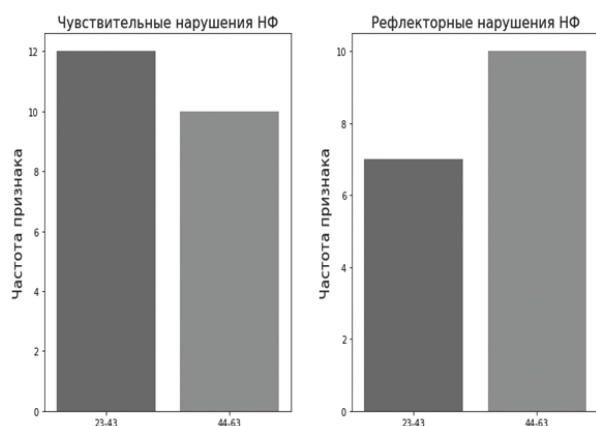
При этом не выявлено корреляционной связи сенсорных и рефлекторных нарушений в обеих группах. Показатели не имеют связи как в группе с неосложненными формами ШГД ( $r = -0,66$ ,  $p\_value = 0,49 > 0,05$ ), так и при осложненных формах ШГД ( $r = -0,66$ ,  $p\_value = 0,13 > 0,05$ ) (табл. 8).

При неосложненных формах ШГД чувствительные нарушения незначительно

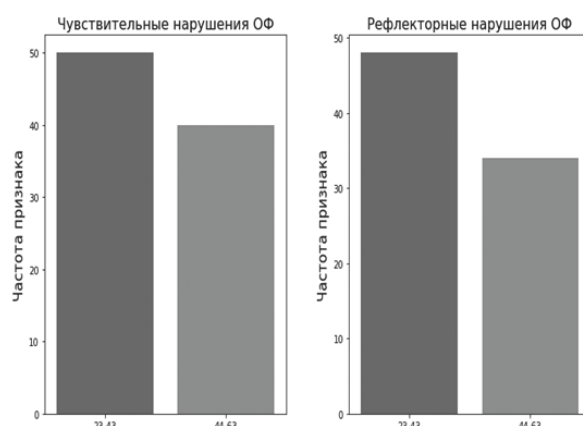
преобладают в группе с возрастным диапазоном от 23 до 43 лет, тогда как рефлекторные нарушения незначительно преобладают в возрастном диапазоне от 44 до 63 лет; однако значимой взаимосвязи между чувствительными, рефлекторными нарушениями и возрастом не обнаружено ( $r = 0,027$ ,  $p\_value = 0,77 > 0,05$ ) (см. рис. 7).

При осложненных формах рефлекторные и чувствительные нарушения незначительно преобладают в группе с возрастным диапазоном от 23 до 43 лет, однако корреляционная взаимосвязь между рефлекторными и чувствительными нарушениями и возрастом не обнаружена ( $r = 0,095$ ,  $p\_value = 0,35 > 0,05$ ) (рис. 8).

Таким образом, данные исследования показывают, что неосложненные формы дорсопатий шейно-грудной локализации отличаются относительно благоприятным течением и прогностическим исходом, обусловленным меньшим вовлечением стратегически значимых структурных элементов позвоночно-двигательных сегментов, в особенности спинного мозга и спинномозговых корешков.



**Рис. 7.** Зависимость возникновения чувствительных и рефлекторных нарушений от возраста в группе с неосложненными формами ШГД



**Рис. 8.** Зависимость возникновения чувствительных и рефлекторных нарушений от возрастного диапазона в группе с осложненными формами ШГД

Клинический полиморфизм источников боли определяет необходимость разработки новых диагностических методов, а также оптимизации схем медикаментозного и немедикаментозного реабилитационного воздействия.

Сложность проведения медико-психологической коррекции пациентов с ШГД определяется многообразием клинко-неврологических проявлений дорсопатии.

Психологическое сопровождение пациента с данным диагнозом должно соотноситься с результатами дифференциальной диагностики, выявленными в каждом конкретном случае формами неврологических и сопутствующих им нарушений.

Современные представления о боли учитывают весь спектр многообразия вариантов возникновения и переживания боли в спине, что лежит в основе биопсихосоциальной концепции [5]. В соответствии с ней, боль является результатом динамической интеграцией психологических, биологических и социокультурных факторов. При этом на разных этапах развития болевого синдрома (острый, подострый и хронический) происходит смещение баланса в ту или иную сторону.

Данное обстоятельство необходимо учитывать при выборе лечебной и превентивной стратегии у данной категории пациентов. Однонаправленный вектор в лечении только биологического (физического) компонента боли (структурного триггера боли) является, на наш взгляд, ошибочным.

В общем случае при определении стратегии психологической коррекции данных состояний рекомендуется учитывать осложненный и неосложненный характер ШГД, а также половую принадлежность и возраст пациента.

При неосложненных формах ШГД следует применять техники прикладной мышечной релаксации в авторской разработке Ларса-Горана Оста, основанной на методе прогрессивной релаксации Э. Джейкобсона и аутогенной тренировки по методу И.Шульца; обучать пациентов самодиагностике эмоционального состояния и техникам релаксации, которые возможно применять самостоятельно

но, в частности для профилактики болевого и рефлекторного мышечного-тонического синдромов [3].

Вне острого болевого синдрома или рецидива обострения ШГД с целью улучшения эмоционального состояния и общего настроения необходимо рекомендовать кардиотренировки (при отсутствии противопоказаний по сопутствующим заболеваниям), которые следует совмещать с лечебной физкультурой и генерированием положительных ментальных образов [2]. При этом физические упражнения следует применять исключительно с лечебно-восстановительными целями, в соответствии с медицинскими показаниями, текущим состоянием пациента и особенностью протекания у него патологического процесса [1].

При *осложненных* формах ШГД вместе с вышеперечисленными рекомендациями при психологическом сопровождении пациента следует использовать методы когнитивно-поведенческой, рациональной и экзистенциальной психотерапии [14].

Прежде всего, в рамках рациональной психотерапии необходимо разъяснять пациентам особенности их состояния, возможные пути его улучшения, обсуждать возможные стратегии поведения и их последствия. Должна проводиться работа по прагматизации состояния болезни: следует определить позитивные стороны возникшего заболевания для внутреннего развития личности [11].

Также важным является выработка импунитивного отношения пациента к состоянию своего здоровья, складывающейся в целом ситуации, возможным изменениям жизненных планов. Кроме того, актуальной задачей является трансформация прежней системы ценностей пациента, иерархии его мотивов в сторону изменения внутренних установок и снижения идеализации целей, которые не смогут быть достигнуты в сложившихся вследствие заболевания условиях.

Дополнительно с пациентом следует обсуждать вопросы смысла жизни, реализации человека, его миссии в контексте поиска личной жизненной стратегии с учетом актуального состояния здоровья.

Половозрастные различия необходимо учитывать при оценке внутренней картины болезни пациента, его субъективной оценки состояния своего здоровья.

Кроме того, важно фиксировать внимание на типе реагирования пациента на заболевание, учитывая, что мужчины чаще демонстрируют эргопатический и анозогностический типа реагирования, тогда как женщинам свойственны тревожный, ипохондрический, сенситивный и неврастенический типы. В общем случае важно правильно диагностировать тип реагирования пациента с дорсопатией шейно-грудной локализации на свое актуальное состояние с последующим проведением психокоррекции с целью изменения его до гармоничного типа.

К описанным выше техникам релаксации при осложненных формах ШГД следует добавить техники «глубокой» релаксации с фокусом воздействия на необходимые зоны тела.

## Заключение

Таким образом, проведение лечения и применение методов психотерапии должно учитывать особенности протекания болезни, выработки импунитивного отношения пациента к состоянию своего здоровья, складывающейся в целом ситуации, возможным изменениям жизненных планов. В период лечения одной из задач задачей является трансформация иерархии мотивов пациента в сторону изменения внутренних установок с учетом возможности их достижения в сложившихся в результате заболевания условиях. Необходимо заострить внимание пациента на типе его реагирования на заболевание.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о необходимости учета формы протекания ШГД, а также половозрастных характеристик пациента при разработке индивидуальной стратегии медико-психологического воздействия и последующей реабилитации.

## Литература

1. Бобунов Д.Н., Яковлев В.С. Диагностика и лечение дорсопатий пояснично-крестцового отдела позвоночника: монография. СПб.: Нордмедиздат, 2016. 110 с.
2. Ветрова Т.В. Роль техники прикладной релаксации в проведении комплексной психологической коррекции тревожности // Психофизиологические и медико-социальные аспекты прикладных научных исследований, Санкт-Петербург, 26 апреля 2022 года. Санкт-Петербург: Автономная некоммерческая организация высшего образования «Университет при Межпарламентской Ассамблее ЕвразЭС», 2022. С. 18–22.
3. Ветрова Т.В., Яковлев Е.В., Леонтьев О.В., Гневышев Е.Н. Использование метода прикладной релаксации в коррекции психологического состояния лиц, испытывающих воздействие неблагоприятных акустических факторов труда // Современные медико-психологические проблемы адаптации к экстремальным условиям, Санкт-Петербург, 26–27 декабря 2022 года. Санкт-Петербург: Автономная некоммерческая организация высшего образования «Университет при Межпарламентской Ассамблее ЕвразЭС», 2022. С. 9–12.
4. Данилов А.Б., Данилов Ал.Б. Биопсихосоциокультурная модель и хроническая боль // Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2013. № 1. С. 30–36.
5. Данилов А.Б., Данилов Ал.Б. Управление болью. Биопсихосоциальный подход. М.: АММ ПРЕСС, 2012. 568 с.
6. Живолупов С.А., Самарцев И.Н., Чередниченко Д.В., Кожевников Е.Ю. Современные представления о механизмах хронизации боли (маладаптивная нейропластичность и неконтролируемая ноцицепция) и их применение в клинической практике // Поликлиника. 2021. № 5. С. 45–49.
7. Живолупов С.А., Самарцев И.Н., Шульман Р.Б. Дорсопатии: клиника, дифференциальная диагностика и лечение: Методические рекомендации. СПб.: ООО «PILATUS», 2021. С.4
8. Павленко С.С. Состояние и проблемы эпидемиологических исследований болевых синдромов // Российский журнал боли. 2006. № 4. С. 2–6.
9. Хроническая боль в спине / Национальные клинические рекомендации Минздрава России // Медицинская газета. № 84. 9 ноября 2016.
10. Шостак Н.А., Правдюк Н.Г., Тимофеев В.Т., Шеметов Д.А. Боль в спине в практике терапевта: тактика ведения, лечение // Лечебное дело. 2017. №1. С.16–22. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/bol-v-spine-v-praktike-terapevta-taktika-vedeniya-lechenie> (дата обращения: 27.08.2023).
11. Яковлев Е.В., Гневышев Е.Н., Ветрова Т.В. [и др.]. Анализ частоты возникновения различных патогенетических форм шейно-грудной дорсопатии и особенности восстановительного лечения выявленных нарушений // Современные неврологические и социально-психологические аспекты медицинской реабилитации. Санкт-Петербург: Автономная некоммерческая организация высшего образования «Университет при Межпарламентской Ассамблее ЕвразЭС», 2023. С. 35–43.

12. Яковлев Е.В., Живолупов С.А., Гневывшев Е.Н. [и др.] Клиническое разнообразие и главные направления медицинской реабилитации дорсопатий шейно-грудной локализации // Медицинский совет. 2023. Т. 17, № 13. С. 43–56. DOI: 10.21518/ms2023-248.
13. Яковлев Е.В., Живолупов С.А., Гневывшев Е.Н., Ветрова Т.В. Общая характеристика и особенности применения нестероидных противовоспалительных препаратов при лечении дорсопатий в клинической практике (обзор литературы) // Медицинский совет. 2022. Т. 16, № 23. С. 68–77. DOI: 10.21518/2079-701X-2022-16-23-68-77
14. Яковлев Е.В., Леонтьев О.В., Ветрова Т.В. [и др.]. Применение комплексной методики медицинской реабилитации в лечении дорсопатии // Современные неврологические и социально-психологические аспекты медицинской реабилитации, Санкт-Петербург, 24 апреля 2023 года. Санкт-Петербург: Автономная некоммерческая организация высшего образования «Университет при Межпарламентской Ассамблее ЕвразЭС», 2023. С. 4–9.
15. Яковлев Е.В., Леонтьев О.В., Живолупов С.А. [и др.] Сравнительная характеристика клинической эффективности оригинального препарата Мовалис и Амелотекса в лечении неспецифической поясничной боли. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2020. Т. 120, № 7. С. 56–62. DOI: 10.17116/jnevro202012007156
16. Safiri S., Kolahi A.A., Hoy D., Buchbinder R., Mansournia M.A., Bettampadi D. [et al.]. Global, Regional, and National Burden of Neck Pain in the General Population, 1990–2017: Systematic Analysis of the Global Burden of Disease Study 2017. *BMJ*. 2020; 368:m791. DOI: 10.1136/bmj.m791

---

Поступила 01.09.2023

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

**Участие авторов:** Е.В. Яковлев – разработка программы, дизайна исследования, анализ результатов, написание текста статьи; Т.В. Ветрова – анализ литературы по теме исследования, написание текста статьи; О.В. Леонтьев – редактирование и оформление текста статьи; Е.Н. Гневывшев – анализ литературы и результатов исследования; В.И. Ионцев – сбор первичных данных, перевод статьи.

**Для цитирования:** Яковлев Е.В., Ветрова Т.В., Леонтьев О.В., Гневывшев Е.Н., Ионцев В.И. Клинико-неврологические особенности течения дорсопатий и специфика их медико-психологической коррекции // Вестник психотерапии. 2023. № 87. С. 60–71. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-87-60-71

---

**E.V. Yakovlev<sup>1, 2, 3</sup>, T.V. Vetrova<sup>2</sup>, O.V. Leontev<sup>2, 4</sup>, E.N. Gnevyshev<sup>2, 5</sup>, V.I. Iontsev<sup>2</sup>**

## **Clinical and neurological features of the course of dorsopathies and the specifics of their medical and psychological corrections**

<sup>1</sup> Medical Center “AdmiralteyskieVerfi” (126, Sadovaya Str., St Petersburg, Russia);

<sup>2</sup> Institute of Applied Psychoanalysis and Psychology of the University the IPA EurAsEC (3, Galerniy proezd, St Petersburg, Russia);

<sup>3</sup> St. Petersburg State Medical Pediatric University (2, Litovskaya Str., St Petersburg, Russia);

<sup>4</sup> Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine of EMERCOM of Russia (4/2, Akademica Lebedeva Str., St. Petersburg, Russia);

<sup>5</sup> 3rd Military Hospital of the National Guard of the Russian Federation (13, Tsymbalina Str., St Petersburg, Russia)

✉ Evgeny Vasilyevich Yakovlev – PhD Med. Sci., Associate Prof., Head of Outpatient Department 2, neurologist, Medical Center “AdmiralteyskieVerfi” (126, Sadovaya Str., St Petersburg, 190121, Russia); Head of the Department of Psychophysiology, Institute of Applied Psychoanalysis and Psychology of the University the IPA EurAsEC (3, Galerniy proezd, St Petersburg, 199226, Russia); Associate Prof. of the Department of Medical Rehabilitation and Sports Medicine, St. Petersburg State Medical Pediatric University (2, Litovskaya Str., St Petersburg, 194100, Russia); e-mail: vmeda-ev@mail.ru;

Tatiana Vyacheslavovna Vetrova – PhD Psychol. Sci., Associate Prof., Institute of Applied Psychoanalysis and Psychology of the University the IPA EurAsEC (3, Galerniy proezd, St Petersburg, 199226, Russia), e-mail: doretat@rambler.ru;



Oleg Valentinovich Leontev – Dr. Med. Sci., Prof., Director of the Institute of Applied Psychoanalysis and Psychology of the University the IPA EurAsEC (3, Galerniy proezd, St Petersburg, 199226, Russia); Head of Department of Therapy and Integrative Medicine, Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine of EMERCOM of Russia (4/2, Akademika Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: lov63@inbox.ru;

Evgeniy Nikolayevich Gnevyshev – PhD Med. Sci., Head of the Neurological Department of the 3rd Military Hospital of the National Guard of the Russian Federation (13, Tsymbalina Str., St Petersburg, 192171, Russia); Associate Prof., Department of Psychophysiology, Institute of Applied Psychoanalysis and Psychology of the University the IPA EurAsEC (3, Galerniy proezd, St Petersburg, 199226, Russia); e-mail: evg-gnevyshev@yandex.ru.

Vyacheslav Igorevich Iontsev – PhD Med. Sci., Associate Prof., Department of Psychophysiology, Institute of Applied Psychoanalysis and Psychology of the University the IPA EurAsEC (3, Galerniy proezd, St Petersburg, 199226, Russia) e-mail: ion-vyacheslav@yandex.ru

### Abstract

*Relevance.* Pain syndromes, understood by the term “dorsopathy”, are the most common disease of the musculoskeletal system, characterized by a variety of clinical and neurological manifestations. This complexity in their presentation makes their treatment challenging and necessitates further research in this field.

*The purpose* of the study is to study the variety of clinical manifestations of dorsopathy, to systematize our own observations on the mechanisms of development of the clinical pattern, and to develop ways of additional medical and psychological impact on this disease, depending on the results obtained.

*Material and methods.* The examination was conducted in 220 patients aged 18 to 65 years with diagnosed cervicothoracic dorsopathy (CHD). Patients underwent a neurological examination using resistive biomechanical tests and samples, the intensity of the pain syndrome was assessed using a visual analogue scale, a digital rating scale, and a universal pain questionnaire was used to detail pain. Based on the results of the study, recommendations were developed on the use of methods for the psychological correction of conditions associated with the main diagnosis.

*Results.* The clinical polymorphism of pain sources determines the need for the development of new diagnostic methods, as well as the optimization of drug and non-drug rehabilitation schemes. These studies indicate that uncomplicated forms of dorsopathies of the cervicothoracic localization are distinguished by a relatively favorable course and prognostic outcome, which should be taken into account when developing a further strategy for the patient's rehabilitation. Psychological support should be correlated with the results of differential diagnosis, identified forms of neurological and related disorders. When determining the strategy of psychological correction, the key factors are: the complicated and uncomplicated nature of CHD, the gender of the patient and his age.

*Findings.* The results of the study indicate the need to take into account the form of CHD, as well as the gender of the patient and his age, when developing an individual strategy for medical and psychological impact and his subsequent rehabilitation.

**Keywords:** identification of sources of back pain, complicated forms of dorsopathy, medical and psychological correction of dorsopathy, rehabilitation of dorsopathies

### References

1. Bobunov D.N., Jakovlev V.S. Diagnostika i lechenie dorsopatij pojasnichno-krestcovogo otdela pozvonochnika [Diagnosis and treatment of dorsopathies of the lumbosacral spine]. St. Petersburg, 2016. 110 p. (In Russ.)
2. Vetrova T.V. Rol' tekhniki prikladnoj relaksatsii v provedenii kompleksnoj psihologicheskoy korrektsii trevozhnosti [The role of applied relaxation techniques in conducting complex psychological correction of anxiety]. Psihofiziologicheskie i mediko-social'nye aspekty prikladnykh nauchnykh issledovaniy [Psychophysiological and medical and social aspects of applied scientific research]. St. Petersburg, 2022. Pp. 8–22. (In Russ.)
3. Vetrova T.V., Jakovlev E.V., Leontev O.V., Gnevyshev E.N. Ispol'zovanie metoda prikladnoj relaksatsii v korrektsii psihologicheskogo sostojaniya lic, ispytyvajushhih vozdejstvie neblagopriyatnykh akusticheskikh faktorov truda [Using the method of applied relaxation in the correction of the psychological state of persons exposed to adverse acoustic labor factors]. Sovremennye mediko-psihologicheskie problemy adaptatsii k jekstremal'nym uslovijam [Modern medical and psychological problems of adaptation to extreme conditions]. St. Petersburg, 2022. Pp. 9–12. (In Russ.)

4. Danilov A.B., Danilov A.B. Biopsihosociokul'turnaja model' i hronicheskaja bol'. [Biopsychosocial and cultural model and chronic pain]. *Sovremennaja terapija v psihiatrii i nevrologii* [Modern therapy in psychiatry and neurology]. 2013; (1): 30–36 (In Russ.)
5. Danilov A.B., Danilov A.B. Upravlenie bol'ju. Biopsihosocial'nyj podhod. [Pain management. Biopsychosocial approach]. Moscow, 2012. 568 p. (In Russ.)
6. Zhivolupov S.A., Samarcev I.N., Cherednichenko D.V., Kozhevnikov E.Ju. Sovremennye predstavlenija o mehanizmah hronizacii boli (maladaptivnaja nejroplastichnost' i nekontroliruemaja nocicepcija) i ih primenenie v klinicheskoj praktike [Modern ideas about the mechanisms of chronic pain (maladaptive neuroplasticity and uncontrolled nociception) and their application in clinical practice]. *Poliklinika* [Poliklinika]. 2021; (5): 45–49 (In Russ.)
7. Zhivolupov S.A., Samarcev I.N., Shulman R.B. Dorsopatii: klinika, differencial'naja diagnostika i lechenie: Metodicheskie rekomendacii. [Dorsopathies: clinic, differential diagnosis and treatment: Guidelines]. St. Petersburg, 2021. p. 4 (In Russ.)
8. Pavlenko S.S. Sostojanie i problemy jepidemiologicheskikh issledovanij bolevyh sindromov [State and problems of epidemiological studies of pain syndromes]. *Rossijskij zhurnal boli* [Russian Journal of Pain]. 2006; (4): 2–6 (In Russ.)
9. Hronicheskaja bol' v spine [Chronic back pain]. Nacional'nye klinicheskie rekomendacii Minzdrava Rossii [National clinical guidelines of the Ministry of Health of Russia]. *Medicinskaja gazeta* [Meditsinskaya gazeta]. 2016; (84): 11/09/2016 (In Russ.)
10. Shostak N.A., Pravdjuk N.G., Timofeev V.T., Shemetov D.A. Bol' v spine v praktike terapevta: taktika vedenija, lechenie [Back pain in the practice of a therapist: tactics of management, treatment]. *Lechebnoe delo* [Lechebnoe Delo]. 2017; (1): 16–22. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/bol-v-spine-v-praktike-terapevta-taktika-vedeniya-lechenie> (In Russ.)
11. Jakovlev E.V., Gnevyshev E.N., Vetrova T.V. [et al.]. Analiz chastoty vozniknovenija razlichnyh patogeneticheskikh form shejno-grudnoj dorsopatii i osobennosti vosstanovitel'nogo lechenija vyjavlennyh narushenij [Analysis of the frequency of occurrence of various pathogenetic forms of cervicothoracic dorsopathy and features of the rehabilitation treatment of identified disorders]. *Sovremennye nevrologicheskie i social'no-psihologicheskie aspekty medicinskoj reabilitacii* [Modern neurological and socio-psychological aspects of medical rehabilitation]. St. Petersburg, 2023. Pp. 35–43 (In Russ.)
12. Jakovlev E.V., Zhivolupov S.A., Gnevyshev E.N. [et al.]. Klinicheskoe raznoobrazie i glavnye napravlenija medicinskoj reabilitacii dorsopatij shejno-grudnoj lokalizacii [Clinical diversity and main directions of medical rehabilitation of dorsopathies of the cervicothoracic localization]. *Medicinskij sovet* [Meditsinskiy Sovet]. 2023; 17(13): 43–56. DOI: 10.21518/ms2023-248 (In Russ.)
13. Jakovlev E.V., Zhivolupov S.A., Gnevyshev E.N., Vetrova T.V. Obshhaja harakteristika i osobennosti primenenija nesteroidnyh protivovospalitel'nyh preparatov pri lechenii dorsopatij v klinicheskoj praktike (obzor literatury) [General characteristics and features of the use of non-steroidal anti-inflammatory drugs in the treatment of dorsopathy in clinical practice (literature review)]. *Medicinskij sovet* [Meditsinskiy Sovet]. 2022; 16(23): 68–77. DOI: 10.21518/2079-701X-2022-16-23-68-77 (In Russ.)
14. Jakovlev E.V., Leontev O.V., Vetrova T.V. [et al.]. Primenenie kompleksnoj metodiki medicinskoj reabilitacii v lechenii dorsopatij [Application of a complex method of medical rehabilitation in the treatment of dorsopathy]. *Sovremennye nevrologicheskie i social'no-psihologicheskie aspekty medicinskoj reabilitacii* [Modern neurological and socio-psychological aspects of medical rehabilitation]. St. Petersburg, 2023. Pp. 4–9 (In Russ.)
15. Jakovlev E.V., Leontev O.V., Zhivolupov S.A. [et al.]. Sravnitel'naja harakteristika klinicheskoj jeffektivnosti original'nogo preparata Movalis i Ameloteksa v lechenii nespecificheskoy pojasничной боли [Comparative characteristic of clinical efficacy of the original drug Movalis and its generic Amelotex in the treatment of non-specific lumbar pain.]. *Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova* [Zhurnal Nevrologii i Psikhiatrii imeni S.S. Korsakova.]. 2020; (7): 56–62. DOI:10.17116/jnevro202012007156 (In Russ.)
16. Safiri S., Kolahi A.A., Hoy D. [et al.] Global, regional, and national burden of neck pain in the general population, 1990–2017: systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2017. *BMJ*. 2020; 368:m791. DOI:10.1136/bmj.m791.

---

Received 01.09.2023

**For citing:** Yakovlev E.V., Vetrova T.V., Leontev O.V., Gnevyshev E.N., Iontsev V.I. Kliniko-nevrologicheskie osobennosti techeniya dorsopatij i spetsifika ikh mediko-psihologicheskoy korektsii. *Vestnik psihoterapii*. 2023; (87): 60–71. (In Russ.)

Yakovlev E.V., Vetrova T.V., Leontev O.V., Gnevyshev E.N., Iontsev V.I. Clinical and neurological features of the course of dorsopathies and the specifics of their medical and psychological corrections. *Bulletin of Psychotherapy*. 2023; (87): 60–71. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-87-60-71

---

И.М. Улюкин, С.Г. Григорьев, Е.С. Орлова, А.А. Сечин

## ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ СИНДЕМИИ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

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

**Актуальность.** Известно, что в современном мире человек постоянно сталкивается с различными трудностями социального, материального, личного и межличностного характера. Нестабильность в сфере экономики, политики и культуры, сложная эпидемиологическая ситуация в мире, связанная, в частности, с распространением новой коронавирусной инфекции, оказывают непосредственное влияние на физическое, психическое и моральное состояние индивида, а высокоразвитые технологии, мобильные коммуникации ускоряют темп жизни, делая ее информационно насыщеннее и одновременно эмоционально напряженнее. В этих условиях очевидна актуальность изучения вопросов жизнестойкости, которая, по разным данным, является определяющим фактором сохранения здоровья и повышения работоспособности индивида при любых стрессовых состояниях.

**Цель** – оценить жизнестойкость лиц молодого возраста в конфликтной ситуации (условия синдемии социально значимых заболеваний) с целью оптимизации их медико-психологического сопровождения.

**Методология.** Экспериментально-психологическое исследование проведено среди 500 лиц молодого возраста, из них мужчин (группа «М») – 305 человек (66,67 %), женщин (группа «Ж») – 195 (33,3 %), средний возраст «М» =  $20,5 \pm 1,8$  года, «Ж» =  $19,2 \pm 1,2$  года,  $p < 0,05$ ; при этом использовалась краткая версия теста жизнестойкости, которая представляет собой русскоязычную адаптацию англоязычного опросника “Hardiness Survey” [Maddi S., 2006], выполненную Е.Н. Осиным и Е.И. Рассказовой [Осин Е.Н., Рассказова Е.И., 2013].

**Результаты и их анализ.** Показано, что значимого различия по данным F-теста между показателями общей жизнестойкости в группах «М» и «Ж» не было ( $F = 0,08$  при  $p = 0,1$ ), хотя у женщин этот показатель несколько выше. Наибольшее значение в обеих группах имеет показатель параметра «Вовлеченность» (тракуемый как уверенность человека в возможности и важности активного участия в происходящих в жизни событиях, что является существенным в плане проведения медико-психологических, профилактических и иных социально значимых интервенций), достоверно более высокий по сравнению с другими показателями ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** В исследовании отмечено, что у лиц молодого возраста (как мужчин, так и женщин) в текущих социально-экономических и эпидемиологических условиях основным показателем жизнестойкости является параметр «Вовлеченность» (как внутренняя установка самого человека, позволяющая снижать эффект стрессогенных воздействий; социум в данном случае может служить поддержкой жизнестойкости, оказывая помощь и вдохновляя человека).

---

✉ Улюкин Игорь Михайлович – канд. мед. наук, науч. сотр., Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), ORCID: 0000-0001-8911-4458, e-mail: igor\_ulyukin@mail.ru;

Григорьев Степан Григорьевич – д-р мед. наук, проф., ст. науч. сотр., Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), ORCID: 0000-0003-1095-1216, e-mail: gsg\_rj@mail.ru;

Орлова Елена Станиславовна – канд. мед. наук, ст. науч. сотр., Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), ORCID: 0000-0003-1586-663, e-mail: oes17@yandex.ru;

Сечин Алексей Александрович – нач. науч.-исслед. лаб., Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), ORCID: 0000-0001-6832-6988, e-mail: sechinalex@rambler.ru.

**Ключевые слова:** клиническая психология, лица молодого возраста, социально-экономические и эпидемиологические условия, краткая версия теста жизнестойкости, медико-психологическое сопровождение.

## Введение

Известно, что в современном мире человек постоянно сталкивается с различными трудностями социального, материального, личного и межличностного характера. Нестабильность в сфере экономики, политики и культуры, сложная эпидемиологическая ситуация в мире, связанная, в частности, с распространением новой коронавирусной инфекции, оказывают непосредственное влияние на физическое, психическое и моральное состояние индивида, а высокоразвитые технологии, мобильные коммуникации ускоряют темп жизни, делая ее информационно насыщеннее и одновременно эмоционально напряженнее [2]. В этих условиях очевидна актуальность изучения вопросов жизнестойкости (ЖС), которая, по мнению разных авторов, является определяющим фактором сохранения здоровья и повышения работоспособности индивида при любых стрессовых состояниях.

В настоящее время полагают, что ЖС – это интегральная способность личности, формирующаяся в раннем возрасте и остающаяся достаточно стабильной с течением времени, хотя и поддающаяся изменениям и развитию при определенных условиях [5]. При этом считается, что у испытуемых с низкими показателями ЖС и поведенческой активации и с высоким уровнем поведенческого торможения были более серьезные симптомы депрессии (в частности, снижение концентрации, нарушения сна, ощущение упадка сил, низкая самооценка) [24]. С другой стороны, есть мнение, что сегодня, когда идеология практически отсутствует, очень трудно найти достойную опору для гармоничного развития человека как личности, так как подмена достойных общественных человеческих качеств различными эгоистическими понятиями (например, завышенная самооценка, убежденность в своей правоте, неумение слышать собеседника, попытки манипуляций другими людьми, привычка оце-

нивать людей по уровню достатка), присущими нашему времени, отрицательно влияет на ресурсные возможности любой личности, которую стимулируют прежде всего к обогащению; в связи с этим ЖС как психологический феномен теряет свои функциональные качества и уже не считается важнейшей субъектной характеристикой личности [10].

Важно отметить, в частности, что в настоящее время многие инфекции, способные вызывать эпидемии, рассматриваются как сочетанные заболевания в качестве коморбидных состояний, или синдемий (по традиционному определению, это ситуация, когда две или более болезни взаимодействуют таким образом, что причиняют больше вреда, чем просто сумма двух болезней) [13]. По разным данным, синдемии концептуально имеют три основных параметра [22, 23]: а) сочетание двух или более проблем со здоровьем, которые могут быть оценены эпидемиологически или описаны как сопутствующие/мультиморбидные заболевания; б) синдемичные заболевания (состояния) так или иначе взаимодействуют между собой с помощью биологических, психологических, социальных путей; в) взаимосвязь синдемии с социальными, структурными и контекстными факторами, которые ускоряют распространение и прогрессирование болезней и могут включать: бедность, сегрегированное проживание, систематическое лишение возможностей, порабощение, колониализм (неоколониализм) и неолиберальные экономические меры, которые приводят к непропорциональному распределению богатства, отсутствию доступа к ресурсам и услугам, улучшающим здоровье и благополучие, к иному социально-экономическому неравенству, – но не ограничиваться всем вышеперечисленным.

Считается, что пандемия, вызванная инфекцией COVID-19, и самоизоляция в связи с этим кардинально изменили жизнь современного человека на определенном этапе, так как негативные последствия как для



психологического здоровья личности, так для ощущения личностного благополучия огромны; при этом концентрация на негативных сторонах ситуации не способствует ее благоприятному преодолению, потому что даже сложная жизненная ситуация может быть рассмотрена и со стороны позитивных изменений [4]. Полагают, что ЖС у людей в условиях текущей пандемии проявилась именно как способность оставаться внутренне устойчивыми в неустойчивом мире, быть гибкими в построении временной перспективы своей жизни; умение не только выстраивать временную перспективу своей жизни, реализующуюся в конкретных жизненных стратегиях, но и перестраивать ее в условиях изменяющейся ситуации, сохраняя при этом целостность и устойчивость личности и ее жизненного пути, что позволяет успешно и с наименьшими потерями преодолевать сложные жизненные ситуации.

Важно подчеркнуть, что успешная профилактика синдемии социально значимых заболеваний (которые обусловлены преимущественно социально-экономическими условиями, приносящими ущерб обществу и требующими социальной защиты человека, так как сопровождаются массовостью заболевания, в том числе по причине наличия значительного процента «скрытых» больных в социуме, выраженной опасностью для окружающих) возможна только при соблюдении основных направлений в деятельности по формированию здорового образа жизни (в частности, формирование навыков укрепления здоровья; оптимальное сочетание работы и отдыха; отказ от вредных привычек: курения, употребления алкоголя и наркотиков); при ежегодном проведении диспансерно-динамических мероприятий, профилактических прививок; при доведении до заинтересованных лиц текущей повседневной информации, при проведении бесед для лиц из потенциальных групп риска. Однако проведение подобных мероприятий в ряде случаев (в том числе и в группах молодых людей) вызывает непонимание необходимости их проведения, иногда доходящее и до конфликтов той или иной степени выраженно-

сти (например, ВИЧ-диссидентство, ковид-диссидентство, антипрививочное движение).

Важным предиктором ЖС является креативность, которая связана с более гибким поведением в проблемной ситуации и ориентацией на продуктивное реагирование в трудной ситуации и тем способствует расширению личностного потенциала, благоприятствующего успешной адаптации личности к реальности [1], потому как известно, что неоптимальное проживание сложных жизненных ситуаций может приводить к неврозам, неадекватному поведению, депрессивным состояниям, психосоматическим нарушениям, снижению чувства защищенности, отсутствию чувства безопасности [18, 21].

Кроме того, полагают, что склонность оценивать людей по их принадлежности связана с гендерной группой; так, с ростом маскулинности личности и ЖС (компонент «Контроль») повышаются осознанность и рациональность во взаимодействии; с ростом фемининности личности и снижением ЖС (компонент «Принятие риска») во взаимодействии возрастает подчинение [14].

**Цель исследования** – оценить жизнестойкость лиц молодого возраста в конфликтной ситуации (условия синдемии социально значимых заболеваний) с целью оптимизации их медико-психологического сопровождения.

## Материал и методы

Постановка во главу угла задач диагностики и развития личностных ресурсов, способствующих совладанию со стрессом, снижению заболеваемости, улучшению продуктивности и качества «рабочей жизни» [6], привела к появлению теоретических конструктов и моделей, в частности модели жизнестойкости (hardiness, ЖС) [19], под которой понимают систему представлений о себе, мире и отношениях с ним, которая препятствует возникновению внутреннего напряжения в стрессовых ситуациях, а также способствует совладанию со стрессом. Данная идея получила широкую известность и активно применяется как в мировой организационной психологии, так и в рос-

сийских исследованиях [12]. Считается, что в качестве буфера против выгорания ЖС одинаково действует на мужчин и женщин [17]. Было показано, что уровень ЖС и характеристика ее структурных компонентов в среднем зависят не от образования, но от: 1) пола (у мужчин всех поколенческих групп показатели структурных компонентов и сам уровень ЖС выше, чем у женщин); 2) возраста (у молодых людей показатели практически всех структурных компонентов ЖС и сам ее уровень выше, чем у представителей других поколений) [11]. Считается, что общий уровень ЖС у россиян в возрасте от 19 до 34 лет выше, потому что молодые респонденты уверены в своих решениях, им нравится быть постоянно занятыми, они предпочитают ставить перед собой труднодостижимые цели и добиваться их, им легко сблизиться с новыми людьми, неожиданности дарят им интерес к жизни, а их собственная жизнь кажется им осмысленной и интересной [15].

Экспериментально-психологическое исследование проведено среди 500 лиц молодого возраста, из них мужчин (группа «М») – 305 человек (66,67%), женщин (группа «Ж») – 195 (33,3%), средний возраст «М» =  $20,5 \pm 1,8$  года, «Ж» =  $19,2 \pm 1,2$  года,  $p < 0,05$ ; при этом использовалась краткая версия теста жизнестойкости, которая представляет собой русскоязычную адаптацию англоязычного опросника “Hardiness Survey”, разработанного американским психологом Сальваторе Мадди [20]. Оригинальный вариант адаптации на русский язык был выполнен Д.А. Леонтьевым, Е.И. Рассказовой, впоследствии он был сокращен и подвергнут повторной валидации Е.Н. Осиным и Е.И. Рассказовой [8, 9]. По разным дан-

ным, считается, что краткая версия теста сохраняет надежность и валидность, так как ЖС работников практически не связана с социально-демографическими показателями, должностью и стажем работы и, напротив, сильно коррелирует с другими личностными ресурсами (оптимизмом, самоэффективностью, толерантностью к неопределенности), трудовой мотивацией и удовлетворенностью трудом.

В структуре ЖС выделяются три сравнительно автономных показателя (фактора):

а) «Вовлеченность» – уверенность человека в возможности и важности активного участия в происходящих в жизни событиях, в возможности находить путем активного поиска в различных ситуациях то, что является интересным и субъективно значимым; при низкой выраженности вовлеченности, как считается, человек чувствует себя отвергнутым, находящимся «вне жизни»;

б) «Контроль» подразумевает уверенность в том, что борьба и преодоление позволяют повлиять на происходящее, изменить жизнь в желаемую сторону; при высоком уровне контроля человек чувствует, что сам управляет своей жизнью, выбирает свой путь; при низком уровне – ощущает себя беспомощным;

в) «Принятие риска» – уверенность в том, что важно действовать даже тогда, когда нет никаких гарантий успеха (поскольку отрицательный результат – тоже полезный опыт); полагают, что выраженное принятие риска заставляет человека пренебрегать простым комфортом и безопасностью и действовать ради саморазвития.

Суммарным показателем является «Общая жизнестойкость».

**Нормативными значениями авторы методики полагают следующие:**

Параметры	Показатели (средний балл)			
	Общая жизнестойкость	Вовлеченность	Контроль	Принятие риска
Среднее значение	50,8	22,3	16,7	11,8
Стандартное отклонение	11,32	4,95	4,06	3,36
Низкие значения	39 и менее	17 и менее	12 и менее	8 и менее
Высокие значения	62 и более	27 и более	21 и более	15 и более

Показатели жизнестойкости у лиц молодого возраста ( $M \pm m$ )

Группы	Показатели ( $M \pm m$ )			
	Общая жизнестойкость	Вовлеченность	Контроль	Принятие риска
М	60,4 $\pm$ 7,54	24,9 $\pm$ 3,29	20,5 $\pm$ 2,74	15,0 $\pm$ 2,23
Ж	62,12 $\pm$ 6,36	26,04 $\pm$ 2,76	20,7 $\pm$ 2,43	15,38 $\pm$ 2,1

То есть ЖС считается одним из ключевых личностных ресурсов, позволяющих предсказать продуктивность работы, здоровье и качество жизни работников.

В исследовании принимали участие студенты факультетов подготовки врачей учебного заведения высшего профессионального образования. Исследование проводилось групповым методом в течение 40 мин. Все обследованные лица имели законченное среднее образование, поэтому предполагалось, что опрошенный способен оценить характер собственных переживаний, возникающих при прочтении утверждения, и привести их в соответствие с предложенной в методике шкалой. Исследование носило индифферентный характер (обследованные не были заинтересованы в его результатах).

Исследование осуществлялось в соответствии с принципами доказательной медицины [3], было проверяющим гипотезу, рандомизированным, открытым, контролируемым. У всех обследованных было получено добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Работа выполнена в соответствии с положениями нормативных документов о защите личности в связи с автоматической обработкой персональных данных [7].

Статистическая обработка материалов исследования проведена с использованием пакета прикладных программ Statistica for Windows [16]. Полученные количественные признаки представлены в виде  $M \pm m$ , где  $M$  – среднее значение признака,  $m$  – стандартная ошибка средней величины. При сравнении полученных данных использовался  $t$ -критерий Стьюдента. В качестве значимых принимались результаты со степенью достоверности не ниже 95 % ( $p < 0,05$ ). С по-

мощью коэффициента корреляции Пирсона определяли силу линейной связи между величинами.

### Результаты и обсуждение

Полученные результаты представлены в таблице.

Отмечено, что значимого различия по данным  $F$ -теста между показателями общей жизнестойкости в группах «М» и «Ж» не было ( $F = 0,08$  при  $p = 0,1$ ), хотя у женщин этот показатель несколько выше. Наибольшее значение в обеих группах имеет показатель параметра «Вовлеченность» (как уверенность человека в возможности и важности активного участия в происходящих в жизни событиях, что является существенным в плане проведения медико-психологических, профилактических и иных социально значимых интервенций), достоверно более высокий по сравнению с другими показателями ( $p < 0,05$ ). Значимого различия в группах по данным  $F$ -теста между другими показателями не выявлено (у «Вовлеченности»  $F = 0,024$  при  $p = 0,02$ , у «Контроля»  $F = 0,14$  при  $p = 0,45$ , у «Принятия риска»  $F = 0,53$  при  $p = 0,14$ ). Более высокий показатель общей жизнестойкости у обследованных лиц по сравнению с лицами контрольной группы обусловлен, вероятно, временем и местом проведения исследования, а также особенностями контингента обследованных тогда лиц.

При анализе корреляции в группе «М» выявлена сильная (тесная) корреляционная связь между всеми показателями ( $r = 0,7-0,93$ ). В группе «Ж» средняя корреляционная связь выявлена между показателями «Вовлеченность» и «Принятие риска» ( $r = 0,69$ ), между остальными показателя-

ми – сильная (тесная) корреляционная связь ( $r=0,7-0,91$ ). Указанные различия, вероятно, связаны с полом обследованных лиц.

### Заключение

Таким образом, в нашем исследовании показано, что у лиц молодого возраста (как мужчин, так и женщин) в текущих социально-экономических и эпидемиологических условиях основным показателем жизнестойкости является параметр «Вовлеченность» (как внутренняя установка самого человека, позволяющая снижать эффект стрессогенных воздействий; социум в данном случае может служить поддержкой жиз-

нестойкости, оказывая помощь и вдохновляя человека).

Традиционно считается, что в условиях высшего учебного заведения очень важно осуществлять работу по подготовке учащихся к преодолению профессиональных стрессовых ситуаций посредством вариативных курсов, тренингов копинг-поведения, при необходимости – консультаций психолога/психотерапевта. Такого рода поддержка поможет учащимся не только справляться с учебными нагрузками, учебными стрессами, конфликтами в коллективе, но и развить в себе готовность работать в условиях длительных профессиональных стрессов в ходе самостоятельной практической деятельности.

### Литература

1. Водяха С.А., Водяха Ю.Е., Рябова Ю.А. Жизнестойкость креативных студентов // Педагогическое образование в России. 2020. № 4. С. 35–40. DOI: 10.26170/ro20-04-04
2. Галиев Р.Р. Обзор исследований жизнестойкости личности // Общество: социология, психология, педагогика. 2022. № 1. С. 129–133. DOI: <https://doi.org/10.24158/spp.2022.1.16>
3. Гринхальх Т. Основы доказательной медицины. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 336 с.
4. Евсеенкова Е. В. Жизнестойкость в условиях пандемии // Вестн. Омск. ун-та. Серия «Психология». 2021. № 4. С. 20–26. DOI: 10.24147/2410-6364.2021.4.20-26
5. Корнилова Т.В. Современные зарубежные исследования феномена жизнестойкости (hardiness) // Вестн. Костром. гос. ун-та. Серия «Педагогика. Психология. Социокинетика». 2020. Т. 26, № 4. С. 223–229. DOI: <https://doi.org/10.34216/2073-1426-2020-26-4-223-229>
6. Мандрикова Е.Ю. Личностный потенциал в организационном контексте // Личностный потенциал: структура и диагностика / ред. Д.А. Леонтьев. М.: Смысл, 2011. С. 469–490.
7. Оганесян Т.Д. Право на защиту персональных данных: исторический аспект и современная концептуализация в эпоху Big Data // Журн. зарубежного законодательства и сравнительного правоведения. 2020. № 2. С. 48–63. DOI: 10.12737/jflcl.2020.010
8. Осин Е.Н. Факторная структура краткой версии Теста жизнестойкости // Организационная психология. 2013. Т. 3. № 3. С. 42–60.
9. Осин Е.Н., Рассказова Е.И. Краткая версия теста жизнестойкости: психометрические характеристики и применение в организационном контексте // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14 «Психология». 2013. № 2. С. 147–165.
10. Покальчук Е.В., Воробьева К.И. Жизнестойкость как субъектная характеристика личности // Международный журн. гуманитарных и естественных наук. 2022. Т. 5-1 (68). С. 158–164. DOI:10.24412/2500-1000-2022-5-1-158-164
11. Постникова М.И. Особенности жизнестойкости молодежи // Научный диалог. 2016. № 1 (49). С. 298–310.
12. Рассказова Е.И., Леонтьев Д.А. Жизнестойкость как составляющая личностного потенциала // Личностный потенциал: структура и диагностика / ред. Д.А. Леонтьев. М.: Смысл, 2011. С. 178–209.
13. Супотницкий М.В. COVID-19: трудный экзамен для человечества. М.: Русская панорама, 2022. 256 с.
14. Титова О.И. Взаимосвязь гендера и жизнестойкости в социальном взаимодействии // Вестн. Моск. гос. обл. ун-та. Серия «Психол. науки». 2021. № 2. С. 111–126. DOI: 10.18384/2310-7235-2021-2-111-126
15. Федотова В.А. Детерминанты жизнестойкости у трех поколений современной России // Рос. психол. журн. 2020. Том 17, № 1. С. 74–91. DOI: 10.21702/rpj.2020.1.6
16. Юнкеров В.И., Григорьев С.Г., Резванцев М.В. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований. СПб.: ВМА, 2011. 318 с.
17. Bartone P.T., McDonald K., Hansma B.J. Hardiness and Burnout in Adult U.S. Workers // J. Occup. Environ. Med. 2022. Vol. 64, N 5. P. 397–402. DOI: 10.1097/JOM.0000000000002448
18. Gonzalez-Dolginko B. In the Shadows of Terror: A Community Neighboring the World Trade Center Disaster Uses Art Therapy to Process Trauma // Art Therapy: J. of the American Art Therapy Association. 2002. Vol. 19, Iss. 3. P. 120–122. DOI: 10.1080/07421656.2002.10129408



19. Maddi S. The Personality Construct of Hardiness: Effects on Experiencing, Coping and Strain // Consulting Psychology J.: Practice and Research. 1999. Vol. 51, N 2. P. 83–94. DOI: <https://doi.org/10.1037/1061-4087.51.2.83>
20. Maddi S.R., Harvey R.H., Khoshiba D.M., et al. The Personality Construct of Hardiness, III: Relationships with Repression, Innovativeness, Authoritarianism, and Performance // J. Pers. 2006. Vol. 74, N 2. P. 575–597. DOI: [10.1111/j.1467-6494.2006.00385.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2006.00385.x)
21. Masten A.S., Powell J.L. A Resilience Framework for Research, Policy, and Practice // Resilience and Vulnerabilities: Adaptation in the Context of Childhood Adversities / Ed. S.S. Luthar. New York: Cambridge University Press, 2003. P. 1–25. DOI: <https://doi.org/10.1017/CBO9780511615788.003>
22. Mendenhall E., Singer M. What Constitutes a Syndemic? Methods, Contexts, and Framing From 2019 // Curr. Opin. HIV AIDS. 2020. Vol. 15, N 4. P. 213–217. DOI: [10.1097/COH.0000000000000628](https://doi.org/10.1097/COH.0000000000000628)
23. Singer M., Bulled N., Ostrach B. Whither Syndemics? Trends in Syndemics Research, a Review 2015–2019 // Glob. Public Health. 2020. Vol. 15, N 7. P. 943–955. DOI: [10.1080/17441692.2020.1724317](https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1724317)
24. Wang X., Wong J.Y., Zhai L., et al. To Approach or to Avoid? Motivation Differentially Mediates the Effect of Hardiness on Depressive Symptoms in Chinese Military Personnel // Biomed. Res. Int. 2019. N 2019: 7589275. DOI: [10.1155/2019/7589275](https://doi.org/10.1155/2019/7589275)

Поступила 27.06.2023

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

**Участие авторов:** И.М. Улюкин – планирование и обобщение полученных результатов, редактирование окончательного варианта статьи; Е.С. Орлова, А.А. Сечин – сбор эмпирического материала, подготовка первого варианта статьи; С.Г. Григорьев, Е.С. Орлова – обработка результатов, связанных с публикацией статьи.

**Для цитирования:** Улюкин И.М., Григорьев С.Г., Орлова Е.С., Сечин А.А. Жизнестойкость лиц молодого возраста в условиях синдемии социально значимых заболеваний // Вестник психотерапии. 2023. № 87. С. 72–80. DOI: [10.25016/2782-652X-2023-0-87-72-80](https://doi.org/10.25016/2782-652X-2023-0-87-72-80)

I.M. Ulyukin, S.G. Grigoriev, E.S. Orlova, A.A. Sechin

### Young age persons' hardiness under the conditions of socially significant diseases' syndemia

Kirov Military Medical Academy (6, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia)

✉ Igor' Mikhailovich Ulyukin – PhD Med. Sci., Research Associate, Kirov Military Medical Academy (6, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia), ORCID: 0000-0001-8911-4458, e-mail: [igor\\_ulyukin@mail.ru](mailto:igor_ulyukin@mail.ru);

Stepan Grigor'evich Grigoriev – Dr. Med. Sci., Senior Research Associate, Kirov Military Medical Academy (6, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia), ORCID: 0000-0003-1095-1216; e-mail: [gsg\\_rj@mail.ru](mailto:gsg_rj@mail.ru);

Elena Stanislavovna Orlova – PhD Med. Sci., Senior Research Associate, Kirov Military Medical Academy (6, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia), ORCID: 0000-0003-1586-6635, e-mail: [oes17@yandex.ru](mailto:oes17@yandex.ru)

Aleksei Aleksandrovich Sechin – Head of the research laboratory, Kirov Military Medical Academy (6, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia), ORCID: 0000-0001-6832-6988, e-mail: [sechinalex@rambler.ru](mailto:sechinalex@rambler.ru).

### Abstract

**Relevance.** It is known that in the modern world individuals constantly encounter various difficulties of a social, material, personal and interpersonal nature. Instability in the sphere of economy, politics and culture, the difficult epidemiological situation in the world associated with the spread, in particular, of a new coronavirus infection, have a direct impact on the physical, mental and moral state of the individual, and highly developed technologies, mobile communications accelerate the pace of life, making it information richer and at the same time emotionally intense.

Under these conditions, the relevance of studying the issues of resilience is obvious, which, according to various sources, is a determining factor in maintaining health and improving the performance of an individual under any stressful conditions.

*Intention* – to assess the hardiness of young people in a conflict situation (the conditions of a syndemic of socially significant diseases) in order to optimize their medical and psychological support.

*Methodology.* An experimental psychological study was performed in 500 young people (men / group «M» – 305 people / 66.67 %; women / group «F» – 195 / 33.33 %; average age  $M = 20,49 \pm 1,85$ ,  $F = 19,24 \pm 1,22$  years,  $p < 0.05$ ) according to the Brief version of the hardiness test, which is a Russian-language adaptation of the English-language questionnaire «Hardiness Survey» [Maddi S., 2006], performed by E.N. Osin and E.I. Rasskazova [Osin E.N., Rasskazova E.I., 2013].

*Results and Discussion.* It was shown that according to the F-test data, there was no significant difference between the indicators of general hardiness in groups «M» and «F» ( $F = 0,08$  at  $p = 0,1$ ), although this indicator is slightly higher in women. The greatest value in both groups has the parameter «Involvement» (interpreted as a person's confidence in the possibility and importance of active participation in life events; this is essential in terms of conducting medical-psychological, preventive and other socially significant interventions), significantly higher in terms of compared with other indicators ( $p < 0.05$ ).

*Conclusion.* The study noted that in young people (both men and women) in the current socio-economic and epidemiological conditions, the main indicator of resilience is the «Involvement» parameter (as an internal setting of the person himself, which allows to reduce the effect of stressful influences; society in this case can serve as a support for resilience, helping and inspiring a person).

**Keywords:** clinical psychology, young people, socio-economic and epidemiological conditions, Short version of the hardiness test, medical and psychological support.

## References

1. Vodyakha S.A., Vodyakha Yu.E., Ryabova Yu.A. Hardiness of Creative Students. *Pedagogical Education in Russia*. 2020; 4: 35–40. DOI: 10.26170/po20-04-04 (In Russ.)
2. Galiev R.R. Research review of personality resilience. *Society: Sociology, Psychology, Pedagogics*. 2022; 1; 129–133. DOI: <https://doi.org/10.24158/spp.2022.1.16> (In Russ.)
3. Greenhalgh T. *Fundamentals of evidence-based medicine*. Moscow: GEOTAR-Media Publ. House, 2019. 336 p. (In Russ.)
4. Evseenkova E.V. Hardiness in Pandemic Conditions. *Herald of Omsk University. Series "Psychology"*. 2021; 4: 20–26. DOI: 10.24147/2410-6364.2021.4.20-26 (In Russ.)
5. Kornilova T.V. Modern foreign studies of the phenomenon of hardiness. *Vestnik of Kostroma State University. Series "Pedagogy. Psychology. Sociokinetics"*. 2020; 26 (4): 223–229. DOI <https://doi.org/10.34216/2073-1426-2020-26-4-223-229> (In Russ.)
6. Mandrikova, E.Yu. *Lichnostnyj potencial v organizacionnom kontekste [Personal potential in an organizational context] // Lichnostnyj potencial: struktura i diagnostika [Personal potential: structure and diagnostics] / D.A. Leontiev (Ed).* Moskva: Smysl Publ. House, 2011. P. 469–490. (In Russ.)
7. Oganessian T.D. The Right to Personal Data Protection: Historical Aspect and Modern Conceptualization in the Age of Big Data. *J. of Foreign Legislation and Comparative Law*, 2020; 2: 48–63. DOI: 10.12737/jflcl.2020.010 (In Russ.)
8. Osin E. Faktornaya struktura kratkoy versii Testa zhiznestoykosti [Factor structure of the short version of the Test of hardiness]. *Organizational Psychology*. 2013; 3: 42–60 (In Russ.)
9. Osin E.N., Rasskazova E.I. Kratkaya versiya testa zhiznestoikosti: psikhometricheskie kharakteristiki i primeneniye v organizatsionnom kontekste [A short version of the viability test: psychometric characteristics and application in the organizational context]. *Vestnik Moskovskogo universiteta Ser. 14 «Psikhologiya» [The Moscow University Herald. Series 14 "Psychology"]*. 2013; 2: 147–165. (In Russ.)
10. Pokalchuk E.V., Vorobieva C.I. Vitality as a subject characteristic of personality. *International J. of Humanities and Natural Sciences*. 2022; 5-1 (68): 158–164. DOI: 10.24412/2500-1000-2022-5-1-158-164 (In Russ.)
11. Postnikova M.I. Characteristics of Youth Viability. *Nauchnyy dialog [Scientific dialogue]*. 2016; 1 (49): 298–310. (In Russ.)
12. Rasskazova E.I., Leontiev D.A. *Zhiznestojkost' kak sostavljajushchaja lichnostnogo potenciala [Hardiness as a component of personal potential] // In: D.A. Leontiev (Ed). Lichnostnyj potencial: struktura i diagnostika [Personal potential: structure and diagnostics]*. Moskva: Smysl Publ. House, 2011. P. 178–209. (In Russ.)

13. Supotnitsky M.V. *COVID-19: a difficult test for humanity*. Moscow: Russian panorama Publ. House, 2022. 256 p. (In Russ.)
14. Titova O.I. The relationship of gender and hardiness in social interaction. *Bulletin of the Moscow Region State University. Series "Psychology"*. 2021; 2: 111–126. DOI: 10.18384/2310-7235-2021-2-111-126 (In Russ.)
15. Fedotova V.A. Determinants of hardiness among representatives of three generations in modern Russia. *Rossiiskii psikhologicheskii zhurnal (Russian Psychological J.)*. 2020; 17(1): 74–91. DOI: 10.21702/rpj.2020.1.6 (In Russ.)
16. Junkerov V.I., Grigoriev S.G., Rezvantsev M.V. *Mathematical and statistical processing of medical research data*. Saint Petersburg: VMA Publ. House, 2011. 318 p. (In Russ.)
17. Bartone P.T., McDonald K., Hansma B.J. Hardiness and Burnout in Adult U.S. Workers. *J. Occup. Environ. Med.* 2022; 64 (5): 397–402. DOI: 10.1097/JOM.0000000000002448
18. Gonzalez-Dolginko B. In the shadows of terror: A community neighboring the World Trade Center disaster uses art therapy to process trauma // *Art Therapy: J. of the American Art Therapy Association*. 2002. Vol. 19, Iss. 3. P. 120–122. DOI: 10.1080/07421656.2002.10129408
19. Maddi S. The Personality Construct of Hardiness: Effects on Experiencing, Coping and Strain. *Consulting Psychology J.: Practice and Research*. 1999; 51 (2): 83–94. DOI: <https://doi.org/10.1037/1061-4087.51.2.83>
20. Maddi S.R., Harvey R.H., Khoshaba D.M., et al. The personality construct of hardiness, III: Relationships with repression, innovativeness, authoritarianism, and performance. *J. Pers.* 2006; 74 (2): 575–597. DOI: 10.1111/j.1467-6494.2006.00385.x
21. Masten A.S., Powell J.L. *A resilience framework for research, policy, and practice* // Resilience and vulnerabilities: Adaptation in the context of childhood adversities / Ed. S.S. Luthar. New York: Cambridge University Press, 2003. P. 1–25. DOI: <https://doi.org/10.1017/CBO9780511615788.003>
22. Mendenhall E., Singer M. What constitutes a syndemic? Methods, contexts, and framing from 2019. *Curr. Opin. HIV AIDS*. 2020; 15 (4): 213–217. DOI: 10.1097/COH.0000000000000628
23. Singer M., Bulled N., Ostrach B. Whither syndemics? Trends in syndemics research, a review 2015–2019. *Glob. Public Health*. 2020; 15 (7): 943–955. DOI: 10.1080/17441692.2020.1724317
24. Wang X., Wong J.Y., Zhai L., et al. To Approach or to Avoid? Motivation Differentially Mediates the Effect of Hardiness on Depressive Symptoms in Chinese Military Personnel. *Biomed. Res. Int.* 2019;2019:7589275. DOI: 10.1155/2019/7589275

---

Received 27.06.2023

**For citing:** Ulyukin I.M., Grigor'ev S.G., Orlova E.S., Sechin A.A. ZHiznestojkost' lits molodogo vozrasta v usloviyakh sindemii sotsial'no znachimykh zabolevanij. *Vestnik psikhoterapii*. 2023; (87): 72–80. (In Russ.)

Ulyukin I.M., Grigoriev S.G., Orlova E.S., Sechin A.A. Young age persons' hardiness under the conditions of socially significant diseases' syndemia. *Bulletin of Psychotherapy*. 2023; (87): 72–80. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-87-72-80

---

И.А. Рознова

## ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЦ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА С ТИПОМ ЛИЧНОСТИ D

Ленинградский государственный университет им. А.С. Пушкина  
(Россия, Санкт-Петербург, г. Пушкин, Петербургское шоссе, д. 10)

**Актуальность.** По данным ВОЗ о ведущих причинах смертности и инвалидности во всем мире за период 2000–2019 гг., болезни сердца остаются лидирующей причиной смертности во всем мире уже 20 лет. Тип личности D относится к хроническим психосоциальным факторам риска, ассоциируется со снижением качества жизни, рекомендован для скрининга пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями [6]. Изучение особенностей проявления типа личности D среди лиц юношеского возраста направлено на раннее выявление и предотвращение возникновения заболеваний сердечно-сосудистой системы.

**Цель** – изучение индивидуально-психологических особенностей лиц юношеского возраста с типом личности D.

**Методология.** Обследовано 50 лиц юношеского возраста. 1-ю группу составили 27 человек, отнесенные к типу личности D (средний возраст = 19,5 лет), 2-ю группу – 23 человека, обучающихся в высшем учебном заведении, без признаков типа личности D. Использовался метод тестирования со следующими методиками: многоуровневый личностный опросник (МЛО) «Адаптивность», опросник «14-пунктовая шкала выявления личностного типа D» (J. Denollet), авторская анкета «Реакция обиды» (И.А. Лелякова), авторская анкета «Вегетозы» (Москалик Ю.В.).

**Результаты и их анализ.** Совокупность полученных данных позволяет говорить о том, что особенности выявленного личностного типа нарушают процесс адаптации, хронизируют нервно-психическое напряжение, которое проявляется различными поведенческими аномалиями с возможным развитием соматических заболеваний.

**Заключение.** Анализ и изучение индивидуально-психологических особенностей лиц юношеского возраста с типом личности D позволит повысить эффективность профилактических мероприятий и психокоррекции заболеваний сердечно-сосудистой системы.

**Ключевые слова:** юношеский возраст, индивидуально-психологические особенности, тип личности D, сердечно-сосудистые заболевания.

### Введение

По данным ВОЗ о ведущих причинах смертности и инвалидности во всем мире за период 2000–2019 гг., болезни сердца остаются лидирующей причиной смертности во всем мире уже 20 лет. Тем не менее никогда они не уносили так много жизней, как сегодня. С 2000 г. число случаев смерти от сердечно-

сосудистых заболеваний возросло более чем на 2 млн и в 2019 г. достигло почти 9 млн. На долю болезней сердца сегодня приходится 16% всех случаев смерти в мире. Приведенные данные со всей очевидностью демонстрируют необходимость повышения глобального внимания к проблеме профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний [1].

---

✉ Рознова Ирина Александровна – аспирант, ассистент каф. психофизиологии и клинич. психологии, Ленинградский гос. ун-т им. А.С. Пушкина (Россия, 196605, Санкт-Петербург, г. Пушкин, Петербургское шоссе, д. 10), e-mail: MiLedi-15@inbox.ru



В рамках современных исследований в области медицинской психологии одной из ключевых теоретических и практических проблем является соотношение нормы и патологии в период предболезни. Хроническое нервно-психическое напряжение, сформировавшееся в результате негативных переживаний, по праву считаются основой, на которой базируется состояние предболезни. Эмоции человека выполняют важную адаптивную функцию, определяя в каждом конкретном случае целесообразность и интенсивность взаимоотношений с окружающим миром. В то же время при крайней степени интенсивности или продолжительности эмоционального переживания эмоции могут, нарушая гомеостатическое равновесие, играть дезадаптивную роль [5]. В медицинской психологии существует понятие личности типа D, которое подразумевает преобладание таких черт, как раздражительность, тревожность, неуверенность в себе, склонность к частым обидам и длительному переживанию негативных эмоций [4].

В соответствии с данными исследований (Denollet J., Schiffer A.A., Spek V., 2010) выявлено устойчивое наличие связи личности типа D с ишемической болезнью сердца (ИБС) [8]. В публикациях L. Scherwitz и соавт., Y. van Gestel и соавт., L. Sher (2005) приводятся наблюдения о взаимосвязи личности типа D с депрессивными симптомами и тревогой.

В Российском многоцентровом исследовании КОМЕТА 2016–2017 гг. у амбулаторных больных с наличием артериальной гипертензии (АГ) (в т.ч. в сочетании с ИБС) показано, что частота встречаемости типа личности D среди них составила 37,6 %. При этом тип личности D был более характерен для пациентов с сочетанием АГ и ИБС по сравнению с изолированной АГ (41,2 % vs 35,8 % соответственно;  $p < 0,01$ ). При типе личности D у больных стабильной ИБС перед коронарным шунтированием чаще выявляли мультифокальный атеросклероз, а в когорте исследования ЭССЕ-РФ в Кемеровской области с типом личности D было ассоциировано более частое выявление каль-

циноза коронарных артерий и метаболического синдрома. Наряду с подтверждением для российской популяции ассоциации типа личности D с низкой физической активностью и низкой приверженностью медикаментозной терапии, это может служить дополнительным объяснением неблагоприятного влияния типа личности D на прогноз заболевания [6].

Личность типа D подавляет гнев, цинизм (скептицизм), недоверчивость и враждебность. Такое подавление способствует накоплению аффектов, формированию дисфории, что чаще всего проявляется в сложных межперсональных взаимоотношениях, в основе которых лежат различного рода обиды [7].

Переживания обид в детском и юношеском возрастах способствуют формированию вегетативной дисфункции ВНС («вегетозов»), так называемых соматоформных вегетативных дисфункций (F45.3., МКБ-10), т.е. тех заболеваний, которые ранее имели наименования «НЦД по гипертоническому и кардиальному типу», «Вегетососудистые дистонии» и др. [3].

Цель исследования – изучение индивидуально-психологических особенностей лиц юношеского возраста с типом личности D.

## Материалы и методы

В качестве объекта исследования были приняты лица юношеского возраста. 1-я группа (основная) – 27 человек, отнесенные к типу личности D; средний возраст – 19,5 лет. В качестве 2-й (контрольной) группы были обследованы 23 человека, обучающихся в высшем учебном заведении, без признаков типа личности D.

Разделение обследуемых лиц на 1-ю и 2-ю группы осуществлено по результатам пройденной ими методики «14-пунктовая шкала выявления личностного типа D». Обследуемые, получившие 10 и более баллов по шкалам данной методике (негативной аффективности и социальной ингибированности), были отнесены к 1-й группе. Набравшие меньше 9 баллов и менее по каждой из шкал

методики – ко 2-й группе. Распределение проведено согласно интерпретации данной методики.

Исследование проводилось с помощью пакета диагностических методик, куда вошли: многоуровневый личностный опросник (МЛО) «Адаптивность», опросник «14-пунктовая шкала выявления личностного типа D» (J. Denollet), авторская анкета «Реакция обиды» (И.А. Леякова, 2014 г.) [2], авторская анкета «Вегетозы» (Москалик Ю.В., 2019 г.) [3].

### Результаты и их анализ

Анализ личностно-типологических характеристик респондентов 1-й группы (1-й уровень методики МЛО «Адаптивность») позволил установить, что данные лица отличаются преобладанием депрессивных и психастенических черт личности (шкалы D и Pt). В несколько меньшей степени им свойственны шизоидные и психопатические черты (шкалы Sc и Pd). Полученный в ходе исследования профиль личности респондентов с личностным типом D (рис. 1) позволяет охарактеризовать представителей 1-й группы как чрезмерно тревожных и осторожных, склонных к проявлению гипертрофированной потребности в положительной оценке со стороны социального окружения, фиксированных на внутриличностных проблемах. Также респонденты склонны к чрезмерной фиксации на состоянии собственного организма и «угрожающих» сигналах в окружении,

к беспричинному возникновению ощущения напряженности, беспокойства, неудовлетворенности собой и своим положением, недоверия и настороженности. Однако возможны проявления импульсивности и театральности поведения. Эмоциональное напряжение лиц юношеского возраста с типом личности D при неудовлетворении какой-либо потребности отражается в их поведении при взаимодействии с окружающими, но они отрицают наличие расхождений во взглядах с окружением. В неконтролируемых ситуациях возможна манифестация асоциальных поступков. Трудлюбивы и настойчивы в достижении цели. Ревностно отстаивают свои интересы и планы, подозрительны и обидчивы, склонны к недопустимо длительному обдумыванию предстоящих действий и перестраховке. Отличаются некоторой замкнутостью и дистанцированностью, склонны к ограничению социальных контактов.

Именно достаточно высокие баллы, полученные в 1-й группе лиц юношеского возраста с типом личности D по шкале «Коррекция» (шкала K), свидетельствуют о том, что данные респонденты склонны к чрезмерной осторожности, самоконтролю и желанию показать себя «в лучшем свете».

В результате сравнительного анализа показателей по методике МЛО «Адаптивность» были получены значимые различия, подтверждающие личностный профиль респондентов 1-й группы. Установлено, что для них характерен низкий уровень поведенче-

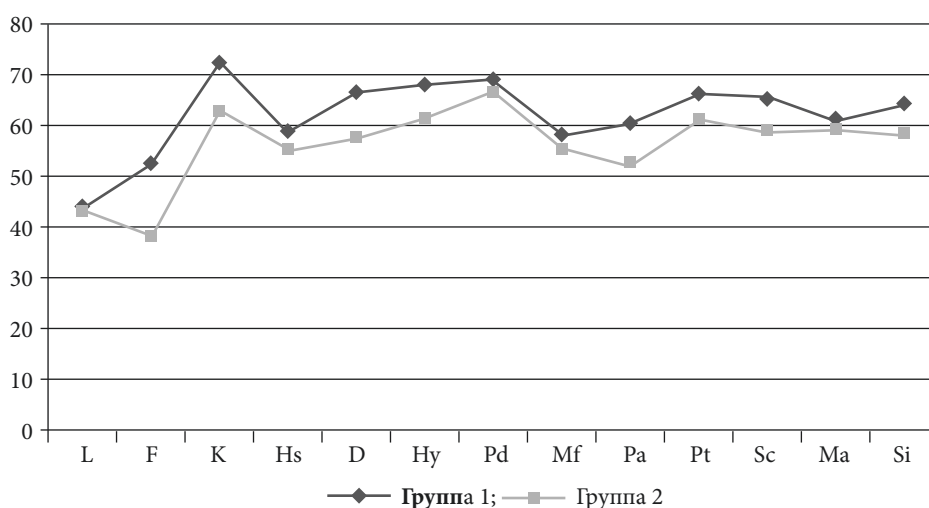


Рис. 1. Профили личности респондентов юношеского возраста 1-й и 2-й групп

Таблица 1

**Сравнительный анализ показателей по авторской анкете «Вегетозы»**

Методика «Вегетозы»	1-я группа (n = 27)		2-я группа (n = 23)		t-критерий Стьюдента	P
	M ± m	σ	M ± m	σ		
Шкала 1	38 ± 2,5	13	30 ± 2,1	10,4	2,45	p < 0,01
Сумма	94,51 ± 6,69	34,78	77,08 ± 6,34	30,44	1,88	p < 0,1

Примечание: в таблице приведены только значения шкал с достоверными различиями.

Таблица 2

**Сравнительный анализ по методике «14-пунктовая шкала выявления личностного типа D»**

Шкалы методики «Тип D»	1-я группа (n = 27)		2-я группа (n = 23)		t-критерий Стьюдента	P
	M ± m	σ	M ± m	σ		
Негативная аффективность	16,48 ± 0,88	4,59	9,43 ± 0,98	4,72	5,32	p < 0,001
Социальная ингибированность	13,12 ± 1,80	4,87	18,14 ± 0,93	2,31	10,07	p < 0,001

Примечание: в таблице приведены только значения шкал с достоверными различиями.

ской регуляции на уровне тенденции (при  $p < 0,1$ ), также они отличаются более выраженными признаками нервно-психической неустойчивости. Это находит свое выражение в достоверно более отчетливых проявлениях астено-депрессивных и психастенических реакций (D и Pt при  $p < 0,05$ ), склонности к обидчивости и излишней фиксации на внешних и внутренних раздражителях (Pa при  $p < 0,05$ ). Кроме того, у респондентов 1-й группы отмечено наличие склонности к импульсивным и аффективным реакциям (Pd при  $p < 0,05$ ).

По результатам сравнительного анализа были получены значимые различия по показателям шкалы 1 и шкалы «Сумма» авторской анкеты «Вегетозы» у лиц 1-й и 2-й групп, которые отражены в табл. 1. Респонденты 1-й группы имеют более выраженный показатель проявления вегетативной дисфункции, чем респонденты 2-й группы (при  $p < 0,1$ ), они также наиболее склонны к невротическим и поведенческим проявлениям в связи с состоянием своего здоровья. При утомлении или после болезни возможно формирование стойких опасений в отношении своего самочувствия.

Одновременно в ходе математико-статистической обработки были получены значимые различия по шкалам «Негативная

аффективность» и «Социальное ингибирование» методики «14-пунктовая шкала выявления личностного типа D» (табл. 2). Полученные результаты свидетельствуют, что респонденты 1-й группы наиболее склонны к негативной аффективности и социальному ингибированию (при  $p < 0,001$ ) – возникновению отрицательных эмоций в разных ситуациях и их длительному сохранению на протяжении долгого времени (всей жизни). Негативная аффективность перекликается с невротизацией и тревожностью и включает субъективное чувство напряженности, волнения, тревоги, гнева, грусти. Имеется тенденция к подавлению проявлений эмоций или поведения в межличностных взаимодействиях с целью избегания осуждения со стороны окружающих.

В результате корреляционного анализа (табл. 3) показателей шкал психодиагностических методик в 1-й группе были обнаружены взаимосвязи на достоверном уровне с такими шкалами 1-го уровня методики МЛО «Адаптивность», как шкала коррекции, шкала паранойяльности, шкала надежности (при  $p < 0,05$ ) и шкала шизоидности (при  $p < 0,01$ ), которые также коррелируют со шкалами авторской анкеты «Вегетозы» и интегральным показателем авторской анкеты «Реакции обид» (при  $p < 0,01$ ), а также шка-

Таблица 3

## Корреляционные связи в 1-й группе

Показатели	Реакции обиды	Вегетозы	Шкала «Негативная аффективность» («14-пунктовая шкала... типа D»)	Шкала «Социальная ингибированность» («14-пунктовая шкала... типа D»)
Шкала ЛАП МЛО «Адаптивность»		$p < 0,01$	$p < 0,05$	$p < 0,05$
Шкала ПР МЛО «Адаптивность»		$p < 0,01$	$p < 0,05$	$p < 0,05$
Шкала МН МЛО «Адаптивность»		$p < 0,05$	$p < 0,05$ (обратная связь)	$p < 0,05$ (обратная связь)
Шкала F МЛО «Адаптивность»	$p < 0,05$	$p < 0,05$	$p < 0,01$	$p < 0,01$
Шкала К МЛО «Адаптивность»	$p < 0,05$	$p < 0,05$	$p < 0,01$	$p < 0,01$
Шкала Ра МЛО «Адаптивность»	$p < 0,05$	$p < 0,05$	$p < 0,01$	$p < 0,01$
Шкала Sc МЛО «Адаптивность»	$p < 0,01$	$p < 0,01$	$p < 0,01$	$p < 0,01$

Примечание: в таблице приведены только значения шкал с достоверными различиями.

лами опросника «14-пунктовая шкала выявления личностного типа D» (при  $p < 0,01$ ). То есть респонденты 1-й группы отличаются высоким самоконтролем, имеется тенденция оценивать себя с позиции окружающих людей, желание показать себя «в лучшем свете». В оценке окружающих более ориентированы на свои внутренние критерии. Возможно, излишне самокритичны. В сфере эмоциональных переживаний отличаются постепенным накоплением аффекта. Достоверная взаимосвязь шкалы шизоидности с авторской анкетой «Реакции обиды» (при  $p < 0,01$ ) свидетельствует о том, что данная группа лиц отличается злопамятностью, упрямством, возможно, обидчивостью до озлобленности, замкнутостью, неловкостью в социальных контактах.

В данной выборке было выявлено, что повышение по шкалам ЛАП и ПР достоверно коррелирует с шкалами опросника «14-пунктовая шкала выявления личностного типа D» (при  $p < 0,05$ ), также установлена обратная связь с шкалой МН (при  $p < 0,05$ ). Данные шкалы 3-го и 4-го уровня методики МЛО «Адаптивность» имеют сильную прямую связь с авторской анкетой «Вегетозы» (ЛАП

при  $p < 0,01$ , ПР при  $p < 0,01$  и МН  $p < 0,05$ ). Таким образом, можно сделать вывод, что респонденты 1-й группы имеют признаки пограничного психического состояния, низкую нервно-психическую устойчивость. То есть чем ниже уровень личностного адаптационного потенциала, тем более выражены негативная аффективность и социальная ингибированность, склонность к невротическим поведенческим реакциям в различных ситуациях, что усложняет процесс адаптации и социализации (обратная достоверная связь со шкалой моральной нормативности) и может выступать основой для возникновения вегетативной дисфункции по кардиологическому типу.

## Заключение

Совокупность полученных данных позволяет говорить о том, что особенности личностного типа D нарушают процесс адаптации, хронизируют нервно-психическое напряжение, которое проявляется различными поведенческими аномалиями и возможным развитием соматических заболеваний. Особенности внутриличностных и межпер-



сональных конфликтов у юношей с типом личности D обусловлены реакциями обиды, которые направлены на следующие сферы: «Семейные взаимоотношения», «В процессе образовательной деятельности», «Межперсональные конфликты в бытовых ситуациях». Причины ответных реакций обиды были связаны с противодействием (или запретами) со стороны референтных лиц либо с явным или

мнимым ущемлением чувства собственного достоинства, а также с неоправдавшимися ожиданиями или представлениями.

Анализ и изучение индивидуально-психологических особенности лиц юношеского возраста с типом личности D позволит повысить эффективность профилактических мероприятий и психокоррекции заболеваний сердечно-сосудистой системы.

### Литература

1. Белялов Ф.И. Психосоматические аспекты ишемической болезни сердца // Кардиология. 2002. Т. 42. № 8. С. 63–67.
2. Попов В.И., Леякова И.А. Психологические особенности пациентов с поведением Типа D, находящихся на лечении в стационаре кардиологического профиля // Мат. Межотраслевой науч.-практ. конф. «Кораблестроение в XXI веке: состояние, проблемы, перспективы» ВОКОР. СПб., 2014. С. 161–162.
3. Подольская И.В., Рознова И.А., Кузина Р.Х. Психологические особенности пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы типа D разных возрастных категорий // Психофизиология профессионального здоровья человека: Мат. Всеросс. науч.-практ. конф., посвященной 25-летию кафедры военной психофизиологии Военно-медицинской академии, Санкт-Петербург, 30 ноября 2022 года / под ред. В.Н. Сысоева. СПб.: ВМедА, 2022. С. 132–137.
4. Соловьева С.Л., Николаев В.И. Индивидуальная норма как критерий оценки реакции на стресс // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. 2014. Т. 6. № 2. С. 97–100.
5. Сумин А.Н., Щеглова А.Н. Концепция типа личности D – это компонент в формировании персонифицированного подхода или прогностический фактор при лечении сердечно-сосудистых заболеваний? // Российский кардиологический журнал. 2020. Т. 25. № 9. С. 83–91. DOI 10.15829/1560-4071-2020-3996
6. Чермянин С.В., Рознова И.А., Москалик Ю.В. Индивидуально-психологические особенности лиц юношеского возраста с проявлениями дисфункции вегетативной нервной системы // Психология XXI века: Организация психологической службы в образовательных учреждениях: Мат. XV международной науч.-практ. конф. СПб.: ЛГУ им. А.С. Пушкина, 2019. С. 129–134.
7. Denollet J., Vaes J., Brutsaert D. L. In Adequate Response to Treatment in Coronary Heart Disease: Adverse Effects of Type D Personality and Younger Age on 5-year Prognosis and Quality of Life // Circulation. 2000; 102(6): 630–635. DOI: 10.1161/01.CIR.102.6.630
8. Denollet J., Schiffer A.A.J., Spek V.R.M. A General Propensity to Psychological Distress Affects Cardiovascular Outcomes Evidence from Research on the Type D (Distressed) Personality Profile // Circ. Cardiovasc. Qual. Outcomes. 2010; 3(5): 546–557. DOI: 10.1161/CIRCOUTCOMES.109.934406

---

Поступила 15.06.2023

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

**Для цитирования:** Рознова И.А. Индивидуально-психологические особенности лиц юношеского возраста с типом личности D // Вестник психотерапии. 2023. № 87. С. 81–88. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-87-81-88

---

I.A. Roznova

## Individual psychological characteristics of adolescents with Personality Type D

Pushkin State Leningrad University  
(10, Petersburg highway, Pushkin, St. Petersburg, Russia)

✉ Irina Alexandrovna Roznova – PhD Student, assistant of Department of psychophysiology and clinical psychology, Pushkin State Leningrad University (10, Petersburg highway, Pushkin, St. Petersburg, 196605, Russia), e-mail: MiLedi-15@inbox.ru

### Abstract

**Relevance.** According to WHO data on the leading causes of mortality and disability worldwide during the period from 2000 to 2019, heart diseases have remained the leading cause of death globally for 20 years. Type D personality is associated with chronic psychosocial risk factors and is linked to a reduced quality of life. It is recommended for screening patients with cardiovascular diseases [6]. The study of signs of manifestation of Personality Type D among adolescents is aimed at early detection and detection of the occurrence of diseases of the cardiovascular system.

**Intention** – research of individual psychological characteristics of adolescents with Personality Type D.

**Methodology.** 50 adolescents were examined. The 1st group consisted of 27 people classified as personality type D (mean age = 19.5 years), the 2nd group consisted of 23 people, also studying at a higher educational institution, without signs of personality type D. The testing method was employed using the following assessments: Multilevel Personality Questionnaire (MLO) “Adaptiveness”, Questionnaire “14-point scale for identifying personality type D” (J. Denollet), Author’s questionnaire “Reaction of insult” (I. A. Lelyakova), Author’s questionnaire “Vegetozy” (Moskalik Yu. IN.).

**Results and discussion.** The collected data as a whole allows us to conclude that the characteristics of the identified personality type disrupt the adaptation process, chronify neuro-mental tension, which manifests in various behavioral anomalies with the potential development of somatic illnesses.

**Conclusion.** The analysis and study of the individual psychological characteristics of young individuals with Type D personality can enhance the effectiveness of preventive measures and psychocorrection of cardiovascular diseases.

**Keywords:** adolescence, individual psychological characteristics, personality type D, cardiovascular disease.

### References

1. Beljalov F.I. Psihosomaticheskie aspekty ishemicheskoy bolezni serdca [Psychosomatic aspects of coronary heart disease]. *Kardiologiya* [Cardiology]. 2002; 42(8): 63–67. (In Russ.).
2. Popov V.I., Leljakova I.A. Psihologicheskie osobennosti pacientov s povedeniem Tipa D, nahodjashhihsja na lechenii v stacionare kardiologicheskogo profilja [Psychological characteristics of patients with Type D behavior treated in a cardiological hospital] *Korablestroenie v XXI veke: sostojanie, problemy, perspektivy* [Shipbuilding in the XXI study: state, problems, prospects]. Ed. A.V. Smurova, V.V. Chumakova. St. Petersburg, 2014. 192 p. (In Russ.).
3. Podol'skaja I.V., Roznova I.A., Kuzina R.H. Psihologicheskie osobennosti pacientov s zabolevanijami serdechno-sosudistoj sistemy tipa D raznyh vozrastnyh kategorij [Psychological characteristics of patients with diseases of the cardiovascular system type D of different age categories]. *Psihofiziologija professional'nogo zdorov'ja cheloveka* [Psychophysiology of professional human health]. Ed. V.N. Sysoev. St. Petersburg, 2022. P. 132–137. (In Russ.).
4. Solov'eva, S. L., Nikolaev V. I. Individual'naja norma kak kriterij ocenki reakcii na stress [Individual norm as a criterion for assessing the response to stress]. *Vestnik Severo-Zapadnogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta im. I.I. Mechnikova* [Bulletin of the North-Western State Medical University named after. I.I. Mechnikov] 2014; 6(2): 97–100. (In Russ.).

5. Sumin A.N., Shheglova A.N. Konceptija tipa lichnosti D – jeto komponent v formirovanii personificirovannogo podhoda ili prognosticheskij faktor pri lechenii serdechno-sosudistyh zabolevanij? [Is the concept of personality type D a component in the formation of a personalized approach or a prognostic factor in the treatment of cardiovascular diseases?]. *Rossiiskij kardiologicheskij zhurnal* [Russian Journal of Cardiology]. 2020; 25(9): 3996. DOI 10.15829/1560-4071-2020-3996. (In Russ.).
6. Chermjanin S.V., Roznova I.A., Moskalik Ju.V. Individual'no-psihologicheskie osobennosti lic junosheskogo vozrasta s projavlenijami disfunkcii vegetativnoj nervnoj sistemy [Individual psychological characteristics of adolescents with manifestations of dysfunction of the autonomic nervous system]. *Psihologija XXI veka: Organizacija psihologicheskoy sluzhby v obrazovatel'nyh uchrezhdenijah* [Psychology of the 21st century: Organization of psychological services in educational institutions] St. Petersburg, 2019. P. 129–134. (In Russ.).
7. Denollet J., Vaes J., Brutsaert D.L. In adequate response to treatment in coronary heart disease: adverse effects of type D personality and younger age on 5-year prognosis and quality of life. *Circulation*. 2000; 102(6): 630–635. DOI: 10.1161/01.CIR.102.6.630.
8. Denollet J., Schiffer A.A.J., Spek V.R.M. A general propensity to psychological distress affects cardiovascular outcomes evidence from research on the Type D (Distressed) Personality Profile. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2010; 3(5): 546–557. DOI: 10.1161/CIRCOUTCOMES.109.934406

---

Received 15.06.2023

**For citing:** Roznova I.A. Individual'no-psihologicheskie osobennosti lits yunosheskogo vozrasta s tipom lichnosti D. *Vestnik psikhoterapii*. 2023; (87):81–88. (In Russ.)

Roznova I.A. Individual psychological characteristics of adolescents with Personality Type D. *Bulletin of Psychotherapy*. 2023; (87):81–88. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-87-81-88

---

И.Ю. Кобозев

## ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ И ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ С РАЗЛИЧНЫМ СТАЖЕМ СЛУЖБЫ

Санкт-Петербургский университет МВД России  
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Летчика Пилютова, д. 1)

**Актуальность.** Статья посвящена обзору результатов исследования жизнестойкости как одного из важнейших личностно-профессиональных качеств и одной из существенных личностных особенностей сотрудников органов внутренних дел с различным стажем служебной деятельности. Проведенное исследование позволяет изучить, как меняются жизнестойкость и личностные качества сотрудников по мере увеличения стажа службы, и совершенствовать психологическую работу, ориентируясь на выявляемые негативные изменения.

**Цель** – изучение жизнестойкости и личностных особенностей сотрудников органов внутренних дел с различным стажем служебной деятельности.

**Методология.** Выделены три группы сотрудников: 1-я группа – со стажем службы до 1 года, 2-я группа – со стажем службы от 1 года до 5 лет и 3-я группа – со стажем службы свыше 5 лет.

**Объект.** Исследование жизнестойкости и личностных особенностей сотрудников органов внутренних дел с использованием тестов жизнестойкости С. Мадди в адаптации Д.А. Леонтьева и Е.И. Рассказовой и модифицированного индивидуально-типологического опросника Л.Н. Собчик.

**Результаты и их анализ.** На основе сравнительного анализа выявлены достоверные отличия показателей жизнестойкости и личностных особенностей сотрудников органов внутренних дел в выделенных группах по стажу службы. Отмечается рост жизнестойкости при достижении сотрудниками стажа службы свыше 1 года, формирование у них самостоятельности, независимости, стенических и личностных качеств при снижении чувствительности и способности к сопереживанию, конформности, увеличение агрессивности, указывающие на формирование признаков профессиональной деформации и профессионального выгорания.

**Заключение.** Полученные результаты позволяют более целенаправленно вести психологическую работу с сотрудниками органов внутренних дел с различным стажем служебной деятельности, с учетом изменения их жизнестойкости и личностных качеств.

**Ключевые слова:** жизнестойкость, вовлеченность, контроль, принятие риска, стаж службы, личностные качества, адаптация, служебная деятельность, профессиональная деформация, профессиональное выгорание, сотрудники органов внутренних дел.

### Введение

Понятие «жизнестойкость» было введено в психологию Сьюзен Кобейса и Сальваторе Мадди (Kobasa S.C, Maddi S.R.) [12, 13] в 70-х годах XX века и с того времени получило достаточно широкое распространение, что обусловлено его взаимосвязью со способ-

ностью личности к преодолению различных проблемных ситуаций, вызывающих стресс, в жизни и профессиональной деятельности.

Особую актуальность данное понятие приобретает в отношении сотрудников органов внутренних дел. Как показывают исследования ряда авторов (Богатырев С.В.



[1], Молчанова Л.Н. [4], Прякина М.В. [7, 8], Шихова А.П. [11], Солдатов В.А. [10] и др.), оперативно-служебная деятельность сотрудников органов внутренних дел очень стрессогенна и приводит к различным негативным последствиям для деятельности и личности.

Одним из личностных качеств, позволяющих снижать негативное воздействие стресса на деятельность и личность, является жизнестойкость. С точки зрения Д.А. Леонтьева и Е.И. Рассказовой [2], жизнестойкость является одной из устойчивых личностных характеристик и формируется сочетанием установок, направленных на противодействие стрессу и предотвращение дезадаптации личности.

В силу этого представляется актуальным с теоретической и практической позиций исследование жизнестойкости и других личностных качеств сотрудников органов внутренних дел с различным стажем служебной деятельности, что позволит совершенствовать психологическую работу по сопровождению их оперативно-служебной деятельности.

Целью настоящего исследования является изучение жизнестойкости и личностных качеств сотрудников органов внутренних дел с различным стажем служебной деятельности.

## Материал и методы

В ходе исследования были обследованы 90 сотрудников органов внутренних дел, разделенных на три подгруппы по стажу служ-

бы. В первую подгруппу вошли сотрудники со стажем службы до 1 года, во вторую – от 1 года до 5 лет и в третью – свыше 5 лет.

Для проведения эмпирического исследования были использованы следующие психодиагностические методики:

- тест жизнестойкости С. Мадди в адаптации Д.А. Леонтьева и Е.И. Рассказовой [2];
- модифицированный индивидуально-типологический опросник (ИТО) Л.Н. Собчик [9].

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием методов описательной статистики и сравнительного анализа (Т-критерий Стьюдента). Расчеты осуществлялись с помощью пакетов программ SPSS Statistics 21, Microsoft Excel 2016 [5–6].

## Результаты и их анализ

Результаты сравнительного анализа показателей теста жизнестойкости С. Мадди обследованных сотрудников органов внутренних дел представлены в табл. 1.

Как видно из представленных результатов, наиболее высокий уровень жизнестойкости отмечается у сотрудников 2-й группы (со стажем службы от 1 года до 5 лет), при стаже свыше 5 лет отмечается незначительное и статистически недостоверное, в пределах статистической погрешности, снижение жизнестойкости, тогда как минимальный уровень жизнестойкости выявлен у сотрудников 1-й группы (со стажем службы менее

Таблица 1

**Результаты сравнительного анализа показателей жизнестойкости сотрудников органов внутренних дел, ( $M \pm m$ )**

Название шкалы	1-я группа (до 1 года), n = 30	2-я группа (от 1 года до 5 лет), n = 30	3-я группа (свыше 5 лет), n = 30	p <
Вовлеченность	25,92 ± 1,43	30,62 ± 1,67	31,86 ± 1,71	p <sub>2-3</sub> 0,05 p <sub>2-4</sub> 0,01
Контроль	26,88 ± 1,23	33,15 ± 1,70	32,28 ± 2,35	p <sub>2-3</sub> 0,01 p <sub>2-4</sub> 0,05
Принятие риска	13,29 ± 1,38	18,90 ± 1,97	17,49 ± 1,57	p <sub>2-3</sub> 0,05 p <sub>2-4</sub> 0,05
Жизнестойкость	66,09 ± 1,59	82,67 ± 1,95	81,63 ± 2,34	p <sub>2-3</sub> 0,001 p <sub>2-4</sub> 0,001

Таблица 2

**Результаты сравнительного анализа показателей опросника ИТО  
сотрудников органов внутренних дел, (M ± m)**

Название шкал	1-я группа (до 1 года), n = 30	2-я группа (от 1 года до 5 лет), n = 30	3-я группа (свыше 5 лет), n = 30	p <
Спонтанность	5,63 ± 0,31	6,83 ± 0,30	6,87 ± 0,35	p <sub>2-3</sub> 0,01 p <sub>2-4</sub> 0,05
Агрессивность (стеничность)	4,87 ± 0,28	6,03 ± 0,42	6,93 ± 0,34	p <sub>2-3</sub> 0,05 p <sub>2-4</sub> 0,001
Сензитивность	5,53 ± 0,35	3,93 ± 0,38	3,87 ± 0,32	p <sub>2-3</sub> 0,01 p <sub>2-4</sub> 0,01
Лабильность	6,03 ± 0,35	4,67 ± 0,32	3,70 ± 0,35	p <sub>2-3</sub> 0,01 p <sub>2-4</sub> 0,001 p <sub>3-4</sub> 0,05
Лидерство*	5,67 ± 0,24	6,83 ± 0,32	6,80 ± 0,37	p <sub>2-3</sub> 0,01 p <sub>2-4</sub> 0,05
Конформность*	4,57 ± 0,29	3,67 ± 0,36	3,57 ± 0,31	p <sub>2-4</sub> 0,05

Примечание: \* – помечены дополнительные шкалы опросника

1 года), именно здесь отмечаются достоверные отличия с высоким уровнем значимости  $p < 0,001$ , по сравнению с двумя другими группами. Данный результат может объясняться преобладанием адаптационных процессов у сотрудников со стажем до 1 года, что снижает уровень их жизнестойкости по сравнению с сотрудниками, уже прошедшими период адаптации к профессиональной деятельности (см. табл. 1). В целом данный результат говорит о росте способности справляться со стрессом и сложными жизненными ситуациями по мере увеличения стажа службы, о формировании психологической устойчивости по отношению к стресс-факторам служебной деятельности.

Аналогичная картина наблюдается и по шкалам контроля и принятия риска: выявлены достоверные отличия их значений между 1-й группой сотрудников органов внутренних дел (со стажем службы до 1 года), 2-й и 3-й группами сотрудников (со стажем от 1 года до 5 лет и свыше 5 лет) (см. табл. 1). Данный результат указывает на формирование у сотрудников со стажем службы свыше 1 года убежденности в их способности управлять своей служебной деятельностью, ориентированности на способность справляться с возникающими сложностями и проблемами, готовности учиться на своих ошибках,

за счет которых приобретает новый жизненный и профессиональный опыт.

Несколько иная картина наблюдается по шкале вовлеченности: в данном случае также отмечается достоверный рост при сравнении группы сотрудников органов внутренних дел со стажем службы до 1 года с группами сотрудников со стажем от 1 года до 5 лет и свыше 5 лет (см. табл. 1). Вместе с тем здесь происходит дальнейший рост по абсолютно значимому значению вовлеченности при сравнении группы сотрудников со стажем службы от 1 года до 5 лет с группой со стажем свыше 5 лет. Таким образом, происходит постоянный рост вовлеченности по мере увеличения стажа службы, что указывает на все большую погруженность в служебную деятельность и рост чувства принадлежности к определенному сообществу профессионалов.

Далее нами сравнивались личностные качества сотрудников рассматриваемых трех групп, изученных с помощью модифицированного индивидуально-типологического опросника ИТО Л.Н. Собчик. Полученные статистически достоверные результаты сравнения показателей обследованных сотрудников представлены в табл. 2.

Достоверные различия были выявлены по четырем основным шкалам: «Спонтанность», «Агрессивность», «Сензитивность»,

«Лабильность» – и двум дополнительным: «Лидерство» и «Конформность».

По шкале «Спонтанность» выявлен достоверный рост при сравнении 1-й группы сотрудников (со стажем службы до 1 года) со 2-й и 3-й группами (со стажем от 1 года до 5 лет и свыше 5 лет), что указывает на рост самостоятельности сотрудников, способности брать на себя ответственность и действовать под влиянием собственных суждений по мере увеличения стажа службы (см. табл. 2). Данный результат вполне сочетается с ранее полученными данными и свидетельствует о неуверенности и несамостоятельности молодых сотрудников в период адаптации к служебной деятельности.

Аналогичная тенденция отмечается по шкале «Агрессивность»: достоверно выше результаты сотрудников из 2-й и 3-й групп (со стажем от 1 года до 5 лет и свыше 5 лет) при сравнении с сотрудниками со стажем менее 1 года (см. табл. 2). Соответственно, сотрудники со стажем службы менее 1 года демонстрируют меньшую активность, напористость, стремление к активной самореализации и отстаиванию своих интересов, тогда как по мере роста стажа службы данные качества развиваются, что зачастую может восприниматься окружающими как агрессивность, т.е. отмечается постоянный рост агрессивности и стеничных качеств личности у сотрудников органов внутренних дел по мере увеличения стажа службы, что можно также интерпретировать как формирование профессиональной деформации или профессионального выгорания.

При этом противоположные тенденции отмечаются по шкалам «Сензитивность» и «Лабильность»: показатели по ним достоверно ниже у сотрудников из 2-й и 3-й групп (со стажем от 1 года до 5 лет и свыше 5 лет) по сравнению с сотрудниками со стажем менее 1 года (см. табл. 2). То есть выявляется тенденция снижения чувствительности, впечатлительности и способности к сопереживанию, что делает сотрудников со стажем службы всего лишь более 1 года более черствыми и неспособными понимать переживания окружающих. Еще более интересный

результат отмечается при снижении показателей по шкале «Лабильность»: здесь выявлены достоверные отличия не только между 1-й и 2-й, 1-й и 3-й группами сотрудников, но и между 2-й и 3-й группами, что указывает на более существенное снижение лабильности, способности переключаться, изменчивости мотивации, настроения при росте субъективизма и инертности установок, что подтверждает данные, полученные по другим шкалам опросника ИТО, и указывает на формирование профессиональной деформации и профессионального выгорания.

Результаты, полученные по шкалам «Сензитивность» и «Лабильность» во многом подтверждаются и согласовываются с результатами по шкалам «Лидерство» и «Конформность» (см. табл. 2). В частности, по шкале «Лидерство» отмечается достоверный рост показателей при сравнении сотрудников 1-й группы (со стажем до 1 года) с сотрудниками 2-й группы (со стажем от 1 года до 5 лет) и с сотрудниками 3-й группы (со стажем свыше 5 лет). При этом значения показателей этой шкалы между 2-й и 3-й группами достоверно не отличаются, практически одинаковы. То есть при увеличении стажа службы свыше 1 года и после прохождения периода адаптации сотрудники органов внутренних дел становятся более самостоятельными в принятии решений, предприимчивыми, появляется стремление к доминированию над окружающими.

При этом достоверно снижаются показатели конформности при сравнении сотрудников 1-й группы (со стажем до 1 года) с сотрудниками 2-й группы (со стажем от 1 года до 5 лет) и с сотрудниками 3-й группы (со стажем свыше 5 лет), также не выявлено достоверных отличий показателей между 2-й и 3-й группами. Данный результат указывает на снижение стремления следовать традициям, обычаям и социальным нормам по завершении периода адаптации сотрудников органов внутренних дел к служебной деятельности, что также может свидетельствовать о формировании признаков профессиональной деформации и профессионального выгорания.

## Выводы

1. Сравнительный анализ жизнестойкости сотрудников органов внутренних дел с разным стажем служебной деятельности показал рост жизнестойкости в целом и ее компонентов по мере роста стажа службы, что свидетельствует о том, что после прохождения периода адаптации до 1 года службы отмечается увеличение стрессоустойчивости и психологической устойчивости в целом на основе включения в профессиональное сообщество, формирование чувства принадлежности к службе, развитие убежденности в способности контролировать возникающие сложности и проблемы и справляться с ними.

2. Изучение личностных особенностей сотрудников органов внутренних дел с разным стажем служебной деятельности показало, с одной стороны, формирование лидерских и стеничных качеств, самостоятельности и предприимчивости по мере прохождения периода адаптации и увеличения стажа службы, но, с другой стороны, при этом отмечаются и признаки профессиональной деформации и выгорания, выражающиеся в снижении способности к сопереживанию, росте агрессивности и субъективизма.

3. Анализ общих тенденций изменения жизнестойкости и личностных качеств сотрудников органов внутренних дел по мере роста стажа служебной деятельности позволил четко выделить практически по всем исследуемым показателям сотрудников со стажем до 1 года, обладающих сниженной жизнестойкостью и психологической устойчивостью, более чувствительных и конформных, проходящих период адаптации к служебной деятельности, и адаптированных сотрудников, со стажем службы свыше 1 года, способных самостоятельно принимать решения, выполнять служебные обязанности; при этом у последней категории сотрудников на фоне успешной адаптации к служебной деятельности отмечается формирование признаков профессионального выгорания и профессиональной деформации сразу же после окончания периода адаптации, достижения стажа службы более 1 года.

4. Полученные результаты могут быть использованы практическими психологами органов внутренних дел при организации психологического сопровождения сотрудников с разным стажем служебной деятельности.

## Литература

1. Богатырев С.В. Современные зарубежные и отечественные исследования эмоционального выгорания и стресса у сотрудников // Академическая мысль. 2020. № 4(13). С. 106–109.
2. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. М.: Смысл, 2006. 63 с.
3. Мальцева Т.В., Купцов А.А. Взаимосвязь механизмов психологической защиты и синдрома эмоционального выгорания у сотрудников полиции // Психопедагогика в правоохранительных органах. 2019. Т. 24. № 1(76). С. 74–79.
4. Молчанова Л.Н. Жизнестойкость как фактор устойчивости к психическому выгоранию представителей экстремальных профессий // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. 2015. N 4 (10) [Электронный ресурс]. URL: [http://medpsy.ru/climp/2015\\_4\\_10/article13.php/](http://medpsy.ru/climp/2015_4_10/article13.php/) (дата обращения: 25.07.2023).
5. Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных. СПб.: Речь, 2012. 392 с.
6. Некрасов С.Д. Математические методы в психологии (MS Excel): учеб. пособие. 3-е изд., испр. и доп. Краснодар: Кубанский гос. ун-т, 2014. 147 с.
7. Прякина М.В., Гончарова Н.А. Влияние психосоциальной профессиональной среды на эмоциональное выгорание сотрудников патрульно-постовой службы полиции // Российская девиантологическая панорама: теория и практика: материалы международной научно-практической конференции. Санкт-Петербургский университет Министерства внутренних дел Российской Федерации, 2022. С. 186–189.
8. Прякина М.В., Душкин А.С., Гончарова Н.А. [и др.] Эмоциональное выгорание сотрудников полиции: феноменология и профилактика // Прикладная психология и педагогика. 2021. Т. 6, № 4. С. 25–42.
9. Собчик Л.Н. Введение в психологию индивидуальности. М.: ИПП-ИСП, 2000. 512 с.



10. Солдатов В.И. Особенности и прогнозирование стресс-преодолевающего поведения в деятельности оперуполномоченных криминальной милиции МВД России: автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2009. 23 с.
11. Шихова А.П. Профессиональный стресс в деятельности сотрудников специализированных подразделений дознания органов внутренних дел: дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2009. 177 с.
12. Kobasa S.C, Maddi S.R. Existential Personality Theory // Current Personality Theory / R. Corsini (ed.). Itasca, IL: F.E. Peacock Publisher, 1977.
13. Kobasa S.C. Stressful Life Events, Personality and Health: An Inquiry into Hardiness // Journal of Personality and Social Psychology. 1979. Vol. 37. P. 1–11.

---

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

Поступила 31.07.2023

**Для цитирования.** Кобозев И.Ю. Жизнестойкость и личностные особенности сотрудников органов внутренних дел с различным стажем службы // Вестник психотерапии. 2023. № 87. С. 89–95. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-87-89-95

---

**I.Yu. Kobozev**

## **Hardiness and personal characteristics of employees of internal affairs bodies with different service experience**

St.Petersburg University of the Ministry of Internal Affairs of Russia  
(1, Pilot Pilyutova Str., St. Petersburg, Russia)

✉ Igor Yurievich Kobozev – Ph.D. Psychol. Sci., Associate Prof., Deputy Hand of the Department of Legal Psychology, St. Petersburg University of the Ministry of Internal Affairs of Russia (1, Pilot Pilyutova Str., St. Petersburg, 198206, Russia). e-mail: igorkobozev@yandex.ru

### **Abstract**

**Relevance.** The article is devoted to the review of the results of the study of hardiness, as one of the most important personal and professional qualities and personal characteristics of law enforcement officers with different length of service. The conducted research makes it possible to study how the hardiness and personal qualities of employees change as the length of service increases, to improve psychological work, focusing on the identified negative changes.

**Intention.** The purpose of this study is to investigate the hardiness and personal characteristics of law enforcement officers with different length of service.

**Methodology.** There are three groups of employees: group 1 with service experience up to 1 year, group 2 with service experience from 1 to 5 years, and group 3 with service experience over 5 years.

**Object.** Study of hardiness and personal characteristics of law enforcement officers using S. Maddi's hardiness tests, adapted by D.A. Leontiev and E.I. Narrative and modified individual typological questionnaire L.N. Sobchik.

**Results and Discussion.** On the basis of a comparative analysis, significant differences in the indicators of hardiness and personal characteristics of law enforcement officers in the selected groups by length of service were revealed. There is an increase in resilience when employees reach more than 1 year of service, the formation of independence, stoic and personal qualities in them with a decrease in sensitivity and ability to empathize, conformity, an increase in aggressiveness, indicating the formation of signs of professional deformation and professional burnout.

**Conclusion.** The results obtained allow us to conduct more purposeful psychological work with law enforcement officers with different length of service, taking into account changes in their resilience and personal qualities.

**Keywords:** hardiness, commitment, control, challenge, service experience, personal qualities, adaptation, professional activity, professional deformation, professional burnout, employees of internal affairs bodies.

### References

1. Bogatyrev S.V. Sovremennyye zarubezhnyye i otechestvennyye issledovaniya ehmtsional'nogo vygoraniya i stressa u sotrudnikov [Modern foreign and domestic research on emotional burnout and stress among employees]. *Akademicheskaya mysl'* [Academic thought]. 2020. 4(13): 106–109. (In Russ.)
2. Leontiev D.A., Rasskazova E.I. Test zhiznestojkosti [Hardiness test]. Moscow, 2006. 63 p. (In Russ.)
3. Maltseva T.V., Kuptsov A.A. Vzaimosvyaz' mekhanizmov psikhologicheskoy zashhity i sindroma ehmtsional'nogo vygoraniya u sotrudnikov politzii [The relationship between psychological defense mechanisms and burnout syndrome among police officers]. *Psikhopedagogika v pravookhranitel'nykh organakh* [Psychopedagogy in law enforcement agencies]. 2019. 24(1 (76)): 74–79. (In Russ.)
4. Molchanova L.N. Zhiznestojkost' kak faktor ustoychivosti k psikhicheskomu vygoraniyu predstaviteley ekstremal'nykh professiy [Vitality as a factor of resistance to mental burnout of representatives of extreme professions]. *Klinicheskaya i meditsinskaya psikhologiya: issledovaniya, obucheniye, praktika: elektron. nauch. zhurn.* [Clinical and medical psychology: research, training, practice: electron. scientific magazine]. 2015. 4(10) [Electronic resource]. URL: [http://medpsy.ru/climp\\_2015\\_4\\_10/article13.php/](http://medpsy.ru/climp_2015_4_10/article13.php/) (date of access: 07/25/2023). (In Russ.)
5. Nasledov A.D. Matematicheskiye metody psikhologicheskogo issledovaniya. Analiz i interpretatsiya dannykh [Mathematical methods of psychological research. Analysis and interpretation of data]. St. Petersburg: Rech, 2012. 392 p. (In Russ.)
6. Nekrasov S.D. Matematicheskiye metody v psikhologii (MS Excel): ucheb. posobiye [Mathematical methods in psychology (MS Excel): textbook. stipend]. Krasnoda, 2014. 147 p. (In Russ.)
7. Pryakhina M.V., Goncharova N.A. Vliyaniye psikhosotsial'noy professional'noy sredy na ehmtsional'noye vygoraniye sotrudnikov patrol'no-postovoy sluzhby politzii [Influence of the psychosocial professional environment on the emotional burnout of police patrol officers]. *Rossiyskaya deviantologicheskaya panorama: teoriya i praktika: Materialy mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii* [Russian deviantological panorama: theory and practice: Proceedings of the international scientific and practical conference]. St. Petersburg University of the Ministry of Internal Affairs of the Russian Federation, 2022. Pp. 186–189. (In Russ.)
8. Pryakhina M.V., Dushkin A.S., Goncharova N.A. [et al.] Ehmtsional'noye vygoraniye sotrudnikov politzii: fenomenologiya i profilaktika [Emotional burnout of police officers: phenomenology and prevention] // *Prikladnaya psikhologiya i pedagogika* [Applied Psychology and Pedagogy]. 2021. 6(4): 25–42. (In Russ.)
9. Sobchik L.N. Vvedeniye v psikhologiyu individual'nosti [Introduction to the psychology of individuality]. Moscow, 2000. 512 p. (In Russ.)
10. Soldatov V.I. Osobennosti i prognozirovaniye stress-preodolevayushchego povedeniya v deyatelnosti operupolnomochennykh kriminal'noy militsii MVD Rossii [Features and prediction of stress-overcoming behavior in the activities of detectives of the criminal police of the Ministry of Internal Affairs of Russia]: Abstract dissertation PhD psychol. Sci. St. Petersburg, 2009. 23 p. (In Russ.)
11. Shikhova A.P. Professional'nyy stress v deyatelnosti sotrudnikov spetsializirovannykh podrazdeleniy doznaniya organov vnutrennikh del [Professional stress in the activities of employees of specialized units of inquiry of internal affairs bodies]. Dissertation PhD psychol. Sci. St. Petersburg, 2009. 177 p. (In Russ.)
12. Kobasa S.C., Maddi S.R. Existential Personality Theory // *Current Personality Theory* / R. Corsini (ed.). Itasca, IL: F.E. Peacock Publisher, 1977.
13. Kobasa S.C. Stressful Life Events, Personality and Health: An Inquiry into Hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1979. (37): 1–11.

Received 31.07.2023

**For citing:** Kobozev I.Yu. ZHiznestojkost' i lichnostnye osobennosti sotrudnikov organov vnutrennikh del s razlichnym stazhem sluzhby. *Vestnik psikhoterapii*. 2023; (87): 89–95. (In Russ.)

Kobozev I.Yu. Hardiness and personal characteristics of employees of internal affairs bodies with different service experience. *Bulletin of Psychotherapy*. 2023; (87): 89–95. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-87-89-95

М.А. Круглова<sup>1</sup>, О.В. Леонтьев<sup>2</sup>, В.А. Круглов<sup>3</sup>, В.И. Ионцев<sup>3</sup>, О.А. Сапрунова<sup>3</sup>

## ДОМАШНЕЕ НАСИЛИЕ КАК ФАКТОР ДЕЗАДАПТАЦИИ ЖЕНЩИН

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

<sup>2</sup> Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины имени А.М. Никифорова МЧС России  
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2);

<sup>3</sup> Университет при МПА ЕврАзЭС (Россия, Санкт-Петербург, ул. Смоляčkова 14/1)

**Актуальность.** Проблема домашнего насилия до недавнего времени активно замалчивалась в обществе. Однако именно домашнее насилие является одной из причин суицидальных попыток, предпринимаемых женщинами. По статистике Forbes Woman, в 2021 году 75 % убитых женщин, погибли от домашнего насилия [3]. В то же время личный опыт насилия всегда является травматическим опытом как для жертвы, так и для насильника. В случае домашнего насилия ситуация осложняется тем, что существует необходимость поддерживать и сохранять непрерывную коммуникацию и межличностные отношения между жертвой и агрессором. Это может осложнять процесс развития личности и формирования ее адаптационных возможностей.

**Цель** – проанализировать влияние насилия в семье на особенности дезадаптации и формирование агрессивного поведения женщин – клиенток кризисных центров.

**Методология.** В исследовании приняли участие клиентки кризисных центров г. Санкт-Петербурга «Маленькая мама» и «Женщина в опасности» в возрасте от 18 до 48 лет, подвергавшиеся домашнему насилию, – всего 51 женщина. В рамках исследования применялись психологические, социологические и математико-статистические методы. Сбор данных проводился в форме очного индивидуального опроса.

**Результаты и их анализ.** Корреляционный, факторный и регрессионный анализ показали, что насилие, пережитое в детстве, оказывает значительное влияние на самовосприятие, дезадаптацию и развитие агрессивного поведения женщин во взрослой жизни. При этом психологическое насилие со стороны мужа оказывает существенное влияние на поведение женщин, перенесших насилие в детстве, актуализируя их подозрительность и негативизм. Это может приводить к обострению дезадаптивного поведения женщин, росту их агрессивности и, как следствие, усилению насилия в семейных отношениях.

**Заключение.** Проблема домашнего насилия требует глубокого психологического анализа и серьезного законодательного подхода, поскольку длительное нахождение личности в условиях постоянного насилия может приводить к крайне неблагоприятным последствиям, формируя дезадаптивное поведение и способствуя актуализации внутриличностных конфликтов.

**Ключевые слова:** домашнее насилие, виктимное поведение, агрессия, адаптация, дезадаптация, самовосприятие, конфликтное поведение.

---

✉ Круглова Марина Анатольевна – канд. психол. наук, доц., С.-Петерб. гос. ун-т (Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., 7–9), e-mail: marakruglova@mail.ru;

Леонтьев Олег Валентинович – д-р мед. наук, проф., Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2); e-mail: lov63@inbox.ru;

Круглов Владимир Анатольевич – канд. физико-математ. наук, Ун-т при МПА ЕврАзЭС (Россия, Санкт-Петербург, ул. Смоляčkова, д. 14/1), e-mail: vkruglov105@gmail.com;

Ионцев Вячеслав Игоревич – канд. мед. наук, Ун-т при МПА ЕврАзЭС (Россия, Санкт-Петербург, ул. Смоляčkова, д. 14/1);

Сапрунова Олеся Александровна – бакалавр 4-го курса, Ун-т при МПА ЕврАзЭС (Россия, Санкт-Петербург, ул. Смоляčkова, д. 14/1); e-mail: momoinu@mail.ru

## Введение

Проблема домашнего насилия достаточно остро стоит в большинстве стран мира. В 1962 году Генри Кемпе ввел научный термин «синдром избитого ребенка», с помощью которого он описал особенности маленьких детей, подвергшихся насилию со стороны родителей или опекунов. Именно эта работа послужила тому, что медицинское сообщество признало важную роль обнаружения физического насилия над детьми [5]. В то же время в обществе наблюдается тенденция, когда семья предпочитает замалчивать проблемы, «не вынося ссор из избы», что усложняет исследования, а декриминализация домашнего насилия не позволяет государственным органам своевременно получать актуальную информацию [4, 5].

Причины насилия почти всегда присутствуют на микроуровне. Они включают в себя способ воспитания детей, отношения между родителями, особенности организации семейной жизни. Домашнее насилие может являться следствием традиционного воспитания, когда агрессивное поведение рассматривается членами семьи как единственный способ решения проблем [4].

Домашнее насилие бывает различным, причем отдельный его акт может включать в себя сразу несколько видов. Выделяют четыре главных вида насилия [7]:

1. Физическое насилие – один из наиболее часто встречающихся видов насилия. Оно может выражаться в побоях, толчках, удушениях, ожогах, а также в использовании оружия. Только от этого вида насилия внутри семьи страдают около 30 % россиян. К примеру, по нашим данным за 2022 г., из 37 женщин, обратившихся за помощью в кризисный центр «Женщина в опасности», 25 человек (67 %) обратились из-за угрозы физического насилия внутри семьи.

2. Психологическое насилие – тот вид насилия, который может быть применен к любому члену семьи. Это могут быть как оскорбления, так и запугивания, шантаж или угроза, например: «Еще одно слово, и я тебя ударю». Этот вид достаточно часто встречается в семейно-бытовых ссорах.

3. Экономическое насилие. Очень часто с ним сталкиваются беременные или недавно родившие женщины, ведь они очень уязвимы в этот период времени. Им тяжелее устроиться на работу, соответственно, они экономически зависимы от своего партнера, который, понимая это, может манипулировать состоянием женщины. Также к экономическому насилию относится отбирание заработной платы одного из супругов. Такой вид насилия достаточно часто встречается в практике кризисных центров: женщины, которые туда обращаются, описывают ситуации, когда муж забирает всю зарплату жены, выделяя ей лишь малую часть и только на покупку продуктов.

4. Сексуальное насилие. К сексуальному насилию относятся не только принуждение к интимной связи, изнасилование, причинение боли своему партнеру и вреда его здоровью, но также привлечение третьих лиц и детей к половому акту и отказ от безопасного секса. Сексуальное насилие выражается и в вербальных оскорблениях, шантаже и угрозах.

Женщины, подвергающиеся домашнему насилию, довольно часто демонстрируют поведенческую модель, известную как «стокгольмский синдром» [9] или «синдром избиваемой женщины» [10]. Также у подвергающихся насилию женщин можно обнаружить признаки газлайтинга [8]. В то же время женщины, подвергавшиеся домашнему насилию, могут проявлять повышенную агрессивность, в частности в отношении своих близких [1].

Что касается дезадаптации, то современная психологическая наука рассматривает данное явление в качестве неадекватной реакции личности, которая компенсирует различные негативные психологические состояния, возникающие в ответ на стрессовую ситуацию. Как правило, дезадаптация обусловлена конфликтом между потребностями и возможностью их удовлетворения. Глубина данного конфликта определяется индивидуальными особенностями личности, а также условиями среды, в которой происходило формирование личности и осуществляется



ее функционирование [2]. Опасность заключается в том, что выбранная личностью копинг-стратегия в ответ на негативный опыт реального взаимодействия не всегда адекватна и может стать тем привычным и единственным способом совладания со стрессом, которым личность пользуется постоянно. Да, действительно, чаще всего происходит преодоление гнева, страха и других негативных эмоций, но при этом не решается реальная проблема [6]. Соответственно, дезадаптивные формы поведения замыкают «порочный круг» и ведут к различным личностным нарушениям. При этом домашнее насилие может лежать в основе различных форм дезадаптивного поведения, формирования внутриличностных конфликтов и, как следствие, нарушения гармоничного развития личности.

**Цель исследования** – проанализировать влияние насилия в семье на особенности дезадаптации и формирование агрессивного поведения женщин – клиенток кризисных центров.

## Материал и методы

Обследованы клиентки кризисных центров г. Санкт-Петербурга «Маленькая мама» (38 человек) и «Женщина в опасности» (13 человек), всего 51 женщина. Из них 16 человек (31,4 %) от 18 до 23 лет, 18 человек (35,3 %) от 24 до 30 лет, 17 человек (33,3 %) от 30 до 48 лет. Для сбора эмпирического материала использовались: анализ документов кризисных центров, стандартизированное интервью, опросник враждебности Басса – Дарки, тест межличностных отношений Лири.

Для статистического анализа полученных результатов использовались описательные статистики (среднее, стандартное отклонение, проценты); различия между группами определялись при помощи  $\chi^2$ -критерия (угловое преобразование) Фишера и U-критерия Манна – Уитни. Статистические связи между изучаемыми параметрами оценивались с помощью корреляционного анализа (ранговая корреляция Спирмена).

Проводился факторный и регрессионный анализ (метод линейной регрессии) с целью изучения влияния одних факторов на другие. Обработка статистических данных проводилась при помощи программ SPSS-20 и STATISTICA-6.0.

Анализ документов кризисных центров показал, что проблемы, с которыми клиентки обращаются в данные организации, практически идентичны и касаются различных видов насилия в семье. Статистически достоверных различий по количеству и сути обращений в разные кризисные центры обнаружено не было, поэтому анализ производился в целом по выборке.

Стандартизированное интервью включало 3 вопроса:

1. Применялось ли к Вам физическое насилие в детстве (шлепки, подзатыльники и др.)?

2. Применял ли Ваш супруг физическое насилие (шлепки, удары и др.)?

3. Применял ли Ваш супруг психологическое насилие (запугивание, угроза, шантаж)? Стандартизированное интервью применялось для фиксации различных фактов насилия, которым подвергались респондентки.

Опросник враждебности Басса – Дарки позволяет дифференцировать проявления агрессивности и враждебности и включает описание восьми реакций: физическая, вербальная, косвенная агрессия, раздражение, негативизм, обида, подозрительность, чувство вины. Данный опросник использовался нами для выявления дезадаптивных реакций в поведении респонденток.

Тест межличностных отношений Лири определяет представления испытуемых о себе и преобладающий у них тип отношений с окружающими людьми. В процессе анализа интерпретируется оценка реального «Я» и типы межличностных отношений (властный, независимый, агрессивный, недоверчивый, покорный, зависимый, сотрудничающий, великодушный), упорядоченные по восходящей интенсивности. Данный тест применялся для уточнения дезадаптивных поведенческих реакций, которые наиболее свойственны респонденткам.

## Результаты и их анализ

На основе результатов стандартизированного интервью женщины были разделены на две группы. 1-я группа – подвергавшиеся насилию в детском возрасте (35 человек); 2-я группа – не подвергавшиеся насилию в детском возрасте (16 человек). Было установлено, что в первой группе респонденток (подвергавшиеся насилию в детском возрасте) 40 % женщин регулярно подвергаются физическому насилию со стороны мужа и 68,6 % также регулярно подвергаются психологическому насилию со стороны мужа. У второй группы (не подвергавшиеся насилию в детском возрасте) лишь 5,6 % женщин, подвергаются физическому насилию со стороны мужа и 43,8 % подвергаются психологическому насилию со стороны мужа.

Расчет  $\phi$ -критерия (угловое преобразование) Фишера обнаружил статистически достоверные различия между данными группами респонденток по проявлению в отношении них насилия со стороны мужа на уровне тенденций ( $\phi_{\text{эмп}} = 1,69$  при  $\phi_{0,05} = 1,65$  и  $\phi_{\text{эмп}} = 1,70$  при  $\phi_{0,05} = 1,65$  соответственно). Таким образом, можно с определенной долей уверенности говорить о том, что женщины, подвергавшиеся насилию в детском возрасте, и во взрослых отношениях также подвергаются насильственным действиям разных видов чуть более часто, чем женщины, которые насилию в детском возрасте не подвергались.

Опросник враждебности Басса – Дарки позволил обнаружить, что в целом обе группы респонденток склонны к среднему уровню

проявления агрессивности: не стремятся использовать физическую силу против другого человека; стараются контролировать свои вербальные проявления, чтобы во взаимодействии не переходить на крик или оскорбления; опасаются спонтанных вспышек ярости, не злоупотребляют сплетнями и колкостями; практически не проявляют оппозиционные формы поведения. Данные особенности поведения респонденток способствуют нарастанию у них раздражения, которое готово «выплескиваться» на окружающих при малейшем возбуждении. При этом женщины постоянно чувствуют обиду, подспудно гnevаются на всех, включая саму себя, порой придумывая несуществующие страдания. Для обеих групп свойственна склонность к недоверию и осторожному отношению к окружающим людям, поскольку они убеждены, что другие намерены причинить им какой-либо вред. Женщины подозревают всех вокруг и, как следствие, испытывают чувство вины, так как они могут считать себя либо вообще плохими людьми, либо поступающими плохо: вредно, зло или бессовестно. Сравнительный анализ между данными группами респонденток с использованием U-критерия Манна – Уитни установил, что между анализируемыми группами различие наблюдается только по проявлению показателя «Подозрительность» ( $U_{0,01} = 136,0$ ). Все остальные показатели и формы агрессии выражены у респонденток примерно на одинаковом уровне вне зависимости от факта насилия, перенесенного ими в детском возрасте. Результаты представлены на рис. 1.

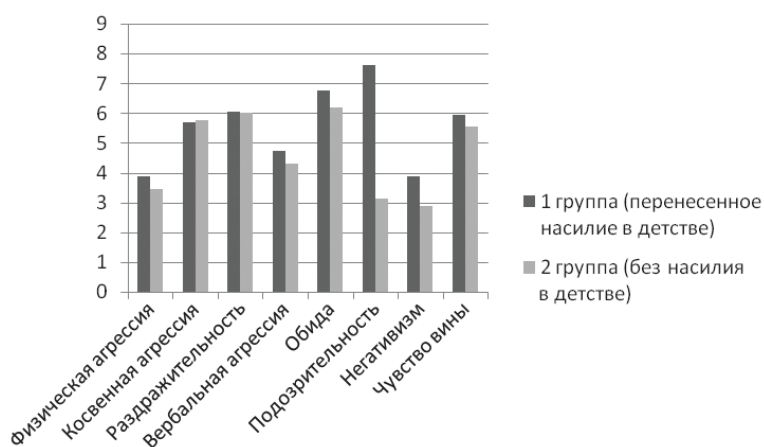


Рис. 1. Проявление показателей и форм агрессии у респонденток, переживших и не переживших насилие в детском возрасте

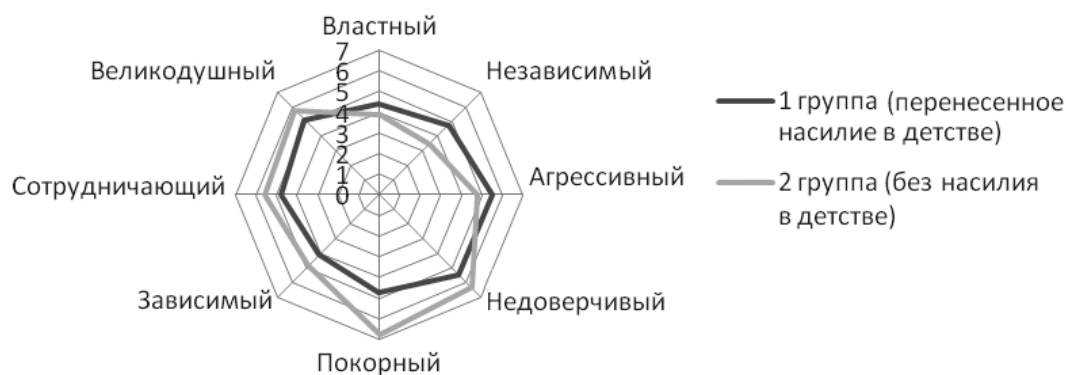


Рис. 2. Профили личности респонденток, переживших и не переживших насилие в детском возрасте

Результаты, полученные по тесту Лири, позволили построить профили личности женщин, подвергавшихся и не подвергавшихся насилию в детстве (рис. 2). С определенной долей уверенности мы можем говорить о том, что обе группы женщин вполне адаптивны и могут строить гармоничные отношения с окружающими. Однако женщины, подвергавшиеся насилию в детстве, в большей мере склонны отстаивать границы собственной личности и поэтому в меньшей степени нацелены на избегание конфликтных взаимодействий, так как они чувствуют в себе некоторую уверенность, возможно, приобретенную в «былых схватках». Женщины, не подвергавшиеся насилию в детском возрасте, в чуть большей мере готовы устанавливать позитивные отношения с окружающими, проявляя по отношению к ним великодушие и покорность, но в то же время испытывая недоверие и зависимость. Подобное виктимное поведение данной группы женщин может восприниматься окружающими как некоторая слабость, провоцируя в отношении них различные формы агрессии.

Корреляционный, факторный и регрессионный анализ проводились именно для двух выявленных групп – подвергавшихся и не подвергавшихся насилию в детском возрасте.

Для начала был проведен корреляционный анализ с использованием ранговой корреляции Спирмена в целом по выборке. Были обнаружены различные связи между изучаемыми параметрами, однако связи были обнаружены только с одним видом наси-

лия – «Психологическое насилие со стороны мужа». Тогда был проведен точечный корреляционный анализ по Спирмену отдельно для каждой из выделенных нами групп. Для группы женщин, не подвергавшихся насилию, были обнаружены связи между шкалами опросника Лири и методики Басса – Дарки, при этом не были обнаружены связи ни с каким из видов насилия. Для группы женщин, подвергавшихся насилию в детстве, были обнаружены весьма интересные взаимосвязи: выделяются два четко очерченных ядра. Первое ядро образовано связями фактора «Психологическое насилие со стороны мужа» со шкалой «Подозрительность» ( $r = 0,394$ ,  $p < 0,01$ ), которая взаимосвязана со шкалами «Обида» ( $r = 0,520$ ,  $p < 0,01$ ), «Раздражительность» ( $0,652$ ,  $p < 0,01$ ), «Косвенная агрессия» ( $r = 0,336$ ,  $p < 0,01$ ) и показателем «Недоверчивый» ( $r = 0,460$ ,  $p < 0,01$ ). С достаточной долей уверенности мы можем говорить о том, что женщины, подвергшиеся насилию в детстве, в своем поведении склонны проявлять подозрительность в отношении любых действий со стороны мужа, обижаться, предполагая, что ее хотят обидеть. Соответственно, они начинают злиться (шкала «Раздражительность»), но не желают явно проявлять агрессию, вымещая ее на детях, домашних животных, вещах и т.п. (шкала «Косвенная агрессия»). При этом данная группа женщин не доверяет ни себе, ни партнеру, ни окружающим (показатель «Недоверчивый») и старается видеть в происходящих событиях лишь то, что подтверждает исходный прогноз.

Второе ядро включает связи фактора «Психологическое насилие со стороны мужа» со шкалами «Негативизм» ( $r = 0,296, p < 0,05$ ), «Чувство вины» ( $r = -0,385, p < 0,05$ ) и показатели «Агрессивный» ( $r = 0,298, p < 0,05$ ), «Независимый» ( $r = 0,335, p < 0,05$ ). С определенной долей вероятности мы можем говорить о том, что психологическое насилие со стороны мужа (как явное, так и субъективно воспринимаемое) у женщин, подвергшихся насилию в детстве, стимулирует проявление негативизма, который мешает женщинам адаптироваться к реалиям семейной жизни, поскольку они начинают сопротивляться любым ограничениям и правилам. Сопротивление, как правило, реализуется в весьма жестких формах (показатели «Агрессивный», «Независимый»). При этом женщины не испытывают никакого чувства вины, они считают себя незаслуженно обиженными и любыми средствами стремятся отстоять границы собственной личности.

Далее был проведен однофакторный дисперсионный анализ на выборке женщин,

подвергавшихся насилию в детском возрасте. Результаты представлены в табл. 1.

Установлено, что основными факторами, которые оказывают влияние на поведение женщин, подвергавшихся насилию в детском возрасте, служат подозрительность и негативизм. Можно говорить о том, что, поскольку женщины данной группы склонны к сопротивлению априори, то они подозревают как мужа, так и окружающих в любых их стремлениях (как положительных, так и отрицательных). Данные женщины полагают, что им все хотят нанести вред, поэтому они не доверяют никому и сопротивляются всем.

Затем был проведен регрессионный анализ для уточнения влияния факторов. Результаты представлены в табл. 2.

Регрессионный анализ показал, что любое насилие оказывает влияние на женщин, подвергавшихся насилию в детстве, актуализируя их подозрительность. Таким образом, женщины, подвергавшиеся насилию в детстве, изначально склонны к недоверию и осторожному отношению к окружающим.

Таблица 1

**Данные однофакторного дисперсионного анализа по группе женщин, подвергавшихся насилию в детском возрасте**

ANOVA						
		Сумма квадратов	ст. св.	Средний квадрат	F	Значимость
П	Между группами	16,209	1	16,209	4,590	0,040
	Внутри групп	116,534	33	3,531		
	Всего	132,743	34			
Н	Между группами	11,786	1	11,786	2,131	0,154
	Внутри групп	182,500	33	5,530		
	Всего	194,286	34			

Таблица 2

### Результаты регрессионного анализа по группе женщин, подвергавшихся насилию в детском возрасте

ANOVA <sup>a</sup>						
Модель		Сумма квадратов	ст. св.	Средний квадрат	F	Значимость
1	Регрессия	33,291	3	11,097	3,078	0,036 <sup>b</sup>
	Остаток	169,455	47	3,605		
	Всего	202,745	50			
а. Зависимая переменная: П						
б. Предикторы: (константа), ПНМ, ФНМ, ПНД						



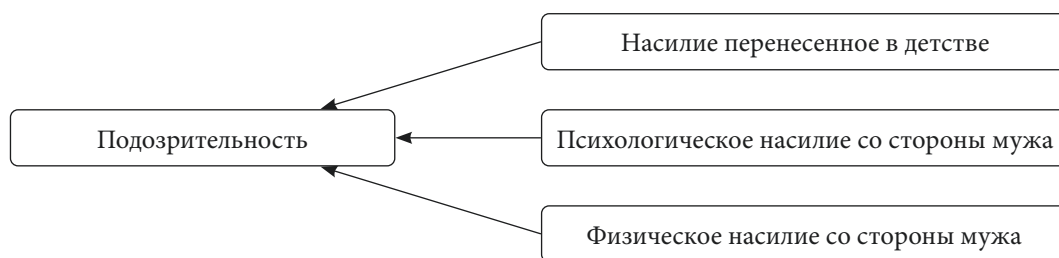


Рис. 3. Регрессионная модель влияния насилия на женщин, подвергавшихся насилию в детстве

Поэтому любые действия партнера «пристально рассматриваются и оцениваются». Подобное недоверие порождает у партнера негативные эмоции, которые в силу его личностных особенностей могут проявляться как эмоциональный взрыв (физическое насилие со стороны мужа) или как вяло текущее стрессовое событие (психологическое насилие со стороны мужа). Таким образом, круг замыкается, т.е. женщины, подвергавшиеся насилию в детском возрасте, своим поведением могут провоцировать партнера и окружающих на насильственные действия разного рода в отношении себя. При этом они получают подтверждение своим не вполне адекватным моделям на когнитивном и эмоциональном уровнях и, соответственно, реагируют на конативном уровне, не только замыкая круг «сценарной игры» (по Э. Берну), но и запуская новый виток на новом уровне. Графически данная модель представлена на рис. 3.

Следовательно, можно говорить о том, что женщины, подвергавшиеся насильственным действиям в детском возрасте, могут в семейной жизни выступать в качестве инициатора конфликтных взаимодействий как на осознанном, так и на бессознательном уровнях. Деадаптивность поведения проявляется в том, что своими не вполне адекватными реакциями на действия и поведение партнера, данные женщины могут провоцировать агрессию со стороны партнера, которая может проявляться в разных формах и видах конфликтов.

### Заключение

Подводя итог, следует отметить, что женщины, подвергавшиеся насилию в детстве,

проявляют повышенную подозрительность и склонность к агрессии. Они испытывают обиду, раздражительность и проявляют косвенную агрессию; также у них достаточно ярко выражена недоверчивость к окружающим. В то же время женщины, не подвергавшиеся насилию в детстве, проявляют агрессивность в значительно меньшей степени, чем женщины, перенесшие насилие; при этом у них наблюдается некоторая недоверчивость и зависимость от окружающих, а также проявления покорности и сотрудничества.

Обе группы женщин демонстрируют низкий или умеренный уровень всех типов отношений к окружающим, что характеризует в целом адаптивное поведение. Однако женщины, перенесшие насилие, более выражено проявляют властность, независимость и агрессивность, в то время как женщины, не пережившие насилие в детстве, склонны к недоверию, покорности и зависимости.

Психологическое насилие со стороны мужа оказывает существенное влияние на поведение женщин, перенесших насилие в детстве, актуализируя их подозрительность и негативизм. Это может приводить к конфликтам и насилию в семейных отношениях.

Исходя из этого, можно говорить о том, что насилие, пережитое в детстве, оказывает значительное влияние на деадаптивное поведение женщин, которое может проявляться в усилении агрессивности, подозрительности, а также в особенностях самовосприятия женщин во взрослой жизни. Эти результаты подчеркивают важность предоставления поддержки и помощи женщинам, пережившим насилие в детстве, а также необходимость профилактики насилия и развития навыков конструктивного поведения.

### Литература

1. Андреева А.А. Насилие в семье как социальная проблема современного общества // Актуальные вопросы современной педагогики: материалы VI Междунар. науч. конф. Уфа: Лето, 2015. С. 1–3. URL: <https://moluch.ru/conf/ped/archive/148/7436/> (дата обращения: 22.08.2023).
2. Божевольнов Г.Ю. Адаптивное и дезадаптивное поведение как феномены психологической науки // Вестник Московского государственного областного университета. Сер. «Психологические науки». 2013. № 1. С. 81–88.
3. Волосова Н.Ю. Семейное (домашнее) насилие как проблема междисциплинарного характера // Вопросы российского и международного права. 2017. Т. 7. № 3А. С. 310–319.
4. Горшкова И.Д., Шурыгина И.И. Насилие над женщинами в современных российских семьях. М.: МАКС-ПРЕСС, 2009. 196 с.
5. Елисеев Д. Насилие в семье как проблема современного общества. М.: Свобода, 2011. 212 с.
6. Лепехин Н.Н., Круглов В.Г., Круглова М.А. [и др.]. Диспозиционные предикторы конфликтоустойчивости студентов // Социальная психология и общество. 2023. Т. 14. № 1. С. 92–110. DOI: <https://doi.org/10.17759/sps.2023140106>.
7. Пискалова-Паркер М., Синельникова А. Остаться в живых: Насилие в отношении женщин в России. М., 2020. 346 с.
8. Hamilton P. Gaslight. Hachette UK: Richmond Theatre, Richmond, 2018. 80 p.
9. Hill J. See What You Made Me Do: Power, Control and Domestic Violence. Australia: Black Inc., 2019. 416 p.
10. Walker L.E. The Battered woman. New York: Harper & Row, 1979. 296 p.

Поступила 22.08.2023

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

**Участие авторов:** М.А. Круглова – разработка программы, дизайна исследования, организация и проведение эмпирического исследования, анализ результатов, написание текста статьи; О.В. Леонтьев – анализ литературы по теме исследования, разработка программы, дизайна исследования; В.А. Круглов – первичная и статистическая обработка данных психологических методик; В.И. Ионцев – анализ литературы по теме исследования; О.А. Сапрунова – сбор и обработка первичных эмпирических данных, редактирование и оформление текста статьи.

**Для цитирования:** Круглова М.А., Леонтьев О.В., Круглов В.А., Ионцев В.И., Сапрунова О.А. Домашнее насилие как фактор дезадаптации женщин // Вестник психотерапии. 2023. № 87. С. 96–105. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-87-96-105

М.А. Kruglova<sup>1</sup>, O.V. Leontev<sup>2</sup>, V.A. Kruglov<sup>3</sup>, V.I. Iontsev<sup>3</sup>, O.A. Saprunova<sup>3</sup>

### Domestic violence as a factor of women's disadaptation

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

<sup>2</sup> Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine of EMERCOM of Russia (4/2, Akademica Lebedeva Str., St. Petersburg, Russia);

<sup>3</sup> Universities under the IPA EurAsEC (14/1, Smolyachkova Str., St. Petersburg, Russia)

✉ Marina Anatolievna Kruglova – PhD Psychol. Sci., Associate Prof., Saint Petersburg State University (7–9, Universitetskaya Emb., St. Petersburg, 199034, Russia, ); e-mail: [marakruglova@mail.ru](mailto:marakruglova@mail.ru);

Oleg Valentinovich Leontev – Dr. Med. Sci., Prof.; A.M. Nikiforov All-Russian Center for Emergency and Radiation Medicine of the Ministry of Emergency Situations of Russia (4/2, Akademica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: [lov63@inbox.ru](mailto:lov63@inbox.ru);

Vladimir Anatolievich Kruglov – PhD in Physics and Mathematics; University at IPA EurAsEC (14/1, Smolyachkova Str., St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: vkruglov105@gmail.com;

Vyacheslav Igorevich Iontsev – PhD Med. Sci.; EurAsEC IPA University (14/1, Smolyachkova Str., St. Petersburg, 194044, Russia);

Olesya Alexandrovna Saprunova – 4th year Bachelor's student; EurAsEC IPA University (14/1, Smolyachkova Str., St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: momoinu@mail.ru.

### Abstract

*Relevance.* The issue of domestic violence was actively silenced in society until recently. However, domestic violence is one of the reasons for suicide attempts made by women. According to Forbes Woman statistics in 2021, 75 % of murdered women, died from domestic violence [8]. At the same time, the personal experience of violence is always a traumatic experience for both victim and abuser. In the case of domestic violence, the situation is complicated by the fact that there is a need to maintain and preserve continuous communication and interpersonal relationships between the victim and the aggressor. This can complicate the process of personality development and the formation of its adaptive capabilities.

*Intention:* to analyze the impact of domestic violence on the features of maladaptation and the development of aggressive behavior in women who are clients of crisis centers.

*Methodology.* The study involved 51 female clients of St. Petersburg crisis centers “Little Mother” and “Woman in Danger” aged 18 to 48 years who were subjected to domestic violence. Psychological, sociological and mathematical-statistical methods were used in the study. Data collection was carried out in the form of a face-to-face individual survey.

*Results and Discussion.* Correlation, factorial and regression analysis showed that violence experienced in childhood has a significant impact on self-perception, disadaptation and development of aggressive behavior of women in adulthood. At the same time, psychological violence from the husband has a significant impact on the behavior of women who suffered violence in childhood, actualizing their suspicion and negativism. This can lead to the aggravation of conflicts and intensification of violence in family relations.

*Conclusion.* The problem of domestic violence requires a deep psychological analysis and a serious legislative approach, because the long-term presence of a person in conditions of constant violence can lead to extremely unfavorable consequences, forming maladaptive behavior and contributing to the actualization of intrapersonal conflicts.

**Keywords:** domestic violence, victim behavior, aggression, adaptation, disadaptation, self-perception, conflict behavior.

### References

1. Andreeva A.A. Nasiliye v sem'ye kak sotsial'naya problema sovremennogo obshchestva [Violence in the family as a social problem of modern society]. Aktual'nyye voprosy sovremennoy pedagogiki [Actual issues of modern pedagogy]. Ufa, 2015. P. 1–3. URL: <https://moluch.ru/conf/ped/archive/148/7436/> (date of access: 08/22/2023). (In Russ.)
2. Bozhevolnov G.Yu. Adaptivnoye i dezadaptivnoye povedeniye kak fenomeny psikhologicheskoy nauki [Adaptive and maladaptive behavior as phenomena of psychological science]. Vestnik Moskovskogo gosudarstvennogo oblastnogo universiteta. Seriya: Psikhologicheskiye nauki [Bulletin of the Moscow State Regional University. Series: Psychological sciences]. 2013. (1): 81–88. (In Russ.)
3. Volosova N.Yu. Semeynoye (domashneye) nasiliye kak problema mezhdistsiplinarnogo kharaktera [Family (domestic) violence as an interdisciplinary problem]. Voprosy rossiyskogo i mezhdunarodnogo prava [Questions of Russian and international law]. 2017. 7(3A): 310–319. (In Russ.)
4. Gorshkova I.D., Shurygina I.I. Nasiliye nad zhenshchinami v sovremennykh rossiyskikh sem'yakh [Violence against women in modern Russian families]. MAX-PRESS, 2009. 196 p. (In Russ.)
5. Eliseev D. Nasiliye v sem'ye kak problema sovremennogo obshchestva [Violence in the family as a problem of modern society]. Moscow, 2011. 212 p. (In Russ.)
6. Lepekhin N.N., Kruglov V.G., Kruglova M.A. [et al.]. Dispozitsionnyye prediktory konfliktoustoychivosti studentov [Dispositional predictors of students' conflict resistance]. Sotsial'naya psikhologiya i obshchestvo [Social psychology and society]. 2023. 14(1): 92–110. DOI: <https://doi.org/10.17759/sps.2023140106> (In Russ.)

- 
7. Pisklakova-Parker M., Sinelnikova A. *Ostat'sya v zhivyykh: Nasiliye v otnoshenii zhenshchin v Rossii* [Stay alive: Violence against women in Russia]. Moscow, 2020. 346 p. (In Russ.)
  8. Hamilton P. *Gaslight*. Hachette UK: Richmond Theatre, Richmond, 2018. 80 p.
  9. Hill J. *See What You Made Me Do: Power, Control and Domestic Violence*. Australia: Black Inc. 2019. 416 p.
  10. Walker L.E. *The Battered woman*. New York: Harper & Row, 1979. 296 p.
- 

Received 22.08.2023

**For citing:** Kruglova M.A., Leont'ev O.V., Kruglov V.A., Iontsev V.I., Saprunova O.A. Domashnee nasilie kak faktor dezadaptatsii zhenshin. *Vestnik psikhoterapii*. 2023; (87): 96–105. (In Russ.)

Kruglova M.A., Leontev O.V., Kruglov V.A., Iontsev V.I., Saprunova O.A. Domestic violence as a factor of women's disadaptation. *Bulletin of Psychotherapy*. 2023; (87): 96–105. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-87-96-105

---