

- Психотерапия
- Психиатрия и наркология
- Медицинская психология
- Психофизиология
- Юридическая психология и психология безопасности личности

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

Вестник ПСИХОТЕРАПИИ



№95

Bulletin of Psychotherapy

2025



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

Институт психотерапии и медицинской психологии им. Б.Д. Карвасарского

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

ИНСТИТУТ ПСИХОТЕРАПИИ ПРЕДЛАГАЕТ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ

Обучение на спецкурсе в Школе клинической психотерапии:

- Для специалистов, имеющих профессиональную переподготовку по психотерапии и клинической (медицинской) психологии

Профессиональную переподготовку:

- по психотерапии (для врачей)
- по клинической (медицинской) психологии (для психологов и врачей)
- по психологии (для специалистов, желающих освоить современную психологию, как базу клинической психологии)

Повышения квалификации:

- по клинической психотерапии для врачей и психологов
- по клинической психотерапии в лечении и реабилитации пациентов с психическими расстройствами и зависимостями
- многоступенчатые программы обучения
 - Клиническая когнитивно-поведенческая психотерапия
 - Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия
 - Клинический гипноз
 - Клиническая семейно-супружеская психотерапия
 - Клиническая групповая психотерапия и др.

Повышение квалификации по клинической кризисной психотерапии, обучением по которой позволит оказывать помощь участникам СВО и членами членам их семей

Институт психотерапии реализует образовательные программы и научные конференции в рамках системы НМО (Непрерывного медицинского и фармацевтического образования).

Юридический адрес Института:
191014, г. Санкт-Петербург, пер. Басков, д. 32-34,
стр. А литер, пом. 3Н.

Веб-сайт: <https://ipmp-spb.ru/>

На 1 странице 95 номера
«Вестника психотерапии»
художественная работа:
Коростелева Л.И.,
«Воскресное утро».
Печь. Стенка мазанка, Богосбор.
2025.

ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ

№ 95
2025

Научный рецензируемый журнал

Издается ежеквартально с 1991 г.

Учредитель

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никитова» 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)
и агентства «Книга-сервис» (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. Никитова МЧС России <http://www.nrcerm.ru>

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

Подписано в печать: 22.09.2025
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: 30.09.2025
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

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

СОДЕРЖАНИЕ

Колонка главного редактора 5

Психиатрия и наркология

Гаджиева А.Л., Кузьмина И.О., Реверчук И.В.
Глобальная тенденция несуицидального самоповреждения среди подростков: эпидемиологический обзор 7

Медицинская психология

Мезенцева Д.Д., Терехов А.Ю., Исаева Е.Р.
Нарушение социального познания при психических расстройствах: поиск новых методик 16
Бузина Т.С., Кубекова А.С., Великанова Л.П.
Личностные особенности и приверженность к терапии больных гипертонической болезнью 26

Великанов А.А.

Социальные и психологические факторы в прогнозе эффективности реабилитации пациентов с ишемической болезнью сердца, перенесших коронарное шунтирование. . 37

Смерчинская Э.М., Трегубенко И.А., Исаева Е.Р.
Семантический анализ речи пациентов с шизофренией: поиск психодиагностических маркеров 46

Юридическая психология и психология безопасности личности

Серёгин Д.А., Шамрей В.К., Колчев А.И., Днов К.В.
Модель прогноза суицидального поведения у военнослужащих с пограничными психическими расстройствами 55

Консилиум

Мартыненко Д.М., Ткаченко Г.А., Обухова О.А.
Опыт психотерапевтической работы по формированию смыслового будущего у онкологического пациента с помощью метафорических ассоциативных карт (клинический случай) 66

Дискуссионный клуб. Психотерапия. Медицинская психология

Оганесян Н.Ю., Соловьева Э.Н.
Танцевально-двигательная и нейромоторная терапия как методы правополушарной психотерапии больных шизофренией (клинический случай). 73

Трифонов Я.А.
Когнитивные последствия травмы сексуального насилия над несовершеннолетними: обзор литературы. 85

Шлойдо Д.Е.
Сравнительное клинико-психологическое исследование женщин, изменяющих внешность хирургическим путем, и женщин с расстройствами пищевого поведения 96

Отсус А.Е.
Средства массовой информации как источник психогенного воздействия 106

Правила для публикации статей 118

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)

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

Леонтьев Олег Валентинович, д-р мед. наук проф., научный редактор
(Санкт-Петербург, Россия)

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

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

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 95
2025

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 22.09.2025

Format 60×84/8

Conventional sheets 14,25

No. of printed copies 500

Publication date 30.09.2025

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

ISSN 0132-182X (print)

ISSN 2782-652X (online)

CONTENTS

Editor-in-chief's column 5

Psychiatry and narcology

Gadzhieva A.L., Kuzmina I.O., Reverchuk I.V.

Global trend of non-suicidal self-injury among adolescents:
an epidemiological review 7

Medical psychology

Mezentseva D.D., Terekhov A.Yu., Isaeva E.R.

Impairments of social cognition in mental disorders:
searching for new assessment methods 16

Buzina T.S., Kubekova A.S., Velikanova L.P.

Personality characteristics and adherence to treatment
in hypertension patients. 26

Velikanov A.A.

Social and psychological factors in predicting
the effectiveness of rehabilitation in patients with coronary
heart disease after coronary artery bypass grafting 37

Smerchinskaya E.M., Tregubenko I.A., Isaeva E.R.

Semantic analysis of speech in patients with schizophrenia:
toward the identification of psychodiagnostic markers. 46

Legal psychology and psychology of personal security

Seregin D.A., Shamrey V.K., Kolchev A.I., Dnov K.V.

A predictive model of suicidal behavior in military personnel
with borderline mental disorders 55

Concilium

Martynenko D.M., Tkachenko G.A., Obukhova O.A.

Psychotherapeutic experience of shaping a meaningful future
in an oncology patient using metaphoric associative cards
(a clinical case study) 66

Discussion club. Psychotherapy. Medical psychology

Oganesyan N.Yu., Solovyeva E.N.

Dance-movement and neuromotor therapy as methods
of right-hemisphere psychotherapy for patients with
schizophrenia (clinical case) 73

Trifonova Ya.A.

Cognitive consequences of child sexual abuse trauma:
a literature review 85

Shloido D.E.

A comparative clinical-psychological study of women
undergoing surgical alteration of appearance and women
with eating disorders. 96

Otsus A.E.

Mass media as a source of psychogenic influence 106

Guidelines for article submission 118

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)

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

Oleg V. Leontev, Dr. Med. Sci. Prof., Science Editor (St. Petersburg, Russia)

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

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

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)

КОЛОНКА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Дорогие коллеги и друзья!

Хочу представить Вам 95-й номер рецензируемого научного психотерапевтического журнала «Вестник психотерапии». В номере, который Вы держите в руках, опубликованы итоги научных исследований, анализа практического опыта и клинических наблюдений, представленные в основных рубриках: «Психиатрия и наркология», «Медицинская психология», «Юридическая психология и психология безопасности личности» и «Консилиум». Востребована и рубрика «Дискуссионный клуб», в которой представлены актуальные и интересные для специалистов в области психотерапии и медицинской психологии исследования.

Напомню коллегам и потенциальным авторам, что в «Вестник психотерапии» можно предоставлять для публикации статьи по психотерапии, где психотерапевтический процесс рассматривается с разных сторон, по таким научным специальностям ВАК, как «Психиатрия и наркология», «Медицинская психология» (медицинские и психологические науки), «Психофизиология», «Юридическая психология и психология безопасности личности».

В текущем номере «Вестника психотерапии» представлены публикации разного профиля.

В разделе «Психиатрия и наркология» приводится эпидемиологический обзор глобальной тенденции несуицидального самоповреждающего поведения среди подростков Гаджиевой А.Л., Кузьминой И.О. и Реверчука И.В., имеющий большое значение для клинической практики в связи с необходимостью дифференциальной диагностики суицидальных тенденций.

В разделе «Медицинская психология» представлено несколько статей, где материал рассмотрен отчасти в социально-психологическом и интерперсональном ракурсе. Доработанная статья Мезенцевой Д.Д., Терехова А.Ю. и Исаевой Е.Р. посвящена исследованию нарушений социального познания при психических расстройствах с помощью новых диагностических подходов. В публикации Смерчинской Э.М., Трегубенко И.А., Исаевой Е.Р. представлены результаты семантического анализа речи пациентов с шизофренией, проведенного для выявления диагностических маркеров. Исследование Бузиной Т.С., Кубековой А.С., Великановой Л.П. посвящено изучению личностных особенностей и приверженности к терапии больных гипертонической болезнью, а в статье Великанова А.А. рассмотрены социальные и психологические факторы в прогнозе эффективности реабилитации пациентов с ишемической болезнью сердца, перенесших коронарное шунтирование.

В рубрике «Юридическая психология и психология безопасности личности» приводится публикация Серёгина Д.А., Шамрея В.К., Колчева А.И. и Днова К.В., разработавших модель прогноза суицидального поведения у военнослужащих с пограничными психическими расстройствами, актуальность которой обусловлена не только научной важностью вопроса профилактики суицидов, но и практической значимостью разработки программ лечения и реабилитации участников военных действий и членов их семей, переживших психическую травматизацию.

В разделе «Консилиум» представлен опыт психотерапевтической работы по формированию смыслового будущего у онкологического пациента с помощью метафорических ассоциативных карт Мартыненко Д.М., Ткаченко Г.А., Обуховой О.А. Сама идея метафорических ассоциативных карт неоднозначно воспринимается в профессиональном научном сообществе, но «эффективный психотерапевт», особенно в такой трудной области, как онкология, нуждается в использовании «третьих объектов» для построения психотерапевтического контакта, и метафорические карты могут выступить в такой роли.

Рубрика «Дискуссионный клуб» настоящего номера включает несколько публикаций по профилю «Психотерапия» и «Медицинская психология».

В статье Оганесян Н.Ю. и Соловьёвой Э.Н. представлен анализ клинического случая и рассмотрены танцевально-двигательная и нейромоторная терапия как методы правополушарной психотерапии больного. Публикация этой инновационной работы в дискуссионном разделе обусловлена неоднозначностью некоторых использованных терминов, в частности понятия «правополушарная психотерапия».



Трифорова Я.А. подготовила обзор литературы по когнитивным последствиям травмы сексуального насилия над несовершеннолетними. Автор поднимает актуальную тему, имеющую значение для психотерапевтической и психиатрической помощи, медико-психологической реабилитации жертв насилия среди несовершеннолетних. Однако в материале не представлены отечественные источники и не приводится методологическая аргументация о связи сексуального насилия с возникновением когнитивных нарушений. В этой связи статья публикуется в данном разделе.

Шлойдо Д.Е. провела сравнительное клинико-психологическое исследование женщин, изменяющих внешность хирургическим путем, и женщин с расстройствами пищевого поведения. Ее статья посвящена изучению пациентов редкой клинической группы, что расширяет наши представления о специфике психотерапевтической помощи таким пациентам. Размещение этого материала в дискуссионном разделе обусловлено особенностью проведения исследования: при онлайн-опросе личность каждого респондента не установлена, что вызывает сомнения в корректности выбранного научного метода и не позволяет достоверно определить эту работу как соответствующую объекту и предмету медицинской или клинической психологии – возможно, она относится к области социальных наук, например социологии.

Статья Отсуса А.Е., в которой делается предположение, что средства массовой информации могут выступать в качестве источника психогенного воздействия, чрезвычайно интересна с точки зрения изучения последствий психической травматизации и разработки психиатрической, психотерапевтической и медико-психологической помощи при расстройствах, связанных со стрессом и последствиями психической травмы. В дискуссионный раздел данная статья помещена в связи с тем, что автор не указывает существенных различий психической травмы и психогении (психологической травмы), которая опосредуется личностными нарушениями пациентов, – этот аспект достаточно полно исследован в работах представителей Петербургской (Ленинградской) школы психотерапии и медицинской психологии. Кроме того, суждения автора основываются на анализе литературы, а не на результатах собственного исследования.

Таким стал очередной, 95-й номер «Вестника психотерапии».

Приглашаем к сотрудничеству ученых и практиков психотерапии и других специальностей области охраны психического здоровья. Направляйте нам публикации и материалы выступлений по дискуссионным вопросам.

Присоединяйтесь, господа!

*Равиль Назыров,
главный редактор,
ректор Института психотерапии и медицинской психологии
им. Б.Д. Карвасарского,
президент Ассоциации развития клинической психотерапии (АРКП),
руководитель Школы клинической психотерапии,
доктор медицинских наук*

А.Л. Гаджиева¹, И.О. Кузьмина¹, И.В. Реверчук^{2,3}

ГЛОБАЛЬНАЯ ТЕНДЕНЦИЯ НЕСУИЦИДАЛЬНОГО САМОПОВРЕЖДЕНИЯ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ: ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ ОБЗОР

¹ Сургутский государственный университет

(Россия, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, г. Сургут, пр-т Ленина, д. 1);

² Самаркандский государственный медицинский университет

(Республика Узбекистан, г. Самарканд, ул. Амира Тимура, д. 18);

³ Биоинститут охраны соматопсихического здоровья

(Россия, г. Калининград, Майский переулок, д. 1, лит. V из лит. А, офис 5)

Актуальность. Несуицидальное самоповреждение (НССП) является глобальной проблемой. В последние годы исследователи отмечают рост числа случаев самоповреждения среди подростков. Анализ показывает, что проблема несуйцидального самоповреждения тесно связана с социально-экономическим положением, психологической средой и другими факторами, которые оказывают влияние на подростковую популяцию.

Цель: изучить основные этиологические аспекты несуйцидального самоповреждающего поведения среди подростков; выявить гендерные и возрастные различия, особенности выбора метода самоповреждения и оценить влияние средовых факторов на формирование НССП; провести повествовательный обзор научной литературы, посвященной эпидемиологии НССП.

Материал и методы: в статье представлен обзор отечественной и зарубежной литературы по эпидемиологии НССП. Для анализа были выбраны как отечественные, так и иностранные статьи. Поиск научной литературы проводился по ключевым словам.

Результаты и их анализ: Несуйцидальные самоповреждения чаще всего встречается среди подростков, средний возраст начала таких проявлений составляет от 12 до 18 лет. При этом, отсутствуют точные данные о распространенности несуйцидального самоповреждения, показатель достигает 46 %.

Заключение: согласно многочисленным исследованиям, НССП становится все более распространенным явлением на глобальном уровне, его частота варьируется в зависимости от региона, социально-экономического статуса и культурных факторов. Важным аспектом является гендерное различие в частоте проявления данной проблемы: исследования показывают противоречивые результаты, однако точно существует различие в используемых методах самоповреждения. Возрастные показатели также имеют значительное влияние на проявление самоповреждения, при этом увеличение проявлений самоповреждающего поведения

✉ Гаджиева Айсель Логмановна – студент 5-го курса, Сургутский гос. ун-т (Россия, 628412, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, г. Сургут, пр. Ленина, д. 1), e-mail: aisel2707@mail.ru, ORCID: 0009-0006-4736-9544;

Кузьмина Ильдана Олеговна – препод. каф. многопрофильной клинической подготовки, аспирант каф. внутренних болезней, Сургутский гос. ун-т (Россия, 628412, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, г. Сургут, пр. Ленина, д. 1), e-mail: ildanakh@mail.ru, ORCID: 0009-0006-9664-6448

Реверчук Игорь Васильевич – д-р мед. наук доц., зав. каф. психиатрии и нейронаук, Биоин-т охраны соматопсихич. здоровья (Россия, 236016, г. Калининград, Майский переулок, д. 1, лит. V из лит. А, офис 5); проф. каф. психиатрии, мед. психологии и наркологии, Самаркандский гос. мед. ун-т (Республика Узбекистан, 140100, г. Самарканд, ул. Амира Тимура, д. 18), e-mail: Igor7272igor@gmail.com, ORCID: 0000-0002-3498-9094

чаще фиксируется в переходный период, с 12 до 18 лет, что подчеркивает необходимость квалифицированной поддержки и вмешательства в этот критически важный период жизни. Учитывая вышесказанное, необходимо продолжать исследовать этиологические и эпидемиологические аспекты несуицидального самоповреждения среди подростков, чтобы разработать эффективные стратегии профилактики и вмешательства, направленные на снижение распространенности этого явления и поддержку психического здоровья молодежи.

Ключевые слова: самоповреждающее поведение, несуицидальное самоповреждение, самоповреждение, подростки, эпидемиология.

Введение

Длительное время понятия аутоагрессивного и суицидального поведения многими авторами рассматривались как равноценные. Однако впоследствии они были разделены, и аутоагрессивное поведение определялось как намеренное причинение себе физического или психического вреда, но не носящее осознанной цели лишения себя жизни [1]. В настоящее время для описания такой формы аутоагрессии широкое применение получил термин «несуицидальное самоворуждение», или «несуицидальное самоворуждающее поведение» [22].

Несуицидальное самоповреждающее поведение (НССП) является аутодеструктивной формой аутоагрессии и определяется как «преднамеренные действия (преднамеренные поступки при неосознавании возможности смертельного исхода как их результата), следствием которых является физическое или психическое повреждение, без сопровождения суицидальных мыслей» [1].

Цель – изучить основные этиологические аспекты несуицидального самоповреждающего поведения среди подростков, выявить гендерные и возрастные различия, особенности выбора метода самоповреждения и оценить влияние средовых факторов на формирование НССП.

Гендерные и возрастные особенности

В последнее время во всем мире, включая Россию, возрос интерес к проблеме НССП. Ранние публикации отражают сочетанное проявление НССП и различных психоэмоциональных расстройств [7, 26]. В современных публикациях НССП все чаще описывается как вариант аутоагрессив-

ного поведения среди подростков, при этом частота встречаемости достигает 46 % [3, 5]. Исследования Buelens et al. показывают, что подростки с НССП демонстрировали более формирование неадаптивных механизмов преодоления стресса, в которых эмоции и самоповреждающее поведение усиливают друг друга [2, 24]. Кроме того, Daukantaite et al. в своем исследовании показали, что подростки, которые использовали несуицидальное самоповреждение как способ избавления от стресса, во взрослом возрасте могут сохранять эти тенденции [8]. Поэтому важно рассматривать данное явление в более широких возрастных группах, чтобы лучше понимать, для кого НССП несет опасность.

НССП редко встречается в детском возрасте, несмотря на то, что аутоагрессивное поведение часто ассоциировано с шизофренией (F20), синдромом Лёша – Нихена (E79.1). Данные о случаях несуицидального самоповреждения среди детей младше 12 лет отсутствуют, но до 24 % людей с НССП отмечают, что первые акты самоповреждения они инициировали в возрасте 11–13 лет. Широкое распространение НССП отмечается среди подростков и молодых людей, хотя существует ряд несоответствий в результатах возрастного распределения, как отмечалось выше. Исследования с различными выборками из разных стран показывают, что 13–45 % подростков и 5–35 % молодых людей в обществе хотя бы один раз наносили себе повреждения [19, 25].

Ряд исследователей отмечают рост НССП с 12-летнего возраста, при этом пик приходится на 14–16 лет, а к 18-летнему возрасту показатели заметно снижаются. Существующая литература по НССП также показала, что пол и наличие психических расстройств, таких как пограничное расстройство личности и эмоциональные расстройства, могут

оказывать влияние на возраст первых попыток несуицидального самоповреждения [12].

Существует множество исследований, которые рассматривают связь НССП с полом, однако все они показывают противоречивые результаты гендерного распределения. Некоторые исследователи отмечают преобладание данного явления среди женщин, а другие считают, что НССП встречается одинаково часто среди мужчин и женщин. Так, по результатам феноменологического анализа Левковской О.Б. и др. было отмечено, что 90 % пациентов, совершивших несуицидальное самоповреждение, были женского пола [4]. Более поздние исследования показывают минимальное различие в частоте проявления НССП среди мужчин и женщин [9, 12].

При этом стоит отметить, что имеются выраженные отличия в методах самоповреждения, которые используют мужчины и женщины. В исследованиях встречаются различные варианты самоповреждения, однако самыми частыми являются самопорезы, самобитье и самоприжигание [4]. При этом преобладающей формой самоповреждения среди женщин являются самопорезы, т.к. они более склонны к применению способов самоповреждения, связанных с кровью [21]. Мужчины же в качестве НССП используют нанесение себе ударов и ожогов [10]. По результатам уже упомянутого феноменологического анализа Левковской О.Б. и др., из 151 наблюдаемых 91 % составили подростки, которые осуществляли поверхностные самопорезы кожи, при этом у 19,7 % они сочетались с другими формами аутоагрессивных действий – самоприжиганием и самобитьем [4]. Метаанализ, проведенный Gilias et al., подтверждает, что девочки чаще используют порезы как способ самоповреждения [13].

Мировая статистика

Следует также рассмотреть явление НССП в различных странах мира. Исследование крупных метаанализов позволяет оценить характер распространения НССП.

Крупный метаанализ Lim et al. [17] направлен на оценку распространенности

суицидального поведения, преднамеренного самоповреждения и НССП среди детей и подростков в течение жизни и за 12 месяцев в период с 1989 по 2018 г. Всего в исследование были включены данные 686 672 детей и подростков. Общая пожизненная и 12-месячная распространенность несуицидального самоповреждения составила 22,1 % и 19,5 % соответственно. В данном метаанализе также было отражено влияние культурных особенностей страны на частоту выявления НССП. Так, межкультурные исследования показали, что несуицидальные самоповреждения среди восьмиклассников в Гонконге (23,5 %) выявлялись реже по сравнению со случаями НССП в Соединенных Штатах (32 %). Более низкий уровень несуицидального самоповреждения среди гонконгских подростков был связан с культурными различиями между восточной и западной культурами, с более сильным акцентом на семейные структуры и правила в азиатской культуре.

В другом крупном исследовании под руководством Wang J. [27] сравниваются показатели НССП среди городского и сельского населения США в 2018 году. Данные для исследования были предоставлены Национальным отделением неотложной помощи, всего было изучено 488 000 обращений за неотложной помощью по поводу несуицидальных самоповреждений, 80,5 % обращений приходилось на городское население США и 18,3 % – на сельское население. В обеих группах отравление было самым распространенным способом самоповреждения, далее следовали самопорезы. На самоприжигание и удушение пришлось менее 2 %. В целом, скорректированная по возрасту частота обращений в отделения неотложной помощи по поводу самоповреждения составила 252,3 на 100 000 для сельского населения, что в 1,5 раза превысило показатели городского населения (170,8 на 100 000 жителей). Показатели самоповреждения среди сельских жителей были выше, чем у городских жителей, как для мужчин, так и для женщин, для всех возрастных групп.

Исследование, проведенное в Англии [20], отражает увеличение случаев несуицидально-

го самоповреждения среди населения страны в период с 2000 по 2014 г. Были проанализированы данные обращающихся за неотложной помощью англичан в возрасте от 16 до 74 лет. По результатам анализа был сделан вывод о том, что распространенность НССП увеличилась с 2,4 % в 2000 г. до 6,4 % в 2014 г. Рост числа случаев был отмечено во всех возрастных группах, особенно среди женщин и девушек в возрасте 16–24 лет, где показатель вырос с 6,5 % в 2000 г. до 19,7 % в 2014 г.

Исследование ученых из университета Западного Сиднея [6] было основано на оценке изменений в обращаемости за помощью в отделение неотложной помощи в период с октября 2017 по август 2020 г. Как результат, среднегодовая стандартизированная по возрасту частота самоповреждений составила 110,4 на 100 000 (120,8 на 100 000 для женщин; 100,1 на 100 000 для мужчин). Самые высокие показатели по возрасту и полу – у женщин в возрасте 15–19 лет (375 на 100 000) и у мужчин в возрасте 20–24 лет (175 на 100 000).

Под руководством Siying Ma [18] в провинции Хайнань, Китай было проведено поперечное исследование. Пять учеников средней школы в сельских и городских районах провинции Хайнань были случайным образом выбраны для этого исследования, им был предложен ряд анкет, среди которых Оттавская шкала самоповреждения, шкала самооценки депрессии, шкала самооценки тревоги и др. По результатам анкетирования было выявлено, что уровень НССП среди учащихся младших классов средней школы в провинции Хайнань составил 28,9 %, с более высокой распространенностью среди девочек, чем среди мальчиков. Возрастной диапазон составил 11–16 лет, со средним возрастом $13,08 \pm 0,911$ года. Наиболее распространенной формой самоповреждения были царапины, за которыми следовали вырывание волос, укусы, удары головой и порезы. Такие методы НССП, как удары по себе и порезы, чаще встречались у девочек, чем у мальчиков. Наиболее распространенными местами самоповреждения были лицо, кожа головы, губы, предплечье/локоть, подмышки/запястье, руки/пальцы и бедра/колени.

Еще одно исследование проводилось уже среди городского населения Китая. Так Kaili Liang et al. [16] на основе базы Chengdu Positive Child Development (CPCD) исследовали 8611 человек (4409 (51,2 %) детей, 4202 (48,8 %) подростков раннего возраста). В результате было выявлено, что 2520 (29,26 %) всей выборки отмечали несуицидальное самоповреждение.

Интерес представляет исследование Amarendra Gandhi [11], в котором производится сравнение распространенности НССП среди жителей Индии и Бельгии. Данные НССП были собраны у 182 молодых людей в Индии (56 % женщин, средний возраст составил 21,5 года, диапазон 17–38 лет). Бельгийские данные, используемые для сопоставления, были получены из четырех существующих наборов данных. Из 182 индийских случаев 138 случаев могут быть сопоставлены с бельгийской выборкой по возрасту, полу и случаям несуицидального самоповреждения. Было установлено, что распространенность НССП в индийской выборке составляет около 21,4 %, при этом она более высокая у женщин, чем у мужчин. Сравнение особенностей НССП в Индии и Бельгии показало, что возраст начала в индийской выборке был выше (около 17 лет), чем в бельгийской (около 15 лет). Кроме того, в Индии чаще сообщалось о форме самоповреждения в виде нанесения себе ударов, а в Бельгии чаще сообщалось о царапинах/порезах.

Хотя несуицидальные самоповреждения как поведение с типичным началом в подростковом возрасте хорошо изучены в международной литературе и затрагивают многочисленных подростков как в клинических, так и в неклинических группах, эта тема редко изучается в Венгрии. Olga Lili Horvath et al. [14] представили данные по НССП среди молодого населения Венгрии. Распространенность НССП составляет 15–46 % в обществе и 40–80 % в клинической выборке у подростков. Венгерские результаты по распространенности НССП относительно низки по сравнению с международными данными (7–17 % в выборке подросткового сообщества). НССП и суицидальное поведение являются двумя

разными, но не независимыми явлениями: корреляция составляет примерно 50 % в обществе и 70 % в клинической популяции.

В Непале было проведено исследование Poudel et al. [23] среди 730 подростков, обучающихся в 9–12 классах государственных и частных школ столичного города Покхара, Непал. Почти половина выборки 327 (44,8 %) сообщила об НССП за последний год. Кроме того, 25,8 % ($n = 188$) общей выборки использовали неглубокие повреждения и 3,42 % ($n = 25$) использовали самопорезы в качестве метода НССП.

Явление НССП в Южной Корее было исследовано Jeong et al. [15] Проблема НССП широко распространена среди подростков Южной Кореи. В качестве основной выборки выступали учащиеся средних и старших школ в одном городе Южной Кореи. Основным методом исследования – кластерный. В общей сложности были обследованы 873 ученика средней школы и 1074 – старшей. В результате распространенность НССП составила 8,8 % среди корейских подростков, показатель у девушек в 2,85 раза выше, чем у юношей (13,4 %; 4,7 % соответственно). Риски НССП были выше среди студенток с более низким экономическим статусом по сравнению с теми, кто имел благоприятные условия жизни. Напротив, экономический статус юношей никак не повлиял на исходный результат. Это исследование показывает, что риск НССП среди учащихся-подростков может быть разным в зависимости от пола и условий проживания.

Заключение

Проблема несуицидального самоповреждения среди подростков представляет собой одну из наиболее актуальных тем в области психического здоровья, поскольку охватывает широкий спектр эмоциональных, социальных и психологических факторов, влияющих на развитие молодежи. Согласно многочисленным исследованиям, НССП приобрело характер глобальной проблемы. Важным аспектом является гендерное различие в частоте проявления данной проблемы: исследования показывают противоречивые результаты, однако точно существует различие в используемых методах самоповреждения. Так, девушки чаще прибегают к самопорезам, а юноши используют самоприжигание и удары как основной метод несуицидального самоповреждения. Возрастные показатели также оказывают значительное влияние на проявление самоповреждения, при этом увеличение проявлений самоповреждающего поведения чаще фиксируется в переходный период, с 12 до 18 лет, что подчеркивает необходимость квалифицированной поддержки и вмешательства в этот критически важный период жизни. Учитывая вышесказанное, необходимо продолжать исследовать этиологические и эпидемиологические аспекты несуицидального самоповреждения среди подростков, чтобы разработать эффективные стратегии профилактики и вмешательства, направленные на снижение распространенности этого явления и поддержку психического здоровья молодежи.

Литература

1. Абрамова А.А., Ениколопов С.Н., Ефремов А.Г., Кузнецова С.О. Аутоагрессивное несуицидальное поведение как способ совладания с негативными эмоциями [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2018. Т. 7, № 2. С. 21–40. DOI: 10.17759/cpse.2018070202.
2. Главатских М.М., Реверчук И.В., Языков К.Г. Связь соматизации с социально-психологическими особенностями личности у подростков // Сибирский психологический журнал. 2023. № 87. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/svyaz-somatizatsii-s-sotsialno-psihologicheskimi-osobennostyami-lichnosti-u-podrostkov> (дата обращения: 10.03.2025).
3. Горбатов С.В., Арбузова Е.Н., Шаболтас А.В., Горбачёва В.В. Особенности Я-концепции девочек подростков с несуицидальным самоповреждающим поведением // Суицидология. 2020. № 1(38). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-ya-kontseptsii-devochek-podrostkov-s-nesuitsidalnym-samopovrezhdayuschim-povedeniem> (дата обращения: 11.03.2025).
4. Левковская О.Б., Шевченко Ю.С., Данилова Л.Ю., Грачёв В.В. Феноменологический анализ несуицидальных самоповреждений у подростков // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2017. Т. 117, № 7. С. 10–15. DOI: 10.17116/jnevro20171177110-15.

5. Тарасова А.Е. Причины самоповреждающего поведения подростков и молодежи // Коллекция гуманитарных исследований. 2019. № 1(16). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/prichiny-samopovrezhdayuschego-povedeniya-podrostkov-i-molodezhi> (дата обращения: 11.03.2025).
6. Bandara P., Page A., Hammond T.E. [et al.]. Surveillance of hospital-presenting intentional self-harm in Western Sydney, Australia, during the implementation of a new self-harm reporting field // *Crisis*. 2022. Vol. 10, N 3. Pp. 345–354. DOI: 10.1027/0227-5910/a000845.
7. Bentley K.H., Cassiello-Robbins C.F., Vittorio L. [et al.]. The association between nonsuicidal self-injury and the emotional disorders: a meta-analytic review // *Clin Psychol Rev*. 2015. N 37. Pp. 72–88. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.02.006.
8. Buelens T., Luyckx K., Gandhi A. [et al.]. Non-suicidal self-injury in adolescence: Longitudinal associations with psychological distress and rumination // *J Abnorm Child Psychol*. 2019. Vol. 47, N 9. Pp. 1569–1581. DOI: 10.1007/s10802-019-00531-8.
9. Daukantaite D., Lundh L., Clareus B. [et al.]. What happens to young adults who have engaged in self-injurious behavior as adolescents? A 10-year follow-up // *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2020. N 47. Pp. 475–492. DOI: 10.1007/s00787-020-01533-4.
10. De Luca L., Pastore M., Palladino B.E. [et al.]. The development of Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) during adolescence: A systematic review and Bayesian meta-analysis // *J Affect Disord*. 2023. Vol. 15, N 339. Pp. 648–659. DOI: 10.1016/j.jad.2023.07.091.
11. Dierickx S., Claes L., Buelens T. [et al.]. DSM-5 non-suicidal self-injury disorder in a community sample: Comparing NSSI engagement, recency and severity among emerging adults // *Front Psychiatry*. 2023. N 14. Pp. 125–131. DOI: 10.3389/fpsy.2023.1251514.
12. Gandhi A., Luyckx K., Adhikari A. [et al.]. Non-suicidal self-injury and its association with identity formation in India and Belgium: A cross-cultural case-control study // *Transcult Psychiatry*. 2021. Vol. 58, N 1. Pp. 52–62. DOI: 10.1177/1363461520933759.
13. Gandhi A., Luyckx K., Baetens I. [et al.]. Age of onset of non-suicidal self-injury in Dutch-speaking adolescents and emerging adults: An event history analysis of pooled data // *Compr Psychiatry*. 2018. N 80. Pp. 170–178. DOI: 10.1016/j.comppsy.2017.10.007.
14. Gillies D., Christou M., Dixon A. [et al.]. Prevalence and characteristics of self-harm in adolescents: Meta-analyses of community-based studies 1990–2015 // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2018. Vol. 57, N 10. Pp. 733–741. DOI: 10.1016/j.jaac.2018.06.018.
15. Horvath O., Meszaros G., Balazs J. Non-suicidal self-injury in adolescents: Current issues // *Neuropsychopharmacol Hung*. 2015. Vol. 17, N 1. Pp. 14–22.
16. Jeong J., Kim D. Gender differences in the prevalence of and factors related to non-suicidal self-injury among middle and high school students in South Korea // *Int J Environ Res Public Health*. 2021. Vol. 18, N 11. Pp. 59–65. DOI: 10.3390/ijerph18115965.
17. Liang K., Zhao L., Lei Y. [et al.]. Nonsuicidal self-injury behaviour in a city of China and its association with family environment, media use and psychopathology // *Compr Psychiatry*. 2022. N 115. Pp. 152–158. DOI: 10.1016/j.comppsy.2022.152311.
18. Lim K., Wong C., McIntyre R. [et al.]. Global lifetime and 12-month prevalence of suicidal behavior, deliberate self-harm and non-suicidal self-injury in children and adolescents between 1989 and 2018: A meta-analysis // *Int J Environ Res Public Health*. 2019. Vol. 16, N 22. Pp. 45–53. DOI: 10.3390/ijerph16224581.
19. Ma S., Su Z. Current status of nonsuicidal injuries and associated factors among junior high school students in Hainan Province, China: A cross-sectional study // *BMC Psychol*. 2023. Vol. 11, N 1. P. 199. DOI: 10.1186/s40359-023-01227-x.
20. Mannekote Thippaiah S., Shankarapura Nanjappa M., Gude G. [et al.]. Non-suicidal self-injury in developing countries: A review // *Int J Soc Psychiatry*. 2021. Vol. 67, N 5. Pp. 472–482. DOI: 10.1177/0020764020943627.
21. McManus S., Gunnell D., Cooper C. [et al.]. Prevalence of non-suicidal self-harm and service contact in England, 2000–14: Repeated cross-sectional surveys of the general population // *Lancet Psychiatry*. 2019. Vol. 6, N 5. Pp. 573–581. DOI: 10.1016/S2215-0366(19)30188-9.
22. Moloney F., Amini J., Sinyor M. [et al.]. Sex differences in the global prevalence of nonsuicidal self-injury in adolescents: A meta-analysis // *JAMA Netw Open*. 2024. Vol. 7, N 6. P. 241. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2024.15436.
23. Poudel A., Lamichhane A., Magar K. [et al.]. Non suicidal self injury and suicidal behavior among adolescents: Co-occurrence and associated risk factors // *BMC Psychiatry*. 2022. Vol. 22, N 1. P. 96. DOI: 10.1186/s12888-022-03763-z.
24. Vega D., Sintes A., Fernandez M. [et al.] Review and update on non-suicidal self-injury: Who, how and why? // *Actas Esp Psiquiatr*. 2018. Vol. 46, N 4. Pp. 146–55.

25. Verschueren S., Berends T., Kool-Goudzwaard N. [et al.] Patients with anorexia nervosa who self-injure: A phenomenological study // *Perspect Psychiatr Care*. 2015. Vol. 51, N 1. Pp. 63–70. DOI: 10.1111/ppc.12061.
26. Wang J, Brown M., Ivey-Stephenson A. [et al.]. Rural-urban comparisons in the rates of self-harm. U.S., 2018 // *Am J Prev Med*. 2022. Vol. 63, N 1. Pp. 117–120. DOI: 10.1016/j.amepre.2021.12.018.

Поступила 31.03.2025

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

Участие авторов: А.Л. Гаджиева – сбор и обработка информации, написание и редактирование статьи; И.О. Кузьмина – обсуждение полученных результатов, редактирование статьи; И.В. Реверчук – обсуждение полученных результатов, редактирование статьи.

Для цитирования. Гаджиева А.Л., Кузьмина И.О., Реверчук И.В. Глобальная тенденция несуицидального самоповреждения среди подростков: эпидемиологический обзор // *Вестник психотерапии*. 2025. № 95. С. 7–15. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-95-07-15

A.L. Gadzhieva¹, I.O. Kuzmina¹, I.V. Reverchuk^{2, 3}

Global Trend of Non-Suicidal Self-Injury among Adolescents: An Epidemiological Review

¹ Surgut State University (1, Lenin Ave., Surgut, Khanty-Mansiysk Autonomous Okrug – Ugra, Russia);

² Samarkand State Medical University (18, Amir Timur Str., Samarkand, Republic of Uzbekistan);

³ Bioinstitute for the Protection of Somatopsychic Health
(1, letter V from lit. A, office 5, Maysky lane, Kaliningrad, Russia)

✉ Aisel Logmanovna Gadzhieva – 5th year student, Surgut State University (1, Lenin Ave., Surgut, Khanty-Mansiysk Autonomous Okrug – Ugra, 628412, Russia), e-mail: aisel2707@mail.ru, ORCID: 0009-0006-4736-9544;

Ildana Olegovna Kuzmina – lecturer at the Department of Multidisciplinary Clinical Training, PhD Student at the Department of Internal Diseases, Surgut State University (1, Lenin Ave., Surgut, Khanty-Mansiysk Autonomous Okrug – Ugra, 628412, Russia), e-mail: ildanakh@mail.ru, ORCID: 0009-0006-9664-6448;

Igor Vasilievich Reverchuk – Dr. Med. Sci. Associate Prof., Head of the Department of Psychiatry and Neurosciences, Bioinstitute for the Protection of Somatopsychic Health (1, letter V from lit. A, office 5, Maysky lane, Kaliningrad, 236016, Russia); Prof. of the Department psychiatry, medical psychology and narcology, Samarkand State Medical University (18, Amir Timur Str., Samarkand, 140100, Republic of Uzbekistan), e-mail: Igor7272igor@gmail.com, ORCID: 0000-0002-3498-9094

Abstract

Relevance. Non-suicidal self-injury (NSSI) is a global public health concern. In recent years, researchers have documented an increasing prevalence of self-injurious behavior among adolescents. Analysis shows that the problem of NSSI is closely related to socioeconomic status, psychological environment, and other factors that influence the adolescent population.

Objective. To examine the main etiological aspects of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents; to identify gender and age differences, patterns in the choice of self-injury methods, and the impact of environmental factors on the formation of NSSI; and to conduct a narrative review of the scientific literature on the epidemiology of NSSI.

Method. The article presents a review of domestic and international literature on the epidemiology of NSSI. Russian and foreign articles were selected for analysis. Scientific literature was searched using relevant keywords.

Results. NSSI is most commonly observed among adolescents, with the average age of onset ranging from 12 to 18 years. There is no exact data on the prevalence of NSSI, but it may reach up to 46 %. The frequency varies depending on the region, socioeconomic status, and cultural factors.

Conclusion. Numerous studies indicate that NSSI is becoming increasingly prevalent worldwide, with its frequency varying across regions, socioeconomic conditions, and cultural contexts. A critical factor is gender: while findings on prevalence differences remain inconsistent, clear distinctions exist in the methods of self-injury employed. Age also plays a significant role, with a higher incidence typically observed during the transitional period of 12 to 18 years. This underscores the necessity of timely professional support and intervention during this critical developmental stage. Further research into the etiological and epidemiological aspects of adolescent NSSI is essential for developing effective prevention and intervention strategies aimed at reducing its prevalence and promoting youth mental health.

Keywords: self-injurious behavior, non-suicidal self-injury, self-harm, adolescents, epidemiology.

References

1. Abramova A.A., Enikolopov S.N., Efremov A.G., Kuznetsova S.O. Autoagressivnoe nesuitsidal'noe povedenie kak sposob sovladaniya s negativnymi emotsiyami [Auto-aggressive non-suicidal behavior as a way of coping with negative emotions]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya* [Clinical Psychology and Special Education]. 2018; 7(2): 21–40. DOI: 10.17759/cpse.2018070202. (In Russ.)
2. Glavatskikh M.M., Reverchuk I.V., Yazykov K.G. Svyaz' somatizatsii s sotsial'no-psikhologicheskimi osobennostyami lichnosti u podrostkov [The relationship of somatization with the socio-psychological characteristics of personality among adolescents]. *Sibirskiy psikhologicheskii zhurnal* [Siberian Journal of Psychology]. 2023; (87). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/svyaz-somatizatsii-s-sotsialno-psihologicheskimi-osobennostyami-lichnosti-u-podrostkov>. (In Russ.)
3. Gorbatov S.V., Arbuzova E.N., Shaboltas A.V. [et al.]. Osobennosti Ya-kontseptsii devochek podrostkov s nesuitsidal'nym samopovrezhdayushchim povedeniem [Features of the self-concept of adolescent girls with non-suicidal self-injurious behavior]. *Suitsidologiya* [Suicidology]. 2020; (1): 38. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-ya-kontseptsii-devochek-podrostkov-s-nesuitsidalnym-samopovrezhdayushchim-povedeniem>. (In Russ.)
4. Levkovskaya O.B., Shevchenko Iu.S., Danilova L.Yu. [et al.]. Fenomenologicheskii analiz nesuitsidal'nykh samopovrezhdenii u podrostkov [A phenomenological analysis of non-suicidal self-injuries in adolescents]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2017; 117(7): 10–15. DOI: 10.17116/jnevro20171177110-15. (In Russ.)
5. Tarasova A.E. Prichiny samopovrezhdayushchego povedeniya podrostkov i molodezhi [Causes of adolescent and youth self-harming behavior]. *Kollektsiya gumanitarnykh issledovaniy* [The Collection of Humanitarian Studies]. 2019; (1): 16. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/prichiny-samopovrezhdayushchego-povedeniya-podrostkov-i-molodezhi>. (In Russ.)
6. Bandara P., Page A., Hammond T.E. [et al.]. Surveillance of hospital-presenting intentional self-harm in Western Sydney, Australia, during the implementation of a new self-harm reporting field. *Crisis*. 2022; 10(3): 345–354. DOI: 10.1027/0227-5910/a000845.
7. Bentley K.H., Cassiello-Robbins C.F., Vittorio L. [et al.]. The association between non-suicidal self-injury and the emotional disorders: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*. 2015; (37): 72–88. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.02.006.
8. Buelens T., Luyckx K., Gandhi A. [et al.]. Non-suicidal self-injury in adolescence: longitudinal associations with psychological distress and rumination. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2019; 47(9): 1569–1581. DOI: 10.1007/s10802-019-00531-8.
9. Daukantaitė D., Lundh L., Claréus B. [et al.]. What happens to young adults who have engaged in self-injurious behavior as adolescents? A 10-year follow-up. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2020; (47): 475–492. DOI: 10.1007/s00787-020-01533-4.
10. De Luca L., Pastore M., Palladino B.E. [et al.]. The development of Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) during adolescence: A systematic review and Bayesian meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2023; 15(339): 648–659. DOI: 10.1016/j.jad.2023.07.091.
11. Dierickx S., Claes L., Buelens T. [et al.]. DSM-5 non-suicidal self-injury disorder in a community sample: comparing NSSI engagement, recency and severity among emerging adults. *Frontiers in Psychiatry*. 2023; (14): 125–131. DOI: 10.3389/fpsy.2023.1251514.

12. Gandhi A., Luyckx K., Adhikari A. [et al.]. Non-suicidal self-injury and its association with identity formation in India and Belgium: A cross-cultural case-control study. *Transcultural Psychiatry*. 2021; 58(1): 52–62. DOI: 10.1177/1363461520933759.
13. Gandhi A., Luyckx K., Baetens I. [et al.]. Age of onset of non-suicidal self-injury in Dutch-speaking adolescents and emerging adults: An event history analysis of pooled data. *Comprehensive Psychiatry*. 2018; (80): 170–178. DOI: 10.1016/j.comppsy.2017.10.007.
14. Gillies D., Christou M., Dixon A. [et al.]. Prevalence and characteristics of self-harm in adolescents: meta-analyses of community-based studies 1990–2015. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2018; 57(10): 733–741. DOI: 10.1016/j.jaac.2018.06.018.
15. Horváth O., Mészáros G., Balázs J. Non-suicidal self-injury in adolescents: current issues. *Neuropsychopharmacology Hungarica*. 2015; 17(1): 14–22.
16. Jeong J., Kim D. Gender differences in the prevalence of and factors related to non-suicidal self-injury among middle and high school students in South Korea. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021; 18(11): 59–65. DOI: 10.3390/ijerph18115965.
17. Liang K., Zhao L., Lei Y. [et al.]. Nonsuicidal self-injury behaviour in a city of China and its association with family environment, media use and psychopathology. *Comprehensive Psychiatry*. 2022; (115):152–158. DOI: 10.1016/j.comppsy.2022.152311.
18. Lim K., Wong C., McIntyre R. [et al.]. Global lifetime and 12-month prevalence of suicidal behavior, deliberate self-harm and non-suicidal self-injury in children and adolescents between 1989 and 2018: a meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019; 16(22): 45–53. DOI: 10.3390/ijerph16224581.
19. Ma S., Su Z. Current status of nonsuicidal injuries and associated factors among junior high school students in Hainan Province, China: a cross-sectional study. *BMC Psychology*. 2023; 11(1): 199. DOI: 10.1186/s40359-023-01227-x.
20. Mannekote Thippaiah S., Shankarapura Nanjappa M., Gude G. [et al.]. Non-suicidal self-injury in developing countries: A review. *International Journal of Social Psychiatry*. 2021; 67(5): 472–482. DOI: 10.1177/0020764020943627.
21. McManus S., Gunnell D., Cooper C. [et al.]. Prevalence of non-suicidal self-harm and service contact in England, 2000–14: repeated cross-sectional surveys of the general population. *Lancet Psychiatry*. 2019; 6(5): 573–581. DOI: 10.1016/S2215-0366(19)30188-9.
22. Moloney F., Amini J., Sinyor M. [et al.]. Sex differences in the global prevalence of nonsuicidal self-injury in adolescents: a meta-analysis. *JAMA Network Open*. 2024; 7(6): 241. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2024.15436.
23. Poudel A., Lamichhane A., Magar K. [et al.]. Non suicidal self-injury and suicidal behavior among adolescents: co-occurrence and associated risk factors. *BMC Psychiatry*. 2022; 22(1): 96. DOI: 10.1186/s12888-022-03763-z.
24. Vega D., Sintes A., Fernández M. [et al.]. Review and update on non-suicidal self-injury: who, how and why? *Spanish Journal of Psychiatry*. 2018; 46(4): 146–155.
25. Verschuere S., Berends T., Kool-Goudzwaard N. [et al.]. Patients with anorexia nervosa who self-injure: a phenomenological study. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2015; 51(1): 63–70. DOI: 10.1111/ppc.12061.
26. Wang J., Brown M., Ivey-Stephenson A. [et al.]. Rural-urban comparisons in the rates of self-harm. U.S., 2018. *American Journal of Preventive Medicine*. 2022; 63(1): 117–120. DOI: 10.1016/j.amepre.2021.12.018.

Received 31.03.2025

For citing: Gadzhieva A.L., Kuz'mina I.O., Reverchuk I.V. Global'naya tendentsiya nesuitsidal'nogo samopovrezhdeniya sredi podrostkov: epidemiologicheskii obzor. *Vestnik psikhoterapii*. 2025; (95): 7–15. (In Russ.)

Gadzhieva A.L., Kuzmina I.O., Reverchuk I.V. Global trend of non-suicidal self-injury among adolescents: an epidemiological review. *Bulletin of Psychotherapy*. 2025; (95): 7–15. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-95-07-15

Д.Д. Мезенцева¹, А.Ю. Терехов², Е.Р. Исаева¹

НАРУШЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ПОЗНАНИЯ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ: ПОИСК НОВЫХ МЕТОДИК

¹ Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова (Россия, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8);

² Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова (Россия, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41)

Актуальность. При изучении малопрогрессирующих форм шизофрении часто возникают сложности дифференциальной диагностики из-за отсутствия ярко выраженных нарушений мышления и наличия «стертой» симптоматики. Требуется расширение и обновление арсенала психодиагностических методик, оценивающих помимо когнитивной и эмоциональной сфер личности еще и особенности социального познания больных. Проективные методики, направленные на выявление нарушений социального познания, могут быть достаточно тонким и информативным инструментом в дифференциальной психодиагностике.

Проведено «пилотное» исследование ответов больных с расстройствами шизофренического спектра по авторской проективной методике, направленной на выявление нарушений различных компонентов социального познания. Ответы продемонстрировали слабую способность больных к вероятностному прогнозированию в ситуациях социального взаимодействия. Исследование показало высокую чувствительность и диагностический потенциал предложенного проективного теста в отношении нарушений социального познания у лиц с расстройствами шизофренического спектра. Новизна исследования заключается в том, что дальнейшая апробация и совершенствование методики позволит ввести новый психодиагностический метод в инструментарий медицинских психологов.

Цель исследования: провести анализ ответов пациентов с расстройствами шизофренического спектра с помощью авторской проективной методики.

Материал и методы. Выборку составили 64 респондента в возрасте от 18 до 59 лет, из них 32 условно здоровых испытуемых (женщин – 23; мужчин – 9) и 32 пациента с расстройствами шизофренического спектра (МКБ F20, F21) (женщин – 10; мужчин – 22). Методы: экспериментально-психологический, проективное тестирование с использованием фотоизображений.

Заключение. Результаты статистического анализа данных исследования подтверждают предположение о достаточной чувствительности разработанного нами проективного теста в отношении выявления нарушений социального познания у лиц с расстройствами шизофренического спектра. Ответы больных по сравнению с условно здоровыми испытуемыми показали тенденцию к большему числу ошибок в отношении вероятностного прогнозирования действий и событий в ситуациях межличностного взаимодействия. Пояснения больных

✉ Мезенцева Дарья Дмитриевна – аспирант, каф. общей и клинич. психологии, Первый С.-Петерб. гос. мед. ун-т им. акад. И.П. Павлова (Россия, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8), e-mail: 9389662@mail.ru;

Терехов Александр Юрьевич – ассистент, каф. нормальной физиологии, Сев.-Зап. гос. мед. ун-т им. И.И. Мечникова (Россия, 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41), e-mail: alex.terekhov101@gmail.com;

Исаева Елена Рудольфовна – д-р психол. наук проф., зав. каф. общей и клинич. психологии, Первый С.-Петерб. гос. мед. ун-т им. акад. И.П. Павлова (Россия, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8), e-mail: isajeva@yandex.ru, ORCID: 0000-0002-7731-7693, SPIN: 8335-7418

к этому домену оказались более вычурными, отличались большей вариативностью, что указывает на необходимость проведения подробного контент-анализа полученной информации.

Ключевые слова: социальное познание, шизофрения, проективные методы, теория разума, эмоциональный интеллект, зрительное восприятие.

Введение

Социальное познание – сложный, многоуровневый конструкт, отражающий процесс познания одного человека другим [10]. Основной целью изучения процесса социального познания является понимание механизмов, с помощью которых человек перерабатывает, хранит и использует информацию о других людях и социальных ситуациях. В научной литературе понятия «социальное познание» и «социальное восприятие» часто используются как синонимы, однако, по мнению некоторых авторов, между ними существуют определенные различия [6].

Социальное восприятие, или межличностное восприятие, – это процесс познания и понимания одним человеком другого в процессе общения. Механизмами социального восприятия (перцепции) являются: идентификация, каузальная атрибуция, эмпатия и рефлексия [2]. Этот процесс включает в себя анализ невербальных сигналов, поведения, эмоциональных реакций и других факторов, влияющих на формирование восприятия других людей. Оно играет ключевую роль в формировании социальных отношений и взаимодействия между людьми [1].

Социальное познание (СП) является более объемным конструктом, включающим процесс восприятия, понимания и интерпретации социальных явлений, событий, норм, ценностей и культурных аспектов, а также анализ социального мира вокруг индивида.

Таким образом, социальное познание охватывает более широкий спектр процессов восприятия и анализа социальных явлений, в то время как социальное восприятие сосредоточено на формировании впечатлений о других людях и понимании их поведения.

На сегодняшний день не существует единой концепции социального познания. Предлагаются различные модели, включающие разнообразные компоненты СП, что усложняет понимание данного конструкта. Сложность и противоречивость этого про-

цесса не позволяют выработать в отношении него единую парадигму и устойчивую теорию [7]. На сегодняшний день нарушения социального познания рассматриваются как один из компонентов когнитивного дефицита при шизофрении [9, 13]. Во многих исследованиях было показано, что затруднения социальной адаптации и неэффективность социального поведения нередко предшествуют клиническому дебюту шизофрении и становятся заметными еще до когнитивных нарушений [6, 11]. В отдельных работах предлагалось считать нарушения социального познания ранним маркером шизофрении либо одним из таковых [12]. Лонгитюдные исследования показали, что социальные дисфункции остаются стабильными в течение жизни, не могут быть купированы психотерапией и это требует признания их относительной независимости от клинической симптоматики [6, 14].

При изучении нарушений социального познания, особенно в контексте расстройств шизофренического спектра, исследователи акцентируют внимание на нескольких ключевых его компонентах.

Распознавание эмоций (или эмпатия) – способность правильно интерпретировать эмоциональные состояния других людей, что является важным компонентом успешного социального взаимодействия. *Атрибутивный стиль (или каузальная атрибуция)* – процесс понимания и объяснения поведения других людей и своего собственного. Ошибки атрибуции могут приводить к недопониманию и конфликтам в социальных отношениях. *Вероятностное прогнозирование* – важный конструкт социального познания, с помощью которого формируются гипотезы о потенциальных траекториях развития событий в будущем на основании анализа доступной информации и накопленного опыта [3]. Оно является наименее исследуемым компонентом социального познания при расстройствах шизофренического спектра.

Впервые понятие вероятностного прогнозирования ввел И.М. Фейгенберг, который описывал его следующим образом: «Возникновение ситуации А является сигналом для подготовки системы организма к реакции, адекватной для ситуации Б, условная вероятность возникновения которой вслед за А является максимальной» (Фейгенберг, 1970).

Стоит отметить тот факт, что при сформировавшемся психическом дефекте у больных шизофренией отчетливо наблюдаются нарушения социального взаимодействия, нарушено понимание социального контекста и в целом отмечается социальная дезадаптация [4]. Однако при «стертых», малопрогрессирующих формах течения шизофрении многие ключевые симптомы данного психического расстройства остаются незаметными, отсутствуют ярко выраженные признаки эмоционального обеднения и нарушений мыслительных процессов, нет заметного снижения уровня активности, социальная адаптация не так явно нарушена [6].

В процессе проведения традиционной патопсихологической диагностики сфера социального познания часто остается без должного внимания из-за ограниченности имеющихся методик и психодиагностических тестов в этой области. На сегодняшний день наблюдается дефицит современного психодиагностического инструментария, чувствительного к наличию нарушений социального познания у больных, что, в свою очередь, ограничивает возможности глубокого понимания механизмов развития данных нарушений и разработки эффективных методов психокоррекции и реабилитации. Так, например, тест Гилфорда и шкала «Понятливость» Векслера, которые чаще всего используются для оценки способности понимать и прогнозировать поведение людей в разных житейских ситуациях, устарели: современное поколение не понимает представленных на карточках событий, а порой и сами изображения, с которыми необходимо работать. Поэтому актуальны обновление имеющегося психодиагностического арсенала, разработка и апробация новых

методик, которые будут использоваться в практической деятельности медицинских психологов.

Для изучения того, как понимает и прогнозирует социальные ситуации человек, нужна методика, в которой стимулы будут реалистичными, при этом многозначными, допускающими различную интерпретацию. Социальное познание и его нарушения, на наш взгляд, будут проявляться при решении неструктурированной задачи испытуемым – задачи, допускающей почти неограниченное разнообразие возможных ответов, в связи с чем сами тестовые стимулы должны быть расплывчатыми и неоднозначными.

На основе знаний о нарушении визуальной перцепции (связь восприятия зрительных стимулов с мыслительными процессами) при шизофрении было сделано предположение о том, что результаты идентификации стимулов в условиях недостаточной информационной насыщенности у пациентов с шизофренией будут отличаться от таковых у здоровых индивидуумов. Больные шизофренией не могут воспользоваться тем прошлым опытом, который в норме приводит к «экономичности» процессов восприятия и принятия решений [5].

Дизайн и методы исследования

В исследовании применялась разработанная нами проективная методика. Она состоит из 15 фотокарточек, на которых изображены различные социальные ситуации. Изображение на карточках характеризуется отсутствием некоторого количества информации и неопределенностью ситуации – серые зоны, которые произвольно заполняются пациентом предполагаемыми объектами или событиями, соответствующими, по его мнению, заданной ситуации.

Карточки сюжетно поделены на взаимодействие между взрослыми, взаимодействие между взрослым и ребенком и взаимодействие между детьми; также карточки содержат ситуации, соотносящиеся с позитивными или негативными эмоциями. Все карточки черно-белые из соображений

нейтральности зрительных стимулов. При предъявлении карточек психологом задаются вопросы, помогающие оценивать компоненты социального познания: «Что происходит на фотографии?» (домен А – атрибутивный стиль); «Что чувствует, какие эмоции испытывает человек?» (домен Э – понимание эмоций); «Что будет делать / что будет происходить дальше?» (домен ВП – вероятностное прогнозирование). Ответы по каждому домену оцениваются следующим образом: 1 балл – не понял вопроса или дает неадекватный ответ; 2 балла – понял вопрос частично, больше собственная проекция; 3 балла – понял вопрос, адекватный ответ.

Материал исследования: выборку составили 64 респондента в возрасте от 18 до 59 лет, из них 32 (женщин – 23; мужчин –

9) условно здоровых испытуемых (ЗД) и 32 (женщин – 10; мужчин – 22) пациента с расстройствами шизофренического спектра (РШС; МКБ10: F20 + F21).

Результаты исследования

Результаты тестирования были подвергнуты статистическому анализу с использованием стандартных средств языка программирования R (v. 4.2.2). При сравнении результатов тестирования группы лиц с расстройствами шизофренического спектра с результатами группы условно здоровых лиц с помощью критерия Пирсона (хи-квадрат) установлены статистически значимые различия в ответах по каждому из доменов (карточки № 1, 2, 4, 5, 7, 9, 12, 13) (см. табл.).

| Карта | Параметры/ домены социального познавания | Здоровые (n = 32 чел) | | | Больные (n = 32 чел) | | | χ^2 | р-уровень | Доля верных ответов ЗД | Доля верных ответов РШС | χ^2 | р-уровень | Карта |
|-------|---|--------------------------|----|----|-------------------------|----|----|----------|-----------|---------------------------|----------------------------|----------|-----------|-------|
| | | 16 | 26 | 36 | 16 | 26 | 36 | | | | | | | |
| K1 | Атрибуция | 0 | 11 | 21 | 3 | 18 | 11 | 7,8 | 0,020 | 1,00 | 0,91 | 1,4 | 0,237 | K1 |
| | Эмоции | 0 | 11 | 21 | 8 | 12 | 12 | 10,5 | 0,005 | 1,00 | 0,75 | 7,0 | 0,008 | |
| | Прогнозирование | 0 | 14 | 18 | 5 | 25 | 2 | 20,9 | 0,000 | 1,00 | 0,84 | 3,5 | 0,062 | |
| K2 | Атрибуция | 0 | 5 | 27 | 1 | 13 | 18 | 6,4 | 0,042 | 1,00 | 0,97 | 0,0 | 1,000 | K2 |
| | Эмоции | 1 | 1 | 30 | 1 | 14 | 17 | 14,9 | 0,001 | 0,97 | 0,97 | 0,0 | 1,000 | |
| | Прогнозирование | 0 | 10 | 22 | 4 | 24 | 4 | 22,2 | 0,000 | 1,00 | 0,88 | 2,4 | 0,121 | |
| K4 | Атрибуция | 0 | 1 | 31 | 5 | 16 | 11 | 27,8 | 0,000 | 1,00 | 0,84 | 3,5 | 0,062 | K4 |
| | Эмоции | 0 | 0 | 32 | 1 | 8 | 23 | 10,5 | 0,005 | 1,00 | 0,97 | 0,0 | 1,000 | |
| | Прогнозирование | 0 | 0 | 32 | 6 | 11 | 15 | 23,1 | 0,000 | 1,00 | 0,81 | 4,6 | 0,032 | |
| K5 | Атрибуция | 2 | 8 | 22 | 8 | 17 | 7 | 14,6 | 0,001 | 0,94 | 0,75 | 3,0 | 0,065 | K5 |
| | Эмоции | 2 | 8 | 22 | 18 | 4 | 10 | 18,6 | 0,000 | 0,94 | 0,44 | 16,4 | 0,000 | |
| | Прогнозирование | 2 | 15 | 15 | 19 | 11 | 2 | 24,3 | 0,000 | 0,94 | 0,41 | 18,1 | 0,000 | |
| K7 | Атрибуция | 1 | 6 | 25 | 8 | 18 | 6 | 23,1 | 0,000 | 0,97 | 0,75 | 4,7 | 0,031 | K7 |
| | Эмоции | 1 | 0 | 31 | 4 | 7 | 21 | 10,7 | 0,005 | 0,97 | 0,88 | 0,9 | 0,352 | |
| | Прогнозирование | 1 | 13 | 18 | 10 | 20 | 2 | 21,6 | 0,000 | 0,97 | 0,69 | 7,0 | 0,008 | |
| K9 | Атрибуция | 5 | 7 | 20 | 16 | 13 | 3 | 20,1 | 0,000 | 0,84 | 0,50 | 7,1 | 0,008 | K9 |
| | Эмоции | 12 | 2 | 18 | 22 | 5 | 5 | 11,6 | 0,003 | 0,63 | 0,31 | 5,1 | 0,024 | |
| | Прогнозирование | 10 | 5 | 17 | 24 | 7 | 1 | 20,3 | 0,000 | 0,69 | 0,25 | 10,6 | 0,001 | |
| K12 | Атрибуция | 4 | 0 | 28 | 13 | 4 | 14 | 14,2 | 0,001 | 0,88 | 0,56 | 6,3 | 0,012 | K12 |
| | Эмоции | 4 | 2 | 26 | 13 | 8 | 11 | 14,4 | 0,001 | 0,88 | 0,59 | 5,1 | 0,024 | |
| | Прогнозирование | 4 | 11 | 17 | 18 | 12 | 2 | 20,8 | 0,000 | 0,88 | 0,44 | 11,7 | 0,001 | |
| K13 | Атрибуция | 3 | 9 | 20 | 16 | 13 | 3 | 22,2 | 0,000 | 0,91 | 0,50 | 10,8 | 0,001 | K13 |
| | Эмоции | 8 | 6 | 18 | 24 | 6 | 2 | 20,8 | 0,000 | 0,75 | 0,25 | 14,1 | 0,000 | |
| | Прогнозирование | 8 | 18 | 6 | 20 | 11 | 1 | 10,4 | 0,006 | 0,75 | 0,38 | 7,7 | 0,006 | |

Ответы, относящиеся к домену А, у пациентов с РШС достоверно отличались ($p < 0,01$) от ответов здоровых практически по всем карточкам, кроме № 6, 8, 10, 11 и 14. Ответы, относящиеся к домену Э, у пациентов с РШС достоверно отличались от ответов здоровых ($p < 0,005$) по всем карточкам, кроме № 3, 6, 8, 11, 14 и 15. Ответы, относящиеся к домену ВП, у пациентов с РШС достоверно отличались ($p < 0,005$) от ответов здоровых по всем карточкам, кроме № 6 и 14. Таким образом, домен ВП продемонстрировал наибольшую чувствительность среди всех карточек при сравнении групп РШС и здоровых лиц, поскольку в 13 из 15 карточек

отмечались значимые различия, в то время как ответы по доменам А и Э показали выраженные различия только в 10 из 15 карт.

Для определения карт, наиболее чувствительных к проявлениям нарушений социального познания у лиц с расстройствами шизофренического спектра, был дополнительно произведен анализ пропорций правильных ответов по всем доменам. Под правильным ответом подразумевалось не только полностью верное высказывание, но и частично верное (2 и 3 балла) (рис. 1–3).

При данном способе сравнения статистически значимые различия по всем доменам установлены только для карт № 9, 12, 13,

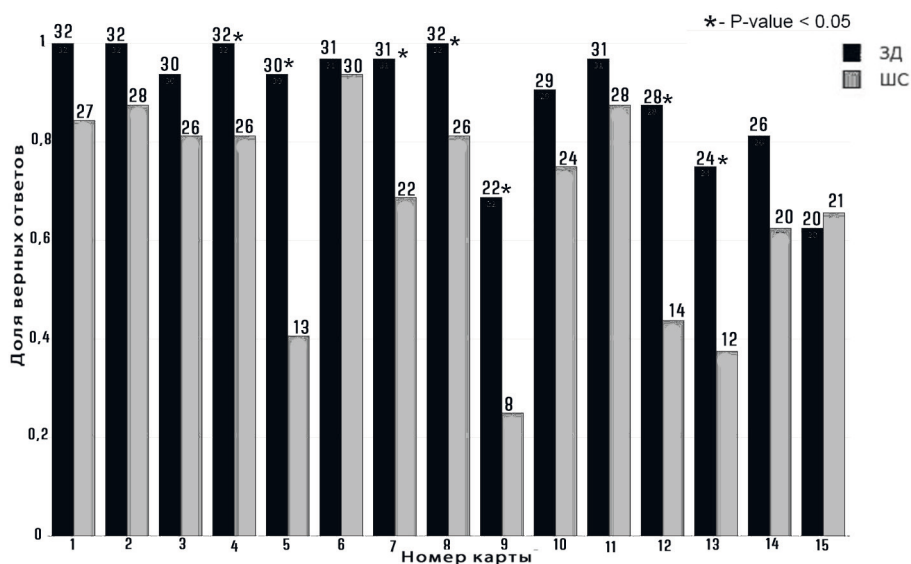


Рис. 1. Доля верных и частично верных ответов по домену «Вероятностное прогнозирование» для всех карт

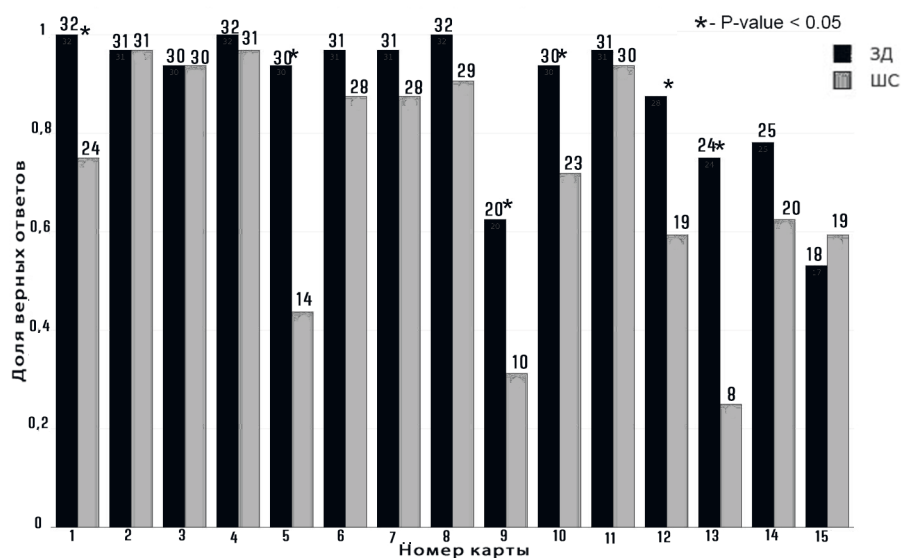


Рис. 2. Доля верных и частично верных ответов по домену «Эмоции» для всех карт

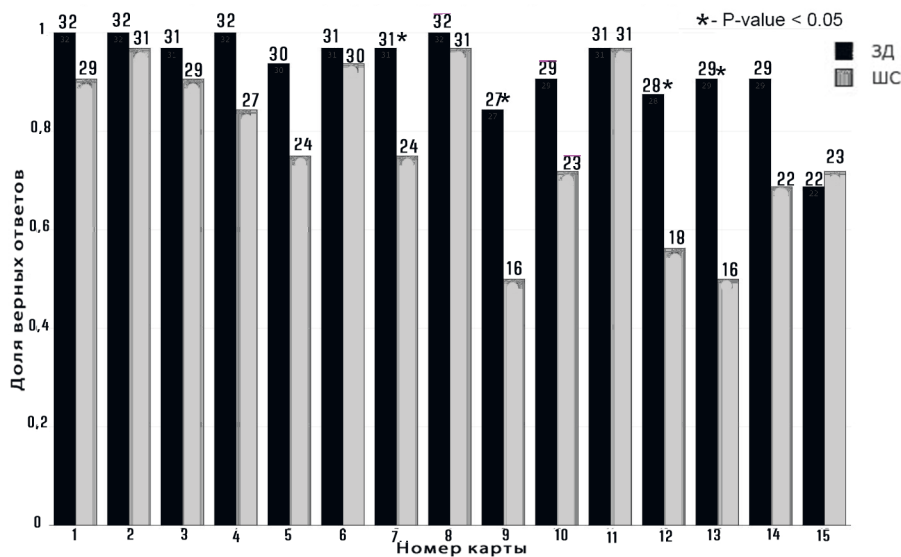


Рис. 3. Доля верных и частично верных ответов по домену «Атрибуция» для всех карт

и различия по доменам 1 и 2 установлены для карт № 1, 4, 5, 7, 8, 10. Ответы по картам № 2, 3, 6, 11, 14, 15 не различались в группах по всем доменам. По домену ВП высокая чувствительность к ошибочным суждениям сохранялась: значимые отличия в количестве правильных ответов установлены для 7 из 15 карт. В то же время обращает внимание и снижение чувствительности к ошибкам по домену А: значимые различия в ответах больных и здоровых установлены только в 4 из 15 карт.

В целом по результатам проведенного исследования можно заключить, что карты № 9, 12, 13 (рис. 4–6) обладают наибольшей чувствительностью к выявлению нарушений социального познания, поскольку только по

этим картам значимые различия были установлены для каждого из доменов при обеих проверках.

На карточку № 9 приходилось наибольшее количество своеобразных и вычурных ответов в группе больных шизофренического спектра, что предположительно может быть связано со сложным сюжетом, изображенным на карточке, к которому больные не могли подобрать необходимую (адекватную) модель социального взаимодействия для полного понимания. Установлено, что карты № 6 и 14 обладали низкой чувствительностью, поскольку не показали значимых различий при обоих способах проверки разницы в ответах между группой лиц с РШС и группой условно здоровых лиц. В ответах



Рис. 4. Карточка № 9



Рис. 5. Карточка № 12

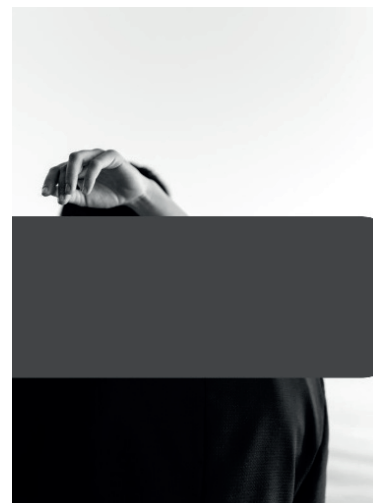


Рис. 6. Карточка № 13

статистически значимые различия отсутствовали по всем трем доменам. Они оказались малоинформативными и были исключены из дальнейшего исследования.

Проведенное исследование продемонстрировало, что больные с РШС так же, как здоровые респонденты, хорошо понимали эмоции ярости, радости, правильно распознавали плач и обиду. Но они имели затруднения с пониманием эмоций на карточках, где была нейтральная эмоция (карточка № 1), эмоция страха (карточки № 7 и 10), где не было видно лиц, имелось мало контекстной информации или ситуации взаимодействия не являлись «стандартными» (карточки № 2, 4, 5, 9, 12, 13).

Было выявлено, что больные с РШС понимают агрессию и другие выраженные негативные эмоции и действия так же, как и здоровые. Хуже всего пациентам с РШС давались задача прогнозирования событий в изображенных на карточках ситуациях социального взаимодействия.

Результаты исследования позволяют сделать следующие выводы:

1. Пилотное исследование с помощью разработанной нами проективной методики показало существенные отличия в понимании социальных ситуаций на фотоизображениях у больных с РШС, в сравнении со здоровыми лицами.

2. Домен А: больные с РШС понимали агрессивные сюжеты, враждебные действия, ситуацию игры так же, как и здоровые лица. Хуже понимали сложные и неоднозначные

социальные ситуации, а также карточки, на которых не видно лиц участников ситуаций.

3. Домен Э: больные с РШС так же, как здоровые, понимали эмоции ярости, радости, правильно распознавали плач и обиду, но хуже понимали нейтральные эмоции, эмоцию страха. Они испытывали затруднения в определении эмоций на карточках, где мало контекстной информации, не видно лиц или если ситуации взаимодействия не являлись «стандартными».

4. Домен ВП: пациенты с РШС показали низкую способность к прогнозированию развития событий в ситуациях социального взаимодействия.

Заключение

Результаты статистического анализа данных исследования подтверждают предположение о достаточной чувствительности разработанного нами проективного теста для выявления нарушений социального познания у лиц с РШС. Замечена тенденция к большему числу ошибок у больных с РШС в отношении вероятностного прогнозирования действий и событий в ситуациях межличностного взаимодействия.

Перспективы исследования заключаются в увеличении выборки пациентов и проведении сравнительного исследования для сопоставления ответов пациентов с личностными расстройствами. Также необходимо провести подробный контент-анализ полученной информации.

Литература

1. Атаев К.А., Гараджаев М.А. Социальное восприятие в социальной психологии // Молодой ученый. 2024. № 11(510). С. 321–323.
2. Бурова Е.В. К вопросу о механизмах межличностного восприятия // Наука и современность. 2010. № 1-2. С. 29–33.
3. Забегалина С.В., Чигарькова А.В. Вероятностное прогнозирование как вид прогностической деятельности: подход и стратегии // Психопедагогика в правоохранительных органах. 2017. № 1(68). С. 87–91.
4. Зотов М.В., Попова Д.А., Гусева М.С. [и др.]. Видеть посредством чужих глаз: восприятие социального взаимодействия в норме и при шизофрении // Культурно-историческая психология. 2015. Т. 11, № 4. С. 4–21. DOI: 10.17759/chp.2015110401.
5. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М.: Изд-во МГУ, 1991. 256 с.
6. Рычкова О.В. Нарушения социальных навыков и социального поведения при шизофрении (анализ подходов для обоснования интервенций) // Социальная и клиническая психиатрия. 2023. Т. 33, № 2. С. 100–109.

7. Савин В. В. Специфика современного социального познания: автореф. дисс. ... канд. философ. наук. Волгоград, 2013. 23 с.
8. Смулевич А.Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2018. Т. 118, № 4. С. 149–152. DOI: 10.17116/jnevro201811841149-152.
9. Холмогорова А.Б., Рычкова О.В. 40 лет биопсихосоциальной модели: что нового? // Социальная психология и общество. 2017. Т. 8, № 4. С. 8–31. DOI: 10.17759/sps.2017080402.
10. Холмогорова А.Б. Социальное познание как высшая психическая функция и его развитие в онтогенезе: коллективная монография. М.: Неолит, 2016. 312 с.
11. Ballon J.S., Kaur T., Marks I.I. [et al.]. Social functioning in young people at risk for schizophrenia // *Psychiatry Res.* 2007. Vol. 151, N 1–2. Pp. 29–35. DOI: 10.1016/j.psychres.2006.10.012.
12. Cornblatt B.A., Auther A.M., Niendam T. [et al.]. Preliminary findings for two new measures of social and role functioning in the prodromal phase of schizophrenia // *Schizophr Bull.* 2007. Vol. 33, N 3. Pp. 688–702. DOI: 10.1093/schbul/sbm029.
13. Penn D.L., Corrigan P.W., Bentall R.P. Social cognition in schizophrenia // *Psychol Bull.* 1997. Vol. 121. Pp. 114–132.
14. Swartz M.S., Perkins D.O., Stroup T.S. [et al.]. Effects of antipsychotic medications on psychosocial functioning in patients with chronic schizophrenia: Findings from the NIMH CATIE study // *Am J Psychiatry.* 2007. Vol. 164, N 3. Pp. 428–436. DOI: 10.1176/ajp.2007.164.3.428.

Поступила 05.01.2025

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

Участие авторов: Д.Д. Мезенцева – разработка метода исследования, проведение исследования, написание текста статьи, статистический анализ данных; А.Ю. Терехов – статистический анализ данных; Е.Р. Исаева – разработка метода исследования, написание текста статьи.

Для цитирования. Мезенцева Д.Д., Терехов А.Ю., Исаева Е.Р. Нарушение социального познания при психических расстройствах: поиск новых методик // Вестник психотерапии. 2025. № 95. С. 16–25. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-95-16-25

D.D. Mezentseva¹, A.Y. Terekhov², E.R. Isaeva¹

Impairments of Social Cognition in Mental Disorders: Searching for New Assessment Methods

¹ Pavlov First State Medical University of Saint-Petersburg (6–8, Leo Tolstoy Str., St. Petersburg, Russia);

² North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov
(41, Kirochnaya Str., St. Petersburg, Russia)

✉ Daria Dmitrievna Mezentseva – postgraduate student, Department of General and Clinical Psychology, Pavlov First State Medical University of Saint-Petersburg (6–8, Leo Tolstoy Str., St. Petersburg, 197022, Russia), e-mail: 9389662@mail.ru;

Alexander Yuryevich Terekhov – assistant, Department of Normal Physiology, North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov (41, Kirochnaya Str., St. Petersburg, 191015, Russia), e-mail: alex.terekhov101@gmail.com;

Elena Rudolfovna Isaeva – Dr. Psychol. Sci. Prof., Head of the Department of General and Clinical Psychology, Pavlov First State Medical University of Saint-Petersburg (6–8, Leo Tolstoy Str., St. Petersburg, 197022, Russia), e-mail: isajeva@yandex.ru, ORCID: 0000-0002-7731-7693, SPIN-код: 3322-6935

Abstract

Relevance. In the study of low-progressive forms of schizophrenia, differential diagnosis is often complicated by the absence of pronounced thought disorders and the presence of “subtle” symptomatology. This highlights the need to expand and update the repertoire of psychodiagnostic tools that, in addition to assessing cognitive and emotional domains, also capture features of patients’ social cognition. Projective methods aimed at identifying impairments of social cognition may serve as sensitive and informative instruments in differential psychodiagnostics. A pilot study was conducted using an author-developed projective technique designed to detect impairments across different components of social cognition in patients with schizophrenia spectrum disorders. The responses demonstrated weak probabilistic forecasting ability in social interaction scenarios. The study revealed the high sensitivity and diagnostic potential of the proposed projective test in assessing social cognition deficits in this clinical group. The novelty of the research lies in the potential for further validation and refinement of the method, which may ultimately provide medical psychologists with a new psychodiagnostic tool.

The purpose of the study: to analyze the responses of patients with schizophrenic spectrum disorders when performing the author’s projective technique.

Materials and methods: experimental-psychological, projective testing using photo images. The sample consisted of 64 respondents aged 18 to 59 years, including: 32 conditionally healthy subjects: women – 23; men – 9, and 32 patients with schizophrenic spectrum disorders (F20, F21), women – 10; men – 22).

Conclusion: Statistical analysis of the study data supports the assumption that the developed projective test is sufficiently sensitive for detecting impairments in social cognition among patients with schizophrenia spectrum disorders. Compared to conditionally healthy participants, patients’ responses showed a greater tendency toward errors in probabilistic forecasting of actions and events in interpersonal situations. Their explanations within this domain were more elaborate and variable, underscoring the need for detailed content analysis of the obtained data.

Keywords: social cognition, schizophrenia, projective techniques, theory of mind, emotional intelligence, visual perception.

References

1. Ataev K.A., Garadzhaev M.A. Sotsial’noe vospriyatie v sotsial’noi psikhologii [Social perception in social psychology]. *Molodoy uchenyy* [Young Scientist]. 2024; (11): 321–323. (In Russ.)
2. Burova E.V. K voprosu o mekhanizмах mezhlichnostnogo vospriyatiya [On the mechanisms of interpersonal perception]. *Nauka i sovremennost’* [Science and Modernity]. 2010; (1–2): 29–33. (In Russ.)
3. Zabegalina S.V., Chigar’kova A.V. Veroyatnostnoe prognozirovaniye kak vid prognosticheskoy deyatel’nosti: podkhod i strategii [Probabilistic prediction as a type of prognostic activity: approach and strategies]. *Psikhopedagogika v pravookhranitel’nykh organakh* [Psychopedagogy in Law Enforcement Agencies]. 2017; (1): 87–91. (In Russ.)
4. Zotov M.V., Popova D.A., Guseva M.S. [et al.]. Videt’ posredstvom chuzhikh glaz: vospriyatie sotsial’nogo vzaimodeystviya v norme i pri shizofrenii [Seeing through other people’s eyes: perceptions of social interaction in normality and schizophrenia]. *Kul’turno-istoricheskaya psikhologiya* [Cultural and Historical Psychology]. 2015; 11(4): 4–21. DOI: 10.17759/chp.2015110401 (In Russ.)
5. Kritskaya V.P., Meleshko T.K., Polyakov Yu.F. Patologiya psikhicheskoy deyatel’nosti pri shizofrenii: motivatsiya, obshchenie, poznanie [Pathology of mental activity in schizophrenia: motivation, communication, cognition]. Moscow, 1991. 256 p. (In Russ.)
6. Rychkova O.V. Narusheniya sotsial’nykh navykov i sotsial’nogo povedeniya pri shizofrenii (analiz podkhodov dlya obosnovaniya interventsiy) [Disorders of social skills and social behavior in schizophrenia (a review of approaches to inform interventions)]. *Sotsial’naya i klinicheskaya psikhiatriya* [Social and Clinical Psychiatry]. 2023; 33(2): 100–109. (In Russ.)
7. Savin V.V. Spetsifika sovremennogo sotsial’nogo poznaniya [Specifics of modern social cognition]: abstract dissertation PhD Filosof. Sci. Volgograd, 2013. 23 p. (In Russ.)
8. Smulevich A.B. Maloprogredientnaya shizofreniya i pogranichnye sostoyaniya [Low-progressive schizophrenia and borderline states]. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii im. S.S. Korsakova* [Korsakov Journal of Psychology and Psychiatry]. 2018; 18(4): 149–152. DOI: 10.17116/jnevro201811841149-152. (In Russ.)

9. Kholmogorova A.B., Rychkova O.V. 40 let biopsikhosotsial'noi modeli: chto novogo? [40 years of the biopsychosocial model: what's new?]. *Sotsial'naya psikhologiya i obshchestvo* [Social Psychology and Society]. 2017; 8(4): 8–31. DOI: 10.17759/sps.2017080402. (In Russ.)
10. Kholmogorova A.B. Sotsial'noe poznanie kak vysshaya psikhicheskaya funktsiya i ego razvitie v ontogeneze: kollektivnaya monografiya [Social cognition as a higher mental function and its development in ontogenesis]. Moscow, 2016. 312 p. (In Russ.)
11. Ballon J.S., Kaur T., Marks I.I. [et al.]. Social functioning in young people at risk for schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2007; 51(1–2): 29–35. DOI: 10.1016/j.psychres.2006.10.012.
12. Cornblatt B.A., Auther A.M., Niendam T. [et al.]. Preliminary findings for two new measures of social and role functioning in the prodromal phase of schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 2007; 33(3): 688–702. DOI: 10.1093/schbul/sbm029.
13. Penn D.L., Corrigan P.W., Bentall R.P. Social cognition in schizophrenia. *Psychol. Bull.* 1997; 121: 114–132.
14. Swartz M.S., Perkins D.O., Stroup T.S. [et al.]. Effects of antipsychotic medications on psychosocial functioning in patients with chronic schizophrenia: findings from the NIMH CATIE study. *Am. J. Psychiatry.* 2007; 164(3): 428–436. DOI: 10.1176/ajp.2007.164.3.428.

Received 05.01.2025

For citing: Mezentseva D.D., Terekhov A.Yu., Isaeva E.R. Narushenie sotsial'nogo poznaniya pri psikhicheskikh rasstroistvakh: poisk novykh metodik. *Vestnik psikhoterapii*. 2025; (95): 16–25. (In Russ.)

Mezentseva D.D., Terekhov A.Yu., Isaeva E.R. Impairments of social cognition in mental disorders: searching for new assessment methods. *Bulletin of Psychotherapy*. 2025; (95): 16–25. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-95-16-25

Т.С. Бузина¹, А.С. Кубекова², Л.П. Великанова²

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

¹ Российский университет медицины (Россия, Москва, ул. Долгоруковская, д. 4);

² Астраханский государственный медицинский университет
(Россия, Астрахань, ул. Бакинская, д. 121)

Актуальность. Изучение психологических механизмов при формировании гипертонической болезни является особенно актуальной проблемой в медицинской психологии, потому что данная болезнь является самой распространенной среди людей трудоспособного возраста. Психологические факторы в виде стрессов, раздражительности, неприверженность к терапии и высокая конфликтность могут провоцировать высокий уровень артериального давления и приводить к осложнениям.

Цель – изучить соотношение личностных особенностей пациентов с гипертонической болезнью и их приверженности к терапии.

Методология. Обследовано 418 больных гипертонической болезнью (215 женщин и 203 мужчины, средний возраст $45 \pm 7,4$ года). На момент обследования больные проходили стационарное лечение в частном учреждении здравоохранения «Медико-санитарная часть» и состояли под наблюдением у кардиологов и терапевтов (г. Астрахань, Россия). В исследовании использовались опросные методы, в частности психодиагностические методики КОП-25 «Опросник количественной оценки приверженности лечению» (Н.А. Николаев, Ю.П. Скирденко) и тест-опросник личности «Большая пятерка» (в рос. адаптации А.Б. Хромова). Регистрация эмпирических данных осуществлялась с использованием интернет-сервиса Google Forms. Рассчитывались параметры дескриптивной статистики, линейный коэффициент корреляции, коэффициент ранговой корреляции Спирмена, t-критерий Стьюдента (программа Statistics 22.0).

Результаты и их анализ. По результатам обследования у больных зафиксирована низкая приверженность к терапии, которая негативно влияет на соматическое состояние больного и увеличивает риск развития осложнений и смерти. В результате исследования были зафиксированы личностные особенности, которые взаимосвязаны с различными параметрами приверженности терапии, рассматриваемыми в исследовании (приверженность к лекарственной терапии, приверженность к медицинскому сопровождению, приверженность к изменению образа жизни). Личностными особенностями, которые повышают приверженность к терапии, являются высокий самоконтроль и привязанность, а эмоциональная неустойчивость и экспрессивность препятствует приверженности к терапии. Полученные факторы риска низкой приверженности терапии являются управляемыми.

Бузина Татьяна Сергеевна – д-р психол. наук доц., зав. каф. общей психологии, Росс. ун-т медицины (Россия, 127006, Москва, ул. Долгоруковская, д. 4), e-mail: tbuzina@gmail.com; ORCID: 0000-00002-8834-251X, SPIN: 5867-0099;

✉ Кубекова Алия Салаватовна – канд. психол. наук доц., доц. каф. наркологии и психотерапии, Астраханский гос. мед. ун-т (Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121), e-mail: alya_kubekova@mail.ru; ORCID: 0000-0002-6534-7035, SPIN: 6682-3573;

Великанова Людмила Петровна – д-р мед. наук проф., зав. каф. наркологии и психотерапии, Астраханский гос. мед. ун-т (Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121), e-mail: rufam@mail.ru; ORCID: 0009-0007-8570-0290, SPIN: 6178-2366

Заключение. Данные исследования необходимы для определения мишеней психологической коррекции личностных особенностей пациентов, которые оказывают негативное влияние на формирование приверженности терапии у больных гипертонической болезнью. Среди эффективных мер повышения приверженности терапии больных гипертонической болезнью можно выделить комплексный подход. Обучение в «Школе больных гипертонической болезнью» и регулярный контроль артериального давления способствуют более высокой эффективности лечения.

Ключевые слова: приверженность к терапии, гипертоническая болезнь, личностные особенности, артериальное давление, комплаенс, самоконтроль, эмоциональная неустойчивость, механизм адаптации.

Введение

В настоящее время гипертоническая болезнь является одним из наиболее распространенных и опасных хронических заболеваний (Hypertensive diseases в рубрике МКБ-10 (I10–I15) в Российской Федерации, при этом ею все чаще страдают люди трудоспособного возраста. Гипертоническая болезнь, согласно МКБ-10, относится к рубрике «Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением» (I10–I15). Российская Федерация входит в первую десятку стран мира, в которых зафиксированы высокие показатели заболеваемости гипертонией. Повышенное артериальное давление фиксируется также у детей: 3,5 % несовершеннолетних в Российской Федерации страдают гипертонией.

Современные исследования показывают значение психологических особенностей пациентов с сердечно-сосудистой патологией в ситуации болезни. В исследовании Березняк Ю.С., Селезнева С.Б. (2017), посвященном клинико-психологическим особенностям больных ишемической болезнью сердца, были установлены сильные корреляционные взаимосвязи между психологическими особенностями больных с ишемической болезнью сердца и их поведенческими реакциями [3]. Имеется взаимосвязь между параметром надежности, социальной интровертированностью и аффективностью. Больные с ишемической болезнью сердца характеризуются высокими требованиями как к себе, так и к окружающим, строго следуют социально одобряемым нормам, что впоследствии может приводить к внутриличностным конфликтам и подавлению собственных эмоций. У больных ишемической

болезнью сердца также отмечены такие психологические особенности, как эмоциональная незрелость, эмоциональная нестабильность, высокая тревога, импульсивность [4]. В других исследованиях выявлено, что больным кардиологического профиля с риском развития ишемической болезни сердца свойственны такие личностные черты, как высокое ощущение времени, высокая дисциплинированность, сдержанность, высокая ответственность.

В работе Яковлева В.В., Эктовой Т.К. (2020) установлена взаимосвязь приверженности терапии больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и их личностных особенностей, а также показаны различия типов отношения к болезни у больных гипертонической и ишемической болезнями сердца [13]. В работе Агеенковой Е.К. (2016) показано, при гипертонической болезни у больного меняются личностные особенности и формы реагирования. Пациенты становятся мнительными, плаксивыми, чрезмерно обидчивыми [1]. Больные гипертонической болезнью также демонстрируют негибкое поведение, но при высокой регуляторной активности. Кроме того, отмечены: прагматичность, низкая обращенность к вере, неудовлетворенность социальной поддержкой, высокое влияние стрессов на соматическое состояние, повышенная требовательность к себе и к окружающим, сниженная критичность в самооценке [1].

Соматическое состояние больных артериальной гипертензией и хронической сердечной недостаточностью усиливает их депрессивно-ипохондрическое состояние, что оказывает негативное влияние на их адаптационные возможности и снижа-

ет таким образом мотивацию к лечению и приверженность к терапии [9].

Возникновение гипертонической болезни может быть обусловлено психогенным фактором, однако в дальнейшем она может развиваться независимо от наличия психологического фактора, а в результате проблем с сосудами, вызванных данным заболеванием [14]. В то же время сам факт наличия заболевания большинством людей воспринимается тяжело и, соответственно, влияет как на психологический статус пациентов, так и на течение заболевания. Таким образом, психологический компонент имеет важное значение в развитии и течении заболевания и поэтому является мишенью в рамках как профилактических, так и психокоррекционных мероприятий для пациентов данного профиля.

Эффективность лечения гипертонической болезни во многом зависит от того, насколько больные соблюдают установленную тактику лечения и предписанный режим, т.е. от приверженности к лечению. Под приверженностью к лечению понимается степень выполнения больным рекомендаций врача в отношении приема лекарственных препаратов, соблюдения диеты, медицинского сопровождения, направленных на изменение образа жизни. Приверженность – один из важнейших факторов, характеризующих качество лечения и непосредственно влияющих на прогноз. Среди причин низкой приверженности к антигипертензивной терапии является недостаточная разъяснительная работа участкового терапевта: отмечается нерегулярный прием больными лекарственных средств [2].

Исходя из анализа отечественной и зарубежной литературы, низкая приверженность к терапии при гипертонической болезни служит одним из главных факторов формирования осложнений заболевания [11, 13, 15, 16]. Кроме того, отмечается, что приверженность к терапии связана с различными психологическими особенностями пациентов [6].

Слобожанинова Е.В. и др. (2020) выявили взаимосвязь типа темперамента больных и их приверженности к терапии. Исследование показало, что менее всего привержен-

ность к антигипертензивной терапии выражена у больных с сангвиническим типом темперамента (привержены 25,0 %) [11].

Таким образом, изучение психологических факторов формирования и течения гипертонической болезни является особенно актуальным в связи с тем, что данная болезнь является самой распространенной среди людей трудоспособного возраста.

Исследования показывают, что психологические факторы имеют существенное значение в формировании гипертонической болезни и ее течении. Такие психологические факторы, как переживание стрессов, раздражительность, неприверженность к терапии, высокая конфликтность, могут провоцировать высокий уровень артериального давления и приводить к осложнениям [5–6]. В качестве особо актуальной проблемы лечения данной группы пациентов специалистами признается неприверженность к длительной терапии. Вопросом, который стоит перед медицинской психологией, является определение влияния уровня приверженности терапии на эффективность лечения заболеваний систем кровообращения, а также выявление личностных детерминант, которые снижают приверженность терапии, с целью разработки современных методов диагностики и коррекции.

Цель исследования – изучить соотношение личностных особенностей пациентов с гипертонической болезнью и их приверженности к терапии.

Материал и методы

Обследовано 418 больных гипертонической болезнью (далее – ГБ): 215 женщин и 203 мужчины, средний возраст $45 \pm 7,4$ года. На момент обследования больные проходили стационарное лечение в частном учреждении здравоохранения «Медико-санитарная часть» (г. Астрахань, Россия) и состояли под наблюдением кардиологов и терапевтов. Обследуемые были трудоспособного возраста и работали.

У всех пациентов был диагноз по МКБ-10: гипертензивная (гипертоническая) болезнь

(I10–I15), из них 298 больных ГБ 2-й стадии и 120 больных ГБ 3-й стадии. У больных ГБ 3-й стадии имелись признаки поражения органов со стороны сердца, ИБС (стенокардия, инфаркт). Для больных ГБ 2-й стадии характерно стойкое повышение артериального давления до уровня 160/110 мм рт. ст. Для больных ГБ 3-й стадии характерно тяжелое течение, давление повышено и достигает 220–230/115–130 мм рт. ст., иногда выше. Течение ГБ 3-й стадии нередко осложняется гипертоническими кризами – быстрым резким повышением АД (54 больных ГБ были с диагностированным гипертоническим кризом). Длительность заболевания в исследуемой выборке пациентов с ГБ 2-й и 3-й стадии – в интервале от нескольких месяцев до 10 лет, среднее значение – 1,8 года.

Процедура психологического исследования соответствовала этическим стандартам локального этического комитета ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, отвечающего за экспериментальные исследования на пациентах.

В качестве методов диагностики психологических особенностей и психоэмоционального статуса больных ГБ использовались опросные методы, в частности психодиагностические методики:

1. КОП-25 «Опросник количественной оценки приверженности лечению» (Н.А. Николаев, Ю.П. Скирденко) [9]. Данный опросник позволяет оценить приверженность пациентов по следующим параметрам: приверженность к лекарственной терапии; к медицинскому сопровождению; к модификации образа жизни; интегральную приверженность к лечению [8].

2. Тест-опросник личности «Большая пятерка» (в рос. адаптации А.Б. Хромова) [8]. Пятифакторный опросник личности 5PFQ – один из вариантов реализации психологической модели «Большая пятерка», созданный японским исследователем Хийджиро Тсуи на основе разработок П. Косты и Р. Мак-Крея (опросник NEO PI-R). Авторы опросника убеждены, что выделенных пяти независимых переменных, точнее личностных фак-

торов темперамента и характера (нейротизм, экстраверсия, открытость опыту, сотрудничество, добросовестность), достаточно для объективного описания психологического портрета – модели личности. Таким образом, «Большая пятерка» (Big Five) – диспозиционная (от англ. disposition – предрасположенность) модель личности человека. Балльные оценки соответствуют высокой (51–75 баллов), средней (41–50 баллов) и низкой (15–40 баллов) выраженности черт личности.

Процедура исследования заключалась в индивидуальном опросе респондентов в очном формате, среднее время которого составило 30 мин. Пациенты были проинформированы о целях и задачах исследования и подписали письменное согласие на участие в данном исследовании. По желанию пациентов им была дана обратная связь по результатам прохождения психологической диагностики в формате индивидуальной консультации. Регистрация эмпирических данных осуществлялась с использованием интернет-сервиса Google Forms.

В качестве методов статистической обработки эмпирических данных были применены: расчет параметров дескриптивной статистики, линейный коэффициент корреляции и корреляционный анализ с применением критерия ранговой корреляции Спирмена, t-критерий Стьюдента. Используемые средства: статистический анализ результатов исследования проводился с помощью программного пакета Statistics 22.0. Результаты исследования представлены в рисунках и таблицах.

Результаты и их анализ

В результате исследования у больных ГБ был выявлен низкий уровень общей приверженности к лечению ($40,6 \pm 0,33$), что означает низкую вовлеченность больного в выполнение рекомендаций врача – в отношении приема лекарственных препаратов, соблюдения диеты и других мер, направленных на изменение образа жизни (рис. 1). Кроме того, у больных ГБ выявлены низкие значения приверженности к лекарственной тера-

пии ($41,8 \pm 0,32$) и медицинскому сопровождению ($43,02 \pm 0,35$), а также к изменению образа жизни ($34,6 \pm 0,36$). Таким образом, пациенты, проходящие стационарное лечение, не склонны выполнять медицинские рекомендации и основанные на них действия по снижению риска повышения АД.

Анализ данных, полученных по опроснику 5PFQ и позволяющих оценить личностные особенности пациентов, показал высокие значения по всем пяти личностным факторам: экстраверсия (51,4%), привязанность (56,4%), самоконтроль (60,9%), эмоциональная неустойчивость (51,9%), экспрессивность (52,7%). Можно отметить, что такие черты личности, как добросовестность, ответственность, обязательность, точность

и аккуратность в делах, находятся на полюсе высоких значений, при этом наибольшие значения наблюдаются по фактору самоконтроля. Такие личностные черты соответствуют риску развития психосоматической симптоматики [5, 9, 10]. Высокие показатели по фактору «эмоциональная неустойчивость» означают недостаточную способность контролировать свои эмоции и импульсивные влечения.

В результате корреляционного анализа взаимосвязи между показателями приверженности к лечению (методика КОП-25) и личностными чертами (тест «Большая пятёрка») с использованием критерия Ч. Спирмена были получены результаты, представленные в табл. 1.

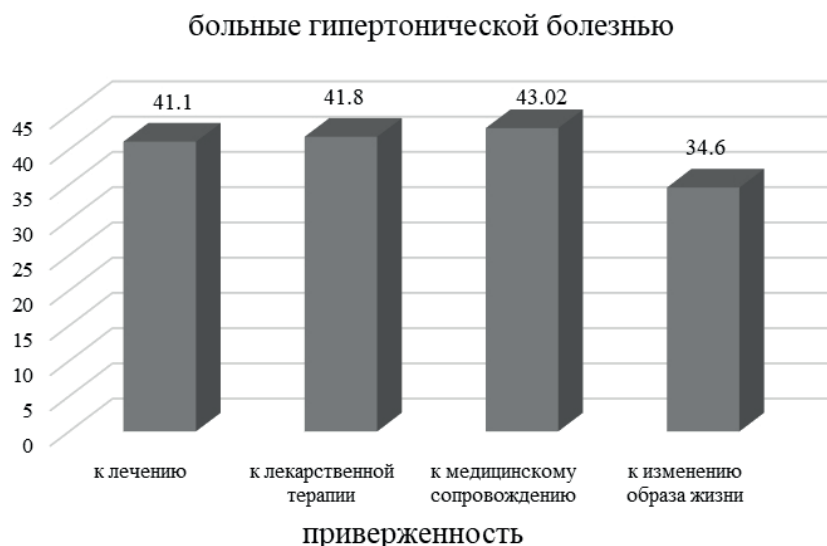


Рис. 1. Средние значения показателей КОП-25 у больных ГБ (составлено авторами по материалам исследования)

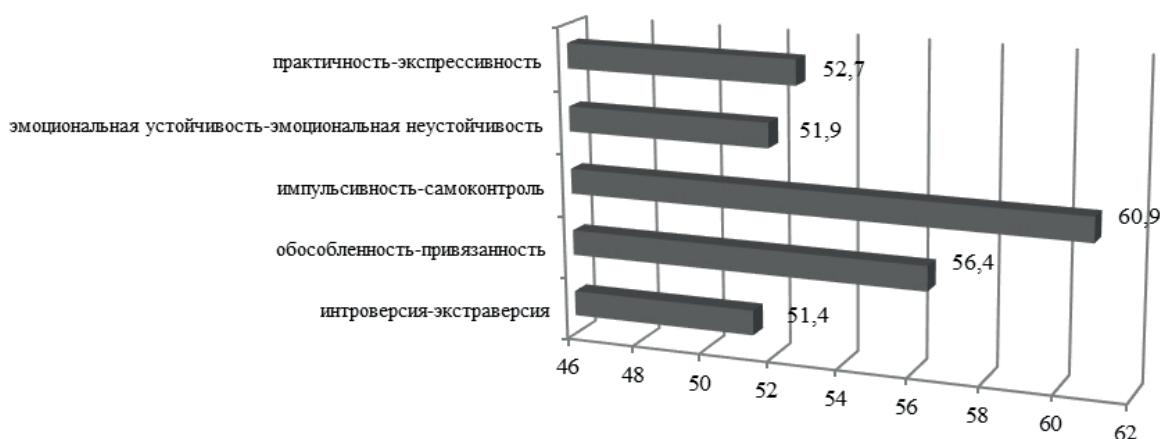


Рис. 2. Средние значения показателей по пятифакторному опроснику личности 5PFQ у больных ГБ (составлено авторами по материалам исследования)

Таблица 1

**Взаимосвязь приверженности к терапии у больных ГБ и показателей
пятифакторного опросника личности 5PFQ**

| Показатели | интроверсия – экстраверсия | обособлен- ность – привя- занность | импульсив- ность – само- контроль | эмоциональная устойчивость – эмоциональная неустойчивость | практичность – экспрессив- ность | р |
|---|-------------------------------|--|---|--|--|--------|
| Приверженность к терапии | -0,047 | 0,079 | 0,063 | 0,024 | 0,004 | ≤ 0,05 |
| Приверженность к лекарственной терапии | 0,010 | 0,115* | -0,202* | -0,015 | 0,042 | ≤ 0,05 |
| Приверженность к медицинскому сопровождению | 0,041 | 0,077 | 0,073 | -0,058 | 0,026 | ≤ 0,05 |
| Приверженность к изменению образа жизни | 0,004 | 0,108 | 0,089 | -0,001 | 0,055 | ≤ 0,05 |

Примечание: * – корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя).

Таблица 2

Значимые различия между приверженности к терапии больных ГБ 2-й и 3-й стадии

| Психологические показатели | Пациенты с ГБ 2-й стадии | Пациенты с ГБ 3-й стадии | р |
|--|-----------------------------|-----------------------------|--------|
| Приверженность к терапии | 40,47 ± 18,626 | 42,95 ± 19,898 | 0,229 |
| Приверженность к лекарственной терапии | 43,74 ± 20,287 | 37,10 ± 20,619 | 0,003* |
| Приверженность к медицинскому сопровождению | 43,76 ± 16,311 | 41,21 ± 17,808 | 0,160 |
| Приверженность к изменению образа жизни | 35,34 ± 16,050 | 32,93 ± 14,844 | 0,156 |

По результатам вычислений мы можем сделать вывод о том, что корреляционные связи между параметрами приверженности лечению и личностными чертами либо отсутствуют, либо очень слабые. Так, значимая, но очень слабая отрицательная корреляция ($r = -0,202$; уровень значимости 0,05) прослеживается между приверженностью к лекарственной терапии с таким личностным показателем, как импульсивность – самоконтроль, т.е. чем больше пациент склонен выполнять рекомендации врача по приему лекарственных препаратов, тем выше показатели самоконтроля, т.е. волевой регуляции поведения.

Результаты корреляционного анализа также показали очень слабую связь между приверженностью к лекарственной терапии и таким личностным показателем, как

обособленность – привязанность ($r = 0,115$), свидетельствующее, что более привержены к лекарственной терапии пациенты, склонные к зависимым отношениям с другими людьми.

Кроме того, отмечается значимые различия средних значений по шкалам групп больных ГБ 2-й и 3-й стадии (табл. 2).

Из таблицы видно, что показатель «Приверженность к лекарственной терапии» достоверно выше в группе больных ГБ 2-й стадии, в сравнении с группой больных с 3-й стадией ГБ, что говорит о том, что больные первой группы более дисциплинированы в приеме антигипертензивных средств. Также отмечаются значимые различия между мужчинами и женщинами, больными ГБ, в психологических показателях (табл. 3).

Таблица 3

Значимые различия между психологическими показателями больных ГБ

| Психологические показатели | Пациенты ГБ (жен.) | Пациенты ГБ (муж.) | p |
|---|--------------------|--------------------|--------|
| обособленность – привязанность | 54,09 ± 16,582 | 58,66 ± 13,633 | 0,002* |
| эмоциональная устойчивость – эмоциональная неустойчивость | 53,97 ± 13,182 | 50,02 ± 14,411 | 0,004* |
| практичность – экспрессивность | 50,98 ± 12,547 | 54,50 ± 11,006 | 0,003* |
| приверженность к медицинскому сопровождению | 45,37 ± 16,064 | 40,81 ± 17,159 | 0,005* |

Примечания: достоверные различия при $p \leq 0,05$; * – достоверные различия между показателями двух групп.

В табл. 3 мы представили значимые различия между группами женщин и мужчин, больных ГБ, полученные по методикам КОП-25 и «Большая пятерка» (в рос. адаптации А.Б. Хромова). В группе женщин достоверно выше такие значения, как обособленность – привязанность, эмоциональная устойчивость – эмоциональная неустойчивость, практичность – экспрессивность и приверженность к медицинскому сопровождению.

Обсуждение результатов

Исследование показало, что у больных с ГБ проявляется низкая приверженность к терапии, что может негативно влиять на соматическое состояние больного и увеличивать риск развития различных осложнений.

Корреляционный анализ не выявил сильных корреляционных связей между личностными особенностями и приверженностью к терапии больных ГБ. Прослеживается слабая корреляционная связь между приверженностью к лекарственной терапии и чертой «импульсивность – самоконтроль», что говорит о том, что приверженность к лечению выше у тех пациентов, которые менее импульсивны и лучше контролируют свои эмоции. Это согласуется с полученными нами ранее данными о сильной корреляционной связи приверженности к лечению с показателями саморегуляции поведения [5]. Можно предположить, что личностные черты не имеют прямой связи с приверженностью, а, скорее всего, эта связь опосредо-

вана дополнительными факторами, которые подлежат дальнейшему изучению.

В то же время для приверженности к лечению имеет значение стадия заболевания. Так, в группе пациентов ГБ 2-й стадии показатель «Приверженность к лекарственной терапии» был достоверно выше, чем в группе больных с 3-й стадией. Можно предположить, что длительное течение заболевания негативно сказывается на готовности больных соблюдать режим приема препаратов, поэтому на 3-й стадии заболевания врачам необходимо больше контролировать прием лекарств пациентами.

В ходе исследования также были выявлены гендерные различия между пациентами с ГБ. Женщины в большей степени ориентированы на взаимодействие с другими людьми, сотрудничество и ответственно относятся к созданию благоприятных условий для общения. Подобные личностные особенности согласуются с полученными в нашем исследовании данными о том, что женщины больше, чем мужчины, привержены к медицинскому сопровождению, т.е. они в большей степени готовы выполнять рекомендации врача в отношении объема, кратности и продолжительности медицинского наблюдения, своевременно посещать контрольные осмотры. В то же время они хуже, чем мужчины, контролируют свои эмоции и импульсивные влечения; склонны больше доверять интуиции и чувствам, чем здравому смыслу, что может негативно повлиять на дисциплинированность при постоянном и регулярном приеме препаратов.

Заключение

Полученные в исследовании данные могут помочь в выборе мишеней для психологической коррекции поведения в отношении приверженности терапии у больных ГБ, которая могла бы осуществляться в рамках «Школ больных гипертонической болезнью». Необходимо повышать навыки саморегуляции эмоциональных состояний и поведения в целом, а также учитывать гендерную специфику пациентов.

Включение психотерапевтических мероприятий в программы этих школ могло бы помочь пациенту осознать себя активным субъектом собственной жизни, которую он может контролировать и изменять, что способствовало бы более осознанному отношению к заболеванию и следованию рекомендациям врача. При этом повышение приверженности к лечению может быть профилактикой осложнений и неблагоприятных исходов данного заболевания.

Литература

1. Агеенкова Е.К. Артериальная гипертензия в свете выбора специфических личностных эталонов // Ананьевские чтения – 2016. Психология: вчера, сегодня, завтра: материалы международной научной конференции, 25–29 октября 2016 г., Санкт-Петербург: в 2 т. Т. 1. СПб.: Айсинг, 2016. С. 45–46.
2. Белова Г.В. Приверженность к лечению больных гипертонической болезнью и частота гипертонических кризов // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2019. Т. 18, № S1. С. 30–31.
3. Березняк Ю.С., Селезнев С.Б. Клинико-психологические особенности больных ишемической болезнью сердца // Сибирский журнал клинической и экспериментальной медицины. 2017. Т. 32, № 1. С. 87–91.
4. Бузина Т.С., Абдуллаева А.С. Теоретический анализ роли психологических факторов приверженности к лечению больных гипертонической болезнью // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2024. Т. 12, № 1(44). С. 46–58. DOI: 10.23888/humJ202412146-58.
5. Бузина Т.С., Абдуллаева А.С. Приверженность к терапии и стили саморегуляции поведения у больных гипертонической болезнью // Перспективы клинической психологии в медицине и образовании: Коллективная монография. СПб.: ИП Сергеев Д.В., 2024. С. 118–128.
6. Ефремова Е.В., Шутов А.М., Петрова Е.В. Личностные особенности и механизмы адаптации больных с артериальной гипертензией и хронической сердечной недостаточностью // Архив внутренней медицины. 2021. № 11(1). С. 34–42. DOI: 10.20514/2226-6704-2021-11-1-34-42.
7. Набиева А.Х., Бекенова Г.Т., Алимова Н.З., Хасанова Ш.А. Приверженность проводимой терапии среди больных терапевтического профиля // Вестник магистратуры. 2023. № 2-1(137). С. 16–20.
8. Пятифакторный опросник личности 5PFQ: [Электронный ресурс] // PsyTests. Психологические тесты онлайн. URL: <https://psytests.org/big5/5pfq.html> (дата обращения: 05.01.2025).
9. Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25): [Электронный ресурс] // PsyTests. Психологические тесты онлайн. URL: <https://psytests.org/diag/kop25.html> (дата обращения: 05.01.2025).
10. Рыбников В.Ю., Ашанина Е.Н., Кобозев И.Ю., Кубекова А.С. Психологические особенности больных психосоматического профиля с различными стратегиями защитно-совладающего поведения // Вестник психотерапии. 2020. № 74(79). С. 97–109.
11. Слобожанинова Е.В., Савиных Е.А., Чепурных А.Я., Шамсутдинова Р.А. Взаимосвязь личностной тревожности и типа темперамента с приверженностью к лечению у больных гипертонической болезнью // Вятский медицинский вестник. 2020. № 3(67). С. 81–84. DOI: 10.24411/2220-7880-2020-10112.
12. Сорокина А.О. Комплаенс пациентов с гипертонической болезнью // Устойчивое развитие науки и образования. 2018. № 5. С. 102–107.
13. Яковлев В.В., Эктова Т.К. Личностные особенности приверженности лечению пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2020. Т. 8, № 4(31). С. 418–426. DOI: 10.23888/humJ20204418-426.
14. Nikolic A., Djuric S., Biocanin V. [et al.]. Predictors of Non-Adherence to Medications in Hypertensive Patients // Iran J. Public Health. 2023, Jun. N 52(6). Pp. 1181–1189. DOI: 10.18502/ijph.v52i6.12960.
15. Williams B., Mancia G., Spiering W. [et al.]. 2018 ESC/ESH Guidelines for the Management of Arterial Hypertension // Eur. Heart J. 2018. N 39(33). Pp. 3021–3104. DOI: 10.1093/eurheartj/ehy339.
16. Yousuf F.S., Khan M.A.A., Bibi R. [et al.]. Medication Adherence in Patients with Uncontrolled Hypertension & Hypertensive Crisis Presenting to a Hospital Setting in Karachi, Pakistan // Cureus. 2023, Jan 20. N 15(1). e33995. DOI: 10.7759/cureus.33995.

Поступила 24.03.2025

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

Участие авторов: Т.С. Бузина – концепция и дизайн организация исследования, научное редактирование, проверка критического содержания; А.С. Кубекова – сбор эмпирического материала, статистическая обработка данных, редактирование статьи; Л.П. Великанова – научное редактирование, проверка критического содержания.

Для цитирования. Бузина Т.С., Кубекова А.С., Великанова Л.П. Личностные особенности и приверженность к терапии больных гипертонической болезнью // Вестник психотерапии. 2025. № 95. С. 26–36. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-95-26-36

T.S. Buzina¹, A.S. Kubekova², L.P. Velikanova²

Personality Characteristics and Adherence to Treatment in Hypertension Patients

¹ Russian University of Medicine (4, Dolgorukovskaya Str., Moscow, Russia);

² Astrakhan State Medical University (121, Bakinskaya Str., Astrakhan, Russia)

Tatyana Sergeevna Buzina – Dr. Psychol. Sci. Associate Prof., Head of the Department of General Psychology, Russian University of Medicine, (4, Dolgorukovskaya Str., Moscow, 127006, Russia), e-mail: tbuzina@gmail.com, ORCID: org/HNQ-7192-2023, SPIN 5867-0099;

✉ Aliya Salavatovna Kubekova – PhD Psychol. Sci. Associate Prof., Associate Prof. of the Department of Narcology and Psychotherapy, Astrakhan State Medical University (121, Bakinskaya Str., Astrakhan, 414000, Russia), e-mail: alya_kubekova@mail.ru, ORCID: 0000-0002-6534-7035, SPIN 6682-3573;

Lyudmila Petrovna Velikanova – Dr. Med. Sci. Prof., Head of the Department of Narcology and Psychotherapy, Astrakhan State Medical University (121, Bakinskaya Str., Astrakhan, 414000, Russia), e-mail: rufam@mail.ru, ORCID: 0009-0007-8570-0290, SPIN 6178-2366

Abstract

Relevance. The study of psychological mechanisms in the formation of hypertension is a particularly urgent issue in medical psychology, because this disease is the most common among people of working age. Psychological factors in the form of stress, irritability, non-adherence to therapy, high conflict can provoke high blood pressure and lead to complications.

Intention – to study the personality traits and adherence to therapy of patients with hypertension, to compile practical recommendations for medical psychologists in the cardiology department.

Materials and methods. A total of 418 patients with hypertension (215 women and 203 men, average age 45 ± 7.4 years) were examined. At the time of the assessment, the patients were undergoing inpatient treatment at the private healthcare institution “Medical and Sanitary Unit” and were under the supervision of cardiologists and therapists (Astrakhan, Russia). The study used survey methods, in particular, psychodiagnostic techniques: KOP-25 “Quantitative Assessment of Treatment Adherence Questionnaire” (N.A. Nikolaev, Yu.P. Skirdenko), the Big Five personality test questionnaire (in the Russian adaptation by A.B. Khromov). Empirical data were recorded using the Google Forms Internet service. The parameters of descriptive statistics, the linear correlation coefficient and the Spearman rank correlation coefficient were calculated (Statistics 22.0 program).

Results. The findings revealed low treatment adherence among patients, which negatively affects their physical health and increases the risk of complications and mortality. The study identified personality traits associated with various dimensions of adherence: adherence to medication, medical supervision, and lifestyle changes. Traits such as high self-control and attachment were

positively associated with better adherence, whereas emotional instability and expressiveness were found to hinder adherence. Importantly, the risk factors for low adherence identified in the study are modifiable.

Conclusion. These studies are necessary as targets for psychological correction of personality traits that have a negative impact on the formation of adherence to therapy in patients with hypertension. Among the effective measures to increase adherence to therapy in patients with hypertension is a comprehensive approach. Training in the “School of Patients with Hypertension” and regular monitoring of blood pressure contribute to higher treatment efficiency.

Keywords: adherence to therapy, hypertension, personality traits, blood pressure, compliance, self-control, emotional instability, adaptation mechanism.

References

1. Ageenkova E.K. Arterial'naya gipertenziya v svete vybora spetsificheskikh lichnostnykh etalonov [Arterial hypertension in light of the choice of specific personality standards]. *Anan'evskoe chtenie – 2016. Psikhologiya: vchera, segodnya, zavtra.* [Ananyevskoe reading – 2016. Psychology: yesterday, today, tomorrow]. Sankt-Petersburg. 2016; 45–46. (In Russ.)
2. Belova G.V. Priverzhennost' k lecheniyu bol'nykh gipertonicheskoi bolezn'yu i chastota gipertonicheskikh krizov [Adherence to treatment of patients with hypertension and the frequency of hypertensive crises]. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika* [Cardiovascular therapy and prevention]. 2019; 18(1): 30–31. (In Russ.)
3. Berezhnyak Yu.S., Seleznev S.B. Kliniko-psikhologicheskie osobennosti bol'nykh ishemicheskoi bolezn'yu serdtsa [Clinical and psychological characteristics of patients with coronary heart disease]. *Sibirskii zhurnal klinicheskoi i eksperimental'noi meditsiny* [Siberian Journal of Clinical and Experimental Medicine]. 2017; 32(1): 87–91. (In Russ.)
4. Buzina T.S., Abdullaeva A.S. Teoreticheskii analiz roli psikhologicheskikh faktorov priverzhennosti k lecheniyu bol'nykh gipertonicheskoi bolezn'yu [Theoretical analysis of the role of psychological factors of adherence to treatment of patients with essential hypertension]. *Lichnost' v menyayushchemsya mire: zdorov'e, adaptatsiya, razvitie* [Personality in a changing world: health, adaptation, development]. 2024; 12(1(44)): 46–58. DOI: 10.23888/humJ202412146-58. (In Russ.)
5. Buzina T.S., Abdullaeva A.S. Priverzhennost' k terapii i stili samoregulyatsii povedeniya u bol'nykh gipertonicheskoi bolezn'yu [Adherence to therapy and styles of self-regulation of behavior in patients with hypertension]. *Perspektivy klinicheskoi psikhologii v meditsine i obrazovanii: kolektivnaya monografiya* [Prospects of Clinical Psychology in Medicine and Education: Collective monograph]. 2024; 118–128. (In Russ.)
6. Efremova E.V., Shutov A.M., Petrova E.V. Lichnostnye osobennosti i mekhanizmy adaptatsii bol'nykh s arterial'noi gipertenziei i khronicheskoi serdechnoi nedostatochnost'yu [Personality characteristics and adaptation mechanisms of patients with arterial hypertension and chronic heart failure]. *Arkhiv" vnutrennei meditsiny* [Archives of Internal Medicine]. 2021; (11(1)): 34–42. DOI: 10.20514/2226-6704-2021-11-1-34-42 (In Russ.)
7. Nabieva A.Kh., Bekenova G.T., Alimova N.Z., Priverzhennost' provodimoi terapii sredi bol'nykh terapevticheskogo profilya [Adherence to therapy among patients with a therapeutic profile]. *Vestnik magistratury* [Bulletin of the Magistracy]. 2023; (2-1(137)): 16–20. (In Russ.)
8. Five-factor personality questionnaire 5PFQ [electronic resource]. PsyTests. Psychological tests online. URL: <https://psytests.org/big5/5pfq.html> (In Russ.)
9. Russian universal questionnaire for quantitative assessment of adherence to treatment (COP-25) [electronic resource]. *PsyTests. Psychological tests online.* URL: <https://psytests.org/diag/kop25.html>.
10. Rybnikov V.Yu., Ashanina E.N., Kobozev I.Yu., Kubekova A.S. Psikhologicheskie osobennosti bol'nykh psikhosomaticheskogo profilya s razlichnymi strategiyami zashchitno-sovladayushchego povedeniya [Psychological characteristics of psychosomatic patients with various strategies of protective-coping behavior]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of psychotherapy]. 2020; (74(79)): 97–109. (In Russ.)
11. Slobozhaninova E.V., Savinykh E.A., Chepurnykh A.Ya., Shamsutdinova R.A. Vzaimosvyaz' lichnostnoi trevozhnosti i tipa temperamenta s priverzhennost'yu k lecheniyu u bol'nykh gipertonicheskoi bolezn'yu [The relationship between personal anxiety and temperament type and adherence to treatment in patients with hypertension]. *Vyatskii meditsinskii vestnik* [Vyatka Medical Bulletin]. 2020; (3(67)): 81–84. DOI 10.24411/2220-7880-2020-10112. (In Russ.)
12. Sorokina A.O. Komplains patsientov s gipertonicheskoi bolezn'yu [Compliance of patients with hypertension]. *Ustoichivoe razvitie nauki i obrazovaniya* [Sustainable development of science and education]. 2018; (5): 102–107. (In Russ.)
13. Yakovlev V.V., Ektova T.K. Lichnostnye osobennosti priverzhennosti lecheniyu patsientov s zabolevaniyami serdechno-sosudistoi sistemy [Personal characteristics of adherence to treatment in patients with cardiovascular diseases]. *Lichnost' v menyayushchemsya mire: zdorov'e, adaptatsiya, razvitie* [Personality in a changing world: health, adaptation, development]. 2020; 8(4(31)): 418–426. DOI:10.23888/humJ20204418-426 (In Russ.)

14. Nikolic A., Djuric S., Biocanin V. [et al.]. Predictors of non-adherence to medications in hypertensive patients. *Iran J Public Health*. 2023 Jun; 52(6): 1181–1189. DOI: 10.18502/ijph.v52i6.12960.
 15. Williams B., Mancia G., Spiering W. [et al.]. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J*. 2018; (39(33)): 3021–3104. DOI: 10.1093/eurheartj/ehy339
 16. Yousuf F.S., Khan M.A.A., Bibi R. [et al.]. Medication adherence in patients with uncontrolled hypertension & hypertensive crisis presenting to a hospital setting in Karachi. *Pakistan. Cureus*. 2023 Jan 20; (15(1)): e33995. DOI: 10.7759/cureus.33995.
-

Received 24.03.2025

For citing: Buzina T.S., Kubekova A.S., Velikanova L.P. Lichnostnye osobennosti i priverzhennost' k terapii bol'nykh gipertonicheskoi bolezn'yu. *Vestnik psikhoterapii*. 2025; (95): 26–36. **(In Russ.)**

Buzina T.S., Kubekova A.S., Velikanova L.P. Personality characteristics and adherence to treatment in hypertension patients. *Bulletin of Psychotherapy*. 2025; (95): 26–36. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-95-26-36

А.А. Великанов

СОЦИАЛЬНЫЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В ПРОГНОЗЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ

Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2)

Актуальность. Болезни системы кровообращения преобладают по уровню распространенности и смертности; среди них ишемическая болезнь сердца играет основную роль в структуре показателей смертности. Актуальность исследования, направленного на выявление прогностически значимых факторов эффективности реабилитации у больных ишемической болезнью сердца, обусловлена высокой распространенностью, смертностью и инвалидизацией в результате данного заболевания, необходимостью обеспечения эффективности контроля факторов риска на амбулаторно-поликлиническом этапе реабилитации, значимой ролью психологических характеристик в прогнозе заболевания.

Цель работы – выявление социальных и психологических факторов, значимых для прогноза эффективности реабилитации пациентов с ишемической болезнью сердца через 3 мес. после коронарного шунтирования.

Материал и методы. Обследовано 254 пациента с ишемической болезнью сердца, которым выполнялось коронарное шунтирование. Обследование проводилось на этапе стационарного лечения – до и после операции, а также на амбулаторном этапе – через 3 мес. после операции. Применялось структурированное интервью, использовались психодиагностические методики: Trail Making Test (ТМТ-тест), проба на запоминание 10 слов, интегративный тест тревожности, шкала астенического состояния Л.Д. Малковой, Т.Г. Чертовой, опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R, опросник «Способы совладающего поведения» Лазаруса (Р. Лазарус, С. Фолкман), краткий общий опросник оценки статуса здоровья (SF-36), личностный опросник «Большая пятерка» (Big Five).

Результаты и их анализ. Был выполнен факторный анализ полученных данных. Выделено три группы факторов: 1) факторы по социодемографическим данным структурированного интервью: «Социальная успешность», «Одиночество», «Стабильность»; 2) факторы на основе психологических сведений структурированного интервью: «Анозогнозия и негативное отношение к лечению на фоне нарушения адаптации в семейной сфере», «Депрессивность», «Значимость избавления от боли и физического дискомфорта», «Психотравмирующие ситуации», «Негативное отношение к психодиагностике и эгоцентрическое реагирование на болезнь»; 3) факторы по данным психодиагностических методик: «Психопатологические проявления и снижение памяти, внимания», «Тревожно-фобические проявления», «Направленность на совладание с трудностями», «Сниженное качество жизни и неудовлетворительное соматическое состояние», «Невротические проявления тревожно-мнительного типа», «Астенические проявления на фоне агрессивных тенденций». В качестве прогностически

значимых определены факторы: «Социальная успешность» и – с отрицательными значениями – «Стабильность», «Значимость избавления от боли и физического дискомфорта», «Психотравмирующие ситуации».

Заключение. Выявлены факторы прогноза эффективности реабилитации пациентов после коронарного шунтирования. Не обнаружено прогностического значения факторов на основе данных обследования по психодиагностическим методикам. В числе прогностически значимых – только факторы, сформированные на основе сведений структурированного интервью, проведенного на дооперационном этапе. Социальные факторы: отмечено положительное прогностическое значение фактора «Социальная успешность» и отрицательное – фактора «Стабильность». Психологические факторы: отмечены прогностические факторы с отрицательным значением – «Значимость избавления от боли и физического дискомфорта» и «Психотравмирующие ситуации». Полученные результаты целесообразно учитывать в процессе психологической реабилитации.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, коронарное шунтирование, социальные факторы, психологические факторы, прогноз, реабилитация.

Введение

Болезни системы кровообращения продолжают занимать лидирующие позиции по уровню распространенности и смертности, в их числе ишемическая болезнь сердца (ИБС) играет основную роль в структуре показателей смертности [3]. Кроме того, пациенты с ИБС имеют высокий риск инвалидизирующих сосудистых событий [8].

Имеются сведения о неблагоприятном влиянии психосоциальных факторов, включающих различные психологические характеристики (враждебность, уровень стресса, тревожные и депрессивные состояния) на прогноз и качество жизни пациентов; среди эффектов такого влияния указываются: отягощение течения болезней системы кровообращения, снижение приверженности терапии, увеличение риска инвалидизации и смертности [6].

В национальном руководстве 2022 г. по профилактике хронических неинфекционных заболеваний в РФ [5] указано, что высокая распространенность психоэмоциональных нарушений, которые наблюдаются как в стационаре, так и на амбулаторном этапе, выявляется у пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями, в частности с ИБС. Пациенты с ИБС, госпитализированные по причине острого коронарного синдрома или в связи с операцией, в дальнейшем, после выписки, наблюдаются у кардиолога амбулаторно. Соответственно, врачи, ведущие амбулаторный прием, могут

сталкиваться с проблемами неудовлетворительной коррекции факторов сердечно-сосудистого риска и возможного ухудшения состояния пациентов, в формировании которых соучаствуют различные психологические факторы. Очевидно, что недостаточное внимание к психологической сфере на этапе стационарного лечения может привести к усилению роли неблагоприятных психологических факторов на последующих этапах, уже после выписки.

Известно, что важное условие эффективности кардиореабилитации – раннее начало [9]. Психологическая реабилитация является неотъемлемой частью кардиореабилитации. Безусловно, соответствующие реабилитационные мероприятия должны проводиться на самых ранних этапах, еще до операции. Не вызывает сомнений, что для результативности таких мероприятий необходим «взгляд в перспективу», на основе которого возможен учет информации о том, насколько успешно могут проходить восстановление и адаптация пациента в последующем, в частности после операции и после выписки из стационара.

Актуальность исследования, направленного на выявление прогностически значимых социальных и психологических факторов эффективности реабилитации у больных ИБС, обусловлена высокой распространенностью, смертностью и инвалидизацией в результате данного заболевания, необходимостью обеспечения эффективности контроля факторов риска на амбулаторно-поли-

клиническом этапе реабилитации (после выписки из стационара), значимой ролью психологических характеристик пациентов в прогнозе заболевания.

Психологических исследований, посвященных проблеме прогноза при ИБС, немного. Можно отметить работу Щелковой О.Ю. и соавт. [11] о разработке системной модели прогноза при ССЗ. Однако с практической точки зрения остается актуальным изучение факторов прогноза эффективности реабилитации пациентов после операции с учетом: а) критерия эффективности восстановления на основе комплексной адаптации пациента в клиническом, психологическом и социальном аспекте; б) фокусировки на подробном анализе психосоциальных характеристик и их динамики в определенной нозологической группе.

Цель исследования: выявление социальных и психологических факторов, значимых для прогноза эффективности реабилитации пациентов с ишемической болезнью через 3 мес. после коронарного шунтирования.

Материал и методы

Исследование выполнено в ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России. Обследовано 254 пациента с ИБС, включая 176 мужчин (69,29 %) и 78 женщин (30,71 %). Средний возраст: $59,78 \pm 7,23$ года. Длительность заболевания: $5,83 \pm 4,12$ года. Инфаркт миокарда (ИМ) в анамнезе – у 164 обследованных пациентов (64,57 %). Гипертоническая болезнь (ГБ) отмечена у большинства обследуемых (252 человека, 99,21 %). Сахарный диабет 2-го типа (СД2) – у 58 человек (22,83 %). Наследственная отягощенность болезнями системы кровообращения отмечалась у 156 человек (61,42 %). Всем пациентам планово выполнялось коронарное шунтирование (КШ).

Этапы исследования: 1-й этап – в стационаре, перед КШ; 2-й этап – в стационаре, после КШ; 3-й этап – через 3 мес. после выписки из стационара.

Применялся клинико-психологический метод (наблюдение, беседа, регистрация дан-

ных в ходе структурированного интервью), а также экспериментально-психологический метод с использованием следующих психодиагностических методик: интегративный тест тревожности (ИТТ); шкала астенического состояния (ШАС) Л.Д. Малковой, Т.Г. Чефровой; Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) – опросник выраженности психопатологической симптоматики; опросник «Способы совладающего поведения» (ССП) Лазаруса (Р. Лазарус, С. Фолкман); краткий общий опросник оценки статуса здоровья (SF-36); личностный опросник «Большая пятерка»; Trail Making Test (ТМТ-тест) для исследования зрительного внимания; проба на запоминание 10 слов (А.Р. Лурия).

Методы математико-статистического анализа: факторный анализ, метод максимального правдоподобия; дискриминантный анализ.

Результаты и их анализ

Выполнена факторизация данных. Выделено три группы факторов: 1) социальные – на основе сведений структурированного интервью по социодемографическим данным; 2) психологические – на основе сведений структурированного интервью по блоку психологических сведений; 3) психологические – по данным психодиагностических методик.

1-я группа факторов: получено 3 фактора с общей дисперсией 34,79 % (табл. 1).

2-я группа факторов: получено 5 факторов с общей дисперсией 43,09 % (табл. 2).

3-я группа факторов (по психодиагностическим данным): получено 6 факторов с общей дисперсией 54,69 %. Подробная содержательная характеристика этих факторов была представлена в нашей работе, посвященной изучению динамики психологических факторов у больных ишемической болезнью сердца после коронарного шунтирования [4].

1-й фактор (11,17 %) – «Психопатологические проявления и снижение памяти, внимания».

2-й фактор (17,02 %) – «Тревожно-фобические проявления».

Таблица 1

Социальные факторы по данным структурированного интервью

| Название фактора | Содержание фактора |
|-----------------------|---|
| Социальная успешность | Образование высшее (0,638) и – с отрицательным значением – среднее (–0,712), постоянная работа (0,676), работа по специальности (0,553), работа в частной компании (0,474), интеллектуальный труд (0,605), тип профессии – «человек – человек» (0,322), руководящая должность (0,412), водительские права (0,606), стаж вождения (0,425), владение компьютером (0,579), общий доход (0,731) и – с отрицательным значением – неудовлетворенность жилищно-бытовыми условиями (–0,471) |
| Одиночество | Супружеский развод (0,354), с отрицательным значением: наличие детей (–0,736), внуков (–0,707), трудовой стаж (–0,591), стаж вождения (–0,327) |
| Стабильность | Образование высшее (0,335), работа в государственных (0,349) и – с отрицательным значением – частных организациях (–0,461); с отрицательными значениями: работа в сфере «человек – человек» (–0,361), повторный брак (–0,358), смена работы более 2 раз (–0,777), с положительным значением: редкая смена работы, менее 2 раз (0,766) |

Таблица 2

Психологические факторы по данным структурированного интервью

| Название фактора | Содержание фактора |
|---|---|
| Анозогнозия и негативное отношение к лечению на фоне нарушения адаптации в семейной сфере | Конфликты в родительской семье (0,631), неполная родительская семья (0,498), неблагоприятный психологический климат в семье в настоящее время (0,679), трудности во взаимоотношениях с противоположным полом (0,593), негативное отношение к лечению (0,574) и к первому психодиагностическому обследованию (0,481), анозогностическое отношение к болезни (0,421) и – с отрицательным значением – гармоничное (–0,751), низкий комплаенс (0,783), мотивы лечения: «по настоянию родственников» (0,546), «по назначению врачей» (0,345), с отрицательным значением: «для активности в семье» (–0,394) |
| Депрессивность | Затруднения во взаимодействии с противоположным полом (0,383), неудовлетворенность собой (0,352), депрессивно-ипохондрическое отношение к болезни (0,553) и – с отрицательным значением – гармоничное (–0,419), когнитивные ошибки: «генерализация» (0,733), «персонализация» (0,605) |
| Значимость избавления от боли и физического дискомфорта | Основной мотив лечения – «избавление от боли и физического дискомфорта» (0,387), с отрицательным значением – ряд других мотивов: «сохранение активности в профессии» (–0,651), «улучшение активности в сфере досуга и отдыха» (–0,573) и в семейной сфере (–0,393); с отрицательным значением – когнитивная ошибка по типу персонализации (–0,367) |
| Психотравмирующие ситуации | Напряженность в семейных отношениях (0,334), актуальная психотравмирующая ситуация (0,723), психотравмирующая ситуация, предшествующая заболеванию (0,679), узкий круг общения, ограничивающийся семьей (0,536), неудовлетворенность собой (0,348), негативное отношение к первичному психодиагностическому обследованию (0,367) |
| Негативное отношение к психодиагностике и эгоцентрическое реагирование на болезнь | Негативное отношение психодиагностическому обследованию на 2-м этапе (0,453), негативное отношение к психодиагностическому обследованию на 3-м этапе (0,361), эгоцентрическое отношение к болезни (0,576), основной мотив лечения – страх смерти (0,364) |

3-й фактор (6,33 %) – «Направленность на совладание с трудностями».

4-й фактор (8,63 %) – «Сниженное качество жизни и неудовлетворительное соматическое состояние».

5-й фактор (7,12 %) – «Невротические проявления тревожно-мнительного типа».

6-й фактор (4,39 %) – «Астенические проявления на фоне агрессивных тенденций».

Далее была проанализирована полученная на 3-м этапе исследования информация о характеристиках адаптации пациентов спустя 3 мес. после операции. Сведения были составлены на основе таких источни-

ков, как опрос пациентов, данные из историй болезни, беседа с консультирующим врачом-кардиологом. Учитывались такие показатели, как уровень адаптации в семейной и профессиональной сфере, состояние здоровья, самочувствие, приверженность медицинским рекомендациям. В результате соответствующей комплексной экспертной оценки, осуществляемой психологом совместно с врачом, у пациентов отмечалась успешность/неуспешность адаптации как критерий эффективности реабилитации через 3 мес. после КШ.

Затем на основе результатов анализа и факторизации данных обследования пациентов, выполненного в период госпитализации, были выделены значимые показатели ($p < 0,05$) для прогноза эффективности реабилитации через 3 месяца после КШ (табл. 3). Выполнен дискриминантный анализ для прогноза адаптации по ряду переменных (факторов, выявленных по данным структурированного интервью и психодиагностического обследования). Однако прогностическая значимость обнаружена только по факторам 1-й и 2-й группы (на основе данных структурированного интервью, проведенного на 1-м этапе).

В рамках интерпретации результатов следует отметить, что единственным выявленным прогностическим фактором с положительным значением является «Социальная успешность». Учитывая его содержательную характеристику (наличие высшего образования, постоянной работы, интеллектуальный труд и т.д.) можно предположить наличие соответствующих ресурсов, которые, вероятно, могут способствовать успешности адаптации.

Интересен результат выявления прогностического фактора «Стабильность» – с отрицательным значением. Предположительно, с данным фактором может быть связано проявление ригидности. При наличии характеристик, включенных в данный фактор, вероятно, отмечается недостаточность психологической гибкости в процессе адаптации.

Неожиданным оказался результат выявления прогностического фактора «Значимость избавления от боли и физического дискомфорта» с отрицательным значением. Безусловно, роль мотивации пациента важна для повышения приверженности лечению и эффективности терапии [7, 10]. Однако преобладание мотива избавления от боли и физического дискомфорта предполагает, соответственно, повышенную «фокусировку» на негативных переживаниях, связанных с неприятными физическими ощущениями. Основным становится «избегающее желание» устранить неприятные симптомы. Вероятно, именно такая «узость» мотивации с «негативной направленностью» не способствует успешной адаптации после КШ, а, возможно, даже препятствует эффективности восстановительного процесса. Вместе с тем целесообразно указать, что в научной литературе имеются сведения о важности в лечебно-реабилитационном процессе мотивирующих факторов «более положительной направленности». Например, имеются данные о значении работы и ее специфике: отмечается, что для пациентов, отличающихся приверженностью лечению – важной характеристикой в отношении эффективности реабилитации, значимо возвращение к трудовой деятельности в связи с мотивами самореализации и интересом к работе [12].

Таблица 3

Прогностически значимые факторы

| Группы факторов | Факторы | Стандартные коэффициенты |
|---|---|--------------------------|
| Социальные факторы (по данным структурированного интервью) | Социальная успешность | 0,595709 |
| | Стабильность | –0,306140 |
| Психологические факторы (по данным структурированного интервью) | Значимость избавления от боли и физического дискомфорта | –0,504732 |
| | Психотравмирующие ситуации | –0,268530 |

В числе прогностических факторов с отрицательным значением отмечены «Психотравмирующие ситуации». Роль стресса в патогенезе болезней системы кровообращения является общеизвестной. В научной литературе имеются обширные сведения о том, что психоэмоциональный стресс оказывает негативное воздействие на сердечно-сосудистую систему [1]. Отмечается неблагоприятная роль как острого, так и хронического стресса [2].

Полученные результаты целесообразно учитывать в процессе психологической реабилитации. В числе прогностически значимых были обнаружены только факторы, сформированные на основе данных структурированного интервью. Соответственно, важнейшим методом получения значимой для реабилитации информации является клинико-психологический метод с применением подробного структурированного интервью. Обязательны сведения об особенностях социального функционирования пациента и его адаптации в различных сферах жизни, о мотивах лечения, о возможном наличии психотравмирующих ситуаций.

При выявлении характеристик, соответствующих фактору «Стабильность», в процессе психокоррекционной работы целесообразен акцент на стресс-преодолевающем поведении, способах адаптации пациента в тех или иных ситуациях, связанных с возможными переменами в жизни. Можно обсудить с пациентом особенности того, как он реагирует на какие-либо перемены, как воспринимает «незапланированные ситуации», как долго адаптируется к тем или иным изменениям жизненного уклада, опасается ли он их, старается ли их избегать и т.д. При необходимости можно провести работу с использованием когнитивно-поведенческого подхода, направленную на коррекцию возможных негативных мыслей, дезадаптивных убеждений и стратегий поведения, затрудняющих адаптацию.

Важен анализ мотивов лечения у пациента, в частности информация о том, является ли основным «избегающее желание» избавиться от боли и физического дискомфорта.

В этом случае целесообразна работа, направленная на «расширение перечня мотивирующих факторов», – обсуждение совместно с пациентом его интересов, значимых сфер жизни. Целесообразен поиск причин, которые в каждом конкретном случае могут лежать в основе стремлений «более положительной направленности», т.е. связанных не с избеганием неприятных проявлений болезни, а с достижением позитивных изменений.

При выявлении сведений о возможных психотравмирующих ситуациях целесообразно включение в план реабилитационных мероприятий – оказание психологической помощи, поддержки. В случае необходимости можно рекомендовать консультации других специалистов (например, врача-психиатра, психотерапевта, специалиста по кризисному консультированию).

Заключение

На основе результатов обследования пациентов с ИБС выделено 3 группы факторов: 1) по социодемографическим данным структурированного интервью; 2) по психологическим данным структурированного интервью; 3) по данным психодиагностических методик.

Выявлены факторы прогноза эффективности реабилитации после коронарного шунтирования, в перечне которых не оказалось факторов, полученных на основе данных обследования по психодиагностическим методикам. В числе прогностически значимых – только факторы, сформированные на основе сведений структурированного интервью, проведенного на дооперационном этапе. Социальные факторы: отмечено положительное прогностическое значение фактора «Социальная успешность» и отрицательное – фактора «Стабильность». По психологическим данным структурированного интервью выделены прогностические психологические факторы с отрицательным значением – «Значимость избавления от боли и физического дискомфорта» и «Психотравмирующие ситуации». Полученные результаты целесообразно учитывать в процессе психологической реабилитации.

Литература

1. Арсаханова Г.А. Влияние хронического стресса на развитие атеросклероза и ишемической болезни сердца // Вестник Медицинского института. 2024. № 1(25). С. 15–23. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=67947259> (дата обращения: 05.11.2024). DOI: 10.36684/med-2024-25-1-15-23.
2. Бойцов С.А., Погосова Н.В., Аншелес А.А. [и др.]. Кардиоваскулярная профилактика 2022. Российские национальные рекомендации // Российский кардиологический журнал. 2023. Т. 28, № 5. С. 119–249. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=53969228> (дата обращения: 07.11.2024). DOI: 10.15829/1560-4071-2023-5452.
3. Бунин В.А., Линькова Н.С., Кожевникова Е.О. [и др.]. Ишемическая болезнь сердца и инфаркт миокарда: от патогенеза к молекулярным маркерам диагностики // Успехи физиологических наук. 2020. Т. 51, № 1. С. 33–45. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=42258126> (дата обращения: 20.11.2024). DOI: 10.31857/S030117982001004X.
4. Великанов А.А. Исследование динамики психологических факторов у больных ишемической болезнью сердца после коронарного шунтирования // Вестник психотерапии. 2024. № 90. С. 37–48. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=67965582> (дата обращения: 06.12.2024). DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-90-37-48.
5. Драпкина О.М., Концевая А.В., Калинина А.М. [и др.]. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. Национальное руководство 2022 // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2022. Т. 21, № 4. С. 5–232. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=48397291> (дата обращения: 21.11.2024). DOI: 10.15829/1728-8800-2022-3235.
6. Драпкина О.М., Федин А.И., Дорофеева О.А. [и др.]. Влияние психосоциальных факторов риска на течение и прогноз сердечно-сосудистых заболеваний // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2022. Т. 21, № 5. С. 64–70. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=48572481>. DOI: 10.15829/1728-8800-2022-3280 (дата обращения: 09.12.2024).
7. Исаков В.А., Холкина А.А., Тимофеев Е.В. Приверженность лечению коморбидных пациентов терапевтического профиля // Дневник казанской медицинской школы. 2022. № 1(35). С. 13–20. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=50419186> (дата обращения: 12.11.2024).
8. Канорский С.Г. Ишемическая болезнь сердца с высоким риском осложнений: как идентифицировать таких пациентов и выбирать тактику ведения? // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2020. Т. 16, № 3. С. 465–473. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=43067937> (дата обращения: 16.12.2024). DOI: 10.20996/1819-6446-2020-06-04.
9. Погонченкова И. Важное условие эффективной кардиореабилитации – раннее начало // Московская медицина. 2020. № 3 (37). С. 34–37. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=44047694> (дата обращения: 03.12.2024).
10. Свидерская Л.Н., Тарасова О.М. Продуктивное влияние мотивации на здоровье популяции // Живая психология. 2022. Т. 9, № 5(37). С. 19–29. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=50379170> (дата обращения: 29.11.2024). DOI: 10.58551/24136522_2022_9_5_19.
11. Щелкова О.Ю., Яковлева М.В., Ерёмкина Д.А. [и др.]. О разработке системной (биопсихосоциальной) модели прогноза при сердечно-сосудистых заболеваниях. Часть 2 // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2023. Т. 57, № 3. С. 70–79. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=54681146> (дата обращения: 09.12.2024). DOI: 10.31363/2313-7053-2023-732.
12. Яковлева М.В. Приверженность лечению пациентов, перенесших операцию коронарного шунтирования, в контексте их психосоциальных характеристик // Герценовские чтения: психологические исследования в образовании. 2020. № 3. С. 274–280. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=44271289> (дата обращения: 06.12.2024). DOI: 10.33910/herzenpsyconf-2020-3-74.

Поступила 28.12.2024

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

Для цитирования. Великанов А.А. Социальные и психологические факторы в прогнозе эффективности реабилитации пациентов с ишемической болезнью сердца, перенесших коронарное шунтирование // Вестник психотерапии. 2025. № 95. С. 37–45. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-95-37-45

A.A. Velikanov

Social and Psychological Factors in Predicting the Effectiveness of Rehabilitation in Patients with Coronary Heart Disease After Coronary Artery Bypass Grafting

Almazov National Medical Research Centre (2, Akkuratova Str., St. Petersburg, Russia)

✉ Arseniy Apetovich Velikanov – PhD Psychol. Sci. Associate Prof., medical psychologist, Associate Prof. Department of psychology, Almazov National Medical Research Centre (2, Akkuratova Str., St. Petersburg, 197341, Russia), e-mail: arsen.velikanov@gmail.com

Abstract

Relevance. Cardiovascular diseases predominate in terms of both prevalence and mortality, with coronary artery disease (CAD) playing a central role in overall mortality rates. The relevance of identifying prognostically significant factors for the effectiveness of rehabilitation in patients with CAD is determined by the high prevalence, mortality, and disability associated with the disease; the necessity of ensuring effective control of risk factors during the outpatient rehabilitation stage; and the substantial role of psychological characteristics in disease prognosis.

Objective. To identify social and psychological factors relevant for predicting the effectiveness of rehabilitation in patients with CAD three months after coronary artery bypass grafting (CABG).

Methodology. 254 patients with coronary artery disease who underwent coronary artery bypass grafting were examined. Patients were monitored at the stage of inpatient treatment before and after surgery, as well as at the outpatient stage, 3 months after surgery. The clinical-psychological approach and the following psychodiagnostic methods were used: the Trail-Making Test (TMT), Luria's Memory Words test, Integrative Anxiety Test, Asthenic State Scale modified by L.D. Malkova and T.G. Chertova, the Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R), The Ways of Coping Questionnaire (WCQ) by Lazarus and Folkman, 36-Item Short Form Survey (SF-36), and the Big Five Personality Test.

Results and Discussion: A factor analysis of the obtained data was performed. 3 groups of factors were obtained: 1) factors based on sociodemographic data from a structured interview: "Social success", "Loneliness", "Stability"; 2) factors based on psychological information from a structured interview: "Anosognosia and a negative attitude towards treatment against the background of adaptation disorder in the family sphere", "Depression", "The importance of getting rid of pain and physical discomfort", "Psychotraumatic situations", "Negative attitude towards psychodiagnostics" and egocentric response to illness"; 3) factors according to psychodiagnostic methods: "Psychopathological manifestations and decreased memory and attention", "Anxious-phobic manifestations", "Orientation towards coping with difficulties", "Reduced quality of life and unsatisfactory somatic condition", "Neurotic manifestations of an anxious-suspicious type", "Asthenic manifestations against the background of aggressive tendencies". Factors in predicting the effectiveness of rehabilitation were identified: "Social success" and –with negative values – "Stability", "Significance of getting rid of pain and physical discomfort", "Psychotraumatic situations". Psychological factors: prognostic factors with a negative value were noted – "The importance of getting rid of pain and physical discomfort" and "Psychotraumatic situations". It is advisable to take into account the results obtained in the process of psychological rehabilitation.

Conclusion. Prognostic factors for the effectiveness of rehabilitation after CABG were identified. Notably, no prognostic value was found for factors derived from psychometric assessment data. Prognostically significant variables were limited to those based on structured interview data collected at the preoperative stage. Among social factors, "Social Success" had a positive predictive value, whereas "Stability" had a negative one. Among psychological factors, negative prognostic significance was observed for "Significance of relief from pain and physical discomfort" and "Psychotraumatic situations". These findings should be taken into account in the course of psychological rehabilitation.

Keywords: coronary heart disease, coronary artery bypass surgery, social factors, psychological factors, prognosis, rehabilitation.

References

1. Arsakhanova G.A. Vliyanie khronicheskogo stressa na razvitie ateroskleroza i ishemicheskoi bolezni serdtsa [Impact of chronic stress on the development of atherosclerosis and coronary heart disease]. *Vestnik meditsinskogo instituta* [Bulletin of the Medical Institute]. 2024; (1(25)): 15–23. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=67947259>. DOI: 10.36684/med-2024-25-1-15-23 (In Russ.)
2. Boitsov S.A., Pogosova N.V., Ansheles A.A. [et al.]. Kardiovaskulyarnaya profilaktika 2022. Rossiiskie natsional'nye rekomendatsii [Cardiovascular prevention 2022. Russian national guidelines]. *Rossiiskii kardiologicheskii zhurnal* [Russian Journal of Cardiology]. 2023; 28(5): 119–249. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=53969228>. DOI: 10.15829/1560-4071-2023-5452 (In Russ.)
3. Bunin V.A., Lin'kova N.S., Kozhevnikova E.O. [et al.]. Ishemicheskaya bolezni' serdtsa i infarkt miokarda: ot patogeneza k molekulyarnym markeram diagnostiki [Coronary heart disease and myocardial infarction: from the pathogenesis to molecular markers of diagnostics]. *Uspekhi fiziologicheskikh nauk* [Advances in Physical Sciences]. 2020; 51(1): 33–45. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=42258126>. DOI: 10.31857/S030117982001004X (In Russ.)
4. Velikanov A.A. Issledovanie dinamiki psikhologicheskikh faktorov u bol'nykh ishemicheskoi bolezni'yu serdtsa posle koronarnogo shuntirovaniya [Study of the dynamics of psychological factors in patients with coronary heart disease after coronary artery bypass surgery]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2024; (90): 37–48. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=67965582>. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-90-37-48 (In Russ.)
5. Drapkina O.M., Fedin A.I., Dorofeeva O.A. [et al.]. Vliyanie psikhosotsial'nykh faktorov riska na techenie i prognoz serdechno-sosudistyykh zabolevaniy [Influence of psychosocial risk factors on the course and prognosis of cardiovascular diseases]. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika* [Cardiovascular Therapy and Prevention]. 2022; 21(5): 64–70. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=48572481>. DOI: 10.15829/1728-8800-2022-3280 (In Russ.)
6. Drapkina O.M., Kontsevaya A.V., Kalinina A.M. [et al.]. Profilaktika khronicheskikh neinfektsionnykh zabolevaniy v Rossiiskoi Federatsii. Natsional'noe rukovodstvo 2022 [2022 prevention of chronic non-communicable diseases in of the russian federation. National guidelines]. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika* [Cardiovascular Therapy and Prevention]. 2022; 21(4): 5–232. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=48397291>. DOI: 10.15829/1728-8800-2022-3235 (In Russ.)
7. Isakov V.A., Kholkina A.A., Timofeev E.V. Priverzhennost' lecheniyu komorbidnykh patsientov terapevticheskogo profilya [Adherence to treatment of comorbid therapeutic patients]. *Dnevnik kazanskoi meditsinskoi shkoly* [Diary of the Kazan medical school]. 2022; (1(35)): 13–20. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=50419186> (In Russ.)
8. Kanorskii S.G. Ishemicheskaya bolezni' serdtsa s vysokim riskom oslozhnenii: kak identifikirovat' takikh patsientov i vybirat' taktiku vedeniya? [Coronary artery disease with a high risk of complications: how to identify such patients and choose management tactics?]. *Ratsional'naya farmakoterapiya v kardiologii* [Rational Pharmacotherapy in Cardiology]. 2020; 16(3): 465–473. DOI: 10.20996/1819-6446-2020-06-04 (In Russ.)
9. Pogonchenkova I. Vazhnoe uslovie effektivnoi kardioreabilitatsii – rannee nachalo [An important condition for effective cardiac rehabilitation is early initiation]. *Moskovskaya meditsina* [Moscow Medicine]. 2020; (3(37)): 34–37. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=44047694> (In Russ.)
10. Sviderskaya L.N., Tarasova O.M. Produktivnoe vliyanie motivatsii na zdorov'e populyatsii [Productive influence of motivation on population health]. *Zhivaya psikhologiya* [Living Psychology]. 2022; 9(5(37)): 19–29. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=50379170>. DOI: 10.58551/24136522_2022_9_5_19 (In Russ.)
11. Shchelkova O.Yu., Yakovleva M.V., Eremina D.A. [et al.]. O razrabotke sistemnoi (biopsikhosotsial'noi) modeli prognoza pri serdechno-sosudistyykh zabolevaniyakh. Chast' 2 [On the development of a systemic (biopsychosocial) prediction model for cardiovascular disease. Part II]. *Obozrenie psikiatrii i meditsinskoi psikhologii imeni V.M. Bekhtereva*. [V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology]. 2023; 57(3): 70–79. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=54681146>. DOI: 10.31363/2313-7053-2023-732 (In Russ.)
12. Yakovleva M.V. Priverzhennost' lecheniyu patsientov, perenesших operatsiyu koronarnogo shuntirovaniya, v kontekste ikh psikhosotsial'nykh kharakteristik [Patients' treatment adherence after coronary bypass surgery in terms of their psychosocial characteristics]. *Gertsenovskie chteniya: psikhologicheskie issledovaniya v obrazovanii* [Herzen university conference on psychology in education]. 2020; (3): 274–280. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=44271289>. DOI: 10.33910/herzenpsyconf-2020-3-74 (In Russ.)

Received 28.12.2024

For citing: Velikanov A.A. Sotsial'nye i psikhologicheskie faktory v prognoze effektivnosti reabilitatsii patsientov s ishemicheskoi bolezni'yu serdtsa, perenesших koronarnoe shuntirovanie. *Vestnik psikhoterapii*. 2025; (95): 37–45. (In Russ.)

Velikanov A.A. Social and psychological factors in predicting the effectiveness of rehabilitation in patients with coronary heart disease after coronary artery bypass grafting. *Bulletin of Psychotherapy*. 2025; (95): 37–45. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-95-37-45

Э.М. Смерчинская, И.А. Трегубенко, Е.Р. Исаева

СЕМАНТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РЕЧИ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ: ПОИСК ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова (Россия, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8)

Актуальность. Нарушения речи при шизофрении – один из основных диагностических критериев, указанный и в Международной классификации болезней (МКБ), и в Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам Американской психиатрической ассоциации (DSM). Для их диагностики не разработаны четкие, объективные индикаторы. Изучение семантических характеристик речи при шизофрении может позволить расширить и объективизировать психодиагностику речевых нарушений.

Цель – выявление семантических особенностей речи пациентов с шизофренией, отличающих их речь от речи психически здоровых лиц, пациентов с биполярным аффективным расстройством и расстройством личности.

Материал и методы. Выборка – 183 человека: 56 пациентов с шизофренией, 30 здоровых лиц, 51 пациент с биполярным расстройством, 46 пациентов с расстройством личности. Методы: биографический (фиксация речи), контент-анализ, статистический. Объект исследования – речь пациентов с шизофренией, биполярным аффективным расстройством, расстройством личности и психически здоровых лиц, предмет исследования – семантические характеристики их речи.

Результаты и их анализ. Письменная речь пациентов с шизофренией, в отличие от устной, обезличенная, тематически ненасыщенная, отражает пассивность пациента. Речь пациентов с шизофренией содержательно обедненная, безличная, бездеятельная, в то время как речь психически здоровых лиц, письменная речь пациентов с расстройством личности и биполярным аффективным расстройством описывает целенаправленные действия субъекта речи, разных действующих лиц, их внутренние переживания.

Заключение. В сравнении с психически здоровыми и устная, и письменная речь пациентов с шизофренией характеризуется отсутствием семантического ядра, действующего лица, активности субъекта речи, описания переживаний других людей. Те же семантические особенности обнаруживаются и при сравнении письменной речи пациентов с шизофренией и речи пациентов с биполярным расстройством, расстройством личности. Полученные результаты могут являться семантическими индикаторами речи пациентов с шизофренией и лечь в основу психодиагностической модели нарушений речи при шизофрении.

Ключевые слова: шизофрения, речь, язык, семантика, психодиагностика, расстройство личности, биполярное аффективное расстройство.

✉ Смерчинская Элина Маратовна – аспирант каф. общей и клинич. психологии, Первый С.-Петерб. гос. мед. ун-т им. И.П. Павлова (Россия, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8), e-mail: fotarogaeo4897@gmail.com, ORCID: 0000-0001-6646-2396;

Трегубенко Илья Александрович – канд. психол. наук, доц. каф. общей и клинич. психологии, Первый С.-Петерб. гос. мед. ун-т им. И.П. Павлова (Россия, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8), e-mail: ia2312@yandex.ru, ORCID: 0000-0002-8836-5084;

Исаева Елена Рудольфовна – д-р психол. наук проф., зав. каф. общей и клинич. психологии, Первый С.-Петерб. гос. мед. ун-т им. И.П. Павлова (Россия, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8), e-mail: isajeva@yandex.ru, ORCID: 0000-0002-7731-7693

Введение

Нарушения речи – один из основных диагностических критериев шизофрении, указанный как в МКБ, так и в DSM, и актуальная тема исследований со времен выделения шизофрении как нозологической единицы [1, 3, 7, 16]. Существуют мнения, что по характеристикам речи возможна ранняя диагностика развивающегося психотического состояния [6–9, 16]. Описание нарушений речи часто феноменологическое [2–4, 10]. Особенности «шизофренической» речи могут выявляться как на структурном, так и на семантическом уровне. Существуют исследования, демонстрирующие особенности содержания (семантики) речи пациентов с шизофренией и даже семантические модели, предсказывающие психотическое состояние [6–8, 11, 12, 14, 15]. Однако большинство исследований выполнено на англоязычной выборке, что ограничивает возможности перевода результатов на русскоязычную популяцию. Также, по данным анализа литературы, представляется интересным не только исследование различий по семантическим характеристикам речи между пациентами с шизофренией и нормативной выборкой, но и сравнение их с другими нозологическими группами: например, с биполярным аффективным расстройством (БАР), расстройством личности (РЛ). Дифференциальная диагностика шизофрении с этими заболеваниями бывает затруднена [11–13]. Таким образом, исследование семантики речи пациентов с расстройствами шизофренического спектра актуально.

Цель: выявление семантических особенностей речи пациентов с шизофренией, отличающих их речь от речи психически здоровых лиц, а также пациентов с БАР и РЛ.

Материалы и методы

Объектом исследования являлась речь пациентов с шизофренией, БАР, РЛ и психически здоровых лиц, а предметом – семантические характеристики их речи. Общий объем исследовательской выборки составил 183 человека. Выборка была разделена на четыре группы в соответствии с нозологической принадлежностью участников (табл. 1).

Критерии включения пациентов в исследование: установленный психиатром диагноз (коды F20, F31, F61 по МКБ-10), дезактуализация психопродуктивных симптомов (для групп F20, F31), стабилизация аффективного фона, отсутствие когнитивных нарушений эмоционально-волевого дефекта (для группы F20), совершеннолетие.

Методы и методики исследования:

1) Биографический метод (фиксация речи). Предлагалась одинаковая инструкция на основе методики А. Адлера «Ранние воспоминания» [5]: записать на листе свое самое раннее воспоминание (письменный текст) и проговорить свое самое яркое воспоминание (устный текст).

2) Контент-анализ (выделение семантических характеристик в тексте участников – подсчет вручную или через интернет-ресурс «Адвего» (режим доступа: <https://advego.com/text/seo/>; табл. 2).

3) Математическая статистика (точный критерий Фишера).

Результаты и их анализ

Сравнительный семантический анализ письменной и устной речи пациентов с шизофренией. Представлялось важным определить, отличается ли семантическая структура

Таблица 1

Исследовательские группы

| Показатель | Количество участников в группе | Распределение по полу, % (мужчины/женщины) | Средний возраст, лет |
|--------------------------|--------------------------------|--|----------------------|
| Пациенты с шизофренией | 56 | 46 % / 54 % | 38 ± 13 |
| Пациенты с РЛ | 46 | 36 % / 64 % | 28 ± 12 |
| Пациенты с БАР | 51 | 19 % / 81 % | 32 ± 14 |
| Психически здоровые лица | 30 | 42 % / 58 % | 29 ± 11 |

Таблица 2

Описание выделенных семантических характеристик

| Семантическая характеристика | | Определение |
|------------------------------|---|---|
| Семантическое ядро | | Ключевые слова в тексте, отражающие главную тематику |
| Количество действующих лиц | Отсутствие действующего лица | Обезличенный текст («звук вокруг») |
| | Только одно действующее лицо | Присутствие только одного персонажа в тексте |
| | Более одного действующего лица | Присутствие более одного персонажа в тексте |
| | Обобщенное действующее лицо | Присутствие персонажей, описываемых обобщенно, без конкретного указания («приходили к нам домой [они]») |
| Описание субъекта речи | Цель в поведении субъекта речи | Участник описывает свои целенаправленные действия |
| | Краткое описание поведения | Участник кратко описывает свои действия («пришел») |
| | Описание нарушения правил | Участник описывает нарушение «норм/правил» |
| | Безрезультатное поведение | Участник описывает безрезультатные действия («плакала, чтобы папа не ушел, но он ушел») |
| | Отсутствие действий | Участник бездействует («я лежал в кровати») |
| | Наблюдение за окружением | Субъект речи описывает свои наблюдения при отсутствии активных действий («я смотрел, как мама готовит») |
| Описание других | Описание внутренних переживаний других | Участник описывает эмоции, чувства, мысли других, раскрывая детали («она расстроилась из-за моих слов») |
| | Односложное описание внутренних переживаний | Участник кратко описывает эмоции, чувства, мысли других («им весело») |
| | Описание внутренних переживаний о субъекте речи | Участник описывает внутренние переживания других людей о нем самом («сестра переживала за меня») |
| | Подробное описание поведения | Участник детально описывает поведение других |
| | Краткое описание поведения | Участник односложно описывает действия других людей |

речи пациентов с шизофренией в зависимости от ее типа – устной или письменной (табл. 3; $p < 0,05$).

По результатам анализа можно сделать вывод, что письменная речь пациентов с шизофренией обладает слабой тематической оформленностью (отсутствие семантического ядра), обезличена (отсутствует действующее лицо), отражает бездеятельность пациента (отсутствие действий) и мало акцентируется на описании других людей (слабая выраженность описания других). Устная речь более активная: содержит описание наблюдений пациента (наблюдение за окружением) или краткое описание его действий, а также может содержать описание поведения и внутренних переживаний других людей.

Пример письменной речи пациента с шизофренией: «Поездка на море. В 3-м классе. 10–11 лет».

Пример устной речи пациента с шизофренией: «...на квартире у мужа. Ему плохо. Мы только недавно с ним познакомились. Он крутится, лежит на диване, так ему плохо».

Сравнительный семантический анализ речи пациентов с шизофренией и психически здоровых лиц. Были установлены различия по семантическим характеристикам между речью пациентов с шизофренией и речью психически здоровых лиц / нормы (табл. 4; $p < 0,01$).

И письменная, и устная речь пациентов с шизофренией, в отличие от психически здоровых лиц, по семантическим характеристикам менее насыщена содержанием, меньше сосредоточена на переживаниях других людей, безлична. Речь психически здоровых лиц, напротив, содержательна, в ней упоминается множество действующих лиц, описываются их внутренние переживания, демон-

Таблица 3

Семантические характеристики письменной и устной речи пациентов с шизофренией

| Показатель | Письменная речь | Устная речь | p-уровень |
|---|-----------------|-------------|-----------|
| Отсутствует семантическое ядро | 75 % | 23 % | 0,0001 |
| Количество действующих лиц | | | |
| Отсутствует действующее лицо | 16 % | 7 % | 0,04 |
| Описание субъекта речи | | | |
| Краткое описание поведения | 29 % | 45 % | 0,02 |
| Отсутствие действий | 21 % | 7 % | 0,004 |
| Наблюдение за окружением | 11 % | 25 % | 0,008 |
| Описание других | | | |
| Описание внутренних переживаний | 0 % | 7 % | 0,007 |
| Односложное описание внутренних переживаний | 0 % | 9 % | 0,002 |
| Подробное описание действий | 7 % | 20 % | 0,006 |

стрируются либо наблюдения субъекта речи, либо целенаправленные действия.

Пример письменной речи психически здорового человека: «...мне особенно сильно запомнилось, каким радостным был тогда

отец. Не счастливым, но на его лице читалась расслабленность и приятное спокойствие».

Пример устной речи психически здорового человека: «...один из них... набрал на грудь... и он отключился, и мы еще пошутили, надея-

Таблица 4

Семантические характеристики письменной и устной речи пациентов с шизофренией в сравнении со здоровыми лицами

| Показатель | Шизофрения | Норма | p-уровень | Шизофрения | Норма | p-уровень |
|--|-----------------|-------|-----------|-------------|-------|-----------|
| | Письменная речь | | | Устная речь | | |
| Отсутствие семантического ядра | 75 % | 33 % | 0,00001 | 23 % | 0 % | 0,00001 |
| Количество действующих лиц | | | | | | |
| Отсутствие действующего лица | 16 % | 0 % | 0,0001 | 7 % | 0 % | 0,007 |
| Более одного действующего лица | 50 % | 73 % | 0,0007 | 59 % | 87 % | 0,00001 |
| Описание субъекта речи | | | | | | |
| Целенаправленное поведение субъекта речи | | | | 25 % | 43 % | 0,005 |
| Краткое описание поведения | 24 % | 53 % | 0,00001 | | | |
| Наблюдение за окружением | 11 % | 33 % | 0,0001 | | | |
| Характер представленности других | | | | | | |
| Описание внутренних переживаний | 0 % | 17 % | 0,00001 | 5 % | 30 % | 0,00001 |
| Односложное описание внутренних переживаний | 0 % | 7 % | 0,0007 | | | |
| Описание внутренних переживаний по отношению к субъекту речи | | | | 4 % | 20 % | 0,0004 |
| Краткое описание поведения | 41 % | 23 % | 0,005 | 43 % | 10 % | 0,00001 |
| Подробное описание поведения | 7 % | 43 % | 0,00001 | 18 % | 63 % | 0,00001 |

лись, что это типа не наш водитель. В итоге оказалось, что это как раз-таки наш водитель, и другие водители его растолкали... водитель ходил по палубе, шатаясь... „Ну ничего“, – подбодрила моя спутница».

Письменная речь представляется более показательной для выявления семантических особенностей речи пациентов с шизофренией: при сравнении с психически здоровыми лицами в их письменной речи обнаружено чуть больше различий; при сравнении письменной и устной речи пациентов с шизофренией письменная речь представляется более нарушенной, т.е. отражающей специфические характеристики речи пациентов.

Семантический анализ письменной речи пациентов с шизофренией, расстройством личности, биполярным аффективным расстройством. Учитывая полученные ранее результаты, при сравнении речи пациентов

с шизофренией с другими нозологическими группами акцент был сделан именно на письменной речи (табл. 5; $p < 0,05$).

Таким образом, письменная речь пациентов с шизофренией, в сравнении с письменной речью пациентов с биполярным расстройством, расстройством личности, обезличенная (отсутствует действующее лицо), малосодержательная (отсутствует семантическое ядро), демонстрирует более пассивную позицию субъекта речи (отсутствие действий) и низкую эмоциональность (отсутствие описаний внутренних переживаний).

Пример речи пациента с расстройством личности: «Папочка катит нас с двойняшкой на санках... Мамочка с сестрой идут рядом. Все счастливые, веселые и радостные... По дороге мы слепили снежную бабу, покидались снежками».

Таблица 5

**Семантические характеристики письменной речи пациентов с шизофренией
в сравнении с пациентами с РЛ, БАР**

| Показатель | Шизофрения | РЛ | БАР | р-уровень |
|--|------------|------|------|-----------|
| Отсутствие семантического ядра | 75 % | 59 % | | 0,012 |
| | | | 63 % | 0,046 |
| Количество действующих лиц | | | | |
| Отсутствие действующего лица | 16 % | 7 % | | 0,037 |
| Только одно действующее лицо | 32 % | 15 % | | 0,004 |
| Более одного действующего лица | 50 % | 74 % | | 0,0004 |
| | | | 63 % | 0,043 |
| Обобщенное действующее лицо | 21 % | | 10 % | 0,025 |
| Описание субъекта речи | | | | |
| Краткое описание поведения | 29 % | | 53 % | 0,0004 |
| Отсутствие действий | 21 % | | 8 % | 0,007 |
| Наблюдение за окружением | 11 % | 33 % | | 0,0001 |
| Описание других | | | | |
| Описание внутренних переживаний | 0 % | 7 % | | 0,007 |
| | | | 8 % | 0,003 |
| Односложное описание внутренних переживаний | 0 % | 7 % | | 0,007 |
| Описание внутренних переживаний по отношению к субъекту речи | 0 % | 7 % | | 0,007 |
| | | | 6 % | 0,015 |
| Краткое описание поведения | 41 % | | 28 % | 0,037 |
| Подробное описание поведения | 7 % | 37 % | | 0,00001 |
| | | | 35 % | 0,00001 |

Пример речи пациента с биполярным расстройством: «Был поздний вечер, мама взяла меня на руки. Я чувствовала себя такой защищенной. Она улыбалась, но я видела, что она была уставшей. Я чувствовала, что она любила меня. Она качала меня на руках».

Заключение

Установлены специфические семантические характеристики речи пациентов с шизофренией:

И устная, и письменная речь пациентов с шизофренией характеризуется обезличенностью, тематической ненасыщенностью, бездеятельной позицией субъекта речи, редким упоминанием других людей.

Отличать речь пациентов с шизофренией от речи психически здоровых лиц, пациентов

с биполярным аффективным расстройством, расстройством личности возможно по следующим характеристикам: отсутствие действующего лица, пассивность субъекта речи, отсутствие описаний внутренних переживаний других людей при наличии краткого описания их поведения.

Полученные результаты могут служить семантическими индикаторами речи пациентов с шизофренией и использоваться в дальнейшем для построения объективизированной модели оценки речи пациентов с шизофренией. Такая модель может стать основой для разработки новой психодиагностической методики с потенциалом использования технологий машинного обучения и искусственного интеллекта. Это позволит дополнить и расширить патопсихологическое исследование, внося в него большую объективность.

Литература

1. Ениколопов С.Н., Медведева Т.И., Воронцова О. [и др.]. Лингвистические характеристики текстов психически больных и здоровых людей // Психологические исследования. 2018. Т. 11, № 61. С. 1. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 20.06.2025). DOI: <https://doi.org/10.54359/ps.v11i61.258>.
2. Зислин И., Резников Е. К вопросу о фабуле, сюжете и тематике бреда. Ч. 1 // Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева. 2017. Т. XLIX, № 3. С. 85–91.
3. Карякина М.В., Сидорова М.Ю., Шмуклер А.Б. Нарушения речи у больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2017. № 4. С. 93–100.
4. Пашковский В.Э., Пиотровская В.Р., Пиотровский Р.Г. Психиатрическая лингвистика. Изд. 4-е. М.: ЛЕНАНД, 2015. 168 с.
5. Сидоренко Е.В. Терапия и тренинг по Альфреду Адлеру. СПб.: Речь, 2000. 347 с.
6. De Boer J.N., Brederoo S.G., Voppel A.E., Sommer I.E.C. Anomalies in language as a biomarker for schizophrenia // Current Opinion in Psychiatry. 2020. Vol. 33, N 3. Pp. 212–218. DOI: 10.1093/schbul/sbac194.
7. De Boer J.N., van Hoogdalem M. Language in schizophrenia: Relation with diagnosis, symptomatology and white matter tracts // NPJ Schizophr. 2020. Vol. 6, N 1. Pp. 1–10. DOI: 10.1038/s41537-020-0099-3.
8. de Boer J., Voppel A., Brederoo S. [et al.]. Acoustic speech markers for schizophrenia-spectrum disorders: A diagnostic and symptom-recognition tool // Psychological Medicine. 2023. Vol. 53, N 4. Pp. 1302–1312. DOI: 10.1017/S0033291721002804.
9. Hartopo D., Kalalo R.T. Language disorder as a marker for schizophrenia // Asia-Pacific Psychiatry: Official Journal of the Pacific Rim College of Psychiatrists. 2022. Vol. 14, N 3. e12485. DOI: 10.1111/appy.12485.
10. Hirano S., Spencer K.M., Onitsuka T., Hirano Y. Language-related neurophysiological deficits in schizophrenia // Clinical EEG and Neuroscience. 2020. Vol. 51, N 4. Pp. 222–233. DOI: 10.1177/1550059419886686.
11. Jo Y.T., Joo Y.H. Semantic abnormalities in schizophrenia and bipolar disorder: A natural language processing approach // Science Progress. 2025. Vol. 108, N 1. Pp. 1–21. DOI: 10.1177/00368504241308309.
12. Merrett Z., Castle D.J., Thomas N. [et al.]. Comparison of the phenomenology of hallucination and delusion characteristics in people diagnosed with borderline personality disorder and schizophrenia // Journal of Personality Disorders. 2022. Vol. 36, N 4. Pp. 413–430. DOI: 10.1521/pedi.2022.36.4.413.
13. Paris J. Differential diagnosis of borderline personality disorder // The Psychiatric Clinics of North America. 2018. Vol. 41, N 4. Pp. 575–582. DOI: 10.1016/j.psc.2018.07.001.
14. Pintos, A.S., Hui, C.L., De Deyne, S. [et al.]. A longitudinal study of semantic networks in schizophrenia and other psychotic disorders using the word association task // Schizophrenia Bulletin Open. 2022. Vol. 3, N 1. Pp. sgac054. DOI: 10.1093/schizbullopen/sgac054.

15. Rezaei, N., Walker, E., Wolff, P. A machine learning approach to predicting psychosis using semantic density and latent content analysis // NPJ schizophrenia. 2019. Vol. 5. Pp. 1–9. DOI: 10.1038/s41537-019-0077-9.
16. Semenova N., Sizova N. The relationship between linguistic features of speech and psychological characteristics in schizophrenia spectrum disorders // European Psychiatry. 2023. Vol. 66, Suppl. 1. Pp. S631–S631. DOI: 10.1192/j.eurpsy.2023.1313.
17. Voppel A.E., de Boer J.N., Brederoo S.G. [et al.]. Quantified language connectedness in schizophrenia-spectrum disorders // Psychiatry research. 2021. Vol. 304. Pp. 114–130. DOI: 10.1016/j.psychres.2021.114130.

Поступила 22.06.2025

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

Участие авторов: Э.М. Смерчинская – разработка идеи, дизайна исследования, сбор данных, математический анализ и интерпретация полученных данных, написание и редакция текста рукописи, обзор публикаций по теме статьи; И.А. Трегубенко – разработка идеи, интерпретация полученных данных; Е.Р. Исаева – разработка идеи, редакция рукописи.

Для цитирования. Смерчинская Э.М., Трегубенко И.А., Исаева Е.Р. Семантический анализ речи пациентов с шизофренией: поиск психодиагностических маркеров // Вестник психотерапии. 2025. № 95. С. 46–54. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-95-46-54

E.M. Smerchinskaya, I.A. Tregubenko, E.R. Isaeva

Semantic Analysis of Speech in Patients with Schizophrenia: Toward the Identification of Psychodiagnostic Markers

Pavlov First State Medical University of Saint-Petersburg (6–8, Leo Tolstoy Str., St. Petersburg, Russia)

✉ Elina Maratovna Smerchinskaya – PhD student, Department of General and Clinical Psychology, Pavlov First State Medical University of Saint-Petersburg (6–8, Leo Tolstoy Str., St. Petersburg, 197022, Russia), e-mail: fotaroaeko4897@gmail.com, SPIN: 3657-1296, ORCID: 0000-0001-6646-2396;

Iliya Alexandrovich Tregubenko – PhD Psychol. Sci., Associate Prof. of the Department of General and Clinical Psychology, Pavlov First State Medical University of Saint-Petersburg (6–8, Leo Tolstoy Str., St. Petersburg, 197022, Russia), e-mail: ia2312@yandex.ru, ORCID: 0000-0002-8836-5084;

Elena Rudolfovna Isaeva – Dr. Psychol. Sci. Prof., Head of the Department of General and Clinical Psychology, Pavlov First State Medical University of Saint-Petersburg (6–8, Leo Tolstoy Str., St. Petersburg, 197022, Russia), e-mail: isajeva@yandex.ru, ORCID: 0000-0002-7731-7693

Abstract

Relevance. Speech disturbances in schizophrenia are among the primary diagnostic criteria listed both in the International Classification of Diseases (ICD) and in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) of the American Psychiatric Association. However, clear and objective indicators for their assessment have not yet been developed. The study of semantic characteristics of speech in schizophrenia may contribute to broadening and objectifying the psychodiagnostics of speech impairments.

Intention. To identify semantic features of speech in patients with schizophrenia that distinguish them from mentally healthy individuals, patients with bipolar affective disorder, and personality disorder.

Methodology. Sample: 183 participants – 56 patients with schizophrenia, 30 healthy individuals, 51 patients with bipolar disorder, and 46 patients with personality disorder. Object – speech of patients with schizophrenia, bipolar affective disorder, personality disorder and healthy participants. Subject – semantic characteristics of their speech.

Methods: Biographical (speech recording and writing), content analysis, and statistical analysis.

Results and discussion. The written speech of patients with schizophrenia was impersonal, thematically sparse, and reflected the patient's passivity. In contrast, their oral speech was more active, briefly describing the patient's behaviour and the behaviour and internal experiences of others. The speech of schizophrenia patients was semantically impoverished, impersonal, and passive, whereas the speech of mentally healthy individuals, as well as the written speech of patients with personality disorder and bipolar affective disorder, described goal-directed actions of the speaker, various agents, and their internal experiences. Written speech proved to be more psychodiagnostically significant than oral speech.

Conclusion. Compared to mentally healthy individuals, both oral and written speech in schizophrenia patients lacked a semantic core, an active agent, a subject of speech, and descriptions of others' experiences. The same semantic features were observed when comparing the written speech of schizophrenia patients with that of patients with bipolar disorder and personality disorder. These findings may serve as semantic indicators of schizophrenia patients' speech and form the basis of a psychodiagnostic model for speech impairments in schizophrenia. The development of such a model could involve machine learning and artificial intelligence technologies.

Keywords: schizophrenia, language, speech, semantics, psychodiagnostics, personality disorder, bipolar affective disorder.

References

1. Enikolopov C., Medvedeva T., Vorontsova O. [et al.]. Lingvisticheskie kharakteristiki tekstov psikhicheski bol'nykh i zdorovykh lyudei [Linguistic characteristics of texts of mentally ill and healthy people]. *Psikhologicheskie issledovaniya* [Psychological Studies]. 2018; 11(61): 1. DOI: 10.54359/ps.v11i61.258 (in Russ.)
2. Zislin J., Reznikov E. K voprosu o fabule, syuzhete i tematike bredda. Chast' 1 [To the question of motive, content and plot of delusions. Part 1]. *Nevrologicheskii vestnik. Zhurnal im. V.M. Bekhtereva* [Neurology Bulletin]. 2017; XLIX(3): 85–91 (in Russ.)
3. Karyakina M.V., Sidorova M.Yu., Shmukler A.B. Narusheniya rechi u bol'nykh shizofreniei [Speech disorders in patients with schizophrenia]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya* [Social and clinical psychiatry]. 2017; (4): 93–100 (in Russ.)
4. Pashkovsky V.E., Piotrovskaya V.R., Piotrovsky R.G. Psikhiatricheskaya lingvistika [Psychiatric linguistics]. Moscow, 2015. 168 p. (in Russ.)
5. Sidorenko E.V. Terapiya i trening po Alfredu Adleru [Therapy and training according to Alfred Adler]. Saint-Petersburg, 2000. 347 p. (in Russ.)
6. De Boer J.N., Brederoo S.G., Voppel A.E., Sommer I.E.C. Anomalies in language as a biomarker for schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*. 2020; 33(3): 212–218. DOI: 10.1093/schbul/sbac194.
7. De Boer J.N., van Hoogdalem M. Language in schizophrenia: relation with diagnosis, symptomatology and white matter tracts. *NPJ Schizophr*. 2020; 6(1): 1–10. DOI: 10.1038/s41537-020-0099-3.
8. de Boer J., Voppel A., Brederoo S. [et al.]. Acoustic speech markers for schizophrenia-spectrum disorders: A diagnostic and symptom-recognition tool. *Psychological Medicine*. 2023; 53(4): 1302–1312. DOI: 10.1017/S0033291721002804.
9. Hartopo D., Kalalo R.T. Language disorder as a marker for schizophrenia. *Asia-Pacific Psychiatry: Official Journal of the Pacific Rim College of Psychiatrists*. 2022; 14(3): e12485. DOI: 10.1111/appy.12485.
10. Hirano S., Spencer K.M., Onitsuka T., Hirano Y. Language-Related Neurophysiological Deficits in Schizophrenia. *Clinical EEG and Neuroscience*. 2020; 51(4): 222–233. DOI: 10.1177/1550059419886686.
11. Jo Y.T., Joo Y.H. Semantic abnormalities in schizophrenia and bipolar disorder: A natural language processing approach. *Science Progress*. 2025; 108(1): 1–21. DOI: 10.1177/00368504241308309.
12. Merrett Z., Castle D.J., Thomas N. [et al.]. Comparison of the phenomenology of hallucination and delusion characteristics in people diagnosed with borderline personality disorder and schizophrenia. *Journal of Personality Disorders*. 2022; 36(4): 413–430. DOI: 10.1521/pedi.2022.36.4.413.
13. Paris J. Differential diagnosis of borderline personality disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*. 2018; 41(4): 575–582. DOI: 10.1016/j.psc.2018.07.001.

14. Pintos A.S., Hui C.L., De Deyne S. [et al.]. A longitudinal study of semantic networks in schizophrenia and other psychotic disorders using the word association task. *Schizophrenia Bulletin Open*. 2022; 3(1): sgac054. DOI: 10.1093/schizbullopen/sgac054.
 15. Rezaei N., Walker E., Wolff P. A machine learning approach to predicting psychosis using semantic density and latent content analysis. *NPJ Schizophrenia*. 2019; 5(1): 1–9. DOI: 10.1038/s41537-019-0077-9.
 16. Semenova N., Sizova N. The relationship between linguistic features of speech and psychological characteristics in schizophrenia spectrum disorders. *European Psychiatry*. 2023; 66(1): S631–S631. DOI: 10.1192/j.eurpsy.2023.1313.
 17. Voppel A.E., de Boer J.N., Brederoo S.G. [et al.]. Quantified language connectedness in schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatry Research*. 2021; 304: 114–130. DOI: 10.1016/j.psychres.2021.114130.
-

Received 22.06.2025

For citing: Smerchinskaya E.M., Tregubenko I.A., Isaeva E.R. Semanticheskii analiz rechi patsientov s shizofreniei: poisk psikhodiagnosticheskikh markerov. *Vestnik psikhoterapii*. 2025; (95): 46–54. **(In Russ.)**

Smerchinskaya E.M., Tregubenko I.A., Isaeva E.R. Semantic analysis of speech in patients with schizophrenia: toward the identification of psychodiagnostic markers. *Bulletin of Psychotherapy*. 2025; (95): 46–54. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-95-46-54

Д.А. Серегин, В.К. Шамрей, А.И. Колчев, К.В. Днов

МОДЕЛЬ ПРОГНОЗА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

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

Актуальность. Анализ суицидальных происшествий, по данным литературы, свидетельствует об увеличении уровня самоубийств среди военнослужащих рядового и сержантского состава, проходящих военную службу по контракту, и снижении доли самоубийств среди военнослужащих, проходящих военную службу по призыву. При этом чаще всего военнослужащим с суицидальным поведением выставляются диагнозы из группы пограничных психических расстройств, что обуславливает важность изучения возможности прогноза суицидального поведения именно у военнослужащих данной категории.

Цель исследования: разработать модель прогноза суицидального поведения у военнослужащих с пограничными психическими расстройствами.

Задачи исследования:

1. Провести анализ структуры пограничных психических расстройств у различных категорий военнослужащих с суицидальным поведением.
2. Изучить основные факторы суицидального риска у военнослужащих рядового и сержантского состава с пограничными психическими расстройствами.
3. Проанализировать преобладающие мотивы и способы суицидального поведения у военнослужащих рядового и сержантского состава, проходящих военную службу по контракту.
4. Разработать дискриминантные модели прогноза суицидального поведения у военнослужащих рядового и сержантского состава с пограничными психическими расстройствами и предложить профилактические алгоритмы прогноза суицидального поведения.

Материалы и методы. Обследовано 230 военнослужащих с пограничными психическими расстройствами и суицидальным поведением, 114 здоровых военнослужащих. В процессе работы проведено клинко-психопатологическое, психометрическое и экспериментально-психологическое обследование военнослужащих, проходивших военную службу по призыву и по контракту с пограничными психическими расстройствами и суицидальным поведением для последующей разработки модели прогноза суицидального риска среди обследованных лиц. Достоверность результатов проведенных исследований обеспечена репрезентативной выборкой, использованием комплекса валидных методик исследования, соответствующих поставленной цели и задачам, корректным применением современных методов статистического анализа данных.

✉ Серегин Дмитрий Алексеевич – врач-психиатр, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6);

Шамрей Владимир Владимирович – д-р. мед. наук проф., зав. каф. психиатрии, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6);

Колчев Александр Иванович – д-р. мед. наук проф., проф. каф. психиатрии, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6);

Днов Константин Викторович – д-р. мед. наук доц., препод. каф. военно-полевой терапии, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: vmeda-na@mail.ru

Результаты. Выявлено, что наиболее частыми мотивами суицидального поведения у военнослужащих с пограничными психическими расстройствами, проходящих военную службу по призыву, являются трудности адаптации к военной службе и неуставные формы взаимоотношений, тогда как у военнослужащих, проходящих военную службу по контракту, – служебные конфликты, нарушения в системе взаимоотношений «личность – коллектив», внутрисемейные проблемы. Разработанная модель прогноза суицидального риска у различных категорий военнослужащих позволяет повысить эффективность раннего определения лиц с суицидальным поведением и психопрофилактической работы в войсках, включая перспективы дальнейшего прохождения военной службы по контракту. Разработанные формулы линейных классификационных функций и алгоритм определения прогноза суицидального поведения обследованных военнослужащих показали, что фактором суицидального риска является сочетание характеристик: социальных (уровень образования, влияния СМИ); биологических (силовой индекс, массо-ростовой индекс Кетле, стандартное отклонение R–R интервалов variability сердечного ритма) и психологических (суицидальные попытки в анамнезе, аддиктивное поведение, неблагоприятный психолого-психиатрический анамнез, уровень социальной интроверсии). Это позволило предложить профилактический алгоритм определения прогноза суицидального поведения у разных категорий военнослужащих с пограничными психическими расстройствами с целью оптимизации психопрофилактической работы в войсках.

Ключевые слова: суицидальное поведение, военнослужащие, пограничное психическое расстройство, прогноз.

Введение

Профилактика суицидального поведения (СП) у военнослужащих с пограничными психическими расстройствами (ППР) представляет собой одно из важных направлений военной психиатрии [15, 17, 21]. Анализ суицидальных происшествий, по данным источников, свидетельствует об увеличении уровня самоубийств среди военнослужащих рядового и сержантского состава, проходящих военную службу по контракту, и некотором снижении их количества среди военнослужащих, проходящих военную службу по призыву [1], при этом чаще всего военнослужащим с СП выставляются диагнозы из группы ППР [3, 19, 22]. Вместе с тем многочисленными исследованиями показано, что диагностика СП у лиц с ППР является сложной и во многом нерешенной задачей [11–13, 18, 19, 31, 34], а использование скрининговых диагностических методик не позволяют эффективно оценивать риск СП у данной категории военнослужащих [16, 32, 35, 37]. В этой связи перспективным является изучение клинических, индивидуально-психологических, социально-анамнестических и конституционально-биологических факторов СП у различных категорий военнослужащих с ППР [2, 5–10, 14, 20, 21, 23–29, 33, 36].

Научная новизна работы заключается в том, что впервые проанализированы наиболее значимые конституционально-биологические, социально-анамнестические, клинические и индивидуально-психологические факторы риска суицидального поведения у военнослужащих рядового и сержантского состава с ППР, совершивших суицидальные попытки. На основании полученных данных разработана модель прогноза СП.

Материалы и методы исследования

На первом этапе исследования подготовлен специфичный протокол исследования, в который включены методы исследований и критерии их приемлемости. Для обеспечения внутренней валидности осуществлялся набор испытуемых. Были применены соответствующие критерии включения и исключения. Критериями включения в исследование являлись: согласие пациента на исследование на всех этапах его проведения (в письменной форме); мужской пол; группа субъектов для проведения исследования от 18 до 35 лет включительно; способность пациентов понимать и выполнять условия исследования; верифицированный диагноз,

входящий в группу ППР; СП в анамнезе. Критерии прекращения исследования и исключения респондентов из исследования: отказ пациента от участия в обследовании; женский пол; клинически значимые неврологические, соматические, инфекционные и иные соматические заболевания; возрастной диапазон до 18 и старше 36 лет; частичное выполнение протокола исследования; умственная отсталость или признаки выраженного интеллектуально-мнестического снижения, психические расстройства, не входящие в группу пограничных; алкоголизм и наркомания; аутоагрессивные проявления (самоповреждения), не соответствующие классическому определению «суицидальная попытка» А.Г. Амбрумовой и В.А. Тихоненко; психотическое состояние любого генеза. Условия проведения исследования были максимально стандартизированы, стандартизации подлежали рацион, прием жидкости, физические нагрузки респондентов, время приема лекарственных препаратов и проведения исследований.

Обследовано 230 военнослужащих (рядового и сержантского состава) с ППР и СП, проходивших военную службу по призыву и по контракту, в возрасте $19,3 \pm 2,5$ года, а также 114 здоровых военнослужащих, в возрасте $20,3 \pm 0,8$ года, на базе клиники психиатрии и консультативно-диагностической поликлиники лечебно-диагностического центра ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» (ВМедА). Военнослужащие с ППР были разделены на три группы: совершившие суицидальные попытки ($n = 76$), с суицидальными мыслями – «угрозами» ($n = 78$), без суицидального поведения ($n = 76$). Диагностические заключения выносились в соответствии с критериями МКБ-10 по результатам военно-врачебного освидетельствования [4]. В процессе работы проводилось клиничко-психопатологическое, психометрическое и экспериментально-психологическое обследование военнослужащих с последующей разработкой модели прогноза суицидального риска.

В ходе психометрического и экспериментально-психологического исследования

использовались: шкала депрессии и тревоги Цунга, колумбийская шкала серьезности суицидальных намерений (C-SSRS), шкала степени серьезности суицидальной попытки А.Г. Амбрумовой и В.А. Тихоненко, миннесотский многоаспектный личностный опросник, шкала воспринимаемого стресса (PSS-10), шкала импульсивности Барратта (BIS-11). Социально-анамнестические факторы выявлялись с помощью специально разработанной анкеты факторов суицидального риска. Анализ конституционально-биологических факторов суицидального риска осуществлялся с помощью аппаратно-программного комплекса, в который входили модули: «Здоровье-Экспресс», «Антропометрия» и «СКУС». Достоверность результатов проведенных исследований обеспечена репрезентативной выборкой, использованием комплекса валидных методик исследования, соответствующих поставленным целям и задачам, корректным применением современных методов статистического анализа данных. Исследование выполнено в соответствии с международными стандартами проведения клинических исследований в психиатрии от момента планирования до статистической обработки данных и представления результатов.

Результаты

В структуре ППР у военнослужащих по призыву, совершивших суицидальные попытки, преобладали расстройства приспособительных реакций (F43.2) – 78,0 %, а также расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (F60–F69) – 22,0 %, другие ППР встречались значительно реже. Военнослужащим, которые во время прохождения военной службы по призыву высказывали суицидальные мысли (угрозы), были установлены следующие диагнозы: F43.2–79,6 %; F60–F69–18,5 %; другие ППР – 1,9 %. Среди военнослужащих по призыву, у которых не было выявлено признаков суицидального поведения, другие ППР выявлялись у 3,6 %.

У сержантов (старшин), солдат (матросов), проходящих военную службу по контрак-

ту и совершивших суицидальные попытки, в структуре ППР преобладали расстройства приспособительных реакций (F43.2) – 53,8 %, а также расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (F60–F69) – 23,1 %, другие ППР – 23,1 %. Военнослужащим, которые во время прохождения военной службы по контракту высказывали суицидальные мысли (угрозы), были установлены следующие диагнозы: F43.2–62,5 %; F60–F69–33,3 %; другие ППР встречались значительно реже – 4,2 %. Среди рядовых и сержантов по контракту, у которых не было выявлено признаков суицидального поведения, другие ППР выявлялись достоверно чаще, чем, у военнослужащих по призыву: 20,0 % и 3,6 % соответственно.

Оценка реальной опасности для жизни суицидальных попыток у военнослужащих с ППР осуществлялась с использованием шкалы степени серьезности суицидальной попытки (ШСССП), разработанной А.Г. Амбрумовой и В.А. Тихоненко. Необходимо отметить, что у военнослужащих по контракту суицидальные попытки высокой степени серьезности (больше 14 баллов суммарно) определялись достоверно чаще ($p < 0,05$), чем у военнослужащих по призыву. В то же время использование колумбийской шкалы серьезности суицидальных намерений (C-SSRS) показало, что среди военнослужащих по призыву с ППР, высказывающих суицидальные мысли, показатель по модулю «Интенсивность суицидального мышления» составил $15 \pm 2,1$ баллов, в то время как у рядовых и сержантов по контракту – $11 \pm 2,1$. На наш взгляд, подобное расхождение обусловлено влиянием алкоголя, употребление которого значительно увеличивает летальность даже демонстративно-шантажных попыток.

Анализ мотивов суицидальных действий не всегда позволял выявить среди них ведущих, поскольку в большинстве случаев отмечалось их сочетание между собой. Достоверные различия между группами военнослужащих по призыву и по контракту, совершивших суицидальные попытки, наблюдались относительно следующих мотивов: личностно-семейные конфликты (одиночество – 50,0 % к 15,4 %, неудачная лю-

бовь – 44,0 % к 11,5 %, оскорбление со стороны окружающих – 60,0 % к 7,7 %; конфликты на службе – 52,0 % к 11,5 %).

При проведении обследования с помощью опросника ММРІ военнослужащие, которые высказывали суицидальные мысли, получили больший балл ($72,00 \pm 2,99$) по шкале демонстративности (Hs), чем военнослужащие, совершившие суицидальные попытки, – $60,48 \pm 3,23$. У военнослужащих без СП он составил $59,15 \pm 1,8$. Уровень социальной интроверсии (Si) у военнослужащих, совершивших суицидальные попытки, составил $77,69 \pm 1,87$, а у военнослужащих, которые высказывали суицидальные мысли, – $60,96 \pm 2,03$.

Статистически достоверно ($p < 0,05$) высокие показатели патологической импульсивности по шкале импульсивности Барратта (BIS-11) отмечались у военнослужащих с ППР, совершивших суицидальную попытку, в сравнении с военнослужащими без суицидального поведения. Субъективное восприятие уровня напряженности ситуации по методике «Шкала воспринимаемого стресса» (ШВС-10) было в 2 раза выше у военнослужащих с суицидальными попытками.

При проведении дискриминантного анализа способом «вперед пошагово» получена модель прогноза суицидального поведения пациентов, страдающих пограничной психической патологией: лямбда Уилкса: 0,64125 при бл. $F(18,438) = 6,0538$ $p < 0,0001$ – и определены дискриминантные переменные, указанные в табл. 1: X1 – силовой индекс; X2 – массо-ростовой индекс Кетле; X3 – уровень образования; X4 – влияние СМИ; X5 – суицидальные попытки в анамнезе; X6 – аддитивное поведение; X7 – неблагоприятный психолого-психиатрический анамнез; X8 – стандартное отклонение R–R интервалов вариабельности сердечного ритма (SDNN, мс); X9 – уровень социальной интроверсии (Si).

Компоненты линейных классификационных функций: переменные, коэффициенты при переменных, константы трех ЛКФ – для определения прогноза СП пациентов, страдающих пограничной психической патологией, представлены в табл. 2.

Таблица 1

Дискриминантные переменные прогноза суицидального поведения у военнослужащих рядового и сержантского состава, у.е.

| Показатель | Уилкса лямбда | Частная лямбда | F-исключе- ние (1,75) | P | Толерант- ность | 1-толерант- ность |
|------------|------------------|-------------------|--------------------------|--------|--------------------|----------------------|
| X1 | 0,758885 | 0,844984 | 20,08829 | 0,0000 | 0,572677 | 0,427323 |
| X2 | 0,749307 | 0,855785 | 18,45273 | 0,0000 | 0,570871 | 0,429129 |
| X3 | 0,678447 | 0,945168 | 6,35246 | 0,0021 | 0,942574 | 0,057426 |
| X4 | 0,687456 | 0,932781 | 7,89087 | 0,0005 | 0,525655 | 0,474345 |
| X5 | 0,677151 | 0,946976 | 6,13119 | 0,0026 | 0,917062 | 0,082938 |
| X6 | 0,662454 | 0,967985 | 3,62159 | 0,0283 | 0,521968 | 0,478032 |
| X7 | 0,660564 | 0,970756 | 3,29874 | 0,0387 | 0,954913 | 0,045087 |
| X8 | 0,670436 | 0,956461 | 4,98458 | 0,0076 | 0,176364 | 0,823637 |
| X9 | 0,663317 | 0,966725 | 3,76898 | 0,0245 | 0,176196 | 0,823804 |

Таблица 2

Классификационные функции для определения прогноза суицидального поведения пациентов, страдающих пограничной психической патологией

| Показатель | Коэффициент | | |
|------------|-------------|----------|----------|
| | ЛКФ-1 | ЛКФ-2 | ЛКФ-3 |
| X1 | 2,31 | 2,45 | 2,45 |
| X2 | 0,35 | 0,37 | 0,37 |
| X3 | -1,16 | -1,14 | -2,32 |
| X4 | -9,75 | -8,02 | -11,33 |
| X5 | 30,53 | 28,40 | 28,34 |
| X6 | 10,54 | 9,17 | 11,09 |
| X7 | 0,43 | 0,71 | 1,57 |
| X8 | 60,06 | 59,48 | 59,94 |
| X9 | 4,27 | 4,24 | 4,27 |
| Константа | -1668,72 | -1658,99 | -1680,85 |

Разработанные формулы линейных классификационных функций и алгоритм определения прогноза СП обследованных нами различных групп военнослужащих рядового и сержантского состава, проходящих военную службу по призыву и по контракту, показали, что фактором суицидального риска является сочетание характеристик: социальных (уровень образования, влияние СМИ); биологических (силовой индекс,

массо-ростовой индекс Кетле, стандартное отклонение R-R интервалов variability сердечного ритма) и психологических (суицидальные попытки в анамнезе, аддитивное поведение, неблагоприятный психолого-психиатрический анамнез, уровень социальной интроверсии). Все военнослужащие, склонные к суицидальным действиям, должны направляться на осмотр психиатра и в случае подтверждения наличия крайне высокого суицидального риска госпитализироваться в психиатрический стационар для обследования, лечения и проведения военно-врачебной экспертизы (ВВЭ). Остальные военнослужащие с ППР и суицидальными мыслями – «угрозами» до вынесения экспертного решения подлежат динамическому наблюдению у врача-психиатра и решением психолога части, начальника медицинской службы (НМС) включаются в группу динамического наблюдения (ГДН), где, в соответствии с руководящими документами и методическими рекомендациями, с ними проводятся соответствующие мероприятия медико-психологического сопровождения. Результаты проведенной работы позволили предложить профилактический алгоритм определения прогноза СП у различных категорий военнослужащих с ППР и может оптимизировать психопрофилактическую работу в войсках на различных этапах.

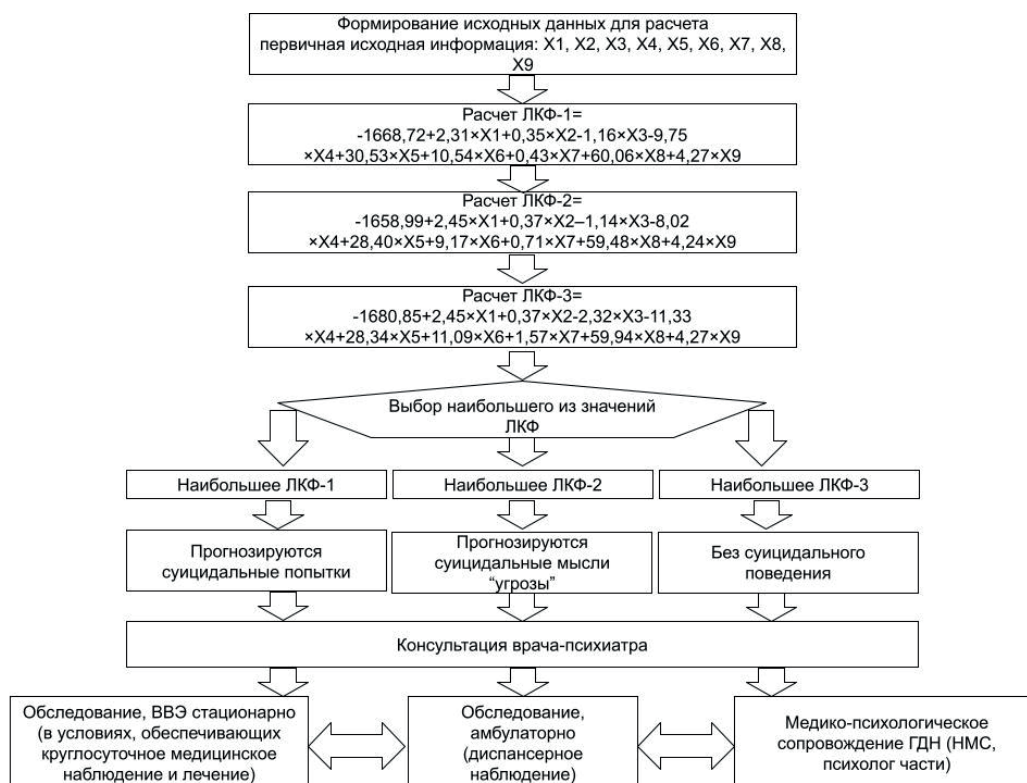


Рис. 1. Алгоритм определения прогноза суицидального поведения пациентов, страдающих пограничной психической патологией

Разработанный алгоритм определения прогноза СП страдающих пограничной психической патологией представлен на рис. 1.

Заключение

Таким образом, в нашем исследовании подтвердилось ведущее место ППР в структуре психических расстройств у рядового и сержантского состава военнослужащих с СП, проходящих военную службу как по призыву, так и по контракту. При этом СП с высоким риском реализации суицида чаще отмечалось у военнослужащих, проходящих военную службу по контракту. Следует указать, что среди мотивов СП военнору-

жащих по призыву чаще преобладали служебные, а у военнослужащих по контракту – личностно-семейные. Вместе с тем, несмотря на указанные различия, разработанная математическая модель СП показала достаточную эффективность для военнослужащих рядового и сержантского состава обеих изученных категорий. Применение разработанной модели способно оказать существенную помощь врачу-психиатру в принятии экспертного решения по дальнейшему распределению военнослужащих рядового и сержантского состава с ППР в подразделениях, поскольку именно риск суицидальных действий приводит к гипердиагностике при принятии экспертного решения врачом-психиатром.

Литература

1. Евдокимов В.И., Сиващенко П.П., Чернов Д.А. [и др.]. Сравнение показателей психических расстройств офицеров Вооруженных сил России и Республики Беларусь (2003–2020 гг.) // Вестник психотерапии. 2022. № 84. С. 75–99.
2. Зотов П.Б., Любов Е.Б., Розанов В.А. Суицидология в подготовке медицинского профессионала. Тюмень, 2021. С. 452–466.
3. Гудкова А.В., Ильина Н.Л. Влияние ароматерапии на психоэмоциональное состояние человека // Вестник науки. 2023. № 12. С. 1202–1205.
4. Марченко А.А., Гончаренко А.Ю., Краснов А.А., Лобачёв А.В. Особенности диагностики невротических расстройств у военнослужащих // Вестник Российской военно-медицинской академии. 2015. Т. 1, № 49. С. 48–53.

5. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). (In Russ.) URL: <https://mkb-10.com>. (дата обращения: 08.04.2019, архивировано 06.09.2019)
6. Овчинников Б.В., Тюркина И.В. Проблема диагностики акцентуаций личности: опросник акцентуированных радикалов // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». 2016. Т. 9, № 1. С. 27–31. DOI: 10.14529/psy160103.
7. Польская Н.А. Акты самоповреждения у пациентов с пограничными психическими расстройствами // Экспериментальная психология. 2015. Т. 8, № 3. С. 129–144.
8. Разводовский Ю.Е., Кандрычин С.В. Алкоголь как фактор гендерного градиента уровня самоубийств в Беларуси // Девиантология. 2018. Т. 2, № 2. С. 25–30.
9. Розанов В.А. Агрессия и аутоагрессия (суицид) – анализ с позиций нейробиологии // Суицидология. 2022. Т. 13, № 3. С. 3–38. DOI: 10.32878/suiciderus.22-13-03(48)-3-38.
10. Розанов В.А., Григорьев П.Е., Захаров С.Е., Кривда Г.Ф. Анализ сезонности завершенных суицидов с учетом таких факторов внешней среды, как температура и длина светового дня // Суицидология. 2018. Т. 9, № 3. С. 71–79.
11. Розанов В.А., Кибитов А.О., Гайнетдинов Р.Р. [и др.]. Современное состояние молекулярно-генетических исследований в суицидологии и новые возможности оценки риска суицида // Суицидология. 2019. Т. 10, № 1. С. 3–20.
12. Розанов В.А., Незнанов Н.Г., Ковалёв А.В. [и др.]. Превенция суицидов в контексте профилактической медицины // Профилактическая медицина. 2022. Т. 25, № 5. С. 101–109. DOI: 10.17116/profmed20225051101.
13. Розанов В.А., Семенова Н.В., Самерханова К.М., Вукс Д.О. Программы превенции самоубийств (систематический обзор русскоязычных источников) // Суицидология. 2023. Т. 14, № 1. С. 38–64. DOI: 10.32878/suiciderus.23-14-01(50)-38-64.
14. Торкунов П.А., Положий Б.С., Рыбакина А.В. [и др.]. Анализ суицидальной активности жителей Псковской области и факторов, влияющих на ее динамику // Девиантология. 2020. Т. 4, № 1. С. 33–44.
15. Хритинин Д.Ф., Есин А.В., Сумарокова М.А., Щукина Е.П. Основные модели суицидального поведения // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2017. Т. 3, № 96. С. 71–77.
16. Шамрей В.К., Днов К.В. Проблемные вопросы профилактики суицидального поведения в Вооруженных силах Российской Федерации // Вестник Российской военно-медицинской академии. 2019. Т. 2, № 66. С. 74–77.
17. Шамрей В.К., Днов К.В., Евдокимов В.И. Актуальные проблемы профилактики самоубийств в Вооруженных силах Российской Федерации // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2019. № 4. С. 50–58.
18. Шамрей В.К., Днов К.В., Курасов Е.С. [и др.]. Психическое здоровье военнослужащих, совершивших суицидальные попытки // Вестник Российской военно-медицинской академии. 2010. Т. 2, № 30. С. 56–59.
19. Шамрей В.К., Марченко А.А., Абриталин Е.Ю. [и др.]. Психиатрия. СПб.: СпецЛит, 2023. 445 с.
20. Шамрей В.К., Марченко А.А., Юсупов В.В. [и др.]. Особенности оказания психолого-психиатрической помощи военнослужащим в условиях современных вооруженных конфликтов // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2022. № 2. С. 60–71. DOI: 10.25016/2541-7487-2022-0-2-60-71.
21. Naifeh J.A., Mash H.B.H., Stein M.B. [et al.]. The army study to assess risk and resilience in servicemembers (Army STARRS): Progress toward understanding suicide among soldiers // *Molecular Psychiatry*. 2019. Vol. 24, N 1. Pp. 34–48. DOI: 10.1038/s41380-018-0197-z.
22. Calati R., Cohen L. J., Schuck A. [et al.]. The modular assessment of risk for imminent suicide (MARIS): A validation study of a novel tool for suicide risk assessment // *Journal of Affective Disorders*. 2020. Vol. 263. Pp. 121–128.
23. Naifeh J.A., Ursano R.J., Dempsey C.L. [et al.]. Transition to suicide attempt from recent suicide ideation in U.S. Army soldiers: Results from the army study to assess risk and resilience in servicemembers (Army STARRS) // *Depression and Anxiety*. 2019. Vol. 36, N 5. Pp. 412–422. DOI: 10.1002/da.22870.
24. Ursano R.J., Kessler R.C., Naifeh J.A. [et al.]. Risk factors associated with attempted suicide among US Army soldiers without a history of mental health diagnosis // *JAMA Psychiatry*. 2018. N 75. Pp. 1022–1032. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2018.2069.
25. Wang X., Cheng S., Xu H. Systematic review and meta-analysis of the relationship between sleep disorders and suicidal behaviour in patients with depression // *BMC Psychiatry*. 2019. Vol. 19, N 1. Pp. 1–13. DOI: 10.1186/s12888-019-2302-5.
26. Chung D.T., Ryan C.J., Hadzi-Pavlovic D. [et al.]. Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: A systematic review and meta-analysis // *JAMA Psychiatry*. 2017. Vol. 74, N 7. Pp. 694–702. DOI 10.1001/jamapsychiatry.2017.1044.
27. Dempsey C.L., Ao J., Georg M.W. [et al.]. Suicide without warning: results from the army study to assess risk and resilience in servicemembers (STARRS) // *Journal of Mood and Anxiety Disorders*. 2024. Vol. 7. P. 100064. DOI: 10.1016/j.xjmad.2024.100064.
28. Duncan J.A., Reed-Fitzke K., Ferraro A.J. [et al.]. Identifying risk and resilience factors associated with the likelihood of seeking mental health care among U.S. army soldiers-in-training // *Military Medicine*. 2020. Vol. 185, N 7–8. Pp. 1247–1254. DOI: 10.1093/milmed/usz483.

29. Levey D.F., Polimanti R., Cheng Zh. [et al.]. Genetic associations with suicide attempt severity and genetic overlap with major depression // *Translational Psychiatry*. 2019. Vol. 9, N 1. Pp. 1–12. DOI 10.1038/s41398-018-0340-2.
30. Logan J.E., Skopp N.A., Reger M.A. [et al.]. Precipitating circumstances of suicide among active duty U.S. Army personnel versus U.S. civilians, 2005–2010 // *Suicide Life-Threat Behav*. 2015. Vol. 45, N 1. Pp. 65–77. <http://dx.doi.org/10.1111/sltb.12111>.
31. Millner A.J., Ursano R.J., Hwang I. [et al.]. Prior mental disorders and lifetime suicidal behaviors among U.S. Army soldiers in the army study to assess risk and resilience in servicemembers (Army STARRS) // *Suicide Life-Threat Behav*. 2019. Vol. 49, N 1. Pp. 3–22. DOI: 10.1111/sltb.12394.
32. Naifeh J.A., Nock M.K. [et al.]. Neurocognitive functions and suicide in U.S. Army soldiers // *Suicide Life-Threat Behav*. 2017. No. 47. Pp. 589–602. DOI: 10.1111/sltb.12307.
33. Nock M.K., Millner A.J., Joiner T.E. [et al.]. Risk factors for the transition from suicide ideation to suicide attempt: Results from the army study to assess risk and resilience in Servicemembers (Army STARRS) // *Journal of Abnormal Psychology*. 2018. Vol. 127, N 2. Pp. 139–149. DOI: 10.1037/abn0000317.
34. Polimanti R., Levey D.F., Pathak G.A. [et al.]. Multi-environment gene interactions linked to the interplay between polysubstance dependence and suicidality // *Translational Psychiatry*. 2021. Vol. 11, N 1. Pp. 1–11. DOI: 10.1038/s41398-020-01153-1.
35. Rosellini A.J., Hill E.D., Petukhova M. [et al.]. Predicting non-familial major physical violent crime perpetration in the U.S. Army from administrative data // *Psychological Medicine*. 2016. Vol. 46, N 2. Pp. 303–316. DOI: 10.1017/S0033291715001774.
36. Rudd M.D., Bryan C.J., Wertenberger E.G. [et al.]. Brief cognitivebehavioral therapy effects on post-treatment suicide attempts in a military sample: Results of a randomized clinical trial with 2-year follow-up // *Am J Psychiatry*. 2015. Vol. 172, N 5. Pp. 441–449. DOI: 10.1176/appi.ajp.2014.14070843.
37. Smith J.A., Doidge M., Hanoa R., Frueh B.C. A historical examination of military records of U.S. Army suicide, 1819 to 2017 // *JAMA Network Open*. 2019. Vol. 2, N 12. e.1917448. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2019.17448.
38. Stanley Ia.H., Chu C., Gildea S.M. [et al.]. Predicting suicide attempts among U.S. Army soldiers after leaving active duty using information available before leaving active duty: Results from the study to assess risk and resilience in servicemembers-longitudinal study (STARRS-LS) // *Molecular Psychiatry*. 2022. Vol. 27, N 3. Pp. 1631–1639. DOI: 10.1038/s41380-021-01423-4.

Поступила 10.04.2025

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

Участие авторов: Д.А. Серегин – отбор и обследование пациентов, сбор и интерпретация клинических данных, написание текста статьи; В.К. Шамрей – разработка дизайна исследования; А.И. Колчев, К.В. Днов – отбор и обследование пациентов, перевод аннотации.

Для цитирования. Серегин Д.А., Шамрей В.К., Колчев А.И., Днов К.В. Модель прогноза суицидального поведения у военнослужащих с пограничными психическими расстройствами // *Вестник психотерапии*. 2025. № 95. С. 55–65. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-95-55-65

D.A. Seregin, V.K. Shamrey, A.I. Kolchev, K.V. Dnov
A Predictive Model of Suicidal Behavior in Military Personnel
with Borderline Mental Disorders

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

✉ Dmitry Alekseevich Seregin – psychiatrist, Kirov Military Medical Academy (6, Akademika Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia);

Vladislav Kazimirovich Shamrey – Dr. Med. Sci. Prof., Chief psychiatrist of the Russian ministry of defense, Head of the department psychiatry, Kirov Military Medical Academy (6, Akademika Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia);

Alexander Ivanovich Kolchev – PhD Med. Sci. Prof., prof of the department of military field therapy, Kirov Military Medical Academy (6, Akademika Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia);

Konstantin Viktorovich Dnov – PhD Med. Sci. Associate Prof., lecturer of the department of military field therapy, Kirov Military Medical Academy (6, Akademika Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: vmeda-na@mil.ru.

Abstract

Relevance. According to the literature, recent years have witnessed an increase in suicide rates among enlisted and non-commissioned contract military personnel, while the proportion of suicides among conscripts has decreased. In most cases, servicemen exhibiting suicidal behavior are diagnosed with borderline mental disorders, underscoring the importance of developing approaches to predict suicidal behavior within this population.

The aim of the study: to develop a model for predicting suicidal behavior in military personnel with borderline mental disorders.

Research objectives: 1. To analyze the structure of borderline mental disorders in various categories of military personnel with suicidal behavior. 2. To study the main factors of suicide risk in privates and sergeants with borderline mental disorders. 3. To analyze the predominant motives and methods of suicidal behavior among privates and sergeants serving under contract. 4. To develop discriminant models for predicting suicidal behavior in privates and sergeants with borderline mental disorders and to propose preventive algorithms for predicting suicidal behavior.

Results. The most common motives for suicidal behavior among military personnel with borderline mental disorders serving in military service are difficulties in adapting to military service and irregular forms of relationships, while military personnel serving under contract have service conflicts, violations in the system of personality-collective relationships, intra-family problems. The developed model for predicting suicide risk in various categories of military personnel makes it possible to increase the effectiveness of early identification of persons with suicidal behavior and psychoprophylactic work in the military, including determining the possibility of further military service under contract. The developed formulas of linear classification functions and an algorithm for determining the prognosis of suicidal behavior of the examined military personnel showed that the factors of suicide risk are a combination of social: level of education, media influence; biological: strength index, Quetelet mass-growth index; standard deviation R–R of heart rate variability intervals and psychological characteristics: history of suicide attempts, addictive behavior, unfavorable psychological and psychiatric history, the level of social introversion. This made it possible to propose a preventive algorithm for predicting suicidal behavior in military personnel with borderline mental disorders and to clarify patient management tactics.

Keywords: suicidal behavior, conscripted and contracted military personnel, borderline mental disorder, prognosis.

References

1. Evdokimov V.I., Sivashchenko P.P., Chernov D.A. [et al.]. Sravnenie pokazatelei psikhicheskikh rasstroistv ofitserov Vooruzhennykh sil Rossii i Respubliki Belarus' (2003-2020 gg.) [Comparison of indicators of mental disorders of officers of the Armed Forces of Russia and the Republic of Belarus (2003-2020)]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2022; (84): 75–99. (In Russ.)
2. Zotov P.B., Lyubov E.B., Rozanov V.A. Suitsidologiya v podgotovke meditsinskogo professionala. [Suicidology in the training of a medical professional]. Tyumen'. 2021; 452–466. (In Russ.)
3. Gudkova A.V., Il'ina N.L. Vliyanie aromaterapii na psikhoemotsional'noe sostoyanie cheloveka [The influence of aromatherapy on a person's psychoemotional state]. *Vestnik nauki* [Bulletin of Science]. 2023; (12): 1202–1205. (In Russ.)
4. Marchenko A.A., Goncharenko A.Yu., Krasnov A.A., Lobachev A.V. Osobennosti diagnostiki nevroticheskikh rasstroistv u voennosluzhashchikh [Features of the diagnosis of neurotic disorders in military personnel]. *Vestnik Rossiiskoi Voenno-Meditsinskoi Akademii* [Bulletin of the Russian Military Medical Academy]. 2015; 1(49): 48–53. (In Russ.)
5. Mezhdunarodnaya klassifikatsiya boleznei 10-go peresmotra (MKB-10). 8 aprelya 2019. Arkhivirovano 6 sentyabrya 2019 goda. In Russian. [International Classification of Diseases 10th Revision (ICD-10). URL: <https://mkb-10.com>. (In Russ.)

6. Ovchinnikov B.V., Tyuryapina I.V. Problema diagnostiki aktsentuatsii lichnosti: oprosnik aktsentuirovannykh radikalov [The problem of diagnosing personality accentuation: a questionnaire of accentuated radicals]. *Vestnik Yuzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya «Psikhologiya»* [Bulletin of the South Ural State University. The series "Psychology"]. 2016; 9(1): 27–31. DOI: 10.14529/psy160103. (In Russ.)
7. Pol'skaya N.A. Akty samopovrezhdeniya u patsientov s pograničnymi psikhicheskimi rasstroistvami [Acts of self-harm in patients with borderline mental disorders]. *Eksperimental'naya psikhologiya* [Experimental psychology]. 2015; 8(3): 129–144. (In Russ.)
8. Razvodovskii Yu.E., Kandrychyn S.V. Alkohol' kak faktor gendernogo gradienta urovnya samoubiistv v Belarusi [Alcohol as a factor in the gender gradient of suicide rate in Belarus]. *Deviantologiya* [Deviantology]. 2018; 2(2): 25–30. (In Russ.)
9. Rozanov V.A. Agressiya i autoagressiya (suitsid) – analiz s pozitsii neirobiologii [Aggression and autoaggression (suicide) - analysis from the standpoint of neurobiology]. *Suitsidologiya* [Suicidology]. 2022; 13(3): 3–38. DOI: 10.32878/suiciderus.22-13-03(48)-3-38 (In Russ.)
10. Rozanov V.A., Grigor'ev P.E., Zakharov S.E., Krivda G.F. Analiz sezonnosti zavershennykh suitsidov s uchedom takikh faktorov vneshnei sredy kak temperatura i dlina svetovogo dnya [Analysis of the seasonality of completed suicides, taking into account environmental factors such as temperature and daylight length]. *Suitsidologiya* [Suicidology]. 2018; 9(3): 71–79. (In Russ.)
11. Rozanov V.A., Kibitov A.O., Gainetdinov R.R. [et al.]. Sovremennoe sostoyanie molekulyarno-geneticheskikh issledovaniy v suitsidologii i novye vozmozhnosti otsenki riska suitsida [The current state of molecular genetic research in suicidology and new opportunities for suicide risk assessment]. *Suitsidologiya* [Suicidology]. 2019; 10(1): 3–20. (In Russ.)
12. Rozanov V.A., Neznakov N.G., Kovalev A.V. [et al.]. Preventsiya suitsidov v kontekste profilakticheskoi meditsiny [Suicide prevention in the context of preventive medicine]. *Profilakticheskaya meditsina* [Preventive medicine]. 2022; 25(5): 101–109. DOI: 10.17116/profmed202225051101. (In Russ.)
13. Rozanov V.A., Semenova N.V., Samerkhanova K.M., Vuks D.O. Programmy preventsii samoubiistv (sistematicheskii obzor russkoyazychnykh istochnikov) [Suicide prevention programs (a systematic review of Russian-language sources)]. *Suitsidologiya* [Suicidology]. 2023; 14(1): 38–64. DOI: 10.32878/suiciderus.23-14-01(50)-38-64. (In Russ.)
14. Torkunov P.A., Polozhii B.S., Rybakina A.V. [et al.]. Analiz suitsidal'noi aktivnosti zhitelei Pskovskoi oblasti i faktorov, vliyayushchikh na ee dinamiku [Analysis of suicidal activity in the Pskov region and factors influencing its dynamics]. *Deviantologiya* [Deviantology]. 2020; 4(1): 33–44. (In Russ.)
15. Khritinin D.F., Esin A.V., Sumarokova M.A., Shchukina E.P. Osnovnye modeli suitsidal'nogo povedeniya [The main patterns of suicidal behavior]. *Sibirskii vestnik psikiatrii i narkologii* [Сибирский вестник психиатрии и наркологии]. 2017; 3(96): 71–77. (In Russ.)
16. Shamrei V.K., Dnov K.V. Problemnye voprosy profilaktiki suitsidal'nogo povedeniya v Vooruzhennykh silakh Rossiiskoi Federatsii [Problematic issues of prevention of suicidal behavior in the Armed Forces of the Russian Federation]. *Vestnik rossiiskoi voenno-meditsinskoi akademii* [Bulletin of the Russian Military Medical Academy]. 2019; 2(66): 74–77. (In Russ.)
17. Shamrei V.K., Dnov K.V., Evdokimov V.I. Aktual'nye problemy profilaktiki samoubiistv v vooruzhennykh silakh Rossiiskoi Federatsii [Current problems of suicide prevention in the Armed Forces of the Russian Federation]. *Mediko-biologicheskie i sotsial'no-psikhologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychaynykh situatsiyakh* [Biomedical and socio-psychological safety issues in emergency situations]. 2019; (4): 50–58. (In Russ.)
18. Shamrei V.K., Dnov K.V., Kurasov E.S. [et al.]. Psikhicheskoe zdorov'e voennosluzhashchikh, sovershivshikh suitsidal'nye popytki [Mental health of military personnel who have committed suicide attempts]. *Vestnik rossiiskoi voenno-meditsinskoi akademii* [Bulletin of the Russian Military Medical Academy]. 2010; 2(30): 56–59. (In Russ.)
19. Shamrei V.K., Marchenko A.A., Abritalin E.Yu. [et al.]. Psikiatriya [Psychiatry]. Sankt-Peterburg, 2023. 445 p. (In Russ.)
20. Shamrei V.K., Marchenko A.A., Yusupov V.V. [et al.]. Osobennosti okazaniya psikhologo-psikhiatricheskoi pomoshchi voennosluzhashchim v usloviyakh sovremennykh vooruzhennykh konfliktov [Features of providing psychological and psychiatric care to military personnel in the context of modern armed conflicts]. *Mediko-biologicheskie i sotsial'no-psikhologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychaynykh situatsiyakh* [Biomedical and socio-psychological safety issues in emergency situations]. 2022; (2): 60–71. DOI: 10.25016/2541-7487-2022-0-2-60-71. (In Russ.)
21. Naifeh Ja. A., Mash H.B.H., Stein M.B. [et al.]. The army study to assess risk and resilience in servicemembers (Army STARRS): progress toward understanding suicide among soldiers. *Molecular Psychiatry*. 2019; 24(1): 34–48. DOI: 10.1038/s41380-018-0197-z. EDN DDKSSJ.
22. Calati R., Cohen L. J., Schuck A. [et al.]. The modular assessment of risk for imminent suicide (MARIS): a validation study of a novel tool for suicide risk assessment. *Journal of Affective Disorders*. 2020; 263: 121–128.

23. Naifeh J.A., Ursano R.J., Dempsey C.L. [et al.]. Transition to suicide attempt from recent suicide ideation in U.S. Army soldiers: Results from the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers (Army STARRS). *Depression and Anxiety*. 2019; 36(5): 412–422. DOI: 10.1002/da.22870. EDN EMJVM.
24. Ursano R.J., Kessler R.C., Naifeh J.A. [et al.]. Risk factors associated with attempted suicide among US Army soldiers without a history of mental health diagnosis. *JAMA Psychiatry*. 2018; (75): 1022–1032. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2018.2069
25. Wang X., Cheng S., Xu H. Systematic review and meta-analysis of the relationship between sleep disorders and suicidal behaviour in patients with depression. *BMC Psychiatry*. 2019; 19(1): 1–13. DOI: 10.1186/s12888-019-2302-5. EDN ITFYFO
26. Chung D.T., Ryan C.J., Hadzi-Pavlovic D. [et al.]. Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2017; 74(7): 694–702. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2017.1044. – EDN KTPCXZ.
27. Dempsey C.L., Ao J., Georg M.W. [et al.]. Suicide without warning: results from the army study to assess risk and resilience in servicemembers (STARRS). *Journal of Mood and Anxiety Disorders*. 2024; 7: 100064. DOI: 10.1016/j.xjmad.2024.100064. EDN DDPLKB.
28. Duncan Ja.M., Reed-Fitzke K., Ferraro A.J. [et al.]. Identifying risk and resilience factors associated with the likelihood of seeking mental health care among U.S. army soldiers-in-training. *Military Medicine*. 2020; 185(7–8): 1247–1254. DOI: 10.1093/milmed/usz483. EDN WJJDMQ.
29. Levey D.F., Polimanti R., Cheng Zh. [et al.]. Genetic associations with suicide attempt severity and genetic overlap with major depression. *Translational Psychiatry*. 2019; 9(1): 1–12. DOI: 10.1038/s41398-018-0340-2. EDN PDRLYM.
30. Logan J.E., Skopp N.A., Reger M.A. [et al.]. Precipitating circumstances of suicide among active duty U.S. Army personnel versus U.S. civilians, 2005–2010. *Suicide Life-Threat. Behav.* 2015; 45(1): 65–77. <http://dx.doi.org/10.1111/sltb.12111>.
31. Millner A.J., Ursano R.J., Hwang I. [et al.]. Prior mental disorders and lifetime suicidal behaviors among US army soldiers in the army study to assess risk and resilience in servicemembers (Army STARRS). *Suicide Life-Threat. Behav.* 2019; 49(1): 3–22. DOI: 10.1111/sltb.12394
32. Naifeh J.A., Nock M.K. [et al.]. Neurocognitive functions and suicide in U.S. army soldiers. *Suicide Life-Threat. Behav.* 2017; (47): 589–602. DOI: 10.1111/sltb.12307
33. Nock M.K., Millner A.J., Joiner T.E. [et al.]. Risk factors for the transition from suicide ideation to suicide attempt: Results from the army study to assess risk and resilience in Servicemembers (Army STARRS). *Journal of Abnormal Psychology*. 2018; 127(2): 139–149. DOI 10.1037/abn0000317. EDN YHTKEH.
34. Polimanti R., Levey D.F., Pathak G.A. [et al.]. Multi-environment gene interactions linked to the interplay between polysubstance dependence and suicidality. *Translational Psychiatry*. 2021; 11(1): 1–11. DOI: 10.1038/s41398-020-01153-1. EDN LIVUGO.
35. Rosellini A.J., Hill E.D., Petukhova M. [et al.]. Predicting non-familial major physical violent crime perpetration in the US Army from administrative data. *Psychological Medicine*. 2016; 46(2): 303–316. DOI: 10.1017/S0033291715001774. EDN VCWGAH.
36. Rudd M.D., Bryan C.J., Wertenberger E.G. [et al.]. Brief cognitivebehavioral therapy effects on post-treatment suicide attempts in a military sample: results of a randomized clinical trial with 2-year follow-up. *Am. J. Psychiatry*. 2015; 172(5): 441–449. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14070843>.
37. Smith J.A., Doidge M., Hanoa R., Frueh B.C. A historical examination of military records of US army suicide, 1819 to 2017. *JAMA Network Open*. 2019; 2(12): e.1917448. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2019.17448
38. Stanley Ia.H., Chu C., Gildea S.M. [et al.]. Predicting suicide attempts among U.S. army soldiers after leaving active duty using information available before leaving active duty: results from the study to assess risk and resilience in servicemembers-longitudinal study (STARRS-LS). *Molecular Psychiatry*. 2022; 27(3): 1631–1639. DOI: 10.1038/s41380-021-01423-4. EDN YPXNGC.

Received 10.04.2025

For citing: Seregin D.A., Shamrey V.K., Kolchev A.I., Dnov K.V. Model' prognoza suitsidal'nogo povedeniya u voennosluzhashchikh s pogranichnymi psikhicheskimi rasstroistvami. *Vestnik psikhoterapii*. 2025; (95): 55–65. (In Russ.)

Seregin D.A., Shamrey V.K., Kolchev A.I., Dnov K.V. A predictive model of suicidal behavior in military personnel with borderline mental disorders. *Bulletin of Psychotherapy*. 2025; (95): 55–65. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-95-55-65

Д.М. Мартыненко¹, Г.А. Ткаченко^{1,2}, О.А. Обухова³

ОПЫТ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПО ФОРМИРОВАНИЮ СМЫСЛОВОГО БУДУЩЕГО У ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА С ПОМОЩЬЮ МЕТАФОРИЧЕСКИХ АССОЦИАТИВНЫХ КАРТ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

¹ Центральная государственная медицинская академия Управления делами
Президента России (Россия, Москва, ул. Маршала Тимошенко, д. 19);

² Центральная клиническая больница с поликлиникой Управления делами
Президента России (Россия, Москва, ул. Маршала Тимошенко, д. 15);

³ Федеральный научно-клинический центр медицинской реабилитации и курортологии
Федерального медико-биологического агентства России
(Россия, Московская область, дер. Голубое, ул. Родниковая, стр. 6, корп. 1)

Актуальность. Онкологическое заболевание нарушает представление человека о жизни, появляется неопределенность смыслового будущего. Самым распространенным методом психологической помощи таким пациентам является когнитивно-поведенческая психотерапия. Проведение работы, направленной на решение проблемы формированию смыслового будущего у онкологического пациента, – интересное и актуальное направление психотерапии.

Цель – формирование смыслового будущего у онкологического пациента с использованием метафорических ассоциативных карт.

Материал и методы. Приведено описание клинического случая пациентки, получающей противоопухолевое лечение в амбулаторном режиме по поводу рака молочной железы. Психотерапевтическая работа осуществлялась с использованием метафорических ассоциативных карт: «Мир моих возможностей», «Радости каждого дня», «Маленькое счастье» – с применением авторских техник: «Жизненные ценности», «Мой смысл жизни» и «Внутренние и внешние опоры/ресурсы».

Результаты. В результате проделанной работы пациентка определила для себя следующие ценности: работа, семья, беззаботность, гармония с собой. В процессе беседы происходила трансформация этих ценностей, и на первый план вышла гармония с собой, далее – семья и работа. Смысл дальнейшей жизни пациентка нашла в семье. Ресурсами стали общение с природой, творчество и друзья.

Заключение. Метафорические ассоциативные карты показали свою эффективность в процессе формирования смыслового будущего у пациентки раком молочной железы.

Ключевые слова: метафорические ассоциативные карты, онкологический пациент, кризис, смысловое будущее.

Мартыненко Дарья Михайловна – выпускник каф. клинич. психологии, Центр. гос. мед. академия (Россия, 121359, Москва, ул. Маршала Тимошенко, д. 19), соц. психолог, специалист по работе с МАК, e-mail: darina8776@yandex.ru;

✉ Ткаченко Галина Андреевна – канд. психол. наук, мед. психолог, Центр. клинич. б-ца с поликлиникой (Россия, 121359, Москва, ул. Маршала Тимошенко, д. 19), доц. каф. психиатрии, Центр. гос. мед. академия (Россия, 121359, Москва, ул. Маршала Тимошенко, д. 15), e-mail: mitg71@mail.ru;

Обухова Ольга Аркадьевна – канд. мед. наук, врач ФРМ, Федер. науч.-клинич. центр мед. реабилитации и курортологии Федер. мед.-биол. агентства РФ (Россия, 141551, Московская обл., дер. Голубое, ул. Родниковая, стр. 6, корп. 1), e-mail: obukhova0404@yandex.ru

В многочисленных исследованиях психологических аспектов онкологических заболеваний рассматривается в первую очередь влияние болезни на психику пациентов: изучаются особенности реагирования пациента на сам факт наличия заболевания и на последующее лечение, его мотивация в процессе лечения и т.д. [2, 7–9].

Ряд авторов придерживаются мнения, что рак – это кризис в жизни человека, преодоление которого связано с изменением и реконструкцией личности, духовным ростом [4]. Так, Д. Калшед с соавт. (2007) считают, что подобная психологическая травма несет реальную угрозу фрагментации личности, сводит жизнь к минимальным стереотипным реакциям, которые проявляются в утрате смыслов и ригидных связях с окружающими [5].

Особенностью психологического статуса пациентов, как считают В.А. Чулкова с соавт. (2010), является переживания, связанные с неконтролируемостью происходящих событий в жизни человека, вследствие чего появляется неопределенность смыслового будущего [13].

Смысловое будущее – это личностное отношение и когнитивные представления человека о собственном будущем [1]. Личностное отношение предполагает эмоциональный компонент, реакцию на когнитивное представление о будущем. Отсутствие возможности контролировать и управлять своей жизнью разрушает представление о будущем, вызывает негативное эмоциональное переживание, поэтому одной из главных психологических задач является помощь пациенту в формировании смыслового будущего, т.е. построение представления о целях и ресурсах в будущем.

Наиболее часто рекомендуемым методом психологической помощи онкологическим пациентам считается когнитивно-поведенческая психотерапия [6, 11, 18]. Согласно когнитивно-поведенческой модели, интерпретация событий напрямую влияет на эмоциональную реакцию человека на эти события и формирует его представление о ситуации, вызывая определенное поведение [6].

Исследователи рекомендуют также арт-терапевтические методы [14, 17], нервно-мышечную релаксацию [15] и др.

Метафорические ассоциативные карты (МАК) как психологический инструмент практически не используются в работе психологов с онкопациентами, хотя в других психотерапевтических направлениях они стали приобретать все большую популярность.

МАК относятся к проективным методикам, которые, как известно, способны актуализировать бессознательные, порой вытесненные, процессы. Работа с картами позволяет проработать сложные проблемы в безопасном пространстве, т.к. образы, подобно метафорам, помогают посмотреть на ситуацию как бы со стороны, тем самым снижая уровень эмоциональных переживаний. В то же время образы на картах снижают действие защитных психологических механизмов, помогая достаточно быстро осознать суть проблемы и получить результат [4, 12].

Правила проведения сеанса с МАК достаточно простые: можно работать в открытую, т.е. выбирать из колоды карту изображением вверх, но часто психологи используют «закрытый» метод, когда человек не видит изображение и выбирает «вслепую». Главное не выбор карты, а развернутое обсуждение ее по вопросам, которые не предполагают краткие ответы типа «да» или «нет» [4].

На сегодняшний день существует много различных наборов карт, специализированных под любые запросы, однако для работы с онкологическими пациентами готовых колод крайне мало, поэтому используются универсальные, ресурсные, портретные наборы МАК и др.

Таким образом, представляет интерес проведение психотерапевтической работы, направленной на решение конкретной проблемы онкологического пациента с использованием МАК.

Цель – формирование смыслового будущего у онкологического пациента с использованием метафорических ассоциативных карт.

Материал и методы

Приведено описание клинического случая пациентки М., 33 года, получающей противоопухолевое лечение в амбулаторном режиме по поводу рака молочной железы. Пациенткой дано информированное согласие на публикацию материалов.

Психотерапевтическая работа осуществлялась с использованием метафорических ассоциативных карт: «Мир моих возможностей» (авторская методика), «Радости каждого дня» (автор: Э. Алехина), «Маленькое счастье» (автор неизвестен) – с применением авторских техник: «Жизненные ценности», «Мой смысл жизни» и «Внутренние и внешние опоры/ресурсы».

«Мир моих возможностей» – универсальный (ресурсный) набор, разработанный Мартыненко Д.М. для психологической работы с онкологическими пациентами. В наборе 50 основных карт с цветными изображениями и 20 карт с названиями положительных эмоций и чувств. В колоду входят: карты, символизирующие внутренний мир человека (его внутренние опоры и ценности); карты, символизирующие качества характера (изображения животных); карты, символизирующие взаимоотношения; карты с изображениями предметов-ресурсов; карты, символизирующие победы, достижения, которые могут стать необходимым ресурсом.

Колода предполагает очень интересный формат психологической работы, поскольку, как уже упоминалось, в наборе представлены карты не только с изображениями, но также и со словами, отражающими положительные эмоции и чувства. Эффективность данной колоды обусловлена тем, что во время работы задействованы оба полушария головного мозга (как логическая, так и творческая часть). Если изображение на карте вызывает негативные чувства и эмоции, то в сочетании с картами, соотносящимися с положительными эмоциями и чувствами, отношение к изображению меняется в лучшую сторону. Таким образом, после работы с данным набором пациент всегда остается в ресурсном состоянии.

Набор МАК «Мир моих возможностей» можно применять для психологической ра-

боты практически с любым запросом. Набор подходит как женщинам, так и мужчинам; его можно использовать в работе с подростками. Данный набор применялся в работе в технике «Мой смысл жизни».

«Радости каждого дня» – ресурсный набор, в который входят 70 карт с изображениями (разными сюжетами/образами из повседневной жизни). На иллюстрациях изображены обычные житейские ситуации, которые можно рассматривать как ресурсы / новые возможности для собственной жизни, например: прогулка в парке, чаепитие с подругами, поход в музей и т.д. Данный набор применялся в технике «Внутренние и внешние опоры/ресурсы».

«Маленькое счастье» – ресурсный набор, состоящий из 50 карт с изображениями котов в разных жизненных ситуациях. Это набор уникальных картинок, которые помогут заглянуть вглубь подсознания и получить ответы на волнующие вопросы.

Образы и персонажи на этих картах являются метафорами ценностей, желаний и воспоминаний личности. Они ассоциируются с различными впечатлениями, которые человек получает в течение жизни, и тесно связаны с его внутренним опытом и взглядом на мир.

Колода «Маленькое счастье» содержит простые и понятные иллюстрации, связанные с темой радости и счастья. Данный набор может использоваться для проработки самых разных ситуаций и состояний; поможет принять и полюбить себя; позволит понять, что наполняет человека энергией радости; научит ценить ежедневные моменты счастья и покажет, как их приумножить. Данная колода применялась для определения жизненных ценностей пациентки.

Результаты

Психотерапевтический сеанс осуществлялся в несколько этапов:

1-й этап – проведение беседы, в ходе которой устанавливали контакт с пациенткой, получали личные данные о женщине, ее трудностях и проблемах, связанных с диагнозом и лечением.

2-й этап – изучение жизненных ценностей пациентки: выбор трех карт из колоды «Маленькое счастье», последующая беседа по ним с опорой на вопросы:

- Что Вы видите на карте?
- Что значит для Вас это изображение?
- Какие эмоции Вы чувствуете?
- Что ценного Вы увидели на изображении?
- Как это метафорически соотносится с Вашей реальной жизнью?

– О каких Ваших личных жизненных ценностях идет речь?

– Что максимально ценно для Вас в Вашей жизни сегодня?

- Как эти ценности помогают Вам сейчас?
- На что Вы можете опираться уже сейчас?
- Что Вы чувствуете сейчас?

Изначально пациентка определила для себя следующие ценности (по степени убывания значимости):

1) работа, включающая уважение со стороны коллег, карьерный рост;

2) семья;

3) беззаботность, т.е. легкость в жизни, некоторая свобода действий, развлечения и отдых от семьи;

4) гармония с собой, отсутствие противоречий внутри себя.

Однако в процессе беседы происходила трансформация этих ценностей, и на первый план вышли гармония с собой, с окружающим миром, семья, работа. Беззаботность уже не упоминалась.

3-й этап – определение смыслового будущего: выбор трех карт из колоды «Мир моих возможностей», беседа по вопросам:

- Что Вы видите?
- Что значит для Вас это изображение?
- Какие эмоции Вы чувствуете?
- Что ценного Вы увидели на изображении?
- Что Вам важно понять сейчас?
- Как это может быть связано с Вашим смыслом жизни?

– Как это метафорически соотносится с Вашей реальной жизнью?

– Как поможет Вам это осознание?

– Станет ли опорой для Вас данный смысл жизни?

- Что Вы чувствуете сейчас?

В результате работы пациентка определила для себя смысл жизни: быть здоровой, естественной и жизнелюбивой, давать и получать тепло семьи, быть включенной в работу.

4-й этап – определение внешних и внутренних жизненных опор, поиск ресурсов: выбор трех карт из колоды «Радости каждого дня» и последующая беседа по ним с опорой на те же вопросы, что и на 2-м и 3-м этапе.

Главными ресурсами для пациентки стали творчество, природа, взаимодействие с друзьями.

Таким образом, пациентка смогла обнаружить личные ценности, которыми стали гармония с собой, семья, работа. Ей удалось обрести новые жизненные смыслы и сформировать надежные опоры в жизни, получив ресурсы для достижения целей.

Проанализировав ответы пациентки, можно сделать вывод о том, что ее основными жизненными ценностями оказываются обычные житейские ориентации (общение с семьей, работа, прогулка, отдых), что согласуется с данными других авторов [3, 10]. Во время болезни происходит изменение жизненных приоритетов и ценностей, их переоценка. Как подчеркивал В. Франкл, страдание вызывает глубокий духовный рост личности [11]. Главными потребностями становятся здоровье, внутренняя гармония, а опорами и ресурсами для достижения этих целей являются творчество, духовные взаимоотношения с близкими и друзьями.

Заключение

Метафорические ассоциативные карты способствовали трансформации жизненных ценностей пациентки, выдвинув на первый план духовные компоненты – гармонию с собой и окружающим миром. С помощью карт определены цели будущего, внутренние и внешние ресурсы для их достижения.

Таким образом, можно сделать вывод, что метод показал свою эффективность в формировании смыслового будущего у пациентки с раком молочной железы, что дает основание рекомендовать его для работы с данной категорией пациентов.

Литература

1. Белова Д.Е. Смысловое будущее в контексте профессионального самоопределения студентов-психологов : дисс. ... канд. психол. наук. Екатеринбург, 2004. 232 с.
2. Биктина Н.Н., Кекк А.Н. Личностные особенности и ролевые позиции онкологических больных // Современные проблемы науки и образования. 2015. Т. 2, № 1. URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=20391> (дата обращения: 17.03.2025).
3. Гунченкова Е.А., Кораблина Е.П. Ценностные ориентации женщин, в контексте преодоления трудных жизненных ситуаций // Психопедагогика в правоохранительных органах. 2015. Т. 3, № 62. С. 63–67.
4. Дмитриева Н.В., Буравцова Н.В. Метафорические карты в пространстве консультирования и психотерапии. Новосибирск, 2015. 227 с.
5. Калшед Д. Внутренний мир травмы: архетипические защиты личностного духа / пер. с англ. М.: Академ. проект, 2007. 368 с.
6. Мури С., Грир С. Когнитивно-поведенческая терапия для онкологических пациентов. Оксфордское руководство / пер. с англ. И.В. Берштейна. Киев: Диалектика, 2021. 400 с.
7. Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов. Руководство / под ред. А.М. Беляева, В.А. Чулкова, Т.Ю. Семиглазова, М.В. Рогачева. СПб.: Любавич, 2017. 352 с.
8. Самушия М.А., Баринев В.В. Аффективные расстройства у больных раком органов женской репродуктивной системы (к проблеме соматореактивной циклотимии) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2013. Т. 113, № 4. С. 13–17.
9. Семиглазова Т.Ю., Ткаченко Г.А., Чулкова В.А. Психологические аспекты лечения онкологических больных // Злокачественные опухоли. 2016. Т. 451, № 21. С. 54–58.
10. Ткаченко Г.А., Яковлев В.А. Ценностные ориентации личности в кризисной ситуации // Сибирский психологический журнал. 2007. Т. 26. С. 62–65.
11. Франкл В. Человек в поисках смысла: сборник / пер. с англ. и нем.; под ред. Л.Я. Гозмана и Д.А. Леонтьева. М.: Прогресс, 1990. 368 с.
12. Чайковская И.А., Аргунев Э.П. Возможности метафорических ассоциативных карт в работе с личностным ресурсом клиента (на примере комплекта «Мой жизненный сценарий») // Вестник Оренбургского государственного университета. 2018. Т. 2, № 214. С. 91–96.
13. Чулкова В.А. Пестерева Е.В. Психологическая помощь онкологическим больным // Вестник СПбГУ. 2010. Т. 1, № 12. С. 185–191.
14. Czamanski-Cohen J., Wiley J.F., Sela N. [et al.]. The role of emotional processing in art therapy (REPAT) for breast cancer patients // J Psychosoc Oncol. 2019. Vol. 1. Pp. 1–13. DOI: 10.1080/07347332.2019.1590491.
15. Paolis G.D., Naccarato A., Cibelli F. [et al.]. The effectiveness of progressive muscle relaxation and interactive guided imagery as a pain-reducing intervention in advanced cancer patients: A multicentre randomised controlled non-pharmacological trial // Complement Ther Clin Pract. 2019. Vol. 34. Pp. 280–287. DOI: 10.1016/j.ctcp.2018.12.014.
16. Xiang L., Wan H., Zhu Y. Effects of cognitive behavioral therapy on resilience among adult cancer patients: a systematic review and meta-analysis // BMC Psychiatry. 2025. N 25. P. 204. DOI: 10.1186/s12888-025-06628-3.
17. Wiswell S., Bell J.G., McHale J. [et al.]. The effect of art therapy on the quality of life in patients with a gynecologic cancer receiving chemotherapy // Gynecol Oncol. 2019. Vol. 152, N 2. Pp. 334–338. DOI: 10.1016/j.ygyno.2018.11.026.
18. Wu K. The impact of a cognitive-behavioral intervention model on fatigue levels and psychological resilience in cancer chemotherapy patients // Primary Care Medicine Forum. 2020. Vol. 34, N 24. Pp. 4963–4964. DOI: 10.19435/j.1672-1721.2020.34.041.

Поступила 11.04.2025

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

Участие авторов: Д.М. Мартыненко – сбор и предварительная обработка материалов, подготовка черновика рукописи; Г.А. Ткаченко – концепция и дизайн исследования, редактирование статьи; О.А. Обухова – научное руководство.

Для цитирования. Мартыненко Д.М., Ткаченко Г.А., Обухова О.А. Опыт психотерапевтической работы по формированию смыслового будущего у онкологического пациента с помощью метафорических ассоциативных карт (клинический случай) // Вестник психотерапии. 2025. № 95. С. 66–72. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-95-66-72

D.M. Martynenko¹, G.A. Tkachenko^{1, 2}, O.A. Obukhova³

Psychotherapeutic Experience of Shaping a Meaningful Future in an Oncology Patient Using Metaphoric Associative Cards (A Clinical Case Study)

¹ Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs
(19, Timoshenko Str., Moscow, Russia);

² Central Clinical Hospital of the Management Affair of President Russian Federation
(15, Timoshenko Str., Moscow, Russia);

³ Federal Scientific and Clinical Center for Medical Rehabilitation and Balneology of the Federal Medical and Biological Agency (6, build. 1, Rodnikovaya Str., Goluboe village, Moscow region, Russia)

Darya Mikhailovna Martynenko – a graduate of the Department of Clinical Psychology, Central State Medical Academy (19, Timoshenko Str., Moscow, 121359, Russia), a social psychologist, a specialist in working with MAC, e-mail: darina8776@yandex.ru;

✉ Galina Andreevna Tkachenko – PhD Psychol. Sci., medical psychologist, Central Clinical Hospital (15, Timoshenko Str., Moscow, 121359, Russia); Associate Prof. of the Department psychiatry, Central State Medical Academy (19, Timoshenko Str., Moscow, 121359, Russia), e-mail: mitg71@mail.ru;

Olga Arkadyevna Obukhova – PhD Med. Sci., doctor, Federal Scientific and Clinical Center for Medical Rehabilitation and Balneology of the Federal Medical and Biological Agency (6, build. 1, Rodnikovaya Str., Goluboe village, Moscow region, 141551, Russia)

Abstract

Relevance. Oncological diseases significantly alter an individual's perception of their life, generating uncertainty regarding the meaning and direction of their future. Cognitive-behavioral therapy remains the most commonly applied method of psychological support for oncology patients. However, psychotherapeutic work aimed at addressing the problem of constructing a meaningful future in cancer patients represents a promising and relevant direction in psychotherapy.

Aim: To facilitate the formation of a meaningful future in an oncology patient through the use of metaphoric associative cards.

Materials and methods. This study presents a clinical case of a female patient undergoing outpatient oncological treatment for breast cancer. The psychotherapeutic intervention was carried out using metaphorical associative cards, namely “The World of My Possibilities”, “The Joys of Everyday Life”, and “Small Happiness”, alongside the application of authorial techniques such as “Life Values”, “My Meaning of Life”, and “Internal and External Supports/Resources”.

Results. As a result of the intervention, the patient identified the following personal values: work, family, carefreeness, and harmony with oneself. During the therapeutic process, these values were transformed, with harmony with oneself emerging as the most significant, followed by family and work. The patient identified her family as the primary source of meaning in her future life. Resources were defined as contact with nature, creativity, and friendships.

Conclusion. The metaphorical associative cards demonstrated their effectiveness in supporting the process of shaping a meaningful future in a patient with breast cancer.

Keywords: metaphorical associative cards, cancer patient, crisis, meaningful future.

References

1. Belova D.E. Smyslovoe budushchee v kontekste professional'nogo samoopredeleniya studentov – psihologov [Semantic future in the context of professional self-determination of psychology students]: Diss. ... PhD Psychol. Sci. Ekaterinburg, 2004. 232 p. (In Russ.)
2. Biktina N.N., Kekk A.N. Personality traits and role positions of cancer patients [Personality traits and role positions of cancer patients]. *Modern problems of science and education* [Modern problems of science and education]. 2015; 2(1) URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=20391> (In Russ.)

3. Gunchenkova E.A., Korablina E.P. Cennostnye orientacii zhenshchin, v kontekste preodoleniya trudnykh zhiznennykh situacij. [Women's value orientations in the context of overcoming difficult life situations]. *Psihopedagogika v pravoohranitel'nykh organakh* [Psychopedagogy in law enforcement agencies]. 2015; 3(62): 63–67. (In Russ.)
4. Dmitrieva N.V., Buravcova N.V. Metaforicheskie karty v prostranstve konsul'tirovaniya i psihoterapii. [Metaphorical maps in the space of counseling and psychotherapy]. Novosibirsk, 2015. 227 p. (In Russ.)
5. Kalshed D. Vnutrennij mir travmy: arhetipicheskie zashchity lichnostnogo duha [The inner world of trauma: archetypal defenses of the personal spirit]. Moscow, 2007. 368 p. (In Russ.)
6. Muri S., Grir S. Kognitivno-povedencheskaya terapiya dlya onkologicheskikh pacientov. Oksfordskoe rukovodstvo [Cognitive behavioral therapy for cancer patients. The Oxford Guide/Stirling Moore, Stephen Greer]. Kiev, 2021. 400 p. (In Russ.)
7. Onkopsihologiya dlya vrachej-onkologov i medicinskih psihologov. Rukovodstvo. [Oncopsychology for oncologists and medical psychologists. The manual]. Ed.: A.M. Belyaev, V.A. CHulkova, T.YU. Semiglazova, M.V. Rogachev. Sankt-Peterburg, 2017. 352 p. (In Russ.)
8. Samushiya M.A., Barinov V.V. Affektivnye rasstrojstva u bol'nykh rakom organov zhenskoj reproduktivnoj sistemy (k probleme somatoreaktivnoj ciklotimii) [Affective disorders in patients with cancer of the female reproductive system (on the problem of somatoreactive cyclothymia)]. *ZHurnal nevrologii i psikiatrii im. C.C. Korsakova* [Journal of Neurology and Psychiatry named after C.C. Korsakov]. 2013; 113(4): 13–17. (In Russ.)
9. Semiglazova T.YU., Tkachenko G.A., CHulkova V.A. Psihologicheskie aspekty lecheniya onkologicheskikh bol'nykh [Psychological aspects of the treatment of cancer patients]. *Zlokachestvennye opuholi* [Malignant tumors]. 2016; 451(21): 54–58. (In Russ.)
10. Tkachenko G.A., Yakovlev V.A. Cennostnye orientacii lichnosti v krizisnoj situacii [Value orientations of a personality in a crisis situation]. *Sibirskij psihologicheskij zhurnal* [Siberian Psychological Journal]. 2007; 6: 62–65 (In Russ.)
11. Frankl V. CHelovek v poiskah smysla. Sbornik. [Man in search of meaning. Translated from English and German.]. Ed.: L.YA. Gozmana, D.A. Leont'eva. Moscow, 1990. 368 p. (In Russ.)
12. Chajkovskaya I.A., Arguneev E.P. Vozmozhnosti metaforicheskikh associativnykh kart v rabote s lichnostnym resursom klienta (na primere komplekta "Moj zhiznennyj scenarij") [The possibility of metaphorical associative cards work with the resource area of the client (for example, the set of "My life script")]. *Vestnik Orenburgskogo gosudarstvennogo universiteta* [Vestnik Orenburg State University]. 2018; 2(214): 91–96. (In Russ.)
13. Chulkova V.A. Pestereva E.V. Psihologicheskaya pomoshch' onkologicheskim bol'nym [Psychological assistance to cancer patients]. *Vestnik St. Petersburg State University* [Bulletin of St. Petersburg State University]. 2010; 1(12): 185–191. (In Russ.)
14. Czamanski-Cohen J., Wiley J.F., Sela N. [et al.]. The role of emotional processing in art therapy (REPAT) for breast cancer patients. *J Psychosoc Oncol*. 2019; 1: 1–13. DOI: 10.1080/07347332.2019.1590491.
15. Paolis G.D., Naccarato A., Cibelli F. [et al.]. The effectiveness of progressive muscle relaxation and interactive guided imagery as a pain-reducing intervention in advanced cancer patients: A multicentre randomised controlled non-pharmacological trial. *Complement Ther Clin Pract*. 2019; 34: 280–287. DOI: 10.1016/j.ctcp.2018.12.014.
16. Xiang L., Wan H., Zhu Y. Effects of cognitive behavioral therapy on resilience among adult cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2025; (25): 204. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06628-3>.
17. Wiswell S., Bell J.G., McHale J. [et al.]. The effect of art therapy on the quality of life in patients with a gynecologic cancer receiving chemotherapy. *Gynecol Oncol*. 2019; 152(2): 334–338. DOI: 10.1016/j.ygyno.2018.11.026.
18. Wu K. The impact of a cognitive-behavioral intervention model on fatigue levels and psychological resilience in cancer chemotherapy patients. *Primary Care Medicine Forum*. 2020; 34(24): 4963–4964. DOI: 10.19435/j.1672-1721.2020.34.041.

Received 11.04.2025

For citing: Martynenko D.M., Tkachenko G.A., Obukhova O.A. Opyt psikhoterapevticheskoi raboty po formirovaniyu smyslovogo budushchego u onkologicheskogo patsienta s pomoshch'yu metaforicheskikh assotsiativnykh kart (klinicheskii sluchai). *Vestnik psikhoterapii*. 2025; (95): 66–72. (In Russ.)

Martynenko D.M., Tkachenko G.A., Obukhova O.A. Psychotherapeutic experience of shaping a meaningful future in an oncology patient using metaphoric associative cards (a clinical case study). *Bulletin of Psychotherapy*. 2025; (95): 66–72. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-95-66-72

Н.Ю. Оганесян, Э.Н. Соловьёва

ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНАЯ И НЕЙРОМОТОРНАЯ ТЕРАПИЯ КАК МЕТОДЫ ПРАВОПОЛУШАРНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Городская психиатрическая больница № 6
(Россия, Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, д. 9 И)

Актуальность. Нейромоторная и танцевально-двигательная терапия относятся к правополушарным методам психотерапии, т.к. основаны главным образом на психомоторике человека. В понятие психомоторики в комплексе входят координация движений, моторная память, эмоции и внимание. Поскольку у больных шизофренией именно эти функции часто нарушены, с помощью этих правополушарных методов психотерапии можно «проложить дорогу к реальности» для таких больных. В настоящее время мы переживаем сдвиг парадигмы в психотерапии от интрапсихической перспективы одного человека к межличностной перспективе двух человек (и, таким образом, в конечном итоге к интегрированной модели обоих), что происходит в процессе нейромоторной и танцевально-двигательной терапии. В таких синхронизированных взаимодействиях невербальные механизмы реляционных и эмоциональных терапевтических изменений активируются посредством правополушарного взаимодействия участников коммуникации через аффективно активизированное интерес-субъектное. Возникает сверхбыстрая и, следовательно, невидимая система связи между правым полушарием мозга в психотерапевтических отношениях, что говорит об аффективно-сфокусированной модели психотерапии (нейромоторной и танцевально-двигательной).

Цель исследования: отследить и описать коррекцию длительного психомоторного возбуждения больной шизофренией методами правополушарной психотерапии (нейромоторной и танцевально-двигательной) на фоне длительной фармакорезистентности.

Методология. В данной статье описывается актуальное состояние пациентки с диагнозом «шизофрения», отягченное фармакорезистентностью в течение длительного времени. Делается акцент на поиск мишени для нейромоторной психотерапии, основанной на работе с координацией движений. Осуществляется поиск адекватных психодиагностических методик исследования состояния пациентки.

Результаты и их анализ. Сложность преодоления устойчивого патологического состояния в том, что компенсаторные реакции мобилизуются матрицей памяти. При устойчивом патологическом состоянии использование резервов мозга для компенсации ограничено. В данном конкретном случае именно моторная память, как правополушарная функция мозга, послужила тем фактором, развивая который мы смогли добиться устойчивой ремиссии.

Заключение. Недостаточная эффективность фармакотерапии, необратимость и тяжесть ее побочных действий делают коррекцию психических расстройств с помощью новых приемов (в частности нейромоторной и танцевально-двигательной терапии) насущной задачей. Путь нейромоторной и танцевально-двигательной терапии как методов правополушарной психо-

✉ Оганесян Наталия Юрьевна – канд. психол. наук, клинич. психолог, Гор. психиатр. б-ца № 6 (Россия, 191167, Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, д. 9 И), e-mail: anais_og@rambler.ru;

Соловьёва Эмилия Николаевна – канд. мед. наук, врач-невролог, Гор. психиатр. б-ца № 6 (Россия, 191167, Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, д. 9 И), e-mail: aleksejsolovyev@mail.ru

терапии – это активизация неиспользованных резервов мозга для компенсации болезненных проявлений за счет структурно-функциональных возможностей мозга данного пациента.

Ключевые слова: нейромоторная, танцевально-двигательная терапия, правополушарная психотерапия, функциональная асимметрия мозга, шизофрения.

Актуальность

Функциональная асимметрия полушарий является важнейшим психофизиологическим свойством головного мозга. Согласно одному из положений мозговой организации высших психических функций, мозг при реализации любой психической функции работает как парный орган, т.е. задействованы оба его полушария, каждое из которых выполняет свою роль [2, 6]. Мозг – это сложная иерархическая структура, состоящая из отдельных компонентов (мозговых структур), объединенных жесткими и гибкими звеньями. Роль последних существенно увеличивается в ходе индивидуального развития [1]. Интегративные свойства обоих полушарий мозга являются единым мозговым субстратом психических процессов [3]. «В исследованиях Р. Сперри, удостоенных Нобелевской премии в 1981 году, на расщепленном мозге после комиссуротомии установили межполушарную асимметричность не только речи, но и других психических функций, что обосновало представления об автономной работе полушарий головного мозга» [5].

Межполушарная организация психических процессов носит динамический характер, и роль каждого из полушарий может изменяться в зависимости от степени поражения [4].

Современные исследования межполушарной асимметрии за рубежом [18, 20, 21, 23, 25] и в России в норме и патологии сводятся главным образом к исследованиям когнитивной сферы, сферы вербальных коммуникаций и языковых структур [13].

Так как у больных шизофренией страдает именно когнитивная сфера, то, по нашему мнению, мишенью психотерапии может быть как раз правое полушарие, невербальное, которое опосредованно может влиять на активацию левого полушария, вербального. Нельзя не учитывать главный фактор в психотерапии больных шизофренией – заторма-

живающий (сковывающий) эффект сильной фармакотерапии. Этот фактор можно обойти только с помощью моторно-образной активации, дающей возможность отключить на начальной стадии нейромоторной и танцевально-двигательной терапии вербальную сторону – речь и рефлексию [9, 18].

Остановимся на таком понятии, как психомоторика. Это совокупность сознательно управляемых двигательных действий. При этом многими исследователями был сделан вывод о том, что недостатки двигательной активности оказывают негативное влияние на интеллектуальную деятельность, состояние моторики (общей и мелкой) [10].

Область психомоторики очень широка. В зависимости от особенностей психомоторных упражнений, направленных на повышение внимания, координацию движений, пространственную ориентацию, эмоции, быстроту реакции и т.д., результаты в одних областях влияют на результаты в других в зависимости от того, как осуществляется переход между моторными и когнитивными компонентами, между физическими и психологическими компонентами или наоборот [17].

Психомоторика человека является сложной функциональной системой, состоящей из сенсорной, моторной и когнитивно-мыслительной подсистем управления двигательной деятельностью [11].

В понятие психомоторики входят такие области, как:

- 1) репрезентация тела / образ тела;
- 2) крупная и мелкая моторика;
- 3) точность и баланс;
- 4) воспринимаемая двигательная координация (восприятие пространства, времени и собственных движений);
- 5) координация движений рук и ног;
- 6) идеомоторика;
- 7) ловкость / зеркальная симметрия / амбидекстрия;
- 8) баланс;

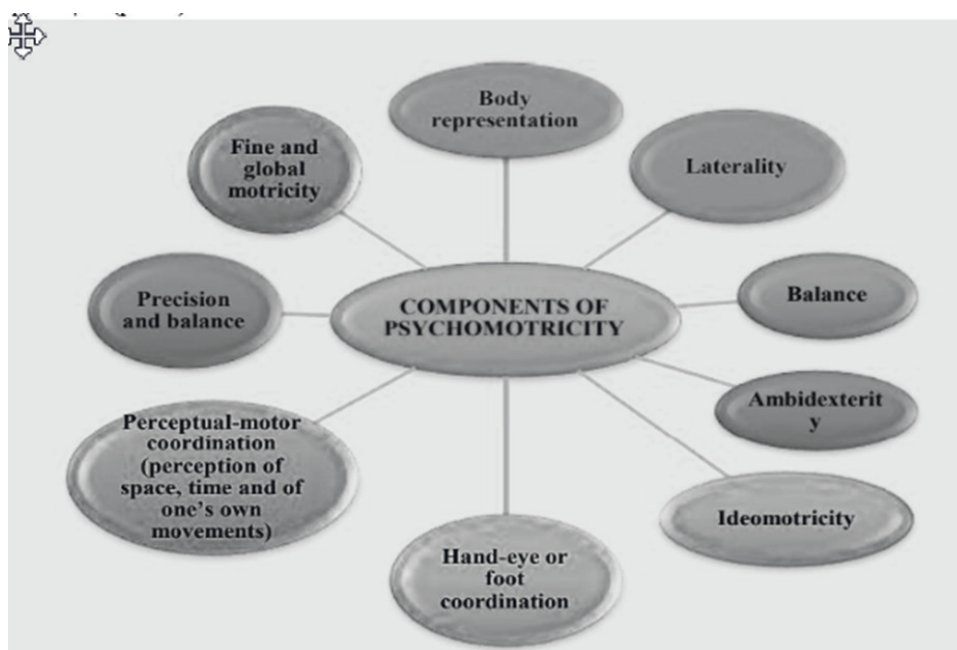


Рис. 1. Диаграмма элементов, составляющих психомоторную активность [17, р. 31]

9) латеральное доминирование / латерализация функций / особенность симметрии функций (рис. 1).

Танцевально-двигательная и нейромоторная терапия как психомоторные и правополушарные методы психотерапии в основе своей имеют стимулирующее включение эмоций, новых двигательных актов, зрительных образов, которое является сенсорным воздействием на биохимическую перестройку мозга [26]. В танцевально-двигательной терапии выделяют три составляющие: психологическую, неврологическую и психотерапевтическую.

Исследователь процессов интеллекта и творчества Пол Торренс был в числе первых, кто обратил внимание на особенности работы полушарий головного мозга человека. Ученый провел эксперимент, в ходе которого было установлено четыре типа мышления:

- левополушарное мышление, которое строится на логике и анализе;
- правополушарное мышление, где мыслительным процессом движут эмоции, интуиция и образы;
- смешанное мышление, при котором в равной степени активно и правое, и левое полушарие, каждое из которых включается в нужный момент;

- интегрированное мышление, когда правополушарное и левополушарное мышление работают одновременно.

Было высказано предположение о доминировании правого полушария в бессознательной обработке эмоций, но оно остается спорным. Этот вопрос был исследован с использованием парадигмы подсознательного эмоционального возбуждения в сочетании с односторонним визуальным представлением у 40 здоровых испытуемых [23].

Анализируя текущие данные «мультимозговой нейровизуализации» и «гиперсканирования», исследователи утверждают [24, 25], что среди всех форм межмозговых коммуникаций передача эмоций является наиболее важным процессом для психического здоровья. Исследователи делают акцент на предпочтительную локализацию эмоций в правом полушарии, а познания в левом полушарии. В лечении вектор движения происходит от левого полушария к правому. Что касается психопатологии, утверждается, что межличностная перспектива функциональных связей между мозгом одного участника коммуникации и мозгом второго участника, коммуникации может позволить глубже понять реляционные (связанные с отношениями) дефициты при депрессии, расстройствах аутистического спектра, ши-

зофрении, расстройствах личности, социальном тревожном расстройстве, расстройстве пищевого поведения, сексуальных дисфункциях и самоубийствах. Более того, уделяется особое внимание к терапевтическому альянсу, определяемому как связь сотрудничества между пациентом и терапевтом. Однако ученые в последнее время придают все большее значение развитию именно правополушарного мышления.

В настоящее время мы переживаем сдвиг парадигмы в психотерапии от интрапсихической перспективы одного человека к межличностной перспективе двух человек (и, таким образом, в конечном итоге к интегрированной модели обоих), что происходит в процессе нейромоторной и танцевально-двигательной терапии. В таких синхронизированных взаимодействиях невербальные механизмы реляционных и эмоциональных терапевтических изменений активируются посредством правополушарного взаимодействия участников коммуникации через аффективно активизированное интерсубъектное. Возникает сверхбыстрая и, следовательно, невидимая система связи между правым полушарием мозга в психотерапевтических отношениях, что говорит об аффективно-сфокусированной модели психотерапии (нейромоторной и танцевально-

двигательной). Можно добавить, что только терапевтический подход, ориентированный на правое, а не на левое полушарие мозга, может изменить бессознательное представление пациента о себе и бессознательную внутреннюю рабочую модель привязанности.

Правое полушарие доминирует в краткосрочной, снижающей симптомы, и долгосрочной, способствующей росту, глубокой психотерапии.

При нейромоторной и танцевально-двигательной терапии пациент и терапевт находятся лицом к лицу во время двусторонней интерсубъективной невербальной коммуникации, где «оба участника постоянно активны, и каждый изменяет свои действия в ответ постоянно меняющимся действиям своего партнера [6–8]. При таком взаимодействии происходит межмозговая синхронизация (в масштабе миллисекунд) правых центрально-теменных областей, нейромаркер социальной координации у обоих взаимодействующих партнеров, а также синхронизация между задним правым височно-теменным узлом одного партнера и правым височно-теменным узлом (ВТ-узлом) второго партнера. Таким образом, один бессознательный разум интерсубъективно общается с другим бессознательным разумом через интерсубъективное поле (рис. 2).

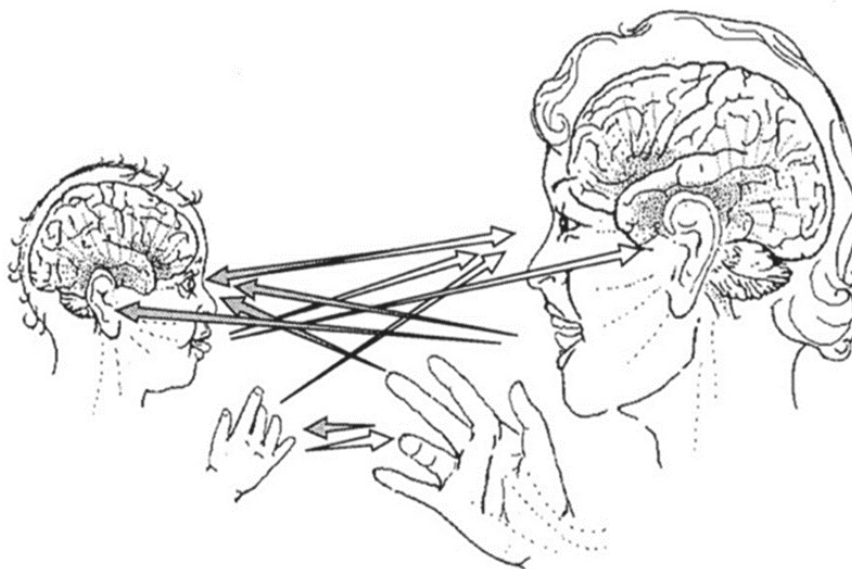


Рис. 2. Каналы общения лицом к лицу в условиях первичной интерсубъективности по A. Schore [24]

Протоконверсия опосредуется синхронизированной ориентацией глаз к глазам, вокализацией и жестикуляцией рук, которые действуют согласованно для выражения межличностного понимания и эмоций [24]. О такой синхронной форме работы упоминается в статьях [16, 19, 22].

Методология

Применяемая нейромоторная терапия [8, 9, 17] состоит из: серии упражнений, направленных на диагностику и коррекцию мелкой моторики; координации мелких и крупных движений; пространственной ориентации; выявления органических поражений головного мозга по А.Р. Лурии и оптико-моторной координации по И.Н. Толчинскому – Н.И. Озерецкому. К сожалению, методик оценки движений, которые можно бы было математически обработать, явно недостаточно. В танцевально-двигательной терапии мы используем методику «Телесный анализ» Оганесян Н.Ю. С помощью этой методики могут быть оценены модификации амплитуды движений; первичные отклонения во фронтальной, сагиттальной и горизонтальной плоскостях пространства; отклонения в плоскости, перпендикулярной направлению движения. Эти моторные характеристики расцениваются как корреляты психологических черт – тревоги, психомоторного тонуса, агрессивности, экстра- и интроверсии, эмоциональности и т.д. [9].

Нейромоторные техники работы включают упражнения на коррекцию концентрации внимания, на визуально-моторные стимулы поведения человека.

Основной принцип нейромоторики – это одновременная синхронная работа обеих рук, каждая из которых выполняет свое задание. Именно при таких упражнениях тренируется согласованная работа двух полушарий мозга [9, 15, 17].

Нейромоторная терапевтическая сессия состоит из семи частей [9]:

- 1) предварительная беседа с пациентом;
- 2) нейромоторные тестовые упражнения;

3) прослушивание музыки для танцевальной импровизации;

4) индивидуальная танцевальная импровизация;

5) парная танцевальная импровизация с танцевальным терапевтом;

6) индивидуальная танцевальная импровизация со сменой ритма;

7) нейромоторные тестовые упражнения и заключительная беседа с пациентом для прояснения его эмоционального и физического состояния.

Для оценки эффективности нейромоторной и танцевально-двигательной терапии мы применяем методику Коммуникативно-моторно-социально-эмоциональное состояние (КМСЕ) Л.Э. Рамоса Валерио, которая разработана на основе методики PANSS и позволяет не только математически обработать результаты исследования, но и высчитать корреляции с другими применяемыми методиками исследований [12].

Исходя из вышеизложенного, **цель нашего исследования** – отследить и описать коррекцию длительного психомоторного возбуждения большой шизофренией методами правополушарной психотерапии (нейромоторной и танцевально-двигательной) на фоне длительной фармакорезистентности.

Результаты и их анализ

Представляем анамнез пациентки.

Женщина, 19 лет. Диагноз «шизофрения параноидная». Непрерывное течение. F 20.00. Синдром основного диагноза – галлюцинаторно-параноидный.

Родилась в срок, но было обвитие пуповиной. Среднюю школу окончила с трудом, были сложности в контактах со сверстниками, буллинг, в последнем классе находилась на домашнем обучении. Плохие отношения с матерью. Психические нарушения с 15 лет – суицидные мысли после развода родителей. С 16 лет галлюцинаторные идеи преследования, злобно-направленный аффект, психомоторное возбуждение. Проходила лечение в ИМЧ РАН в мае 2021, получала зуклопен-

тиксол, а в дальнейшем оланзапин 20 мг, ламотриджин 200 мг.

Повторно поступила в октябре 2022 г. – клозапин 150 мг, галоперидол 40 мг, ламотриджин 200 мг, клопиксол, литий. Состояние без улучшений. При выписке – психомоторная заторможенность. В январе – феврале лечилась в НИИ Сербского. При похожей терапии состояние оставалось неустойчивым. Демонстрировала перепады настроения от смеха до истерик, плача; раздражительность в адрес матери; нелепость поведения и высказываний. Находилась на лечении в НИИ им. Бехтерева в течение пяти дней в 2024 г.. В связи с актуальной галлюцинаторно-бредовой симптоматикой, злобно-напряженным аффектом, выраженным психомоторным возбуждением нуждалась в продолжении лечения в психиатрическом стационаре, поэтому была переведена в ГПБ № 6. При поступлении неопытна, недостаточно ориентирована, двигательное возбуждение, хаотичное движение руками, бессвязные фразы, кричит, прыгает: «танцую брейк» и «я крутая». Мышление разорванное. Голоса в голове (мужские на иврите). Аффект злобно-напряженный. Эмоционально уплощена, лицо застывшее, речь ускорена. Идеомоторно оживлена, галлюцинации, мышление паралогичное. Невролог: вегетососудистая дистония, астеническое состояние. Была направлена на нейромоторную терапию. Получила 10 сессий индивидуальной нейромоторной терапии.

Для оценки результатов нейромоторной терапии применялась методика «Телесный анализ» Оганесян Н.Ю.; методика КМСЕ Л.Э. Рамоса Валерио. При первичной диагностике пациентка показала: координация и мелкая моторика на уровне условной нормы. Но выявлено: 1) нарушение пространственной ориентации; 2) хаотичность движений по шизофреническому типу (рисунок движений с резкой сменой направления); 3) нарушение концентрации внимания, истощаемость; между координационными упражнениями приходилось делать паузу; 4) при моторной заторможенности демонстрировала речевое возбуждение, речь монологом и в быстром

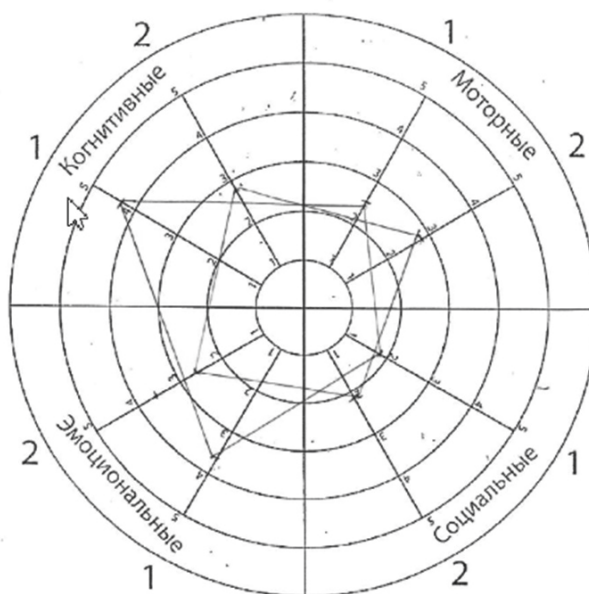
темпе; 5) обращаем внимание, что пациентка замолкала только тогда, когда делала координационные упражнения с танцевальным терапевтом или выполняла самостоятельные танцевальные импровизации под выбранную ею музыку. Как только танец заканчивался, возобновлялся речевой поток, без какой-либо связи.

При первичной моторной диагностике вербальному контакту была недоступна.

Несмотря на то, что взгляд не концентрировался на движениях терапевта, все упражнения повторяла верно. Обращает на себя внимание, что если речевое возбуждение было сильное, то повторение движений за терапевтом происходило в более спокойном темпе.

По методике КМСЕ (рис. 3) видно, что на линиях 1 когнитивное и эмоциональное состояние находилось в высокой степени возбуждения, в то время как моторное и социальное – значительно ниже. При первичной диагностике индивидуальной танцевальной импровизации были выявлены моторные стереотипии ранее заученных движений классического танца, что говорит о длительной сохранности моторной памяти. В последующей работе с кинестетической эмпатией все движения танцевального терапевта начинались с движений классического экзерсиса и затем подбирались в соответствии с актуальным эмоционально-моторным состоянием пациентки.

По методике «Телесный анализ» Оганесян Н.Ю. при первичной диагностике можно отметить, что в танце импровизации наиболее задействованы были руки и ноги, в то время как голова и корпус в нем практически не участвовали. Мимика была не активная, даже скорее отстраненная. Взгляд блуждал без какой-либо концентрации. Пациентка танцевала под самостоятельно выбранную музыку. При этом если выбрана была песня, то текст никак не отражался в танце. В процесс нейромоторных упражнений танцевальный терапевт включала и эмоционально-мимические упражнения с вербальным подкреплением, что очень нравилось пациентке. К 5-й сессии были



[1;3[= Процессы торможения 3 = Условная норма]3;5] = Процессы возбуждения

Рис. 3. Результаты по методике КМСЕ Л.Э. Рамоса Валерио (женщина, 19 лет)

включены тематические парные танцевальные импровизации (идем на рынок, покупаем продукты для борща; мы в кафе заказываем «вкусняшки»; на сальса-вечеринке и т.д.) Все танцевальные импровизации строились на максимально приближенных к жизни темах. К последней, 10-й сессии пациентка уже свободно строила собственные движения с развернутым танцевальным языком. Мимическое выражение отражало реальные эмоции. Отношения в отделении с другими пациентами стали дружелюбными. Она даже обучала некоторых пациентов танцу.

По методике КМСЕ [12] мы видим, что состояние возбуждения когнитивной и эмоциональной сфер (за пределами значения условной нормы, на уровне 3 – условной нормы) к концу терапии значительно снизилось. Диагонали в значении 2 говорят о том, что психомоторное состояние пациентки условной нормы еще не достигает, но терапия будет продолжаться в психоневрологическом диспансере.

Психическое состояние при выписке. Сознание не нарушено. Ориентирована верно. В поведении упорядочена. В режим укладывается. Фон настроения без признаков депрессии или мании. Жалоб не предъявляет. Бредовых идей активно не высказывает.

Отмечает улучшение состояния, говорит о намерении продолжать лечение в амбулаторных условиях. Признаков активного галлюцинирования не выявляется. Без ауто- и гетерорегрессивных тенденций. Сон, аппетит достаточны. Присутствует частичная критика к состоянию.

Катамнез 7 мес. Лечащего врача в диспансере посещает регулярно, назначенную фармакотерапию соблюдает (таб. клозапин 10:00–50 мг, 21:00–100 мг; таб. ламотриджин 10:00, 21:00–100 мг; таб. хлорпромазин 10:00–50 мг, 21:00–100 мг).

Продолжает танцевать дома, но собирается пойти в школу сальсы.

Таким образом, можно предположить, что компенсация устойчивого патологического состояния идет через матрицу памяти, в которой фиксировались более ранние занятия танцем, музыкой. Можно отметить, что моторика достаточно сохранна, по-видимому, не участвует в патологическом процессе. Ее мобилизация в танцевально-двигательной и нейромоторной терапии влияет на моторно-эмоциональное состояние, качественно улучшая его; это фиксируется в памяти и достаточно легко воспроизводится с опорой на правое полушарие головного мозга.

Заключение

Недостаточная эффективность фармакотерапии, необратимость и тяжесть ее побочных действий делают коррекцию психических расстройств с помощью новых приемов (в частности нейромоторной и танцевально-двигательной терапии) насущной задачей.

Н.П. Бехтерева отмечала, что психическая деятельность обеспечивается корково-подкорковой структурно-функциональной системой с жесткими (обязательными) и гибкими (зависят от внешней и внутренней среды) звеньями.

Острое заболевание мозга, хроническое заболевание, адаптация больного организма к среде обеспечивается формированием устойчивого патологического состояния, когда отмечается выпадение активности одних структур и систем и гиперактивность других систем и структур. Организм через гомеостаз оказывает влияние на «компенсацию» патологически устойчивого состояния. Сложность преодоления устойчивого патологического состояния в том, что компенсаторные реакции мобилизуются матрицей памяти. При устойчивом патологическом состоянии использование резервов мозга для компенсации ограничено.

Но в данном конкретном случае мы можем говорить, что занятия хореографией в детстве, длительностью 4 года, подняли на поверхность именно те компенсаторные механизмы, которые оказались наиболее эффективны для коррекции психических нарушений пациентки. Необходимо отметить некоторые моменты компенсации: 1) молодой возраст; 2) нормальный сомато-неврологический статус; 3) ЭЭГ – нормальная биоэлектрическая активность головного мозга; 4) занятия классической хореографией в течение 4 лет (с 8 до 11 лет); 5) тематика танцевальных импровизаций, проводимых с помощью танцевального терапевта, имела длительность прохождения образов от абстрактных до конкретных жизненных; 6) положительные эмоциональные реакции на танец, музыку и партнерство с танцевальным терапевтом.

Все вышеизложенное позволяет говорить об участии глубоких структур в системных механизмах моторной, сенсорной и психической деятельности. Путь нейромоторной и танцевально-двигательной терапии как методов правополушарной психотерапии – активизация неиспользованных резервов мозга для компенсации болезненных проявлений за счет структурно-функциональных возможностей мозга данного пациента.

Литература

1. Бехтерева Н.П. Нейрофизиологические аспекты психической деятельности человека: монография. Л.: Медицина, Ленинградское отделение, 1971. 118 с.
2. Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А. Функциональные асимметрии человека. М.: Медицина, 1988. 237 с.
3. Выготский Л.С. Собрание сочинений: в 6 т. Т. 3: Проблемы развития психики. М.: Педагогика, 1983. 368 с.
4. Игнатова Ю.П., Макарова И.И., Зенина О.Ф., Аксёнова А.В. Современные аспекты изучения функциональной межполушарной асимметрии мозга (обзор литературы) // Экология человека. 2016. № 9. С. 30–39.
5. Красильников Г.Т., Косенко В.Г., Кречко Э.А. [и др.]. Психологическое и клиническое значение функциональной асимметрии головного мозга // Социальная и клиническая психиатрия. 2019. Т. 29, № 4. С. 100–103.
6. Лурия А.Р. Высшие корковые функции. СПб.: Питер, 2018. 768 с.
7. Оганесян Н.Ю. Явления резонанса и техника «отзеркаливания» движений в танцевально-двигательной психотерапии // Школа В.М. Бехтерева: от истоков до современности: мат. Всеросс. науч.-практ. конф. с межд. участием, посвященной 160-летию со дня рождения Владимира Михайловича Бехтерева и 110-летию С.-Петербург. научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева: [Электронное издание]. СПб.: Альта Астра, 2017. С. 410–412.
8. Оганесян Н.Ю. Нейромоторная коррекция больных шизофренией с помощью упражнений на оптико-моторную координацию // Диагностика в медицинской (клинической) психологии: традиции и перспективы. К 110-летию С.Я. Рубинштейн. М., 2021. С. 277–279.
9. Оганесян Н.Ю., Соловьёва Э.Н., Журавлёва Е.Г. Нейромоторная и танцевально-двигательная терапия в реабилитации пациента с болезнью Пика (клинический случай) // Вестник психотерапии. 2023. № 86. С. 33–43. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-86-33-43.

10. Оганесян Н.Ю., Эйдемиллер Э.Г. Взаимовлияние психических процессов в системной танцевальной психотерапии больных шизофренией // Вестник Санкт-Петербургского государственного университета. Сер. 12. 2010. Вып. 3. С. 196–203.
11. Озеров В.П. Психомоторные способности человека. Дубна: Феникс, 2002. 320 с.
12. Рамос Валерио Л.Э. Методика КМСЕ в динамике антропософской танцевальной психотерапии. Теоретическое обоснование. Система диагностики. Оценка эффективности. LAP LAMBERT Academic publishing, 2019. 93 с.
13. Черниговская Т.В., Давтян С.Э., Петрова Н.Н., Стрельников К.Н. Специфика полушарной асимметрии восприятия интонаций в норме и при шизофрении // Физиология человека. 2004. Т. 30, № 4. С. 32–39.
14. Abecassis Faber M., Faber J., Barreto Lima A., Lima R. Dance in Elderly Cerebral Plasticity and Stability // *Neurocognitive Aging and Behavior*. 2021. Vol. 13. Pp. 372–381. DOI: 10.3389/fnagi.2021.724064.
15. Balazova Z., Mzreces R., Novakova L. [et al.]. Dance Intervention Impact on Brain Plasticity: A Randomized 6-Month fMRI Study in Non-expert Older Adults // *Front. Aging Neurosci*. 2021. Vol. 13. P. 724064. DOI: 10.3389/fnagi.2021.724064.
16. Basso J.C., Satyal M.K., Rugh R. Dance on the Brain: Enhancing Intra- and Inter-Brain Synchrony // *Frontiers in Human Neuroscience*. 2020. Vol. 14. Pp. 584312. DOI: 10.3389/fnhum.2020.58431.
17. Berdila A., Talaghir L.G., Iconomescu T.M., Rus C.M. Values and Interferences of Psychomotricity in Education – a Study of the Domain Specific Literature // *Revista Romaneasca Pentru Educatie Multidimensionala*. 2019. Vol. 11, N 4. Sup 1. Pp. 22–42. DOI: 10.18662/rrem/175.
18. Langdon R., Davies M. Coltheart Understanding Minds Communicated Meanings in Schizophrenia // *Mind and Language*. 2002. Vol. 17, N 1–2. Pp. 68–104. DOI: 10.1111/1468-0017.00190.
19. Lender A., Perdakis D., Gruber W. [et al.]. Dynamics in Interbrain Synchronization while Playing a Piano Duet // *Annals of New-York Academy of Sciences*. 2023. Vol. 1530, N 1. Pp. 124–137. DOI: 10.1111/nyas.15072.
20. Mitchell R.L., Crow T.J. Right Hemisphere Language Functions and Schizophrenia: The Forgotten Hemisphere? // *Brain*. 2005. Vol. 125(5). Pp. 963–958. DOI:10.1093/brain/awh466.
21. Mitchell R.L., Elliott Barry M., Cruttenden A., Woodruff P.W. The Neural Response to Emotional Prosody, as Revealed by Functional Magnetic Resonance Imaging // *Neuropsychologia*. 2003. Vol. 41. Pp. 1410–1421.
22. Reinero D.A., Dikker S., Van Bavel J.J. Inter-Brain Synchrony in Teams Predicts Collective Performance // *Social Cognitive and Affective Neuroscience*. 2021. Vol. 16. Pp. 43–57.
23. Sato W., Aoki S. Right Hemispheric Dominance in Processing of Unconsciousness Negative Emotion // *Brain and Cognition*. 2006. Vol. 62(3). Pp. 261–266. DOI: 10.1016/j.bandc.2006.06.006.
24. Schore A. Right Brain-To-Right Brain Psychotherapy: Recent Scientific and Clinical Advances // *Annals of General Psychiatry*. 2022. Vol. 21, N 6. DOI: 10.1186/s12991-022-00420-3.
25. Schore A. The Right Brain is Dominant in Psychotherapy // *Psychotherapy Theory Research Practice Training*. 2014. Vol. 51, N 3. Pp. 388–397.
26. Zaidel L., Kasher A., Soroker N., Batori G. Effects of Right and Left Hemisphere Damage on Performance of the “Right Hemisphere Communication Battery” // *Brain and Language*. 2002. Vol. 80(3). Pp. 510–535. DOI: 10.1006/brln.2001.2612.

Поступила 08.01.2025

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

Участие авторов: Н.Ю. Оганесян – разработка дизайна исследования (нейромоторных и танцевально-двигательных сессий), анализ и обработка результатов, подготовка первичного и заключительного вариантов статьи; Э.Н. Соловьёва – ко-терапия нейромоторных и танцевально-двигательных сессий, оценка и описание неврологического статуса пациента, подготовка первичного и заключительного вариантов статьи.

Авторы выражают глубокую благодарность профессору, нейрохирургу А.Н. Соловьёву за помощь в обсуждении и написании статьи.

Для цитирования. Оганесян Н.Ю., Соловьёва Э.Н. Танцевально-двигательная и нейромоторная терапия как методы правополушарной психотерапии больных шизофренией (клинический случай) // Вестник психотерапии. 2025. № 95. С. 73–84. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-95-73-84

N.Yu. Oganessian, E.N. Solovyeva

Dance-Movement and Neuromotor Therapy as Methods of Right-Hemisphere Psychotherapy for Patients with Schizophrenia (Clinical Case)

City Psychiatric Hospital No. 6 (9 I, Emb. Obvodny Canal, St. Petersburg, Russia)

✉ Natalia Yuryevna Oganessian – PhD Psychol. Sci., clinical psychologist, City Psychiatrist Hospital No. 6 (9 I, Emb. Obvodny Canal, St. Petersburg, 191167, Russia), e-mail: anais_og@rambler.ru;

Emilia Nikolaevna Solovyeva – PhD Med. Sci., neurologist, City Psychiatrist Hospital No. 6 (9 I, Emb. Obvodny Canal, St. Petersburg, 191167, Russia), e-mail: alekseysolovyev@mail.ru

Abstract

Relevance. Neuromotor and dance-movement therapy are conceptualized as right-hemisphere-oriented psychotherapeutic approaches, as they primarily engage psychomotor functions. Psychomotor activity encompasses motor coordination, motor memory, affect regulation, and attentional processes. These domains are frequently impaired in individuals with schizophrenia. Accordingly, right-hemisphere therapeutic methods may provide a pathway to restoring contact with reality in such patients. Contemporary psychotherapy is undergoing a paradigm shift from an intrapsychic perspective, centered on the individual, to an interpersonal perspective, emphasizing dyadic processes and ultimately aiming for an integrated model of both. Neuromotor and dance-movement therapy exemplify this shift. Within synchronized therapeutic interactions, nonverbal mechanisms of relational and emotional change are activated through right-hemisphere-mediated communication between participants, facilitated by affectively engaged intersubjectivity. This process gives rise to an ultra-rapid, and therefore largely imperceptible, right-hemisphere-to-right-hemisphere communicative system within the therapeutic relationship, characteristic of affect-focused psychotherapeutic models.

This study aims to examine and describe the therapeutic correction of persistent psychomotor agitation in a patient with schizophrenia using right-hemisphere psychotherapeutic methods (neuromotor and dance-movement therapy) in the context of long-term pharmacoresistance.

Methodology. The article describes the current condition of a patient diagnosed with schizophrenia aggravated by pharmacoresistance over a long period of time. Particular attention is directed toward identifying a therapeutic target for neuromotor psychotherapy, grounded in interventions focused on motor coordination. The selection and application of appropriate psychodiagnostic instruments for evaluating the patient's condition are also addressed.

Results and their analysis. The difficulty of overcoming a stable pathological condition is that compensatory reactions are mobilized by the memory matrix. In a stable pathological condition, the use of brain reserves for compensation is limited. In this case, it was motor memory as a right-hemisphere function of the brain that became the impetus, developing which we were able to achieve stable remission.

Conclusion. The insufficient effectiveness of pharmacotherapy, the irreversibility and severity of its side effects make the correction of mental disorders with the help of new techniques (in particular, neuromotor and dance-movement therapy) an urgent task. The path of neuromotor and dance-movement therapy as methods of right-hemisphere psychotherapy is the activation of unused reserves of the brain to compensate for painful manifestations due to the structural and functional capabilities of the patient's brain.

Keywords: neuromotor, dance-movement therapy, right-hemisphere psychotherapy, functional brain asymmetry, schizophrenia.

References

1. Bekhtereva N.P. Neyrofiziologicheskiye aspekty psikhicheskoy deyatel'nosti cheloveka [Neurophysiological aspects of human mental activity: monograph]. Leningrad, 1971. 118 p. (In Russ.)
2. Bragina N.N., Dobrokhotova T.A. Funktsional'nyye asimmetrii cheloveka [Human functional asymmetries]. Moscow, 1988. 237 p. (In Russ.)
3. Vygotsky L.S. Sobraniye sochineniy v 6 tomakh: T. 3. [Collected works in 6 volumes: Vol. 3.] Problemy razvitiya psikhiki [Problems of mental development]. Moscow, 1983. 368 p. (In Russ.)
4. Ignatova Yu.P., Makarova I.I., Zenina O.F., Aksenova A.V. Sovremennyye aspekty izucheniya funktsional'noy mezhpolusharnoy asimmetrii mozga (obzor literatury) [Modern aspects of the study of functional interhemispheric asymmetry of the brain (literature review)]. *Ekologiya cheloveka* [Human ecology]. 2016; (9): 30–39. (In Russ.)
5. Krasilnikov G.T., Kosenko V.G., Krechko E.A. [et al.]. Psikhologicheskoye i klinicheskoye znachenie funktsional'noy asimmetrii golovnoy mozga [Psychological and clinical significance of functional asymmetry of the brain]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya* [Social and Clinical Psychiatry]. 2019; 29(4): 100–103. (In Russ.)
6. Luria A.R. Vysshiye korkovyye funktsii [Higher cortical functions]. Sankt-Petersburg, 2018. 768 p. (In Russ.)
7. Oganessian N.Yu. Y avleniya rezonansa i tekhnika «otzeralivaniya» dvizheniy v tantseval'no-dvigatel'noy psikhoterapii [“Resonance phenomena and the technique of “mirroring” movements in dance-movement psychotherapy” V.M. Bekhterev's school: from its origins to the present day: Proc. All-Russian scientific-practical. conf. with int. participation, dedicated to the 160th anniversary of the birth of Vladimir Mikhailovich Bekhterev and the 110th anniversary of the St. Petersburg Research Psychoneurological Institute named after V.M. Bekhterev]. [Electronic publication]. Sankt-Peterburg. 2017; 410–412. (In Russ.)
8. Oganessian N.Yu. Neyromotornaya korrektsiya bol'nykh shizofreniyey s pomoshch'yu uprazhneniy na optiko-motornuyu koordinatsiyu [Neuromotor correction of patients with schizophrenia using exercises for optical-motor coordination]. *Diagnostika v meditsinskoy (klinicheskoy) psikhologii: traditsii i perspektivy. K 110-letiyu S.Ya. Rubinshteyn* [Diagnostics in medical (clinical) psychology: traditions and prospects. On the 110th anniversary of S.Ya. Rubinstein]. Moscow. 2021; 277–279. (In Russ.)
9. Oganessian N.Yu., Solovieva E.N., Zhuravleva E.G. Neyromotornaya i tantseval'no-dvigatel'naya terapiya v reabilitatsii patsiyenta s boleznyu Pika (klinicheskoy sluchay) [Neuromotor and dance-movement therapy in the rehabilitation of a patient with Pick's disease (a clinical case)]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2023; (86): 33–43. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-86-33-43 (In Russ.)
10. Oganessian N.Yu., Eidemiller E.G. Vzaimovliyaniye psikhicheskikh protsessov v sistemnoy tantseval'noy psikhoterapii bol'nykh shizofreniyey [Interinfluence of mental processes in systemic dance psychotherapy of patients with schizophrenia]. *Vestnik Sankt-Petersburgskogo gosudarstvennogo universiteta. Ser. 12* [Bulletin of St. Petersburg State University. Ser. 12.]. 2010; 3: 196–203. (In Russ.)
11. Ozerov V.P. Psikhomotornyye sposobnosti chelovekayu [Human psychomotor abilities]. Dubna. 2002; 320. (In Russ.)
12. Ramos Valerio L.E. Metodika KMSE v dinfmiike antroposofskoy tantseval'noy psikhoterapii. Teoreticheskoye obosnovaniye. Sistema diagnostiki. Otsenka effektivnosti [The KMSE methodology in the dynamics of anthroposophical dance psychotherapy. Theoretical basis. Diagnostic system. Evaluation of effectiveness]. LAP LAMBERT Academic publishing. 2019; 93. (In Russ.)
13. Chernigovskaya T.V., Davtyan S.E., Petrova N.N., Strelnikov K.N. Spetsifika polusharnoy asimmetrii vospriyatiya intonatsiy v norme i pri shizofrenii [Specificity of hemispheric asymmetry of intonation perception in norm and in schizophrenia]. *Fiziologiya cheloveka* [Human Physiology]. 2004; 30(4): 32–39. (In Russ.)
14. Abecassis Faber M., Faber J., Barreto Lima A., Lima R. Dance in elderly cerebral plasticity and stability. *Neurocognitive Aging and Behavior*. 2021; 13: 372–381. DOI: 10.3389/fnagi.2021.724064.
15. Balazova Z., Mzrec R., Novakova L. [et al.]. Dance Intervention Impact on Brain Plasticity: A Randomized 6-Month fMRI Study in Non-expert Older Adults. *Front. Aging Neurosci*. 2021; 13: 724064. DOI: 10.3389/fnagi.2021.724064.
16. Basso J.C., Satyal M.K., Rugh R. Dance on the Brain: Enhancing Intra- and Inter-Brain Synchrony. *Frontiers in Human Neuroscience*. 2020; 14: 584312. DOI: 10.3389/fnhum.2020.58431.
17. Berdila A., Talaghir L.G., Iconomescu T.M., Rus C.M. Values and Interferences of Psychomotricity in Education – a Study of the Domain Specific Literature. *Revista Romaneasca Pentru Educatie Multidimensionala*. 2019; (11(4. Supl)): 22–42. DOI: 10.18662/rrem/175.
18. Langdon R, Davies M. Coltheart understanding minds communicated meanings in schizofreni. *Mind and language*. 2002; 17(1–2): 68–104. DOI:10.1111/1468-0017.00190.
19. Lender A., Perdiks D., Gruber W. [et al.]. Dynamics in interbrain synchronization while playing a piano duet. *Annals of New-York Academy of Sciences*. 2023; (1530(1)): 124–137. DOI: 10.1111/nyas.15072.
20. Mitchell R.L., Crow T.J. Right hemisphere language functions and schizophrenia: the forgotten hemisphere? *Brain*. 2005; 125(5): 963–958. DOI: 10.1093/brain/awh466.

21. Mitchell, R.L., Elliott Barry M., Cruttenden A., Woodruff PWR The neural response to emotional prosody as revealed by functional magnetic resonance imaging. *Neuropsychologia*. 2003; 41: 1410–1421.
 22. Reinero D.A., Dikker S., Van Bavel J.J. Inter-brain synchrony in teams predicts collective performance. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*. 2021; 16: 43–57.
 23. Sato W., Aoki S. Right hemispheric dominance in processing of unconsciousness negative emotion. *Brain and Cognition*. 2006; 62(3): 261–266. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2006.06.006>.
 24. Schore A. Right Brain-To-Right Brain Psychotherapy: Recent Scientific and Clinical Advances. *Annals of General Psychiatry*. 2022; 21(6). DOI: 10.1186/s12991-022-00420-3.
 25. Schore A. The right brain is dominant in psychotherapy. *Psychotherapy Theory Research Practice Training*. 2014; 51(3): 388–397.
 26. Zaidel L., Kasher A., Soroker N., Batori G. Effects of right and left hemisphere damage on performance of the “Right hemisphere communication battery”. *Brain and Language*. 2002; 80(3): 510–535. DOI: 10.1006/brln.2001.2612.
-

Received 08.01.2025

For citing: Oganesyan N.Yu., Solov'eva E.N. Tantseval'no-dvigatel'naya i neiromotornaya terapiya kak metody pravopolusharnoi psikhoterapii bol'nykh shizofreniei (klinicheskii sluchai). *Vestnik psikhoterapii*. 2025; (95): 73–84. (In Russ.)

Oganesyan N.Yu., Solovyeva E.N. Dance-movement and neuromotor therapy as methods of right-hemisphere psychotherapy for patients with schizophrenia (clinical case). *Bulletin of Psychotherapy*. 2025; (95): 73–84. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-95-73-84

Я.А. Трифонова

КОГНИТИВНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ТРАВМЫ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ НАД НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМИ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2)

Актуальность. Высокая распространенность сексуального насилия над несовершеннолетними и многообразие его краткосрочных и долгосрочных последствий давно известны в научных кругах, а когнитивно-ориентированные вмешательства при работе с пострадавшими получают все большее распространение в последние десятилетия. Несмотря на это, эмоциональные и поведенческие проблемы нередко выходят на первый план, оставляя когнитивные аспекты травмы «в тени» более ярких симптомов.

Цель настоящей статьи – провести обзор исследований когнитивного компонента травмы в рамках парадигм нейрокогнитивного функционирования, когнитивного развития и когнитивных моделей в психологии и психотерапии для обобщения имеющихся данных.

Материал и методы. Для поиска литературы по проблеме использовались электронные научные ресурсы: PubMed, ResearchGate, ScienceDirect, Google Scholar и SpringerLink. Первоначальный поиск был ограничен источниками за последние 5 лет, однако для иллюстрации некоторых ключевых последствий, которые не всегда подробно освещаются в более поздних исследованиях, были включены отдельные исследовательские статьи предыдущих лет.

Результаты и их анализ. Проведенный анализ показал, что пережитый опыт сексуального насилия может негативно сказываться на нейроразвитии, формировании психических процессов и особенностях обработки информации, а также оставлять след в представлениях и убеждениях пострадавших на разных этапах их жизни.

Заключение. Дополнительные исследования могут предоставить возможности для более всесторонней оценки как отдельных последствий травмы, так и комплексной взаимосвязи между ее различными когнитивными аспектами.

Ключевые слова: сексуальное насилие над детьми, сексуальное насилие над несовершеннолетними, травма сексуального насилия, последствия травмы, когнитивные последствия, когнитивное развитие, литературный обзор.

Введение

Жестокое обращение с детьми может принимать разные формы, однако одним из наиболее травматичных и разрушительных считается сексуальное насилие. Широко документировано, что его последствия включают в себя различные виды ущерба:

– ущерб физическому здоровью (хронические заболевания [4], расстройства сна

и пищевого поведения [38, 62, 79], последующая сексуальная дисфункция [35]);

– ущерб социальному функционированию (от стыда [9], диссоциации [68] и буллинга со стороны сверстников [70] в детском возрасте до правонарушений [52], ранней беременности [66] и злоупотребления психоактивными веществами [19] у подростков, а также социально-экономических затруд-

нений [7], сложностей в партнерских отношениях [14], проблемного родительства [46], аддиктивного поведения [23], самоповреждающих и суицидальных тенденций [58] у повзрослевших пострадавших);

– эмоциональный ущерб (нарушения привязанности [68], чувство стыда и вины [3], тревожные и депрессивные состояния [45, 67]) и мн. др.

В психологической науке немаловажная роль отводится понятию когнитивного здоровья и когнитивных последствий травмы. Однако само понятие «когнитивного» может трактоваться крайне широко: в значении «мозговой» организации психики; когнитивных (или психических) процессов и свойств; с позиций когнитивных психотерапии и консультирования – во взаимосвязи с установками, убеждениями и паттернами мышления.

Целью настоящей статьи является обзор когнитивных последствий сексуального насилия над несовершеннолетними в каждом из этих значений, что позволит обобщить современные данные о влиянии травмы на когнитивную сферу через процессы нейроразвития, психические процессы и формирующиеся на их основе индивидуально-личностные особенности пострадавших. В отличие от традиционных исследований, где когнитивные последствия чаще рассматриваются во взаимосвязи с другими аспектами травмы (поведенческими, эмоциональными, социальными), данный обзор фокусируется на них как на самостоятельном объекте изучения. Анализ охватывает различные области знаний: от нейробиологии и нейропсихологии до возрастной психологии и психологии развития, когнитивных подходов в психотерапии и консультировании. Такой комплексный подход отражает современные междисциплинарные тенденции в изучении травмы и подчеркивает научную новизну работы.

Материал и методы

Основу проведенного обзора составила научная литература о когнитивных аспектах последствий сексуального насилия над несовершеннолетними, опубликованная за

последние 5 лет. Однако для иллюстрации некоторых ключевых последствий, которые не всегда подробно освещаются в более поздних исследованиях, были включены отдельные исследовательские статьи предыдущих лет. Для поиска литературы по проблеме использовались электронные научные ресурсы: PubMed, ResearchGate, ScienceDirect, Google Scholar и SpringerLink. Ключевые темы работ охватывали вопросы нейрокогнитивных последствий травмы; возрастного психического развития и функционирования отдельных психических процессов у пострадавших; характерных для них когнитивных установок, убеждений, атрибуций, искажений и схем.

Результаты и их анализ

Нейрокогнитивные аспекты: влияние на развитие мозга. Известно, что детский опыт влияет на созревание нервной системы: находясь в травмогенной среде, дети испытывают повторяющуюся активацию механизмов реагирования на стресс, которые играют «доминирующую» роль, вследствие чего патологическое возбуждение хронизируется, что препятствует нормативному развитию мозга (включая формирование сетей социального взаимодействия, усвоение эмоционального и другого жизненного опыта) [64].

Нарушения у переживших сексуальное насилие могут быть как структурными, так и функциональными. К примеру, исследование Weissman et al. [77] демонстрирует уменьшение объемов гиппокампа и миндалевидного тела несовершеннолетних, переживших травмирующие события (включая сексуальное насилие), что может обуславливать повышенную уязвимость к депрессии у данной группы. Peverill et al. [56] выявляют у подростков, подвергшихся насилию (в т.ч. сексуальному), обратную функциональную взаимосвязь между миндалевидным телом и вентромедиальной префронтальной корой: в ситуациях воспринимаемой угрозы и повышения активности амигдалы эффективное корковое «торможение» не осуществлялось. Авторы указывают, что такая связь может быть адаптивной реакцией на угрозу, однако

в долгосрочной перспективе повышает риск развития экстернализирующей психопатологии (например, агрессивного поведения). А в исследовании Yuan et al. [82] обнаружено, что показатели травмы сексуального насилия имеют связь с нарушениями у подростков активации в префронтальной коре, предклинье и островке – областях, связанных с эмоциональной регуляцией и обработкой вознаграждений – в случае блокировки награды, что может указывать на трудности восстановления после негативных эмоций. Нейроэндокринные нарушения тоже могут вносить негативную лепту: к примеру, изменения в гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси и более высокие концентрации кортизола у пострадавших девочек-подростков в одном из исследований [61] оказались связаны с более низкими социальными навыками и более высоким уровнем поведенческих проблем. При этом следует отметить, что многие исследования разных лет демонстрируют разнообразные варианты дисрегуляции НРА-оси у несовершеннолетних, переживших сексуальное насилие [33, 63, 71, 73].

Существуют свидетельства сохранности отдельных нейробиологических эффектов и у повзрослевших пострадавших: так, Veer et al. [75] обнаруживают, что тяжесть сексуального насилия в детстве связана с уменьшением объема миндалины в зрелом возрасте; Tomoda et al. [69] и Kim et al. [34] демонстрируют уменьшение объема серого вещества в зрительной коре у взрослых, пострадавших в детстве; Bastos et al. [10] приводят данные о снижении отклика среднепоясной коры на аверсивные стимулы (что может быть связано с адаптацией к переживанию отворачивания), а Heim et al. [30] отмечают, что пенетрационные формы насилия могут быть связаны с истончением участков соматосенсорной коры, ответственных за генитальные ощущения, что адаптирует к переживанию травматического раздражителя, но способно привести к сексуальной дисфункции у повзрослевших жертв.

Исходя из представленных сведений можно заключить, что травма сексуального наси-

лия нарушает развитие и функционирование как сенсорной коры, так и глубоких структур мозга, имеющих важное значение для обработки информации, эмоциональной регуляции и корректных реакций на поступающие извне угрозы и вызовы.

Когнитивное развитие и психические процессы. Согласно данным предыдущего раздела, стресс, получаемый в результате травмы сексуального насилия, влияет на работу мозга, а значит, не может не сказаться и на процессах познания в ходе развития ребенка.

Существует определенный консенсус, касающийся негативного влияния сексуализированного злоупотребления на внимание и память несовершеннолетних [59]. В частности, исследования на выборках подростков демонстрируют значимые уровни нарушения внимания (по данным как самоотчетов [12], так и отчетов опекунов [51]); дефицит внимания и оперативной памяти (на основе тестирования с помощью когнитивных батарей [11]); а также более низкие, чем в группах сравнения, показатели опосредованной вниманием производительности, вербальной и визуальной памяти [49], оперативной памяти и когнитивной гибкости [24]. В свою очередь, исследования повзрослевших пострадавших показывают, что пережитое насилие имеет связи с более низким непосредственным и отсроченным запоминанием [29], а также нарушениями оперативной памяти при предъявлении эмоционально-негативных стимулов [17], тогда как нарушения внимания могут не обнаруживаться [12, 59].

Другим значимым аспектом когнитивных последствий являются исполнительные функции. Так, в исследовании Amédée et al. [6] показано, что младшие школьники, подвергшиеся сексуальному насилию, демонстрируют худшее исполнительное функционирование, чем группа сравнения (при этом мальчики испытывают больше трудностей). Однако Gundogdu U. и Eroglu M. [28] подтверждают наличие нарушений в исполнительных функциях у пострадавших девочек 14–18 лет – в особенности у тех из них, кто имел и другие поведенческие проблемы. Yoder et al. [80] демонстрируют, что пере-

житое сексуальное насилие у подростков, совершивших преступления, связано с дефицитом таких исполнительных функций, как рабочая память, планирование, организация, способность поддерживать порядок и завершение задач. В исследованиях взрослых с анамнезом детской травмы – включая травму сексуального насилия – также обнаруживаются связи с нарушением исполнительных функций как в клинических [1, 50], так и в неклинических [41, 78] выборках. Кроме того, согласно недавнему обзору Langevin et al. [39], многие источники содержат сведения о взаимосвязях между сексуальным насилием и симптомами расстройства дефицита внимания / гиперактивности – при этом авторы большинства исследований рассматривали насилие как фактор риска развития расстройства, а не наоборот.

Отдельные исследователи отмечают и другие трудности в протекании психических процессов, характерные для пострадавших, например: повышение внушаемости [27], низкие компетенции в распознавании эмоций [16], затруднения в обработке вербальных стимулов [60], проблемы саморегуляции [5] и повышенную импульсивность [65], субъективное снижение когнитивного функционирования [15] и академические сложности [53]. При этом обращает на себя внимание, что множественные нейропсихологические дефициты и когнитивные трудности обнаруживаются даже в условно-благополучных выборках, например у студентов высших учебных заведений [55], что подчеркивает, с одной стороны, латентность влияния травмы, с другой – его повсеместность.

Таким образом, актуальная на текущий момент научная литература отражает тот факт, что сексуальное насилие имеет связь с различными когнитивными нарушениями и сложностями психического функционирования как у детей и подростков, так и у взрослых с историей сексуального насилия, пережитого до совершеннолетия.

Когнитивные механизмы влияния травмы. Согласно модели травмагенной динамики D. Finkelhor и A. Browne, насильственный сексуальный опыт «изменяет когнитивную

и эмоциональную ориентацию детей на мир и создает травму, искажая их Я-концепцию, мировоззрение и аффективные способности» [22, р. 531]. Современные авторы также указывают на то, что в результате подобной травмы могут развиваться различные искажения: в отношении представлений об истинной роли агрессора, об окружающем мире, о самих себе – включая самообвинение и чрезмерную самокритику, чувство стигмы, никчемности и изоляции [9, 20, 40, 47, 76]. Данные исследований показывают, что подобные – и другие – механизмы влияния травмы могут развиваться или быть задействованы на разных когнитивных уровнях.

К примеру, на уровне конкретных когнитивных искажений или ошибок мышления, таких как ментальный фильтр, обесценивание позитивного, предсказание будущего, катастрофизация и персонализация, обнаруживаются значимые связи с различными видами неблагоприятного детского опыта, включая сексуальное насилие [43]. Кроме того, отдельные искажения-ошибки могут усугублять влияние детской травмы на дальнейшую жизнь: так, Krause-Utz et al. [37] отмечают, что дезадаптивные когниции (включая катастрофизацию, самообвинение и повторяющиеся размышления) опосредуют связь между сексуальным насилием в детстве и ревиктимизацией во взрослых отношениях.

На уровне когнитивно-интерпретативных структур травматический дистресс может усиливать негативное толкование социальных сигналов. Например, в исследовании Hébert et al. [31] показано, что дети, имеющие травму сексуального насилия, склонны к так называемым «враждебным атрибуциям» – и, соответственно, более уязвимы к провоцирующим событиям в межличностных отношениях, что увеличивает их риски стать жертвой агрессии сверстников. Gudjonsson et al. [26] обнаруживают, что у пострадавших детей повышена чувствительность к критической и негативной обратной связи во взаимодействии с взрослыми-исследователями.

В теоретической модели Young et al. лица, столкнувшиеся с сексуальным насилием в детстве, подвержены повышенному риску

формирования мало- или дезадаптивных схем. Это понятие определяется как «широкая, всепроникающая тема или паттерн, состоящая из воспоминаний, эмоций, когнитивных и телесных ощущений, касающаяся себя и отношений с другими, сформировавшаяся в детстве или подростковом возрасте, развивающаяся на протяжении всей жизни и дисфункциональная в значительной степени» [81, р. 7]. Несмотря на относительно недавнюю разработку концепции схем и инструментов их диагностики, уже имеются исследования, демонстрирующие связь между ними и пережитым в детстве или подростковом опыте сексуального насилия на различных выборах.

Так, рассматривая особенности подростков, пострадавших от жестокого обращения, исследователи обнаруживают связи между опытом сексуального насилия и активацией ранних дезадаптивных схем [2], в частности схем Зависимости/Некомпетентности, Неудачливости и Уязвимости [44]. В исследовании, проведенном на выборке лиц от 12 до 29 лет в эпизоде униполярной депрессии [83], опыт сексуального насилия в детстве/подростничестве связан со схемами Покинутости/Нестабильности, Уязвимости и Зависимости/Некомпетентности, что может свидетельствовать о сохранении когнитивных механизмов травмы на протяжении значительного времени. При рассмотрении на выборках повзрослевших пострадавших также актуализируются связи между травмой и дезадаптивными схемами, причем схемы Зависимости/Некомпетентности, Дефективности/Стыда, Слияния/Неразвитого «Я» и Социальной изоляции/Отчужденности выявлены в разных исследованиях [13, 54, 57]. Помимо этого, дезадаптивные схемы могут выступать «посредниками» между прошлым и актуальным негативным опытом, например виктимизацией со стороны партнера у взрослых, переживших насилие в детстве/подростничестве [8]. Отдельные авторы делают акцент на длительности сохранения когнитивных последствий. Так, в исследовании Vasilopoulou et al. [74] установлено, что ранние дезадаптивные схемы, в особен-

ности домены Разъединения и Нарушенной автономии, опосредуют корреляции между детской/подростковой травмой (включая травму сексуального насилия) и тяжестью симптомов комплексного посттравматического расстройства у лиц старше 64 лет.

Кроме того, когнитивный дистресс, сопутствующий насилию, может оказывать влияние на формирование процессов мышления в целом и мыслительной обработки травмы в частности. К примеру, König et al. [36] отмечают, что, в отличие от здорового механизма аккомодации – изменения убеждений в соответствии с новым опытом, для людей, пострадавших от сексуального насилия в детстве, могут быть характерны сверхаккомодация (проявляющаяся в чрезмерно обобщенных, ригидных негативных убеждениях) и ассимиляция (проявляющаяся в искажении событий травмы для их интеграции в существующую систему). Также пережившие подобный опыт могут страдать от руминаций [48], суицидальных и самоповреждающих мыслей [3, 18, 72], иметь более низкий уровень ментализации (т.е. способности понимать и интерпретировать психические состояния и их причины) [21, 32] и менее адаптивные стратегии когнитивной регуляции эмоций [25, 37], быть более уязвимыми к нарушениям мышления психического уровня, включая бред и подозрительность [42].

Исходя из этого, вероятные последствия травмы могут охватывать более или менее широкие когнитивные области – от отдельных искажений и ошибок до нарушений атрибуции, препятствующих верной интерпретации социальных процессов, и дезадаптивных схем, определяющих взаимоотношения человека с окружающими и самим собой.

Заключение

Эффективное оказание помощи пострадавшим от сексуального насилия в период несовершеннолетия на разных этапах их жизни, несомненно, требует внимания ко всему многообразию наблюдаемых у них

последствий травмы, включая когнитивный аспект. Проведенный анализ позволяет утверждать, что пережитый опыт насилия способен нарушить нормальное возрастное развитие несовершеннолетних и повлиять на последующее функционирование повзрослевших пострадавших, создавая дефициты и трудности как в нейробиологическом/нейропсихологическом ключе, так и в контексте формирующихся на базисе мозгового «субстрата» процессов и навыков, и в рамках когнитивной обработки с последующим формированием представлений о травме, окружающем мире и самих себе.

Возможности данного обзора ограничены из-за его нарративного характера и выбора для рассмотрения относительно небольшого количества научных источников, среди которых преобладают работы, изданные за

последние 5 лет, – однако каждый из упомянутых в нем вопросов требует более детального и глубокого изучения для рассмотрения противоречий в имеющихся данных и определения дальнейших перспектив изучения отдельных значимых последствий, включая как актуальные, так и более давние исследования по указанным проблемам.

Кроме того, существует необходимость в дополнительных исследованиях, которые могли бы предоставить возможность для комплексного анализа когнитивных «звеньев» влияния опыта сексуального насилия в детстве/подростничестве – от нейронных путей, вовлеченных в травму, до последующего развития когнитивных механизмов взаимодействия с информацией, приводящих к возникновению убеждений и паттернов мышления, характерных для пострадавших.

Литература/References

1. Aas M., Navari S., Gibbs A.A. [et al.]. Is there a link between childhood trauma, cognition, and amygdala and hippocampus volume in first-episode psychosis? *Schizophrenia Research*. 2012; 137(1-3): 73–79. DOI: 10.1016/j.schres.2012.01.035.
2. Adnani S., Lamaarbi O.M., Ahami A.O.T. The prevalence of early maladaptive schemas, anxiety, and coping strategies in adolescent girls who are survivors of sexual abuse: A case report. *International Journal of Environmental Studies*. 2024; 82(1): 60–74. DOI: 10.1080/00207233.2024.2424690.
3. Alix S., Cossette L., Cyr M. [et al.]. Self-blame, shame, avoidance, and suicidal ideation in sexually abused adolescent girls: A longitudinal study. *Journal of Child Sexual Abuse*. 2020; 29(4): 432–447. DOI: 10.1080/10538712.2019.1678543.
4. Almuneef M. Long term consequences of child sexual abuse in Saudi Arabia: A report from national study. *Child Abuse & Neglect*. 2021; 116: 1–8. DOI: 10.1016/j.chiabu.2019.03.003.
5. Amédée L.M., Cyr C., Hébert M. Profiles of self-regulation and their association with behavior problems among sexually abused children. *Development and Psychopathology*. 2024: 1–13. DOI: 10.1017/S0954579424001196.
6. Amédée L.M., Cyr C., Jean-Thorn A. [et al.]. Executive functioning in child victims of sexual abuse: A multi-informant comparative study. *Child Abuse & Neglect*. 2024; 152: 1–11. DOI: 10.1016/j.chiabu.2024.106737.
7. Assini-Meytin L.C., Thorne E.J., Sanikommu M. [et al.]. Impact of child sexual abuse on socioeconomic attainment in adulthood. *Journal of Adolescent Health*. 2022; 71(5): 594–600. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2022.05.013.
8. Atmaca S., Gençöz T. Exploring revictimization process among Turkish women: The role of early maladaptive schemas on the link between child abuse and partner violence. *Child Abuse & Neglect*. 2016; 52: 85–93. DOI: 10.1016/j.chiabu.2016.01.004.
9. Banaj N., Pellicano C. Childhood Trauma and Stigma. In: Spalletta G., Janiri D., Piras F., Sani G., eds. *Childhood Trauma in Mental Disorders*. Cham: Springer; 2020: 413–430. DOI: 10.1007/978-3-030-49414-8_19.
10. Bastos A., Volchan E., Erthal F. Posttraumatic stress disorder and history of child sexual abuse: Blunted response of midcingulate cortex to aversive pictures. *IBRO Neuroscience Reports*. 2023; 15: 534–535. DOI: 10.1016/j.ibneur.2023.08.1053.
11. Biedermann S.V., Meliss S., Simmons C. [et al.]. Sexual abuse but not posttraumatic stress disorder is associated with neurocognitive deficits in South African traumatized adolescents. *Child Abuse & Neglect*. 2018; 80: 257–267. DOI: 10.1016/j.chiabu.2018.04.003.
12. Boyd M., Kisely S., Najman J. [et al.]. Child maltreatment and attentional problems: A longitudinal birth cohort study. *Child Abuse & Neglect*. 2019; 98: 1–12. DOI: 10.1016/j.chiabu.2019.104170.
13. Boyda D., McFeeters D., Dhingra K. [et al.]. Childhood maltreatment and psychotic experiences: Exploring the specificity of early maladaptive schemas. *Journal of Clinical Psychology*. 2018; 74(12): 2287–2301. DOI: 10.1002/jclp.22690.

14. Brenner I., Bachner-Melman R., Lev-Ari L. [et al.]. Attachment, sense of entitlement in romantic relationships, and sexual revictimization among adult CSA survivors. *Journal of Interpersonal Violence*. 2021; 36(19-20): 10720–10743. DOI: 10.1177/0886260519875558.
15. Brown M.J., Amoatika D., Addo P.N.O. [et al.]. Childhood sexual trauma and subjective cognitive decline: An assessment of racial/ethnic and sexual orientation disparities. *Journal of Applied Gerontology*. 2023; 42(10): 2129–2138. DOI: 10.1177/07334648231175299.
16. Caouette J., Cossette L., Hébert M. Do you see what I see? Emotion recognition competencies in sexually abused school-aged children and non-abused children. *Journal of Child Sexual Abuse*. 2023; 32(7): 813–828. DOI: 10.1080/10538712.2023.2243926.
17. Chiasson C., Moorman J., Romano E. [et al.]. The influence of emotion on working memory: Exploratory fMRI findings among men with histories of childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*. 2021; 122: 105340. DOI: 10.1016/j.chiabu.2021.105340.
18. Collin-Vézina D., De La Sablonnière-Griffin M., Sivagurunathan M. [et al.]. “How many times did I not want to live a life because of him”: The complex connections between child sexual abuse, disclosure, and self-injurious thoughts and behaviors. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*. 2021; 8: 1–13. DOI: 10.1186/s40479-020-00142-6.
19. De la Peca-Arteaga V., Nogueira S.O., Lynskey M. [et al.]. The relationship between childhood physical and sexual abuse and adolescent cannabis use: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*. 2021; 12: 1–12. DOI: 10.3389/fpsyt.2021.631245.
20. Dhyatmika M.A., Hermahayu, Faizah R. Post-traumatic effects in survivors of childhood sexual abuse: A study literature. *Journal of Islamic Communication and Counseling*. 2024; 3(1): 62–71. DOI: 10.18196/jicc.v3i1.51.
21. Ensink K., Bégin M., Normandin L., et al. Mentalization and dissociation in the context of trauma: Implications for child psychopathology. *Journal of Trauma & Dissociation*. 2016; 18(1): 11–30. DOI: 10.1080/15299732.2016.1172536.
22. Finkelhor D., Browne A. The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1985; 55(4): 530–541. DOI: 10.1111/j.1939-0025.1985.tb02703.x.
23. Fletcher K. A systematic review of the relationship between child sexual abuse and substance use issues. *Journal of Child Sexual Abuse*. 2020; 1–20. DOI: 10.1080/10538712.2020.1801937.
24. Gervasio M., Beatty A., Kavanaugh B. [et al.]. The association between neurocognition and sexual abuse within a children's psychiatric inpatient program. *The Clinical Neuropsychologist*. 2020; 189–206. DOI: 10.1080/13854046.2020.1781932.
25. Gruhn M.A., Compas B.E. Effects of maltreatment on coping and emotion regulation in childhood and adolescence: A meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect*. 2020; 103: 1–12. DOI: 10.1016/j.chiabu.2020.104446.
26. Gudjonsson G., Vagni M., Maiorano T. [et al.]. Trauma symptoms of sexual abuse reduce resilience in children to give “no” replies to misleading questions. *Personality and Individual Differences*. 2021; 168: 1–5. DOI: 10.1016/j.paid.2020.110378.
27. Gudjonsson G., Vagni M., Maiorano T. [et al.]. The relationship between trauma symptoms and immediate and delayed suggestibility in children who have been sexually abused. *Journal of Investigative Psychology and Offender Profiling*. 2020; 17(3): 250–263. DOI: 10.1002/jip.1554.
28. Gundogdu U., Eroglu M. Executive functions and theory of mind skills of sexually abused female adolescents and their externalizing and the internalizing behavioral problems. *Journal of Child Sexual Abuse*. 2021; 30(4): 427–441. DOI: 10.1080/10538712.2021.1901169.
29. Hawkins M.A.W., Layman H.M., Ganson K.T. [et al.]. Adverse childhood events and cognitive function among young adults: Prospective results from the national longitudinal study of adolescent to adult health. *Child Abuse & Neglect*. 2021; 115: 1–9. DOI: 10.1016/j.chiabu.2021.105008.
30. Heim C.M., Mayberg H.S., Mletzko T. [et al.]. Decreased cortical representation of genital somatosensory field after childhood sexual abuse. *American Journal of Psychiatry*. 2013; 170(6): 616–623. DOI: 10.1176/appi.ajp.2013.12070950.
31. Hébert M., Tremblay-Perreault A., Myre G. The interplay of depression and hostile attributions in the link between PTSD symptoms and peer victimization in child victims of sexual abuse. *Child Psychiatry & Human Development*. 2021; 52: 291–300. DOI: 10.1007/s10578-020-01011-7.
32. Huang Y.L., Fonagy P., Feigenbaum J. [et al.]. Multidirectional pathways between attachment, mentalizing, and posttraumatic stress symptomatology in the context of childhood trauma. *Psychopathology*. 2020; 53(1): 48–58. DOI: 10.1159/000506406.
33. Keeshin B.R., Strawn J.R., Out D. [et al.]. Cortisol awakening response in adolescents with acute sexual abuse related posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*. 2014; 31: 107–114. DOI: 10.1002/da.22154.
34. Kim S.Y., An S.J., Han J.H. [et al.]. Childhood abuse and cortical gray matter volume in patients with major depressive disorder. *Psychiatry Research*. 2023; 319: 114990. DOI: 10.1016/j.psychres.2022.114990.

35. Kolacz J., Hu Y., Gesselman A.N. [et al.]. Sexual function in adults with a history of childhood maltreatment: Mediating effects of self-reported autonomic reactivity. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2020; 12(3): 281–290. DOI: 10.1037/tra0000498.
36. König J., Kopp B., Ziegelmeier A. [et al.]. Young people's trauma-related cognitions before and after cognitive processing therapy for post-traumatic stress disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2021; 94(1): 33–44. DOI: 10.1111/papt.12263.
37. Krause-Utz A., Dierick T., Josef T. [et al.]. Linking experiences of child sexual abuse to adult sexual intimate partner violence: The role of borderline personality features, maladaptive cognitive emotion regulation, and dissociation. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*. 2021; 8: 1–12. DOI: 10.1186/s40479-021-00150-0.
38. Langevin R., Kenny S., Kern A. [et al.]. Sexual abuse and sleep in children and adolescents: a systematic review. *Sleep Medicine Reviews*. 2022; 64: 1–45. DOI: 10.1016/j.smrv.2022.101628.
39. Langevin R., Marshall C., Wallace A. [et al.]. Disentangling the associations between attention deficit hyperactivity disorder and child sexual abuse: A systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2023; 24(2): 369–389. DOI: 10.1177/15248380211030234.
40. Lawson D.M., Akay-Sullivan S. Considerations of dissociation, betrayal trauma, and complex trauma in the treatment of incest. *Journal of Child Sexual Abuse*. 2020; 29(6): 677–696. DOI: 10.1080/10538712.2020.1751369.
41. Letkiewicz A.M., Weldon A.L., Tengshe C. [et al.]. Cumulative childhood maltreatment and executive functioning in adulthood. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. 2020; 30(4): 547–563. DOI: 10.1080/10926771.2020.1832171.
42. LoPilato A.M., Zhang Y., Pike M. [et al.]. Associations between childhood adversity, cognitive schemas and attenuated psychotic symptoms. *Early Intervention in Psychiatry*. 2021; 15(4): 818–827. DOI: 10.1111/eip.13017.
43. Lorzangeneh S., Esazadegan A. The role of early maladaptive schema domains and childhood trauma in predicting cognitive distortions. *Journal of Research in Psychopathology*. 2022; 3(8): 1–8. DOI: 10.22098/jrp.2022.10098.1049.
44. Lumley M.N., Harkness K.L. Specificity in the relations among childhood adversity, early maladaptive schemas, and symptom profiles in adolescent depression. *Cognitive Therapy and Research*. 2007; 31(5): 639–657. DOI: 10.1007/s10608-006-9100-3.
45. Maciel L., Basto-Pereira M. Child sexual abuse: The detrimental impact of its specific features. *Child Indicators Research*. 2020; 13: 2117–2133. DOI: 10.1007/s12187-020-09730-y.
46. MacIntosh H.B., Ménard A.D. Couple and parenting functioning of childhood sexual abuse survivors: A systematic review of the literature (2001–2018). *Journal of Child Sexual Abuse*. 2021; 30(3): 353–384. DOI: 10.1080/10538712.2020.1847227.
47. Manukrishnan, Bhagabati K. Surviving childhood sexual abuse: A qualitative study of the long-term consequences of childhood sexual abuse on adult women's mental health. *Journal of Psychosexual Health*. 2024; 5(4): 253–262. DOI: 10.1177/26318318231221948.
48. Mansueto G., Cavallo C., Palmieri S. [et al.]. Adverse childhood experiences and repetitive negative thinking in adulthood: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2021; 28(3): 557–568. DOI: 10.1002/cpp.2590.
49. Marques N.M., Belizario G.O., de Almeida Rocca C.C. [et al.]. Psychological evaluation of children victims of sexual abuse: Development of a protocol. *Heliyon*. 2020; 6(3): 1–7. DOI: 10.1016/j.heliyon.2020.e03552.
50. Marshall D.F., Passarotti A.M., Ryan K.A. [et al.]. Deficient inhibitory control as an outcome of childhood trauma. *Psychiatry Research*. 2016; 235: 7–12. DOI: 10.1016/j.psychres.2015.12.013.
51. Mii A.E., McCoy K., Coffey H.M. [et al.]. Attention problems and comorbid symptoms following child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*. 2020; 29(8): 924–943. DOI: 10.1080/10538712.2020.1841353.
52. Miley L.N., Fox B., Muniz C.N. [et al.]. Does childhood victimization predict specific adolescent offending? An analysis of generality versus specificity in the victim-offender overlap. *Child Abuse & Neglect*. 2020; 101: 1–12. DOI: 10.1016/j.chiabu.2019.104328.
53. Mitchell J.M., Becker-Blease K.A., Soicher R.N. Child sexual abuse, academic functioning and educational outcomes in emerging adulthood. *Journal of Child Sexual Abuse*. 2021; 30(3): 278–297. DOI: 10.1080/10538712.2020.1847228.
54. Mojallal M., Simons R.M., Simons J.S. Childhood maltreatment and adulthood proneness to shame and guilt: The mediating role of maladaptive schemas. *Motivation and Emotion*. 2021; 45(2): 197–210. DOI: 10.1007/s11031-021-09866-6.
55. Navalta C.P., Polcari A., Webster D.M. [et al.]. Effects of childhood sexual abuse on neuropsychological and cognitive function in college women. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 2006; 18(1): 45–53. DOI: 10.1176/jnp.18.1.45.
56. Peverill M., Sheridan M.A., Busso D.S. [et al.]. Atypical prefrontal-amygdala circuitry following childhood exposure to abuse: Links with adolescent psychopathology. *Child Maltreatment*. 2019; 24(4): 411–423. DOI: 10.1177/1077559519852676.

57. Pilkington P.D., Bishop A., Younan R. Adverse childhood experiences and early maladaptive schemas in adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2021; 28(3): 569–584. DOI: 10.1002/cpp.2533.
58. Quiroga-Garza A., Almela-Ojeda M.J. Sexual abuse in childhood: Emerging syndromes in adulthood. *An International Collection of Multidisciplinary Approaches to Violence and Aggression*. 2022: 1–19. DOI: 10.5772/intechopen.105888.
59. Sánchez-Caja P., Perez Nieto M.Á., Pascual Nicolás D. Neuropsychological implications of child sexual abuse: A literature review. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 2020; 29(5): 601–610. DOI: 10.24205/03276716.2020.1057.
60. Sanz-Martin A., García-León I.A. Differential effect of emotional stimuli on performance on verbal and facial priming tasks and their relation to PTSD symptoms in girls with intrafamilial sexual abuse. *Cognitive Therapy and Research*. 2022; 46: 1087–1100. DOI: 10.1007/s10608-022-10313-0.
61. Sanz-Martin A., Preciado-Mercado S., Inozemtseva O. Social skills and behavioral problems in adolescents with child sexual abuse, and their relation to basal cortisol. *Journal of Behavioral and Brain Science*. 2022; 12(5): 252–270. DOI: 10.4236/jbbs.2022.125014.
62. Sheffler J.L., Stanley I., Sachs-Ericsson N. ACEs and mental health outcomes. *Adverse Childhood Experiences*. 2020: 47–69. DOI: 10.1016/B978-0-12-816065-7.00004-5.
63. Simsek Ş., Yüksel T., Kaplan İ. [et al.]. Examining the levels of BDNF and cortisol in children and adolescent victims of sexual abuse – A preliminary study. *Comprehensive Psychiatry*. 2015; 61: 23–27. DOI: 10.1016/j.comppsy.2015.04.013.
64. Sinnamon G. A neurodevelopmental perspective of early-life sexual abuse: Characteristics, consequences, and treatment. In: Bryce I., Petherick W., eds. *Child Sexual Abuse: Forensic Issues in Evidence, Impact, and Management*. Elsevier Academic Press; 2020: 179–220. DOI: 10.1016/B978-0-12-819434-8.00010-6.
65. Sinko L., Regier P., Curtin A. [et al.]. Neural correlates of cognitive control in women with a history of sexual violence suggest altered prefrontal cortical activity during cognitive processing. *Women's Health*. 2022; 18: 1–13. DOI: 10.1177/17455057221081326.
66. Strathearn L., Giannotti M., Mills R. [et al.]. Long-term cognitive, psychological, and health outcomes associated with child abuse and neglect. *Pediatrics*. 2020; 146(4): 1–15. DOI: 10.1542/peds.2020-0438.
67. Taj T., Mulukuri N.V.L.S., Raj B. Impact on physical and mental health of sexually abused children. In: Shaik A., Thota S.L., Atmakuri L.R., eds. *Child Sexual Abuse*. Singapore: Springer; 2024: 135–143. DOI: 10.1007/978-981-99-8745-0_13.
68. Tejada A.J., Linder S.M. The influence of child sexual abuse on preschool-aged children. *Early Child Development and Care*. 2018; 190(12): 1–11. DOI: 10.1080/03004430.2018.1542384.
69. Tomoda A., Navalta C.P., Polcari A. [et al.]. Childhood sexual abuse is associated with reduced gray matter volume in visual cortex of young women. *Biological Psychiatry*. 2009; 66(7): 642–648. DOI: 10.1016/j.biopsych.2009.04.021.
70. Tremblay-Perreault A., Amédée L.M., Hébert M. Peer victimization in sexually abused children: The mediating role of post-traumatic stress symptoms. *International Journal of Child and Adolescent Resilience*. 2017; 5(1): 4–19. URL: <https://www.ijcar-rirea.ca/index.php/ijcar-rirea/article/view/213> (дата обращения/accessed: 24.03.2025).
71. Trickett P.K., Gordis E., Peckins M.K. [et al.]. Stress reactivity in maltreated and comparison male and female young adolescents. *Child Maltreatment*. 2014; 19: 27–37. DOI: 10.1177/1077559513520466.
72. Tsur N., Najjar A.A., Katz C. “Explode into small pieces”: Suicidal ideation among child sexual abuse survivors. *Child Abuse & Neglect*. 2022; 131: 105780. DOI: 10.1016/j.chiabu.2022.105780.
73. Usta M.B., Tuncel O.K., Akbas S. [et al.]. Decreased dehydroepiandrosterone sulphate levels in adolescents with post-traumatic stress disorder after single sexual trauma. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2016; 70: 116–120. DOI: 10.3109/08039488.2015.1056752.
74. Vasilopoulou E., Karatzias T., Hyland P. [et al.]. The mediating role of early maladaptive schemas in the relationship between childhood traumatic events and complex posttraumatic stress disorder symptoms in older adults (> 64 years). *Journal of Loss and Trauma*. 2019; 25(2): 141–158. DOI: 10.1080/15325024.2019.1661598.
75. Veer I.M., Oei N.Y.L., van Buchem M.A. [et al.]. Evidence for smaller right amygdala volumes in posttraumatic stress disorder following childhood trauma. *Psychiatry Research: Neuroimaging*. 2015; 233(3): 436–442. DOI: 10.1016/j.psychres.2015.07.016.
76. Weihmann R., Delcea C. Symptomatology of reconstitution of trauma in adults with a history of childhood sexual abuse: An approach from the perspective of S-ONapp application. *International Journal of Advanced Studies in Sexology*. 2022; 4(1): 31–40. DOI: 10.46388/ijass.2022.4.3.
77. Weissman D.G., Lambert H.K., Rodman A.M. [et al.]. Reduced hippocampal and amygdala volume as a mechanism underlying stress sensitization to depression following childhood trauma. *Depression and Anxiety*. 2020; 37(9): 916–925. DOI: 10.1002/da.23062.
78. Welsh M.C., Peterson E., Jameson M.M. History of childhood maltreatment and college academic outcomes: Indirect effects of hot executive function. *Frontiers in Psychology*. 2017; 8: 1–13. DOI: 10.3389/fpsyg.2017.01091.

79. Wiss D.A., Brewerton T.D., Tomiyama A.J. Limitations of the protective measure theory in explaining the role of childhood sexual abuse in eating disorders, addictions, and obesity: an updated model with emphasis on biological embedding. *Eat Weight Disord.* 2022; 27: 1249–1267. DOI: 10.1007/s40519-021-01293-3.
80. Yoder J., Grady M.D., Precht M. Relationships between early life victimization, antisocial traits, and sexual violence: Executive functioning as a mediator. *Journal of Child Sexual Abuse.* 2019; 28(6): 667–689. DOI: 10.1080/10538712.2019.1588819.
81. Young J.E., Klosko J.S., Weishaar M.E. Schema therapy: A practitioner's guide. New York: Guilford Press; 2006. 436 p.
82. Yuan Y., Peterson E.O., Cutshaw O. [et al.]. Neural patterns of recovery from negative emotion after blocked rewards in adolescents with varying sexual abuse trauma [Preprint]. SSRN; 2024: 1–63. DOI: 10.2139/ssrn.4891859.
83. Zheng S., Stewart J.G., Bagby R.M. [et al.]. Specific early maladaptive schemas differentially mediate the relations of emotional and sexual maltreatment to recent life events in youth with depression. *Clinical Psychology & Psychotherapy.* 2022; 29(3): 1020–1033. DOI: 10.1002/cpp.2681.

Поступила 27.03.2025

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

Для цитирования. Трифонова Я.А. Когнитивные последствия травмы сексуального насилия над несовершеннолетними: обзор литературы // Вестник психотерапии. 2025. № 95. С. 85–95. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-95-85-95

Ya.A. Trifonova

Cognitive Consequences of Child Sexual Abuse Trauma: a Literature Review

St. Petersburg State Pediatric Medical University (2, Litovskaya Str., St. Petersburg, Russia)

✉ Yara Alexandrovna Trifonova – postgraduate student, Department of General and Applied Psychology, St. Petersburg State Pediatric Medical University (2, Litovskaya Str., St. Petersburg, 194100, Russia), ORCID: 0009-0004-4860-1849, e-mail: yaratrif@gmail.com

Abstract

Relevance. The high prevalence of childhood sexual abuse (CSA) and the diversity of its short- and long-term consequences have long been recognized in academic discourse. In recent decades, cognitive-focused interventions for survivors have become increasingly widespread. Nevertheless, emotional and behavioral problems are often foregrounded, leaving the cognitive aspects of trauma overshadowed by more overt symptoms.

Intention. To review the studies on the cognitive component of trauma within the paradigms of neurocognitive functioning, cognitive development, and cognitive models in psychology and psychotherapy to summarize the available evidence.

Methodology. Literature was retrieved from electronic academic resources: PubMed, ResearchGate, ScienceDirect, Google Scholar, and SpringerLink. The initial search was restricted to sources published in the past five years; however, selected earlier studies were included to illustrate certain key consequences that are not always covered in more recent research.

Results and Discussion. The review indicates that the experience of sexual abuse can adversely affect neurodevelopment, the formation of mental processes, and patterns of information processing, as well as leave lasting imprints on survivors' beliefs and representations across different stages of life.

Conclusion. Further research may enable a more comprehensive assessment of both specific consequences of sexual trauma and the complex interrelationships among its various cognitive dimensions.

Keywords: child sexual abuse, sexual abuse of minors, sexual abuse trauma, effects of trauma, cognitive consequences, cognitive development, literature review.

Received 27.03.2025

For citing: Trifonova Ya.A. Kognitivnye posledstviya travmy seksual'nogo nasiliya nad nesovershennoletnimi: obzor literatury. *Vestnik psikhoterapii*. 2025; (95): 85–95. (In Russ.)

Trifonova Ya.A. Cognitive consequences of child sexual abuse trauma: a literature review. *Bulletin of Psychotherapy*. 2025; (95): 85–95. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-95-85-95

Д.Е. Шлойдо

СРАВНИТЕЛЬНОЕ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЖЕНЩИН, ИЗМЕНЯЮЩИХ ВНЕШНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКИМ ПУТЕМ, И ЖЕНЩИН С РАССТРОЙСТВАМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

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

Ассоциация специалистов, информированных о расстройствах пищевого поведения
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Мартыновская, д. 14)

Актуальность. Клинико-психологические особенности женщин, изменяющих внешность хирургическим путем, и женщин с симптомами расстройств пищевого поведения (РПП) редко рассматриваются в сравнительном контексте. В статье представлены результаты эмпирического исследования, целью которого было сравнительное изучение особенностей восприятия своей внешности, отношения к себе и выраженности психопатологических симптомов в группе женщин, изменяющих внешность хирургическим путем, и в группе женщин с симптомами РПП.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 74 женщины с опытом косметических операций (средний возраст: $37 \pm 8,27$ года) и 41 женщина с симптомами РПП (средний возраст: $31,5 \pm 9,65$ года). Все респонденты приняли участие в онлайн-опросе, с целью сбора эмпирических данных были применены следующие методики: опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R) (L. Derogatis, R. Lipman, L. Covi, 1977) в адаптации Тарабриной Н.В.; опросник самооотношения (Пантелеев С.Р., Столин В.В., 1988); опросник образа собственного тела (Скугаревский О.А., Сивуха С.В., 2006); шкала «Чувствительность к отвержению из-за внешности» (Park, 2007) в адаптации Развальяевой А.Ю., Польской Н.А.; опросник BIQLI (влияние образа тела на качество жизни) (Cash & Fleming, 2002) в адаптации Баранской Л.Т. и соавторов; методика «Ценностные ориентации» (Мотков О.И., Огнева Т.А., 2008); авторская анкета.

Результаты и их анализ. Было обнаружено, что для обеих групп внешний вид является важной ценностью. Показано, что женщины с нарушенным пищевым поведением отличаются более низкой самооценкой, большей выраженностью симптомов психических расстройств, более заметной неудовлетворенностью образом тела и чувствительностью к отвержению из-за внешности; также у них отмечено явное негативное влияние представлений о теле на качество жизни и благополучие.

Заключение. Полученные результаты указывают на важность психологической диагностики, целью которой является определение возможных противопоказаний к проведению косметической операции.

Ключевые слова: образ тела, неудовлетворенность телом, косметическая хирургия, расстройства пищевого поведения, нарушения пищевого поведения.

Введение

Неудовлетворенность женщин собственной внешностью широко распространена в популяции и представляет собой важную проблему в сфере общественного здравоохранения, поскольку сопряжена с большим количеством негативных последствий для качества жизни и благополучия, включая нарушения социального функционирования, сниженную работоспособность, риски развития депрессивных симптомов, повышенную вероятность обращения к пластическому хирургу и пр. [2, 17, 21].

Неудовлетворенность внешностью рассматривается как центральный симптом и фактор риска развития расстройств пищевого поведения (РПП) [25] и одновременно трактуется как один из основных мотивов обращения к пластическому хирургу [17]. Нарушения образа тела, принимающие форму дисморфофобии, наблюдаются чаще, чем в популяции, и среди пациентов с РПП, и среди пациентов эстетической хирургии [1, 15].

Одной из самых известных теорий, посвященных образу тела, является концепция Т. Кэша. Согласно этой концепции, образ тела – это сложный многомерный конструкт, включающий перцептивный, когнитивный, аффективный и поведенческий компоненты. К основным его элементам относятся оценка образа тела (*body image evaluation*) и степень вложений (инвестиций) во внешний облик (*body image investment*) [11].

Опираясь на теорию Т. Кэша, Д.Б. Сарвер разработал модель, объясняющую связи между параметрами образа тела и желанием делать косметическую операцию [24]. В соответствии с этой моделью, интерес к косметической хирургии определяют как реальные физические характеристики человека (внешность, данная от природы), так и психологический фактор. Два ключевых параметра, влияющих на интерес, – это степень удовлетворенности внешностью (*body image value*) и значимость внешности, мера ее влияния на самооценку (*body image valence*). У пациентов пластического хирурга чаще всего наблюдаются и выраженное недовольство образом тела, и заметная сфокусированность

на теме физической привлекательности. Сочетание этих двух признаков характерно и для лиц, страдающих РПП. Более того, согласно когнитивно-поведенческой теории, описывающей развитие и сохранение РПП, «дисфункциональная система самооценки», включающая сверхценность питания, веса и формы тела, является ядром психопатологии и особенностью, отвечающей за стойкость симптомов расстройств [16].

Многие пациенты с РПП могут быть заинтересованы в косметических операциях, при этом в ряде случаев проведенное оперативное вмешательство может приводить к усилению выраженности симптомов. Наиболее популярными оказываются липосакция и абдоминопластика, поскольку больные РПП ошибочно воспринимают их как эффективный метод снижения веса [19].

Особенности отношения к пластической хирургии и опыт эстетических операций среди пациентов с РПП остаются недостаточно изученными. В немногих опубликованных на эту тему работах было показано, что среди женщин с РПП наиболее склонны делать косметические операции те, у кого установлен диагноз расстройства очистительного типа (очистительный тип нервной анорексии; нервная булимия), – для них характерно компенсаторное поведение в виде вызывания рвоты, злоупотребления слабительными и мочегонными средствами [13, 26]. В отдельных публикациях липосакция описывается как вариант самоочищения [26].

Распространенность симптомов РПП среди пациентов пластического хирурга также мало изучена. Известно, что пациенты, прибегающие к аугментационной маммопластике (увеличению груди), часто оказываются в группе риска развития нервной анорексии, поскольку, как правило, имеют низкий вес. В одной из работ было установлено, что диагноз нервной анорексии наблюдается у 7,4 % пациентов с аугментационной маммопластикой и у 6,3 % пациентов с ринопластикой, диагноз нервной булимии – у 10 % пациентов с липосакцией, диагноз приступообразного переедания – у 10,8 % пациентов с абдоминопластикой [27]. То есть в этих группах пациен-

тов соответствующие диагнозы встречаются чаще, чем в общей популяции. В исследовании, проведенном на русскоязычной выборке, диагноз РПП был выявлен у 3,4 % пациентов, прибегающих к эстетической хирургии [23].

Целью нашего исследования было сравнительное изучение особенностей восприятия своей внешности, отношения к себе и выраженности психопатологических симптомов в группе женщин, изменяющих внешность хирургическим путем, и в группе женщин с симптомами РПП.

Материал и методы

Процедура исследования и выборка

Исследование проводилось в период с 05.05.2024 по 24.11.2024. Все респонденты проходили онлайн-опрос, который был создан с помощью сервиса Google Forms.

В первую группу были включены женщины с опытом эстетических операций ($n = 74$) в возрасте от 22 до 52 лет (средний возраст: $37 \pm 8,27$ года) из разных городов России (35 % – из Москвы, 50 % – из других больших городов). Все женщины являются участницами чатов пациентов пластических хирургов в мессенджере Telegram. Подобные чаты можно рассматривать как аналог интернет-форумов: в них пациенты активно общаются друг с другом, задают друг другу

вопросы, делятся своим опытом операций. Большинство респонденток (88 %) замужем или состоят в отношениях; 85,1 % респонденток имеют законченное высшее образование. Свое материальное положение женщины преимущественно оценивают как среднее (58,1 %) или выше среднего (36,5 %). Анализ данных авторской анкеты показал, что все женщины сделали от 1 до 5 косметических операций с целью улучшения внешности, самые популярные виды операций: аугментационная маммопластика (увеличение груди), (36,5 %), блефаропластика (31,1 %), ринопластика (31,1 %), липосакция (любой зоны тела) (27 %) (табл. 1). Большинство операций выполнено не позднее чем 3 года назад. На вопрос анкеты о том, есть ли у них или было ли когда-либо расстройство пищевого поведения (даже если соответствующий диагноз поставлен не был), 36,5 % респондентов ответили «да».

Во вторую группу были включены женщины с симптомами РПП ($n = 41$) в возрасте от 18 до 58 лет (средний возраст: $31,5 \pm 9,65$ года) из разных городов России (12 % – из Москвы, 54 % – из других больших городов). Все респондентки этой группы – участницы чата взаимопомощи по теме РПП (мессенджер Telegram). Более половины женщин (53,7 %) замужем или состоят в отношениях; 68,3 % имеют законченное высшее образование. 51,2 % респонденток оценивают

Таблица 1

Типы эстетических операций в группе женщин, изменяющих внешность хирургическим путем

| Тип операции | Абсолютное значение | Респондентов с операцией, % |
|--|---------------------|-----------------------------|
| Аугментационная маммопластика (увеличение груди) | 27 | 36,5 |
| Блефаропластика | 23 | 31,1 |
| Ринопластика | 23 | 31,1 |
| Липосакция (любых зон тела) | 20 | 27 |
| Абдоминопластика | 13 | 17,6 |
| Фейслифтинг (подтяжка лица) | 12 | 16,2 |
| Редукционная маммопластика (уменьшение груди) или мастопексия (подтяжка груди) | 9 | 12,2 |
| Другие операции, направленные на коррекцию контуров тела (бодилифтинг) | 8 | 10,8 |
| Интимная пластика, пластика подбородка, отопластика (коррекция формы ушей) и пр. | 7 | 9,5 |

свое материальное положение как среднее, 24,4 % – как низкое или ниже среднего. Отвечая на вопрос анкеты о наличии диагноза РПП, установленного врачом, более чем половина женщин (54 %) сообщили, что у них есть диагноз РПП (27,3 % – нервной анорексии, 27,3 % – переживания, связанного с другими психологическими расстройствами (психогенного переживания); 22,7 % – нервной булимии; 18,2 % – атипичной нервной анорексии; 4,5 % – расстройства приема пищи неуточненного). 58,5 % женщин указали в анкете, что они проходили какое-либо лечение в связи с РПП; 14,6 % отметили, что ранее были госпитализированы в связи с заболеванием. Все респондентки из этой группы сообщили, что никогда не делали пластические операции с целью улучшения внешности.

Методики

С целью сбора эмпирических данных использовали следующие методики:

- 1) опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R) в адаптации Тарабриной Н.В. [8, 14];
- 2) опросник самооотношения [7];
- 3) опросник «Образ собственного тела» (ООСТ) [6];
- 4) методика «Чувствительность к отвержению из-за внешности» в адаптации Развальной А.Ю., Польской Н.А. [5, 22];
- 5) опросник BIQLI (влияние образа тела на качество жизни) в адаптации Баранской Л.Т. и соавторов [1, 12];
- 6) методика «Ценностные ориентации» [3];
- 7) авторская анкета, включающая вопросы социально-демографического характера (возраст, семейное положение, уровень образования и др.), а также вопросы относительно опыта косметических операций и анамнеза РПП.

Математико-статистический анализ данных

Для математико-статистического анализа данных применялись описательные статистики (средние и стандартные отклонения),

однофакторный ANOVA для сравнения средних значений в двух группах. Использовались программы Microsoft Excel 2019 и IBM SPSS Statistics 22.0.

Результаты и их анализ

Анализ данных анкеты позволил выявить следующее: 51,2 % женщин с симптомами РПП не планируют в будущем делать косметическую операцию, 26,8 % – рассматривают эту возможность, 22 % – затрудняются ответить. К косметической хирургии 46,3 % женщин из этой группы относятся нейтрально, 31,7 % – позитивно, 22 % – негативно. Кроме того, респондентам присуще нейтральное (73,2 %) или позитивное (19,5 %) отношение к людям, делающим косметические операции.

В отношении особенностей поведения, направленного на коррекцию внешности, нужно отметить следующее: для обеих групп характерно большое количество вложений (инвестиций) во внешность (т.е. времени, усилий и денег, которые они готовы тратить, чтобы поддерживать свой внешний вид), что отражает важность физической привлекательности для респонденток (табл. 2).

Результаты, полученные по методике «Опросник выраженности психопатологической симптоматики» (SCL-90-R), свидетельствуют о том, что в обеих группах средние значения всех показателей превышают тестовые нормы. По всем шкалам были обнаружены статистически значимые различия между группами, что особенно заметно в случае показателей «Межличностная сензитивность» ($p < 0,001$), «Депрессия» ($p < 0,001$), «Тревожность» ($p < 0,001$) и «Психотизм» ($p < 0,001$) (табл. 3). Эти результаты согласуются как с данными о высокой частоте коморбидной патологии при РПП, так и с данными о повышенной распространенности симптомов психических расстройств среди пациентов, обращающихся к эстетической хирургии [10, 18].

Анализ результатов, полученных по методике «Опросник самооотношения», позволил выявить статистически значимые различия между группами по основным шкалам опросника (табл. 4). Эти данные подтверждают

Таблица 2

Особенности поведения, направленного на коррекцию внешности

| Показатель | Женщины с опытом операций (n = 74) | | Женщины с симптомами РПП (n = 41) | |
|---|------------------------------------|------|-----------------------------------|------|
| | Абсолютное значение | % | Абсолютное значение | % |
| Когда-либо делали инъекции ботокса или инъекции филлеров | 62 | 83,8 | 9 | 22 |
| Посещают косметолога чаще одного раза в год | 52 | 70,3 | 6 | 14,6 |
| Соблюдают какую-либо диету, чтобы поддерживать фигуру в нужной форме | 43 | 58,1 | 21 | 51,2 |
| Регулярно занимаются спортом с целью поддержания фигуры в нужной форме | 46 | 62,2 | 19 | 46,3 |
| Тратят более 1 часа в день на поддержание внешнего вида, включая макияж, укладку, маникюр, уходовые процедуры | 12 | 16,2 | 5 | 12,2 |

Таблица 3

**Средние значения основных показателей методики
«Опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R»**

| Название шкалы | Женщины с операциями (n = 74) | Женщины с РПП (n = 41) | p < |
|--------------------------------------|-------------------------------|------------------------|-------|
| | M ± SD | M ± SD | |
| Соматизация (SOM) | 0,71 ± 0,64 | 1,25 ± 0,67 | 0,001 |
| Обсессивность-компульсивность (О-С) | 1,03 ± 0,76 | 1,75 ± 0,79 | 0,001 |
| Межличностная сензитивность (INT) | 1,00 ± 0,91 | 2,03 ± 0,83 | 0,001 |
| Депрессия (DEP) | 1,15 ± 0,97 | 2,16 ± 0,71 | 0,001 |
| Тревожность (ANX) | 0,84 ± 0,81 | 1,63 ± 0,74 | 0,001 |
| Враждебность (HOS) | 0,77 ± 0,72 | 1,33 ± 0,80 | 0,001 |
| Фобическая тревожность (PHOB) | 0,37 ± 0,55 | 0,83 ± 0,67 | 0,01 |
| Паранойяльные симптомы (PAR) | 0,76 ± 0,70 | 1,18 ± 0,78 | 0,01 |
| Психотизм (PSY) | 0,47 ± 0,57 | 1,03 ± 0,58 | 0,001 |
| Общий индекс тяжести симптомов (GSI) | 0,82 ± 0,64 | 1,53 ± 0,54 | 0,001 |

Таблица 4

**Средние значения основных показателей методики
«Опросник самооотношения»**

| Название шкалы | Женщины с операциями (n = 74) | Женщины с РПП (n = 41) | p < |
|-------------------------------|-------------------------------|------------------------|-------|
| | M ± SD | M ± SD | |
| Глобальное самооотношение | 19,39 ± 5,84 | 13,27 ± 5,15 | 0,001 |
| Самоуважение | 9,45 ± 3,54 | 6,61 ± 2,62 | 0,001 |
| Аутосимпатия | 11,16 ± 3,80 | 6,34 ± 4,0 | 0,001 |
| Ожидаемое отношение от других | 10,49 ± 1,81 | 9,27 ± 2,46 | 0,01 |
| Самоинтерес(ы) | 6,66 ± 1,41 | 5,90 ± 1,55 | 0,05 |

Таблица 5

Средние значения показателей методики «Ценностные ориентации»

| Название шкалы | Женщины с операциями (n = 74) | Женщины с РПП (n = 41) |
|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------|
| | М ± SD | М ± SD |
| Значимость внешних ценностей | 3,58 ± 0,69 | 3,56 ± 0,76 |
| Значимость внутренних ценностей | 4,04 ± 0,69 | 3,94 ± 0,71 |

представления о том, что «базовая» низкая самооценка (core low self-esteem) является характерной особенностью больных РПП и частью механизма, отвечающего за стойкость симптомов [16].

Результаты, полученные по методике «Ценностные ориентации», свидетельствуют о преобладании внутренних ценностей над внешними в обеих группах (табл. 5). Значимые различия по показателям не найдены. При более подробном рассмотрении структуры ценностей становится заметно, что в обеих группах ценностная ориентация «Физическая привлекательность» занимает четвертое место по важности, уступая только ценностным ориентациям «Хорошее материальное благополучие», «Саморазвитие личности» и «Теплые, заботливые отношения с людьми», что указывает на значимость внешнего облика для респондентов.

Среднее по опроснику «Образ собственного тела» (ООСТ) в группе женщин с опытом эстетических операций составляет 14,23 (± 10,49), в группе женщин с симптомами РПП – 30,66 (± 8,11). У 44,6% респонденток первой группы и у 100% респонденток второй общий балл методики превышает пороговое значение, определенное Скугаревским О.А. и Сивухой С.В. (13 баллов). Соответственно, в обеих группах наблюдается заметная неудовлетворенность образом тела, но среди женщин с РПП она выражена сильнее ($p < 0,001$) и может принимать форму дисморфофобии.

Среднее значение общего балла по методике «Чувствительность к отвержению из-за внешности» в группе женщин с опытом операций – 10,60 (± 8,97), что соответствует тестовой норме для женщин старше 30 лет [5], среднее значение общего балла в группе женщин с РПП – 19,93 (± 7,69), что выше тестовой нормы. Во второй группе чувствительность

к отвержению из-за внешности проявлена в существенно большей мере ($p < 0,001$). Полученный результат согласуется с данными других исследований, которые показывают, что для больных РПП характерны тревожное ожидание отвержения из-за внешности и страх негативной оценки внешности [20].

Среднее по опроснику BIQLI (влияние образа тела на качество жизни) в группе женщин с опытом операций составляет +1,45 (± 1,27) (позитивное влияние, выше нормы); среднее по опроснику BIQLI в группе женщин с РПП составляет –0,51 (± 1,51) (негативное влияние, ниже нормы). По этому параметру обнаружены значимые различия между группами ($p < 0,001$). Таким образом, женщины с опытом операций характеризуются убежденностью в том, что представления о теле оказывают положительное влияние на разные сферы их жизни.

Заключение

Следует отметить, что в обеих группах респонденток образ тела занимает важное место в структуре самосознания. При этом женщины с нарушенным пищевым поведением отличаются более низкой самооценкой, большей выраженностью симптомов психических расстройств, более заметной чувствительностью к отвержению из-за внешности, демонстрируют более выраженное недовольство телом и подвержены явному негативному влиянию представлений о теле на качество жизни и благополучие.

Кроме того, результаты нашего исследования позволили установить, что респондентки с симптомами РПП проявляют повышенный интерес к косметическим операциям. Известно, что для этой категории пациенток хирургическое вмешательство

может оказаться неоптимальным способом коррекции недовольства внешностью, поскольку существует риск обострения симптомов болезни в послеоперационный период. В данном контексте особую актуальность приобретает проблема психологической диагностики, целью которой является определение возможных противопоказаний к проведению косметической операции, включая клинически значимую дисморфофобию и ярко выраженные симптомы РПП.

Более точное определение и понимание особенностей мотивации пациенток, обнаруживающих симптомы РПП или нарушения образа тела и обращающихся к пластическому хирургу, поможет в практической работе, направленной на профилактику склонности к применению небезопасных методов трансформации внешности, а также в психотерапевтической работе и в психологическом сопровождении пациентов в пред- и послеоперационный период.

Литература

1. Баранская Л.Т., Ткаченко А.Е., Татаурова С.С. Адаптация методики исследования образа тела в клинической психологии // *Образование и наука*. 2008. № 3. С. 63–69.
2. Лабунская В.А. Отношение к внешнему облику, его ценность и значимость как факторы субъективного благополучия молодых людей // *Социальная психология и общество*. 2019. Т. 10, № 3. С. 51–66. DOI: 10.17759/sps.2019100304.
3. Мотков О.И., Огнева Т.А. Методика «Ценностные ориентации» [Электронный ресурс]. URL: <http://www.psychology-online.net/articles/doc-1128.html> (дата обращения: 16.06.2024).
4. Палатина О.М. Клинико-психопатологическая и психосоциальная характеристика пациентов, перенесших пластические операции: дисс. ... канд. мед. наук. 2022. 184 с.
5. Разваляева А.Ю., Польская Н.А. Русскоязычная адаптация методик «Чувствительность к отвержению из-за внешности» и «Страх негативной оценки внешности» // *Консультативная психология и психотерапия*. 2020. Т. 28, № 4. С. 118–143. DOI: 10.17759/cpr.2020280407.
6. Скугаревский О.А., Сивуха С.В. Образ собственного тела: разработка инструмента для оценки // *Психологический журнал*. 2006. Т. 10, № 2. С. 40.
7. Столин В.В., Пантеев С.Р. Опросник самоотношения // *Практикум по психодиагностике: Психодиагностические материалы*. Москва, 1988. С. 123–130.
8. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001. 272 с.
9. Ahmed I., Genen L. Psychiatric manifestations of body dysmorphic disorder // Retrieved February. 2011. Vol. 15. Pp. 2012.
10. Bascarane S., Kuppili P. P., Menon V. Psychiatric assessment and management of clients undergoing cosmetic surgery: Overview and need for an integrated approach // *Indian Journal of Plastic Surgery*. 2021. Vol. 54, N 1. Pp. 8–19. DOI: 10.1055/s-0040-1721868.
11. Cash T.F. Cognitive-behavioral perspectives on body image // *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance*. 2012. Vol. 1. Pp. 334–342. DOI: 10.1016/B978-0-12-384925-0.00054-7.
12. Cash T.F., Fleming E.C. The impact of body image experiences: Development of the body image quality of life inventory // *International Journal of Eating Disorders*. 2002. Vol. 31, N 4. Pp. 455–460. DOI: 10.1002/eat.10033.
13. Coughlin J.W., Schreyer C.C., Sarwer D.B. [et al.]. Cosmetic surgery in inpatients with eating disorders: Attitudes and experience // *Body Image*. 2012. Vol. 9, N 1. Pp. 180–183. DOI: 10.1016/j.bodyim.2011.10.007.
14. Derogatis L.R., Lipman R.S., Covi L. SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale—preliminary report // *Psychopharmacol Bull*. 1973. Vol. 9, N 1. Pp. 13–28.
15. Dingemans A.E., van Rood Y.R., de Groot I. [et al.]. Body dysmorphic disorder in patients with an eating disorder: Prevalence and characteristics // *International Journal of Eating Disorders*. 2012. Vol. 45, N 4. Pp. 562–569. DOI: 10.1002/eat.20972.
16. Fairburn C.G., Cooper Z., Shafran R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment // *Behaviour Research and Therapy*. 2003. Vol. 41, N 5. Pp. 509–528. DOI: 10.1016/S0005-7967(02)00088-8.
17. Gillen M.M., Markey C.H. Body image, weight management behavior, and women’s interest in cosmetic surgery // *Psychology, Health & Medicine*. 2021. Vol. 26, N 5. Pp. 621–630. DOI: 10.1080/13548506.2020.1776890.
18. Hambleton A., Pepin G., Le A. [et al.]. Psychiatric and medical comorbidities of eating disorders: Findings from a rapid review of the literature // *Journal of eating disorders*. 2022. Vol. 10, N 1. Pp. 132. DOI: 10.1186/s40337-022-00654-2.
19. Jávo I.M., Pettersen G., Rosenvinge J.H. [et al.]. Predicting interest in liposuction among women with eating problems: A population-based study // *Body Image*. 2012. Vol. 9, N 1. Pp. 131–136. DOI: 10.1016/j.bodyim.2011.08.002.

20. Linardon J., Braithwaite R., Cousins R. [et al.]. Appearance-based rejection sensitivity as a mediator of the relationship between symptoms of social anxiety and disordered eating cognitions and behaviors // *Eating Behaviors*. 2017. Vol. 27. Pp. 27–32. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2017.10.003.
21. Mond J., Mitchison D., Latner J. [et al.]. Quality of life impairment associated with body dissatisfaction in a general population sample of women // *BMC Public Health*. 2013. Vol. 13. Pp. 1–11. DOI: 10.1186/1471-2458-13-920.
22. Park L.E. Appearance-based rejection sensitivity: Implications for mental and physical health, affect, and motivation // *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2007. Vol. 33, N 4. Pp. 490–504. DOI: 10.1177/0146167206296301.
23. Sarwer D.B., Wadden T.A., Pertschuk M.J. [et al.]. The psychology of cosmetic surgery: A review and reconceptualization // *Clinical Psychology Review*. 1998. Vol. 18, N 1. Pp. 1–22. DOI: 10.1016/S0272-7358(97)00047-0.
24. Sarwer D.B., Crerand C.E. Body image and cosmetic medical treatments // *Body Image*. 2004. Vol. 1, N 1. Pp. 99–111. DOI: 10.1016/S1740-1445(03)00003-2.
25. Stice E., Marti C.N., Durant S. Risk factors for onset of eating disorders: Evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study // *Behaviour Research and Therapy*. 2011. Vol. 49, N 10. Pp. 622–627. DOI: 10.1016/j.brat.2011.06.009.
26. Willard S.G., McDermott B.E., Woodhouse M.L. Lipoplasty in the bulimic patient // *Plastic and Reconstructive Surgery*. 1996. Vol. 98, N 2. Pp. 276–278. DOI: 10.1097/00006534-199608000-00010.
27. Zimmer R., Methfessel I., Heiss L. [et al.]. Eating disorders: A neglected group of mental disorders in patients requesting aesthetic surgery // *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*. 2022. Vol. 75, N 2. Pp. 840–849. DOI: 10.1016/j.bjps.2021.09.080.

Поступила 14.02.2025

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

Для цитирования. Шлойдо Д.Е. Сравнительное клинико-психологическое исследование женщин, изменяющих внешность хирургическим путем, и женщин с расстройствами пищевого поведения // *Вестник психотерапии*. 2025. № 95. С. 96–105. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-95-96-105

D.E. Shloido

A Comparative Clinical-Psychological Study of Women Undergoing Surgical Alteration of Appearance and Women with Eating Disorders

Saint-Petersburg State University (7–9, Universitetskaya Emb., St. Petersburg, Russia);
Association of Eating Disorders Specialists (14, Martynovskaya Str., St. Petersburg, Russia)

✉ Dina Evgen'yevna Shloido – postgraduate student, Saint-Petersburg State University (7–9, Universitetskaya Emb., St. Petersburg, 199034, Russia), e-mail: dina.shloydo@gmail.com, ORCID: 0000-0002-8314-758X

Abstract

Background. Clinical-psychological characteristics of women who alter their appearance surgically and women with symptoms of eating disorders (EDs) are rarely examined in a comparative framework. This article presents the results of an empirical study aimed at comparing body image perception, self-attitude, and severity of psychopathological symptoms in women undergoing cosmetic surgery and in women with symptoms of EDs.

Materials and Methods. The study included 74 women with a history of cosmetic surgery (mean age 37 ± 8.27 years) and 41 women with symptoms of EDs (mean age 31.5 ± 9.65 years). All participants completed an online survey. The following instruments were employed for data collection: the Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R; L. Derogatis, R. Lipman, L. Covi, 1977; adapted by N.V. Tarabrina), the Self-Attitude Questionnaire (S.R. Pantelev, V.V. Stolin, 1988), the Body Image

Questionnaire (O.A. Skugarevsky, S.V. Sivukha, 2006), the Appearance-Based Rejection Sensitivity Scale (Park, 2007; adapted by A.Yu. Razvalyaeva, N.A. Polskaya), the Body Image Quality of Life Inventory (BIQLI; Cash & Fleming, 2002; adapted by L.T. Baranskaya et al.), the Value Orientations Method (O.I. Motkov, T.A. Ogneva, 2008), and an author-designed questionnaire.

Results and Analysis. In both groups, appearance was identified as an important value. However, women with disordered eating reported lower self-esteem, higher severity of psychopathological symptoms, greater body image dissatisfaction, and heightened sensitivity to appearance-based rejection. They also demonstrated a pronounced negative impact of body image perceptions on quality of life and psychological well-being.

Conclusion. The findings highlight the importance of psychological assessment aimed at identifying potential contraindications for cosmetic surgery.

Keywords: body image, body dissatisfaction, cosmetic surgery, eating disorders, disordered eating.

References

1. Baranskaya L.T., Tkachenko A.E., Tataurova S.S. Adaptatsiya metodiki issledovaniya obrazatela v klinicheskoi psikhologii [Adaptation of the body image research method in clinical psychology]. *Obrazovanie i nauka* [Education and science]. 2008; (3): 63–69. (In Russ.)
2. Labunskaya V.A. Otnoshenie k vneshnemu obliku, ego tsennost' i znachimost' kak faktory sub'ektivnogo blagopoluchiya molodykh lyudei [Attitude to appearance, its value and significance as factors of subjective well-being of young people]. *Sotsial'naya psikhologiya i obshchestvo* [Social Psychology and Society]. 2019; 10(3): 51–66. DOI: 10.17759/sps.2019100304 (In Russ.)
3. Motkov O.I., Ogneva T.A. Metodika «Tsennostnye orientatsii» [Elektronnyi resurs] [The «value orientations» method]. URL: <http://www.psychology-online.net/articles/doc-1128.html> (In Russ.)
4. Palatina O.M. Kliniko-psikhopatologicheskaya i psikhosotsial'naya kharakteristika patsientov, perenessikh plasticheskie operatsii [Clinical and psychological characteristics of plastic surgery patients] : dissertation PhD Med. Sci. 2022; 184. EDN JXTMMN. (In Russ.)
5. Razvalyaeva A.Yu., Pol'skaya N.A. Russkoyazychnaya adaptatsiya metodik «Chuvstvitel'nost' k otverzheniyu iz-za vneshnosti» i «Strakh negativnoi otsenk vneshnosti» [Validating appearance-based rejection sensitivity and fear of negative appearance evaluation scales in the Russian sample]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy] 2020; 28(4): 118–143. DOI: 10.17759/cpp.2020280407 (In Russ.)
6. Skugarevskii O.A., Sivukha S.V. Obraz sobstvennogo tela: razrabotka instrumenta dlya otsenki [Developing a scale to assess body image]. *Psikhologicheskii zhurnal*. [Psychological Journal] 2006; 10(2): 40 (In Russ.)
7. Stolin V.V., Pantileev S.R. Oprosnik samootnosheniya [Self-attitude questionnaire] *Praktikum po psikhodiagnostike: psikhodiagnosticheskie materialy* [Workshop on psychodiagnostics: psychodiagnostic materials] Moscow. 1988; 123–130 (In Russ.)
8. Tarabrina N.V. Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa [Workshop on the psychology of post-traumatic stress]. Sankt-Peterburg, 2001. 272 p. (In Russ.)
9. Ahmed I., Genen L. Psychiatric manifestations of body dysmorphic disorder. *Retrieved February*. 2011; 15: 2012.
10. Bascarane S., Kuppili P.P., Menon V. Psychiatric assessment and management of clients undergoing cosmetic surgery: Overview and need for an integrated approach. *Indian journal of plastic surgery*. 2021; 54(1): 8–19. DOI: 10.1055/s-0040-1721868.
11. Cash T.F. Cognitive-behavioral perspectives on body image. *Encyclopedia of body image and human appearance*. 2012; 1: 334–342. DOI: 10.1016/B978-0-12-384925-0.00054-7.
12. Cash T.F., Fleming E.C. The impact of body image experiences: Development of the body image quality of life inventory. *International Journal of Eating Disorders*. 2002; 31(4): 455–460. DOI: 10.1002/eat.10033.
13. Coughlin J.W., Schreyer C.C., Sarwer D.B. [et al.]. Cosmetic surgery in inpatients with eating disorders: Attitudes and experience. *Body Image*. 2012; 9(1): 180–183. DOI: 10.1016/j.bodyim.2011.10.007.
14. Derogatis L.R., Lipman R.S., Covi L. SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale—preliminary report. *Psychopharmacol Bull*. 1973; 9(1): 13–28.
15. Dingemans A.E., van Rood Y.R., de Groot I. [et al.]. Body dysmorphic disorder in patients with an eating disorder: Prevalence and characteristics. *International Journal of Eating Disorders*. 2012; 45(4): 562–569. DOI: 10.1002/eat.20972
16. Fairburn C.G., Cooper Z., Shafran R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*. 2003; 41(5): 509–528. DOI: 10.1016/S0005-7967(02)00088-8.
17. Gillen M.M., Markey C.H. Body image, weight management behavior, and women's interest in cosmetic surgery. *Psychology, Health & Medicine*. 2021; 26(5): 621–630. DOI: 10.1080/13548506.2020.1776890

18. Hambleton A., Pepin G., Le A. [et al.]. Psychiatric and medical comorbidities of eating disorders: findings from a rapid review of the literature. *Journal of eating disorders*. 2022; 10(1): 132. DOI: 10.1186/s40337-022-00654-2.
19. Jávo I.M., Pettersen G., Rosenvinge J.H. [et al.]. Predicting interest in liposuction among women with eating problems: A population-based study. *Body Image*. 2012; 9(1): 131–136. DOI: 10.1016/j.bodyim.2011.08.002.
20. Linardon J., Braithwaite R., Cousins R. [et al.]. Appearance-based rejection sensitivity as a mediator of the relationship between symptoms of social anxiety and disordered eating cognitions and behaviors. *Eating Behaviors*. 2017; (27): 27–32. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2017.10.003.
21. Mond J., Mitchison D., Latner J. [et al.]. Quality of life impairment associated with body dissatisfaction in a general population sample of women. *BMC Public Health*. 2013; 13: 1–11. DOI: 10.1186/1471-2458-13-920.
22. Park L.E. Appearance-based rejection sensitivity: Implications for mental and physical health, affect, and motivation. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2007; 33(4): 490–504. DOI: 10.1177/0146167206296301.
23. Sarwer D.B., Wadden T.A., Pertschuk M.J. [et al.]. The psychology of cosmetic surgery: A review and reconceptualization. *Clinical Psychology Review*. 1998; 18(1): 1–22. DOI: 10.1016/S0272-7358(97)00047-0.
24. Sarwer D.B., Crerand C.E. Body image and cosmetic medical treatments. *Body Image*. 2004; 1(1): 99–111. DOI: 10.1016/S1740-1445(03)00003-2.
25. Stice E., Marti C.N., Durant S. Risk factors for onset of eating disorders: Evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. *Behaviour Research and Therapy*. 2011; 49(10): 622–627. DOI: 10.1016/j.brat.2011.06.009.
26. Willard S.G., McDermott B.E., Woodhouse M.L. Lipoplasty in the bulimic patient. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 1996; 98(2): 276–278. DOI: 10.1097/00006534-199608000-00010.
27. Zimmer R., Methfessel I., Heiss L. [et al.]. Eating disorders: A neglected group of mental disorders in patients requesting aesthetic surgery. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*. 2022; 75(2): 840–849. DOI: 10.1016/j.bjps.2021.09.080.

Received 14.02.2025

For citing: Shlodo D.E. Sravnitel'noe kliniko-psikhologicheskoe issledovanie zhenshchin, izmenyayushchikh vneshnost' khirurgicheskim putem, i zhenshchin s rasstroistvami pishchevogo povedeniya. *Vestnik psikhoterapii*. 2025; (95): 96–105. (In Russ.)

Shlodo D.E. A comparative clinical-psychological study of women undergoing surgical alteration of appearance and women with eating disorders. *Bulletin of Psychotherapy*. 2025; (95): 96–105. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-95-96-105

А.Е. Отсус

СРЕДСТВА МАССОВОЙ ИНФОРМАЦИИ КАК ИСТОЧНИК ПСИХОГЕННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ

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

Актуальность. Проблема влияния средств массовой информации (далее – СМИ) на поведение человека является междисциплинарной и изучается в рамках таких научных областей, как философия, психология, социология, лингвистика и т.д. В статье представлена клинико-психологическая точка зрения на проблему психогенного воздействия СМИ. Произведен анализ исследований феномена «психогения»: история проблемы, понятие, дефиниции и классификации. Впервые рассмотрена роль СМИ в формировании искаженного отношения к болезни у пациентов с COVID-19. Дан обзор теоретических и эмпирических исследований по проблеме психогенного воздействия СМИ на пациентов, перенесших COVID-19.

Цель исследования – изучить роль психогенного фактора информационной среды, определяющего отношение к болезни в условиях пандемии.

Материал и методы: теоретический анализ отечественных и зарубежных литературных источников за 1971–2024 гг. по изучению роли психогенного фактора в формировании отношения к болезни. Поиск публикаций проводился по зарубежным научным базам: SpringerLink, JSTORE, ResearchGate, а также по российским библиотекам «КиберЛенинка» и eLibrary.ru.

Результаты исследования. На примере пандемии COVID-19, беспрецедентной с точки зрения влияния на жизнедеятельность большей части популяции Земли, мы можем фиксировать широкую степень освещенности проблемы со стороны СМИ. С одной стороны, СМИ исполняют профилактическую функцию предупреждения развития и распространения той или иной эпидемии/пандемии. С другой стороны, многократное и ежедневное освещение информации о количестве случаев госпитализации и летальных исходов оказывает психотравмирующее (психогенное) воздействие. В условиях пандемии информация подобного рода способна актуализировать смысл смерти, опасности для жизни и здоровья у широких слоев населения, что отражается на их адаптивных личностных способностях. Все это в конечном итоге формирует искаженное отношение к болезни еще до выявления самого заболевания, а сам факт постановки диагноза будет являться триггером, запускающим подготовленную реакцию на болезнь.

Заключение. Полученные результаты исследования могут быть учтены при разработке программ психопрофилактической работы с населением в условиях ЧС, связанных с возникновением новых пандемий, а также с лицами, перенесшими любые острые респираторные инфекции во время пандемий; при выборе стратегии взаимодействия с пациентом в ходе лечения, с учетом его индивидуально-личностных свойств. Кроме того, они могут быть использованы в последующих научно-исследовательских работах.

Ключевые слова: психогения, психогенное воздействие, средства массовой информации, СМИ, COVID-19, пандемия, отношение к болезни, реакция на болезнь.

Введение

В 1982 г. Р. Конечным и М. Боухалом вводится понятие «ятропатия», под которым они понимают «такой способ обследования, лечения или проведения профилактических мероприятий, в результате которых врач причиняет вред здоровью больного». Помимо этого, выделяется понятие «соррогения», означающее вред, наносимый младшим медицинским персоналом, а также «дидактогения» и/или «педагогения», означающие вред, наносимый обучающемуся педагогом [14].

Подобный подход позволяет рассматривать воздействие на психическое состояние личности (психогению) исходя из источников его возникновения. То есть речь идет о любом неблагоприятном изменении психического состояния личности, которое развивается в результате психологического воздействия со стороны специалиста определенного профиля (врача, психолога, педагога) при непосредственном или опосредованном взаимодействии с ним или иного авторитетного (значимого) источника (Интернет-ресурс, СМИ, социальные сети и т.д.). Соответственно, имеются все основания полагать, что СМИ, как и иные акторы, способны оказывать влияние на такое психологическое образование, как отношение к болезни, в основе которого лежат представления пациента о собственном заболевании.

Цель работы – уточнить роль психогенного фактора информационной среды, определяющего отношение к болезни в условиях пандемии.

В качестве теоретико-методологической основы данного исследования выступают: понятие «отношение к болезни» (А. Гольдшейдер, Р.А. Лурия, Т.Н. Резникова, В.М. Смирнов, Г. Левинталь, А.Е. Личко, А.Ш. Тхостов, В.Н. Николаева и др.); положения о психогенном воздействии на психику (О. Бумке, Р.А. Лурия, К. Ясперс, П.Б. Ганнушкин, А.М. Свядощ, В.Н. Мясищев, Б.Д. Карвасарский, А.Б. Смулевич, М.Я. Мудров, И.А. Касирский, К.И. Платонов, Ю.В. Каннабих, Д.В. Михель и др.).

Результаты исследования

Психогения: история, понятие, подходы, классификации

Понятие «психогенные расстройства» впервые было употреблено в 1894 г. К. Зоммером для обозначения истерических расстройств.

Психогенное расстройство, или психогения, – расстройство психики, основной причиной которого являются психические переживания личности, детерминированные травматической ситуацией (психотравмы) [16].

Под психической травмой (психотравмой) понимаются психические переживания высокой интенсивности, являющиеся причиной возникновения определенного клинического расстройства.

А.М. Свядощ (1971) указывает на то, что психогенные заболевания, или психогении, возникают из-за сигнальных (информационных) раздражителей. Понятие «психогения» он определяет как нарушение функционального характера, вызванное психическими травмами. Другими словами, речь идет о неких раздражителях, действие которых определяется их сигнальным (информационным) значением, а не физическими параметрами [14].

К. Ясперс выделяет следующие отличительные критерии психогений от психических расстройств иного характера:

- развитие психогенного заболевания вслед за психотравмой;
- травмирующая ситуация прямо или косвенно отражается в клинической картине заболевания, в содержании его симптомов;
- с исчезновением психической травмы или ее дезактуализацией для больного психические нарушения исчезают [16].

Несмотря на то, что психотравма оказывает существенное влияние на формирование фактором, она может играть далеко не первостепенную роль или являться единственным роль. По представлению А.Н. Молохова, существует четыре типа взаимосвязи психотравмы и болезни:

- 1) психотравма как единственная причина возникновения болезненного состояния;

2) психотравма как некий «импульс» для формирования и развития болезни;

3) психотравма как фактор осложнения течения уже имеющегося заболевания;

4) психотравма как фактор, создающий предрасположенность к психогении в будущем [15].

А.В. Голубев с соавт. дают следующую классификацию психотравм по степени интенсивности:

- острая психотравма, полученная в результате внезапного однократного воздействия на психику человека, что приводит к таким явлениям, как острая реакция на стресс, ПТСР, реактивные психозы и расстройство адаптации;

- хроническая психотравма, характеризующаяся меньшей интенсивностью, по сравнению с острой, что может привести к возникновению неврозов и соматоформных расстройств [5].

По значимости психические травмы принято разделять на:

- психотравмы общечеловеческой значимости, когда имеется реальная угроза жизни и здоровью;

- психотравмы индивидуально-личностной значимости, затрагивающие семейную, профессиональную, интимно-личностную и иные сферы жизнедеятельности человека [5].

Как отмечают Н.В. Середина и соавт., стоит отличать травмирующие переживания от реакций на них. В одних случаях идентичные переживания могут вызывать физиологическую реакцию, а в других – патологическую невротического или психотического характера. На возникновение и развитие психотравмы влияют такие характеристики, как особенности характера, темперамента, установки личности, ее мировоззрение и проч. Так, например, в зависимости от индивидуально-типических свойств личности, в одних случаях утрата близкого человека будет являться психотравматической, в других – нет. Помимо этого, психотравмирующие переживания в значительной степени теряют свой патогенный характер в том случае, когда человек осознанно и/или добровольно подвергает себя им [16].

Несмотря на влияние индивидуально-типических свойств личности на особенности возникновения и развития психотравмы, существует взаимосвязь между характером психической травмы и типом патологической реакции на нее. Так, например, утрата близкого провоцирует образование реактивной депрессии, конфликты на работе – возникновение параноидальных форм реактивного психоза, сексуальные травмы – проявление психогенного возбуждения и т.д. [16].

Еще одним фактором возникновения психогении является некая готовность к «психическому срыву», развивающаяся на фоне ослабленности организма в результате перенесенного заболевания, длительного пребывания в состоянии стресса, индивидуально-типических свойств личности. Стоит отметить и преморбидные особенности личности, которые также оказывают влияние на возникновение и развитие психотравмы [16].

Психотравмы, которые вызывают психогенные заболевания, можно разделить на три группы:

- 1) психические травмы, связанные с эмоциональными лишениями (реактивные депрессии);

- 2) психические травмы, связанные с конфликтными ситуациями (реактивные депрессии, истерические расстройства, реактивные параноиды, истерические психозы, неврозы);

- 3) психические травмы, связанные с реальной угрозой здоровью и жизни (аффективные расстройства).

Помимо того, как отмечают Н.В. Середина с соавт., психогения может являться причиной физического воздействия на ЦНС, в результате которого констатируется нарушение нормальной нервно-психической деятельности [16].

А.Б. Смулевич (1992, 1994) при рассмотрении психогенных расстройств выделяет понятие «нозогения» и считает, что психогении обусловлены в первую очередь влиянием психотравматических событий, связанных с соматическими болезнями, на психику человека. На формирование структуры нозогений влияют биологические, психологические, конституциональные и социальные факторы [17].

Опираясь на труды Р.А. Лурии (1977), А.Б. Смулевич подчеркивает, что на особенности формирования психогенных расстройств оказывает влияние отношение пациента к болезни (ВКБ). Оно, в свою очередь, сводится к двум полюсам:

- гипернозогнозия – субъективная значимость переживания неблагополучия соматического характера высокой степени;
- гипонозогнозия – субъективная значимость переживания неблагополучия соматического характера низкой степени [17].

А.Б. Смулевич выделяет следующие основные переменные, влияющие на формирование нозогений:

- 1) формулировка лечащим врачом диагноза (возможная или реальная угроза жизни, которую он подразумевает);
- 2) «контролируемость» симптомов – возможность влиять на проявления заболевания;
- 3) ограничения, накладываемые на жизнедеятельность и трудовую деятельность пациента;
- 4) «серьезность» заболевания – особенно динамика болезни с острыми нарушениями жизненно важных функций;
- 5) частота обострений в сочетании с негативными внешними воздействиями [17].

По его мнению, выделяют основные группы нозогенных синдромов, которые, в свою очередь, подразделяются на гипернозогностический и гипонозогностический варианты:

1. Невротические (тревно-фобические проявления и «невротическое отрицание»).

Гипернозогностический вариант характеризуется в первую очередь навязчивыми состояниями (страх, тревожные опасения по поводу будущего, самонаблюдение, неадекватная оценка собственного состояния и возможных последствий своего состояния и иное) и истероипохондрическими тенденциями (конверсионная симптоматика и демонстративность поведения).

Гипонозогностический вариант характеризуется синдромом *la belle indifference* – «прекрасного равнодушия», т.е. демонстрацией внешнего наигранного оптимизма в сочетании с признаками соматизированной тревоги и внутренней тревоги по поводу исхода

лечения, что в конечном итоге и сподвигает пациента выполнять рекомендации его лечащего врача и медперсонала.

2. Аффективные (реактивная депрессия и гипомания).

Гипернозогностический вариант – ипохондрическая депрессия, характеризующаяся тревогой, ипохондрическими фобиями, гипоманией, чувством безнадежности, астенизацией организма, конверсионными расстройствами, пессимистическим отношением к лечению и исходу.

Гипонозогностический вариант – синдром «эйфорической псевдодеменции», проявляющийся повышенным настроением, неоправданным оптимизмом и оценкой собственного состояния и перспектив развития болезни, пренебрежением намеченным курсом лечения.

3. Патохарактерологические (сверхценная идея и синдром «патологического отрицания болезни»).

Гипернозогностический вариант – синдром «ипохондрики здоровья», который характеризуется стремлением пациента к преодолению заболевания с чувством обиды и недоумения, при этом он отмечает несправедливость происходящего с ним. С момента постановки диагноза все внимание пациента акцентируется на лечении «любой ценой», тем самым демонстрируется преодолевающий стиль совладения с болезнью.

Гипонозогностический вариант характеризуется дезадаптивным отрицанием болезни: либо полным отрицанием пациентом своего недуга, либо минимизацией тяжести проявлений болезни. Склонность к акцентированию внимания на второстепенных симптомах с отрицанием или игнорированием преобладающих, а также, в редких случаях, к переносу болезненных ощущений с пораженных органов на здоровые [17].

Помимо этого, А.Б. Смулевич выделяет нозогении у лиц с психическими расстройствами и дает характеристику данным проявлениям. Среди факторов образования нозогений можно выделить деформацию структуры личности, реактивную лабильность или устойчивость по отношению к угрозе соматического благополучия, нарушения те-

лесного самосознания (Я-концепции) и т.д. Как правило, нозогении возникают в период ремиссии либо в той стадии, когда заболевание проявляется на уровне пограничных расстройств, и имеют затяжной характер – от 1 месяца до нескольких лет. Проявляются в виде депрессивных, ипохондрических, бредовых или параноических состояний [17].

О.Н. Кузнецов (1994), изучая проблему психогений непривычных условий существования, отмечает, что внезапно возникшая ситуация изоляции может привести к формированию у индивида психогенных расстройств. Исходя из этого, отношение пациента к своей болезни затруднено не только за счет потери гибкости психических процессов, но и из-за неопределенности, непредсказуемости действительности, «скрытые возможности» которой далеки от осуществления [8].

Ю.А. Александровский (1991), с опорой на работу Ф.Е. Рыбакова (1906, «Душевные расстройства в связи с последними политическими событиями») и актуальные на тот момент социально-политические события 80–90-х гг. XX в., происходившие в СССР/РФ, создает концепцию социально-стрессовых расстройств (далее – ССР).

ССР представляет собой состояние психоэмоционального перенапряжения и психической дезадаптации населения вследствие коренного изменения общественного сознания, общественных отношений и жизненных ориентаций большинства граждан, потрясенных политической, социальной, экономической культурной, религиозной, морально-нравственной трансформацией и превалирующей ситуацией нестабильности и неопределенности жизненного положения.

При ССР происходит заострение конституциональных особенностей личности, развитие невротических состояний, снижение адаптивных личностных возможностей, формируется склонность к антисоциальным действиям, развивается цинизм.

В качестве основных клинических проявлений ССР выделяют: нарушение ночного сна, астенические, панические, истерические и иные невротические и психические расстройства.

В отличие от иных расстройств, например посттравматического стрессового расстройства, которые проявляются у лиц, переживающих конкретные экстремальные ситуации, ССР развиваются у индивидов, находящихся под влиянием макросоциальных общегрупповых психогенных факторов. В качестве иных факторов возникновения ССР Ю.А. Александровский выделяет ухудшение соматического здоровья, усиление декомпенсаторных механизмов под влиянием биогенного фактора [1].

СМИ как источник психогении

Одной из первых междисциплинарных теорий, объясняющих данную проблему, стала теория «эффекта враждебных СМИ» (hostile media effect, англ.) Р. Валлоне, Л. Рассела и М. Леппера (1985). Согласно данной теории, личность склонна к восприятию информации с точки зрения собственных представлений, опыта и убеждений. Ей присуще выборочное (селективное) сосредоточение внимания и памяти на определенных отрезках информации, которые подтверждают ее собственную точку зрения или опровергают противоположную. Помимо этого, авторами выделялся фактор достоверности (беспристрастности) источника [22].

В качестве наиболее значимых факторов [20] указываются следующие:

- селективность восприятия и памяти (сосредоточение и запоминание «необходимой и достоверной» информации, которая не противоречит личностным убеждениям);
- логическая ошибка в виде классификации информации по признаку «правдивая/неправдивая».
- ангажированность СМИ.

На сегодняшний день СМИ являются как одним из источников профилактики многих проблем, связанных с психическим здоровьем человека, так и причиной их возникновения. СМИ, которые исполняют функцию информирования населения о возможных угрозах жизни и здоровью, по аналогии с лечащим врачом, могут нанести вред, применяя определенные способы распространения той или иной информации.

Рассмотрим более детально негативное влияние СМИ на психическое здоровье человека. По мнению Е.В. Павленко, основными источниками формирования отношения к собственному здоровью являются лечебные учреждения и СМИ. С помощью СМИ происходит информирование граждан об эпидемиологической обстановке, профилактике различного рода заболеваний и их предупреждении. Однако есть и обратная сторона. Общество, обладающее низкой медицинской грамотностью, формирует подходящую почву для различного рода манипуляций с массовым сознанием, которые могут нанести вред здоровью и запускаются исходя из экономических или политических интересов со стороны СМИ: например, для продвижения продажи нужного препарата или введения ограничительных мер [13].

В последние годы, как считает А.А. Заславская, СМИ используют различные психологические методы подачи информации, которые используются в рекламе, журналистике, политике, культуре и т.д. Чрезмерное использование СМИ и социальных сетей приводит к развитию зависимости от гаджетов, что влечет за собой проблемы с созданием и поддержанием реальных социальных отношений, а также с функциональным состоянием человека [7].

Как отмечает Д.В. Лебедев, видение человеком и обществом окружающего мира через призму СМИ может породить так называемую гиперреальность и создать необходимые условия для манипуляций с помощью различных визуальных стратегий. СМИ оказывают влияние на формирование ценностных предпочтений, установок и когнитивных шаблонов, убеждений, смысло- и формообразование, особенности восприятия социальной реальности, оценочных суждений и, как следствие, на изменение социального образа жизни и модели социального поведения [9].

Е.В. Павленко указывает, что современными СМИ делается акцент на внешней, атрибутивной стороне здоровья. Так, СМИ делают упор на привлекательность мужчин и женщин, навязывая определенные стандарты красоты (худоба у женщин, например)

с целью приобретения конкретного статуса в обществе. При утрате социального статуса или при невозможности его обретения происходит дезадаптация личности, которая может сопровождаться состояниями невротического или депрессивного спектра (тревожность, депрессия, расстройства пищевого поведения и т.д.) [13].

По мнению А.А. Заславской, коронавирусная инфекция была самой главной и обсуждаемой темой на протяжении всего 2020 г. Как показала практика, системы здравоохранения большинства стран оказались не способны эффективно противостоять пандемии. Возрастание количества смертей, ежедневно озвучиваемое в СМИ, с каждым днем вызывало у населения все большую панику. По мнению автора, при осознании человеком определенной опасности для его жизни и здоровья его поведение будет направлено на избегание рисков, сопряженных со здоровьем. Однако реакция человека на подобные новости зависит от предвзятых мнений о болезни и подверженности ее распространению. Современное освещение проблем, связанных со здравоохранением, в СМИ как раз таки является предвзятым, что увеличивает уровень тревожности в обществе. Иррациональный страх, возникающий на фоне новостей о коронавирусе, вызывает дезадаптивные реакции личности, которые порождают проблемы с социальным взаимодействием, финансами, трудовой деятельностью и т.д. При этом отфильтровываются убедительные данные о пандемии и игнорируется информация, которая стремится успокоить общество и уменьшить негативные последствия, в т.ч. для психики. Страх провоцирует людей на совершение импульсивных действий: например, срочной покупки товаров первой необходимости в большем количестве, чем это необходимо на данный момент для удовлетворения актуальных потребностей. При этом накопление запасов, совершаемое в панике, будет являться механизмом устранения страха [7].

Стоит отметить, что с начала появления новостей о возникновении новой коронавирусной инфекции в российском медиаполе было зарегистрировано порядка

1200 новостей (январь 2020), в то время как в марте 2020 г. – уже свыше 700 000. Согласно исследованию, проведенному Д.Н. Бариновым, в самом начале пандемии 59 % россиян не доверяло официальным новостям о COVID-19. При этом самым предпочтительным средством получения информации об эпидемиологической обстановке в стране у респондентов оставались социальные сети и «новостные сайты» (60 %). Около половины испытуемых в качестве основной причиной недоверия к официальным (государственным) источникам отмечали заниженные статистические данные: о числе заболевших, госпитализированных и скончавшихся вследствие заражения вирусом SARS-CoV-2. Лица, преимущественно использовавшие социальные сети в качестве основного источника получения новостей об эпидемиологической обстановке в стране и мире, отдавали предпочтение непроверенным источникам информации. Следовательно, на фоне возрастания количества слухов об искаженной со стороны государственных СМИ информации о числе заразившихся и скончавшихся от COVID-19 пациентов, можно предположить наличие положительной взаимосвязи с возрастанием уровня тревожности у респондентов [3].

Отдельного внимания требует анализ метафор, используемых СМИ при освещении новостей о пандемии коронавируса. Так, М.М. Воробьева с соавт. приходят к выводу, что в мировых СМИ коронавирус фреймировался агрессивными метафорами, что оказывало негативное влияние на мышление людей. При изучении 11 выступлений западных политиков (Б. Джонсона, А. Меркель, Э. Макрона и Д. Трампа) было выявлено, что доминирующим видом метафор в их речи были военные метафоры, отражающие стремление к борьбе с возникшей угрозой, – 72,25 % от общего числа метафор [4].

Как отмечает D. Craig, в метафорах о COVID-19, в отличие от других распространенных заболеваний, создается героический образ войны. Данные метафоры являются преднамеренными, введены неслучайно, а адресаты должны воспринимать падению

коронавируса именно как военную ситуацию [19].

R.D. Silverman с соавт. (2020) выражают мнение, что непреднамеренные метафоры, используемые СМИ при освещении новостей о пандемии коронавирусной инфекции, могут формировать искаженное отношение к COVID-19. Они указывают на необходимость соблюдения осторожности при работе с метафорами, освещении проблем лечения, пандемии или вакцинации. Авторы также приходят к выводу о доминировании военных метафор в СМИ в новостях о коронавирусе [21].

А.В. Нагорная в своем исследовании выделяет самые распространенные метафоры, используемые СМИ: военные, путешествия и катастроф. Упоминание пандемии коронавируса затронуло абсолютно все сферы жизнедеятельности: экономику, политику, спорт, культуру и проч., при этом большинство коннотаций связано именно с милитаристской сферой. Коронавирус представляется в образе врага, который нападает на население. Все это может привести к формированию искаженного отношения к коронавирусу [11].

По мнению Э.Б. Яковлевой, широкое распространение милитаристских метафор коронавируса объясняется сходством между военными действиями и борьбой человечества против вируса. СМИ прибегают к сравнению переполненных лечебных учреждений с линией фронта, на которой в образе военных с коронавирусом сражаются врачи [18].

И.П. Павлов считал, что для человека слово является сильнейшим условным раздражителем среди других раздражителей [3].

Как отмечает Л.С. Выготский, знаковая система – один из наиболее важных признаков всех высших психических функций, особенно мышления и восприятия. Информационное пространство, насыщенное особым рода знаками, формирующими смыслы и значения опасности, создает специфическую картину реальности, в которой у большинства людей неизбежно возникают тревожность и страх. Таким образом, у человека создается внеопытное представление о самой инфекции еще до заражения. В этих усло-

виях допустимо предполагать психогенное воздействие медиасреды на человека, predisposing к сенсibilизации восприятия угрозы и формированию у большинства пациентов деструктивного типа отношения к болезни в случае заболевания [2].

Согласно исследованию, проведенному А.Н. Алехиным и А.Е. Отсусом (2023), было установлено, что использование СМИ агрессивных метафор при освещении проблемы пандемии COVID-19 оказывало влияние на формирование отношения к болезни. Информация, многократно транслируемая СМИ на протяжении длительного периода времени с помощью агрессивных метафор, оказывает психогенное воздействие на пациентов, формирует у них искаженное отношение к болезни при COVID-19. Для пациентов характерно эмоциональное реагирование как на сам факт заражения, так и в отношении новостей о пандемии COVID-19; им свойственны раздражительность, пониженное настроение, проявления тревожности, проблемы со сном, беспокойство за будущее, а также сужение социальных контактов с ближайшим окружением, в сравнении с больными ОРВИ, для которых подобные проявления не свойственны [2].

Согласно исследованию, проведенному А.Е. Отсусом (2024), непрерывная психогенная сенсibilизация создает условия для возникновения различных болезненных состояний тревожного спектра. Данные состояния проявляются в виде когнитивных, эмоциональных, социально-поведенческих и вегетативных изменений [12].

О.С. Дейнека, А.А. Максименко (2024) при рассмотрении проблемы особенностей распространения и психологического отражения недостоверной информации в условиях пандемии COVID-19 выделяют понятие *инфодемия*, под которым понимается массовое и быстрое распространение недостоверной информации через цифровые платформы. По результатам исследования было установлено, что недостоверная информация в СМИ, апеллирующая к негативным эмоциям, распространяется быстрее, в сравнении с достоверной. Она развивает и/или усиливает тревожные, панические, депрессивные состояния [6].

Обсуждение результатов

Психогения представляет собой болезненное состояние, проявляющееся в виде кратковременной реакции или длительного состояния болезни в результате воздействия на психику человека травмирующих факторов. Среди травмирующих факторов, оказывающих подобное влияние, можно выделить СМИ. В контексте формирования отношения к болезни массмедиа могут оказывать как позитивное, так негативное влияние. При формировании искаженного отношения к болезни помимо конституционального фактора весомый вклад вносит и психогенный.

Анализ литературных источников выявил недостаточную степень проработанности данной проблемы. Особенно отчетливо это прослеживается до начала пандемии COVID-19 (2019–2020). Полученные результаты останутся актуальными и в случае возникновения новых пандемий, поскольку, во-первых, механизмы распространения информации либо останутся прежними, либо со временем будут лишь совершенствоваться, а во-вторых, потребность в получении информации, особенно в экстремальных условиях, со временем будет лишь усиливаться.

Заключение

Отношение к болезни – динамическое образование, непосредственно влияющее на сбережение здоровья пациента путем формирования у него конструктивного типа поведения. Однако оно способно преобразовываться (реконструироваться) в зависимости от различных параметров болезни, таких как тяжесть, длительность, прогноз и проч., а также от субъективного ощущения благополучия и представлений о заболевании, которые формируются прежде всего посредством потребления субъектом информации из современного медиапространства. На примере пандемии COVID-19, беспрецедентной с точки зрения влияния на жизнедеятельность большей части популяции Земли, мы можем фиксировать широкую степень освещенности проблемы со стороны СМИ. С од-

ной стороны, СМИ исполняют профилактическую функцию предупреждения развития и распространения той или иной эпидемии/пандемии. С другой стороны, многократное и ежедневное освещение информации о количестве случаев госпитализации и летальных исходов оказывает психотравмирующее (психогенное) воздействие. В этих условиях информация подобного рода способна ак-

туализировать смысл смерти, опасности для жизни и здоровья у широких слоев населения, что отражается на их адаптивных личностных способностях. Все это в конечном итоге формирует искаженное отношение к болезни еще до момента заболевания, а сам факт постановки диагноза будет являться триггером, запускающим предуготованную реакцию на болезнь.

Литература

1. Александровский Ю.А. Социально-стрессовые расстройства // РМЖ. 1996. № 11. С. 2–3.
2. Алёхин А.Н., Отсус А.Е. Влияние СМИ на формирование отношения к болезни при COVID-19 // Вестник психотерапии. 2023. № 88. С. 14–21.
3. Баринов Д.Н. Особенности отношения молодежной аудитории освещению в СМИ пандемии коронавирусной инфекции (COVID-19) // Вестник Томского государственного университета. Филология. 2022. № 78. С. 183–199.
4. Воробьева М.М., Захарова Д.С., Ефимова А.В. [и др.]. Формирование дискурсивного образа пандемии COVID-19 в институциональных СМИ (обзор) // Социальные и гуманитарные науки. Отечественная и зарубежная литература. Сер. 6: Языкознание: Реферативный журнал. 2022. № 3. С. 80–95.
5. Дворецкий Л.И. Путешествие в страну ятрогения (сообщение 2) // Архив внутренней медицины. 2017. № 3. С. 165–170.
6. Дейнека О.С., Максименко А.А. Вакцина от инфодемии, или психологическое состояние общества на фоне пандемии, вызванной COVID-19. Кострома: АНО «Центр социальных инициатив», 2024. 400 с.
7. Заславская А.А. Средства массовой информации и их влияние на психику человека – истерия вокруг коронавируса // Сб. XIII межд. науч. конф. «Исследования молодых ученых» (г. Казань, октябрь, 2020 г.). Казань: Молодой ученый, 2022. С. 65–68.
8. Кузнецов О.Н. Психогении непривычных условий существования в клинко-психологической интерпретации неособобленных нозологических форм пограничной психиатрии // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 1994. № 4. С. 31–39.
9. Лебедев Д.В. Влияние масс-медиа на формирование ценностного отношения к здоровью в молодежной среде // Вестник ПАГС. 2010. № 1(22). С. 135–138.
10. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания. М.: Медицина, 1977. 112 с.
11. Нагорная А.В. Метафорический фрейминг пандемии COVID-19 // Вестник Томского государственного университета. 2021. № 469. С. 28–35.
12. Отсус А.Е. К проблеме психогенной сенсibilизации (в условиях пандемии COVID-19) // Вестник психотерапии. 2024. № 91. С. 6–13.
13. Павленко Е.В. Влияние средств массовой информации на формирование ценностного отношения человека к своему здоровью // Сб. XIV Международной конференции научно-практической конференции «Культура, личность, общество в современном мире: методология, опыт эмпирического исследования» (г. Екатеринбург, 17–18 марта, 2011 г.). Екатеринбург: Уральский государственный университет. С. 77–82.
14. Свядощ А.М. Неврозы и их лечение. М.: Медицина, 1971. 456 с.
15. Седов В.М., Бибилов В.Ю. Исследование дефиниций ятрогении // Ученые записки СПбГМУ им. академика И. П. Павлова. 2009. Т. 16, № 1. С. 8–12.
16. Середина Н.В. Основы медицинской психологии. Р. н/Д.: Феникс, 2003. 512 с.
17. Смулевич А.Б. Ипохондрия и соматоформные расстройства. М.: ИПТК «Логос», 1992. 175 с.
18. Яковлева Э.Б. От семьи до коронавируса: военная метафора в разных видах дискурса // Социальные и гуманитарные науки. Отечественная и зарубежная литература. Серия 6: Языкознание. 2021. № 1. С. 141–153.
19. Craig D. Pandemic and its metaphors: Sontag revisited in the COVID-19 era // *European Journal of Cultural Studies*. 2020. Vol. 23, N 6. Pp. 1025–1032.
20. Perloff R.M. A Three-Decade Retrospective on the Hostile Media Effect // *Mass Communication and Society*. 2015. Vol.18, N 6. Pp. 701–729.
21. Silverman R.D., Head K.J., Beckman E. From “A Spoonful of sugar” to operation warp speed: Covid-19 vaccines and their metaphors // *Bill of Health*. 2020. URL: <https://scholarworks.indianapolis.iu.edu/items/ebfe857f-5bef-4ea4-ba0c-d96f9b552db8> (дата обращения: 29.03.2025)
22. Vallone R.P., Ross L., Lepper M.R. The hostile media phenomenon: Biased perception and perceptions of media bias in coverage of the Beirut massacre // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1985. Vol. 9, N 3. Pp. 577–585.

Поступила 28.04.2025

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

Для цитирования. Отсус А.Е. Средства массовой информации как источник психогенного воздействия // Вестник психотерапии. 2025. № 95. С. 106–117. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-95-106-117

A.E. Otsus

Mass Media as a Source of Psychogenic Influence

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

✉ Aleksandr Evgenievich Otsus – Assistant of Department of Clinical Psychology and Psychological Help, Herzen State University (48, River Moika Emb., St. Petersburg, 191186, Russia), e-mail: susto111@yandex.ru

Abstract

Relevance. The problem of the influence of mass media (the media – further) on human behavior is interdisciplinary and is studied within such scientific fields as philosophy, psychology, sociology, linguistics, and so on. This analysis presents a clinical and psychological point of view on the problem of the psychogenic impact of the media. The article presents an analysis of research on the phenomenon of “psychogeny”: the history of the problem, the concept, definitions and classifications. For the first time, the role of the media in the formation of a distorted attitude towards the disease in patients with COVID-19 is considered. The article provides an overview of theoretical and empirical studies on the problem of psychogenic effects from the media on patients who have suffered COVID-19.

Objective. *To examine the role of the psychogenic factor of the information environment in shaping illness perception during the pandemic.*

Methodology: theoretical analysis of domestic and foreign literary sources for the years 1971–2024 on the study of the role of the psychogenic factor in the formation of attitudes towards the disease. The search for publications was carried out on the foreign scientific databases SpringerLink, JSTORE, ResearchGate, as well as on the Russian libraries CyberLeninka and eLibrary.ru.

Results. The COVID-19 pandemic, unprecedented in terms of its global impact, has been widely covered by mass media. On the one hand, mass media play a preventive role by disseminating information aimed at limiting the spread of epidemics and pandemics. On the other hand, repeated and daily reporting on hospitalization and mortality rates exerts a psychotraumatic (psychogenic) effect. During the pandemic, such information may actualize existential concerns about death and threats to life and health among broad population groups, thereby negatively affecting adaptive psychological capacities. Consequently, distorted attitudes toward illness may form prior to any diagnosis, while the act of receiving a diagnosis itself becomes a trigger that initiates a predetermined maladaptive reaction to the disease.

Conclusion. The findings highlight the significance of considering psychogenic media influence when designing psychopreventive programs for populations exposed to emergencies, including future pandemics. They also underscore the relevance of accounting for psychogenic factors in the clinical interaction with patients, particularly those recovering from acute respiratory infections in pandemic contexts, while taking into account their individual psychological characteristics. Furthermore, the results may inform subsequent research on the psychological effects of media exposure.

Keywords: psychogeny, psychogenic effects, mass media, COVID-19, pandemic, attitude to the disease, reaction to the disease.

References

1. Alexandrovsky Yu.A. Social'no-stressovye rasstrojstva [Social stress disorders]. *Russkij medicinskij zhurnal* [Russian Medical Journal]. 1994; (11): 2–3. (In Russ.)
2. Alekhin A.N., Otsus A.E. Vliyanie SMI na formirovanie otnosheniya k bolezni pri COVID-19. [The influence of the media on the formation of attitudes towards the disease with COVID-19]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2023; (88): 14–21. (In Russ.)
3. Barinov D.N. Osobennosti otnosheniya molodezhnoj auditorii osveshheniju v SMI pandemii koronavirusnoj infekcii (COVID-19) [Features of the young audience's attitude to the media coverage of the coronavirus (COVID-19) pandemic]. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta. Filologija*. [Tomsk State University Journal of Philology]. 2022; (78): 183–199. (In Russ.)
4. Vorobeva M.M., Zaharova D.S., Efimova A.V. [et al.]. Formirovanie diskursivnogo obraza pandemii COVID-19 v institucional'nyh SMI (Obzor). [Formation of a discourse image of the covid-19 pandemic in institutional media (Review)]. *Social'nye i gumanitarnye nauki. Otechestvennaja i zarubezhnaja literatura. Ser. 6, Jazykoznanie: Referativnyj zhurnal*. [Social sciences and humanities. Domestic and foreign literature series 6. Linguistics]. 2022; (3): 85–90. (In Russ.)
5. Dvoreckij L.I. Puteshestvie v stranu jatrogenija (soobshhenie 2). [Travel to country iatrogenic (Message 2)]. *Arhiv vnutrennej mediciny* [Archive of internal medicine]. 2017; 7(3): 121–128. (In Russ.)
6. Deineka O.S., Maksimenko A.A. Vakcina ot infodemii ili psihologicheskoe sostojanie obshhestva na fone pandemii, vyzvannoj COVID-19. [The vaccine against infodemia or the psychological state of society against the background of the pandemic caused by COVID-19]. Kostroma, 2024. 400 p. (In Russ.)
7. Zaslavskaja A. A. Sredstva massovoj informacii i ih vlijanie na psihiku cheloveka – isterija vokrug koronavirusa. [The media and their influence on the human psyche: hysteria around coronavirus]. In: *XIII Mezhdunarodnaja nauchnaja konferencija «Issledovaniya molodyh uchjonyh», oktjabr', 2022* [In the Collection of XIII International scientific conference «Research by young scientists», October, 2020]. Kazan, 2022. Pp. 65–68. (In Russ.)
8. Kuznetsov O.N. Psihogenii neprivychnyh uslovij sushhestvovaniya v kliniko-psihologicheskoy interpretacii neobosoblennyh nozologicheskikh form pograničnoj psihiatrii. [Psychogenies of unusual living conditions in the clinical and psychological interpretation of non-isolated nosological forms of borderline psychiatry.V.M]. *Obozrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii im. V. M. Bekhtereva*. [Bekhterev review of psychiatry and medical psychology]. 1994; (4): 31–39. (In Russ.)
9. Lebedev D.V. Vlijanie mass-media na formirovanie cennostnogo otnosheniya k zdorov'ju v molodezhnoj srede [The influence of Mass Media of Formation of Value Attitudes of Youth towards Health]. *Vestnik Povolzhskoj akademii gosudarstvennoj sluzhby* [The Bulletin of the Volga region Institute of Administration]. 2010; 22(1): 135–138. (In Russ.)
10. Luria R.A. Vnutrennjaja kartina bolezni i iatrogennye zabolevaniya [The internal picture of the disease and iatrogenic diseases]. Moscow, 1977. 112 p. (In Russ.)
11. Nagornaya A.V. Metaforicheskij frejming pandemii COVID-19. [Metaphoric Framing of COVID-19]. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta*. [Tomsk State University Journal]. 2021; (469): 28–35. (In Russ.)
12. Otsus A.E. K probleme psihogennoj sensibilizacii (v uslovijah pandemii COVID-19). [On the problem of psychogenic sensitization (during the COVID-19 pandemic)]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2023; (91): 6–14. (In Russ.)
13. Pavlenko E.V. Vlijanie sredstv massovoj informacii na formirovanie cennostnogo otnosheniya cheloveka k svoemu zdorov'ju. [The influence of the media on the formation of a person's value attitude towards his health]. In: *XIV Mezhdunarodnaja nauchno-prakticheskaja konferencija «Kul'tura, lichnost', obshhestvo v sovremennom mire: metodologija, opyt jempiricheskogo issledovaniya», 17–18 marta 2011*. [In the Collection of XIV International Conference of Scientific and Practical Conference «Culture, personality, society in the modern world: methodology, experience of empirical research», 17–18 March, 2011]. Ekaterinburg, 2011. Pp. 77–82. (In Russ.)
14. Syvadoshch A.M. Nevrozy i ih lechenie [Neuroses and their treatment]. Moscow. 1971; 456. (In Russ.)
15. Sedov V.M., Bibikov V.Ju. Issledovanie definicij jatrogenii [Study of definitions of iatrogenics]. *Uchenye zapiski Pervogo Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta im. Akademika im I.P. Pavlova* [The Scientific Notes of Pavlov University]. 2009; 16(1): 8–12. (In Russ.)
16. Seredina N.V. Osnovy medicinskoj psihologii [Fundamentals of medical psychology]. Rostov-on-Don, 2003. 512 p. (In Russ.)
17. Smulevich A.B. Ipohondrija i somatoformnye rasstrojstva [Hypochondria and somatoform disorders]. Moscow, 1992. 175 p. (In Russ.)
18. Yakovleva E.B. Ot sem'i do koronavirusa : voennaja metafora v raznyh vidah diskursa [From family to coronavirus : a military metaphor in different types of discourse]. *Social'nye i gumanitarnye nauki. Otechestvennaja i zarubezhnaja literatura. Serija 6: Jazykoznanie*. [Social sciences and humanities. Domestic and foreign literature series 6. Linguistics]. 2021; (1): 141–153. (In Russ.)

-
19. Craig D. Pandemic and its metaphors : Sontag revisited in the COVID-19 era. *European Journal of Cultural Studies*. 2020; 23(6): 1025–1032.
 20. Perloff R.M. A Three-Decade Retrospective on the Hostile Media Effect. *Mass Communication and Society*. 2015; 18(6): 701–729.
 21. Silverman R.D., Head K.J., Beckman E. From «A Spoonful of sugar» to operation warp speed: Covid-19 vaccines and their metaphors. Bill of Health, 2020. URL: <https://scholarworks.indianapolis.iu.edu/items/ebfe857f-5bef-4ea4-ba0c-d96f9b552db8> (accessed 29.03.2025)
 22. Vallone R.P., Ross L., Lepper M.R. The hostile media phenomenon: Biased perception and perceptions of media bias in coverage of the Beirut massacre. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1985; 9(3): 577–585.
-

Received 28.04.2025

For citing: Otsus A.E. Sredstva massovoi informatsii kak istochnik psikhogenного vozdeistviya. *Vestnik psikhoterapii*. 2025; (95): 106–117. **(In Russ.)**

Otsus A.E. Mass media as a source of psychogenic influence. *Bulletin of Psychotherapy*. 2025; (95): 106–117. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-95-106-117

1. Представление материалов

При направлении статей в журнал должны соблюдаться международные этические нормы, разработанные Комитетом по этике научных публикаций (<http://publicationethics.org/resources/guidelines>). Автор(ы) передает(ют) электронную версию статьи в формате Word 97–2003 и подписанный им(и) скан титульного листа на сайт журнала (<https://vestpsihoterapii.elpub.ru/jour/author/submit/1>) через опцию «Отправить статью» и дублирует(ют) отправку на e-mail редколлегии: vestnik-pst@yandex.ru.

2. Требования к материалам рукописи

Общие требования к тексту: шрифт Times New Roman, кегль – 12 пт (таблицы – 10 пт), интервал полуторный. Поля с каждой стороны по 2 см. Объем передовых и обзорных статей не должен превышать 15 с., экспериментальных и общетеоретических исследований – 10 с., включая текст, иллюстрации (рисунки, таблицы), список литературы и англоязычный блок.

В начале первой страницы указывается универсальный десятичный код (УДК).

Схема построения статьи: 1) инициалы и фамилии авторов; 2) заглавие статьи (в формате обычного текста – не заголовок), учреждение и его адрес (указывается для каждого из авторов); 3) аннотация и ключевые слова, соотнесенные с Международным рубрикатором медицинских терминов (MeSH), русскоязычная версия которого представлена на сайте Центральной научной медицинской библиотеки (<http://www.scsml.rssi.ru/>); 4) краткое введение; 5) материал и методы; 6) результаты и их анализ; 7) заключение (выводы); 8) наличие/отсутствие конфликта интересов, который может повлиять на анализ и интерпретацию полученных результатов; источники финансовой поддержки (гранты, государственные программы, проекты и т. д.); благодарности; 9) участие авторов (конкретный вклад каждого автора в подготовку и написание статьи); 10) литература.

Диагнозы заболеваний и формы расстройств поведения следует соотносить с МКБ-10. Единицы измерений приводятся по ГОСТу 8.471-2002 «Государственная система обеспечения единства измерений. Единицы величин».

Сведения об авторах приводятся на русском и английском языке: фамилия, имя, отчество; ученая степень, ученое звание (указание ученого звания и должности факультативно); название места работы/учебы без сокращений, даже если оно общепринято в стране (при переводе следует использовать официальное название из Устава учреждения, иначе аффилиация с учреждением в международных базах данных будет затруднена); почтовый адрес (страна, почтовый индекс, город, улица, дом); e-mail автора. Обозначается вклад каждого автора в подготовку и написание статьи.

Авторы обязуются сообщить о конфликте интересов, связанном с подготовкой статьи.

Список литературы оформляется в виде алфавитного библиографического указателя по ГОСТу

7.0.5-2008. Если авторов пять и более, то необходимо указать фамилии трех авторов и далее в квадратных скобках сокращенное словосочетание «и другие» [и др.]. Для оптимизации транслитерации знаки точка и тире (.), которые отделяют зоны библиографической записи, заменяются точкой. Обязательно указываются DOI статей, если они имеются.

Структура англоязычного раздела: 1) авторы и заглавие статьи; 2) название учреждения приводится так, как оно указано в Уставе учреждения; 3) сведения об авторах: транслитерированные имена, отчества, фамилии; ученые звания и степени, должность; учреждение, его адрес (дом, улица, город, почтовый индекс, страна); 4) реферат по разделам и ключевые слова; 5) транслитерированный список литературы. При транслитерации следует использовать сайт <http://translit.net>, формат транслитерации – BSL. После транслитерированного русского заглавия в квадратных скобках указывается его английский перевод. Для заглавий статей и журналов следует применять официальные переводы, представленные в самих журналах, на сайте Научной электронной библиотеки (<http://elibrary.ru>) и ведущих библиотек страны.

Требования к рисункам: допускаются только черно-белые рисунки, заливка элементов рисунка – косая, перекрестная, штриховая; не допускаются тонкие заливки; допустимые форматы файлов – TIFF, JPG, PDF; разрешение – не менее 300 dpi; ширина рисунка – не более 100 мм, высота рисунка – не более 150 мм; легенда рисунка должна быть легко читаемой, шрифт не менее 8 пт.

3. Присланные статьи рецензируются членами редколлегии, редакционного совета и ведущими специалистами отрасли. При положительном отзыве статьи принимаются к печати.

При принятии статьи к публикации авторы дают право редакции размещать полные тексты статей и ее реферата в информационных справочно-библиографических базах данных.

Рукописи авторам не возвращаются.

4. Редакция оставляет за собой право сокращения статей без изменения концептуальной основы содержания, а также размещения статей в разделе «Дискуссионный клуб». Кроме того, редакция имеет право запросить у авторов заключения Этического комитета, сведения о возможности опубликования в открытой печати материалов исследования и др.

Предоставляются все авторские права, закрепленные законодательством Российской Федерации.

Более полный перечень правил для авторов, а также примеры оформления статей представлены:

- на сайте ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никиторова: <https://nrterm.ru/science/editorial-and-publishing/periodicals/zhurnal-vestnik-psihoterapii/>;
- на сайте журнала: <https://vestpsihoterapii.elpub.ru/jour/about/submissions#authorGuidelines>.