

Буткевич М.А., Чугунов Д.Н.
Особенности адаптации пациентов
с невротическими расстройствами

Butkevich M.A., Chugunov D.N.

Features of the Adaptation of Patients with Neurotic Disorders

Психоневрологический диспансер №4 (СПб ГКУЗ ПНД №4), Санкт-Петербург, Россия

В статье рассматриваются актуальные подходы к определению и классификации психотерапевтических мишеней в контексте особенностей адаптации у пациентов с невротическими расстройствами. Описывается возможность психотерапевтической интерпретации экспериментально-психологических данных путем выделения критических показателей и связей между ними в соотношении полученных результатов с двухосевой классификацией психотерапевтических мишеней (по Каткову А.А.), где первая ось связана с актуальными, специфическими и универсальными мишенями, а вторая – с макро-, мета- и структурно-технологическими особенностями психотерапевтической коммуникации, включая саморегуляцию. Актуальность проблематики обусловлена возможностью оптимизации психотерапевтической помощи на современном этапе, учитывая распространенность невротических расстройств и накопленный массив психотерапевтических методов, с помощью выявления системообразующих факторов дезадаптации и их интерпретацией как психотерапевтических мишеней (целей).

Проведенное исследование направлено на обнаружение особенностей адаптации у пациентов с невротическими расстройствами, которые могут рассматриваться как значимые приоритетные цели, регулирующие психотерапевтические интервенции, обладающие относительно большей эффективностью и соответственно «адаптационным потенциалом» в рамках соответствующего подхода.

Методы и материалы: клинический, клинико-психологический: интегративный тест тревожности, опросник депрессивных состояний-2, методика «Тип отношения к болезни», методика «Уровень социальной фрустрированности», методика «Индекс жизненного стиля», копинг-тест Лазаруса, методы статистической обработ-

ки. Было исследовано 155 первично обратившихся пациентов с невротическими расстройствами (F40–F48).

Выявлены такие особенности адаптации, как: средний уровень фрустрированности, затруднения в однозначных оценках, выраженная тревожная симптоматика, преобладание стратегий бегства-избегания, поиска социальной поддержки и механизмов регрессии, смешанный сенситивно-неврастенический тип отношения к болезни. Способность к положительной переоценке и снижение уровня регрессии могут рассматриваться как механизмы саногенеза и психологической адаптации.

Ключевые слова: психотерапевтическая психодиагностика, психотерапевтические цели, невротические расстройства, адаптация

Для цитирования: Буткевич, М.А., Чугунов, Д.Н. Особенности адаптации пациентов с невротическими расстройствами // Новые психологические исследования. 2025. № 3. С. 267–290. DOI: 10.51217/npsyresearch_2025_05_03_13

Распространенность расстройств невротического спектра, различных вариантов клинической и доклинической дезадаптации (Вассерман и др., 2024) при наличии массива современных психотерапевтических и психокоррекционных методов актуализируют дальнейшие научно-практические исследования, направленные на оптимизацию помощи таким пациентам и развитие представлений о патогенетических и саногенетических механизмах, раскрывающих соотношения факторов адаптации на уровне мета-теоретических обобщений в современных психотерапевтических направлениях. В частности, психотерапевтическая интерпретация данных клинко-психологического исследования может использоваться для определения приоритетных психотерапевтических мишеней (ПМ), потенциально обладающих относительно большей эффективностью и соответственно «адаптационным потенциалом» в рамках соответствующего подхода. Методы статистической обработки скринингового исследования особенностей адаптации позволяют выявить тенденции, характерные для больных с невротическими расстройствами, с взаимными переходами от отдельных наблюдений к обобщенным и достоверным результатам проводимого исследования и обратным движением, от имеющихся общих выводов и выявленных закономерностей к особенностям индивидуальных случаев непосредственно в процессе психотерапии. Индивидуальные запросы и ожидания обратившихся за помощью пациентов систематизируются и

обобщаются в научном исследовании, причем неочевидные (сложно различимые) тенденции становятся более явными при достаточном объеме выборки и корректности использованных процедур статистической обработки и интерпретации. Психотерапевтическая интерпретация психодиагностических данных, с нашей точки зрения, позволит масштабировать фокус исследования от декларируемых жалоб и актуальных запросов пациентов к внутренним механизмам этиопатогенеза невротических расстройств и расстройств адаптации, с выделением приоритетных параметров(целей), скрытых неосознаваемых и неочевидных запросов, оказывающих, тем не менее, существенное влияние на непосредственную и долговременную эффективность психотерапевтических интервенций. Значимость такого исследования состоит в развитии научно-практических представлений о потенциале изучения психотерапевтически значимых структур в виде мишеней(целей), рассматриваемых внутри системы адаптации пациентов с невротическими расстройствами для разработки последующих обоснованных психотерапевтических рекомендаций.

Существующие определения ПМ и их классификации позволяют выделить предмет экспериментально-психологического исследования, чьи параметры описываются качественными и количественными показателями используемых методик и связей между ними с последующей интерпретацией в психотерапевтическом контексте. Приведем несколько определений, отмечая, что в ряде случаев под ПМ могут пониматься цели психотерапии (Ляшковская и др., 2017).

ПМ — это те симптоматические, поведенческие и внутриличностные нарушения, на которые направлены психотерапевтические воздействия (например, иррациональные когниции, неадекватные паттерны поведения, внутриличностные конфликты или противоречия, патологическая система отношения) (Психотерапия: учебник..., 2022).

Под термином ПМ подразумевается проявляемый в процессе психотерапии пациентом или предполагаемый психотерапевтом клинико-психологический феномен, а его изменение является целью психотерапевтического воздействия на конкретном этапе психотерапевтического процесса (Ляшковская, 2016). Согласно классификации С.В. Ляшковской, любая из возможных ПМ относится к одной из пяти возможных плоскостей (групп), соответственно рассматриваются мишени: для клинической группы, для личности, для психотерапевтического контакта, для социальной ситуации, для метода психотерапии.

Феномен деморализации, по Дж. Франку, описывает развернутую картину невротической симптоматики: низкая самооценка, безнадежность, изолированность, беспомощность, страх, уныние, тревога, спутанность мышления, психофизиологические симптомы, воспринимаемые как признаки нездоровья (Frank, 2015; Панфилов, 2023). При этом происходит переход в стратегию поиска социальной поддержки, в том числе в виде практики психотерапевтической коммуникации, когда симптоматическое содержание чувств, мыслей, паттернов поведения и переживания становится мишенью для психотерапевтических интервенций в паре «клиент-психотерапевт». Обращение за профессиональной помощью и наличие подтвержденного клинического диагноза показывает кризисный характер адаптации, связанный с невозможностью эффективной саморегуляции и самопомощи.

В другом определении под ПМ понимаются сущностные характеристики и параметры какого-либо – как правило кризисного – аспекта психической активности и (или) жизнедеятельности субъекта, группы, общества, возможность терапевтической трансформации которых доказана, осуществима, производится с использованием проработанного технологического инструментария профессиональной психотерапии и закономерно приводит к достижению целей (Катков, 2021). В классификации ПМ А.А. Каткова выделяются две оси: первая ось дифференцирует показатели в зависимости от адресации к рефлексивным переживаниям клиента (его проблемная ситуация или состояние) – 1.1. класс актуальных мишеней (жалобы на состояние психоэмоциональной сферы, напряжение); 1.2. класс специфических мишеней (био-психо-социальные характеристики); 1.3. класс универсальных мишеней (базисные стратегии кризисного развития, концепт адаптивно-креативного цикла и модели психологического здоровья). Вторая ось содержит классы мишеней, связанные с уровнями психотерапевтической коммуникации: 2.1 класс макро-технологических мишеней; 2.2 класс мета-технологические мишеней; 2.3 класс структурно-технологические мишеней. Отметим, что вторая ось в большей степени представлена особенностями самих интервенций в психотерапевтических коммуникациях. В проведенном нами исследовании изучались особенности копинг поведения и защитных механизмов, а также системы отношения к болезни в аспекте индивидуально-личностных особенностей саморегуляции. Данная классификация ПМ выбрана как основная для последующей интерпретации в связи с предполагаемой возмож-

ностью взаимных переходов между различными классами мишеней внутри одной оси или между осями. Как уже отмечалось выше, уровень актуальных запросов пациентов (класс 1.1) отражает только часть значимых параметров «проблемного» поля адаптационных особенностей пациентов, которую они осознают и могут сформулировать при обращении (Катков, 2013). Стоит отметить, что каждая психотерапевтическая модальность подразумевает их дальнейшее развитие и модификацию, переходы между классами мишеней. Например, в когнитивном подходе внимание от выявления актуального запроса будет смещаться к выявлению иррациональных когнитивных искажений (специфические мишени), а в гештальт подходе непосредственно наблюдаемая феноменология и запрос клиента «здесь и сейчас» (актуальные мишени) дополняются специфическими наблюдениями терапевта и выводами о механизмах и способах «прерывания контакта», а в дальнейшей терапии происходит расширение зоны осознания клиента (специфические мишени). При этом предполагается соотнесение полученных результатов с более широким контекстом жизнедеятельности и адаптации в целом (универсальные мишени) и т.д. Использование высоких уровней обобщения и мета-теоретических выводов позволяет описать общие, модально неспецифические особенности адаптации пациентов в формулировках ПМ. Выделенные оси ПМ имплицитно содержат взаимно обратимые переходы между различными классами (уровнями) запросов.

Таким образом, соотнесение результатов клинического и экспериментально-психологического исследования с рассматриваемыми вариантами ПМ позволяет описать структуру ПМ с выделением системообразующих «узловых» и дополнительных факторов психических явлений, процессов и свойств у пациентов в их актуальной жизненной ситуации, в интересах последующей психотерапии (психокоррекции) и психопрофилактики (Вассерман и др., 2021). Интерпретация описательных статистик, а также статистически значимых достоверных связей и отношений изучаемых характеристик дезадаптации даст возможность выявить их взаимосвязи в соответствии с используемой классификацией ПМ, обозначая наиболее выраженные и взаимосвязанные переменные, которые в данном контексте рассматриваются как приоритетные мишени для последующей психотерапии.

Вероятным развитием перечисленных направлений может стать последующая интеграция рассматриваемых плоскостей

в классификации С.В. Ляпковской или классов в двух осевой классификации А.А. Каткова на следующем уровне концептуального обобщения с привлечением различных данных клинических и экспериментально-психологических исследований, в том числе, в концепции психической адаптации. Так, в исследованиях А.Ю. Александровского было показано, что конфликтные ситуации в сфере значимых отношений при невозможности их конструктивного разрешения в 57% связаны с психической дезадаптацией, которая проявляется в субклинических формах, чаще в виде невротоподобных расстройств с полиморфной симптоматикой (Александровский, 1976). Отмечается, что понимание этиопатогенеза нарушений психической адаптации на основе биопсихосоциальной модели (Березин, 1988; Березин, Вассерман, 1994; Березин 2009) связано с использованием методов психодиагностики скрытых эмоциональных нарушений, фрустрирующих факторов и межличностных конфликтов, индивидуальных механизмов переработки стресса и психологической защиты (Plutchik, 1979; Вассерман и др., 1999, 2005). А показателями нарушений адаптационного процесса могут выступать тревожно-депрессивные, психосоматические и поведенческие расстройства, невротические зависимости (Березин, 1988; Емельянова 2022): 1) особенности эмоциональной сферы (повышенный уровень тревожности, фрустрационная напряженность, сниженный фон настроения, раздражительность), изменившийся эмоциональный фон влияют на механизмы восприятия и оценку внешних сигналов и связанного с ними поведения; 2) дефицит информации или недостаточные для решения актуальной проблемы когнитивные возможности (для «выхода за пределы ограничений ситуации») приводят к ее негативному восприятию (вариант «катастрофизации»), а непонимание способов удовлетворения значимой потребности — к ее вынужденному обесцениванию и невротической реакции; 3) поведенческие нарушения, смещение активности в виде саморазрушения, девиантного и аддиктивного поведения для «сверхбыстрого» снижения психического напряжения и «психической компенсации»; 4) заострение патохарактерологических черт; 5) различные варианты соматизации и «ухода в болезнь», соматоформные и психосоматические расстройства.

В исследовании особенностей невротической динамики И.В. Благовещенской было показано, что патогенетические предикторы невротических расстройств одновременно определяют стратегии психопрофилактических интервенций и варианты развития невроза. Авторами выделяются следующие ПМ: неадекватная самооценка,

низкий показатель жизнестойкости, высокий уровень актуального стресса, социальная интроверсия и аксиологические особенности (Благовещенская и др., 2021).

Отметим, что в процессе терапии, как правило, формируется специфическая коммуникация (мишени второй оси), позволяющая внутренние, часто малоосознаваемые аспекты отношений, сделать внешними, объективировать их, проговорить, осознать, выразить, посмотреть на них с другой стороны и из другого психофизиологического состояния, а в дальнейшем интегрировать их в целостное конструктивное отношение. Важно подчеркнуть, что пациент на это время перестает быть одиноким в глубине своей жизненной ситуации, а симптоматическое содержание его чувств, мыслей, паттернов поведения и переживания становятся целями для соответствующих психотерапевтических интервенций в паре «клиент-психотерапевт» (структурно-технологические мишени второй оси). Особенности такой коммуникации могут отражать внутреннюю динамику разрешения кризиса клиента. Специалист, помогая сформулировать и уточнить психотерапевтический статус и актуальные запросы, катализирует переход гностических процессов и эмоционального статуса клиента от полюса незнания и растерянности (деморализации по Д. Франку) к прояснению и узнаванию, что именно и почему с ним происходит. Следует заметить, что большинство пациентов уже на этапе заполнения психодиагностических методик отмечали, что сформулированные вопросы помогают им лучше понять себя, а получение и обсуждение результатов, сопровождаемое соответствующими рекомендациями, может рассматриваться как важный мотивационный фактор.

Основное внимание в нашем исследовании связано с интерпретацией адаптивных особенностей, характерных для невротических расстройств, с выделенными фокусами внимания-мишенями, сопоставлением значений показателей. Представляется важным применение математических и психотерапевтических эвристик в аналитической части исследования. В таблице 1 представлено условное распределение психодиагностических методик в соответствии с выделенными осями ПМ в проведенном исследовании.

Таблица 1. Условное распределение использованных методов исследования в соответствии с двухосевой классификацией ПМ.

Первая ось: показатели в зависимости от адресации к рефлексивным переживаниям клиента (его проблемная ситуация или состояние)	Актуальные мишени	Специфические мишени	Универсальные мишени
	Анамнез, актуальные жалобы и симптомы, методика УСФ	Методики ИТТ, ОАС-2	Интерпретация корреляционных взаимосвязей
Вторая ось: классы мишеней, связанные с уровнями психотерапевтической коммуникации и саморегуляции	Макро-технологические мишени	Мета-технологические мишени	Структурно-технологические мишени.
	Методики ИЖС, тест Лазаруса	Методика ТОБОЛ	Интерпретация корреляционных взаимосвязей

Цель исследования: определение приоритетных (согласно двухосевой классификации Каткова А.А.) психотерапевтических мишеней в структуре параметров адаптации у пациентов с невротическими расстройствами.

Описание выборки

155 человек (142 женщины (91,6%), 13 (8,4%) мужчин) больных невротическими расстройствами, первично обратившихся за психотерапевтической помощью, без выраженных коморбидных заболеваний. Средний возраст $40,17 \pm 3,78$ лет; критерии включения в исследование – лица старше 20 и моложе 60 лет. Семейное положение: одиноких, без отношений – 5(3,2%) человек, состоящих в браке 120(77,4%), находящихся в разводе 24(15,5%), вдовство 6(3,9%). Образование: среднеспециальное – 7(4,6%), не законченное высшее – 105(67,7%), высшее – 43(27,7%).

Клинические диагнозы пациентов соответствовали рубрике – невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40–F48), исследование проводилось до назначенного лечения. Распределение по диагнозам: F48.0 – 53(34,19%) пациента, F45.8 – 4(2,6%) пациента, F45.33 – 1(0,65%) пациент, F45.32 – 1(0,65%) пациент, F45.31 – 1(0,65%) пациент, F45.30 – 13(8,39%) пациентов, F45.1 – 1(0,65%) пациент, F45.0 – 2(1,29%) пациента, F43.23 – 26(16,77%) пациентов, F43.22 – 9 (5,8%) пациентов, F43.21 – 1(0,65%) пациентов, F43.1 – 2(1,29%) пациента, F41.2 – 16(10,32%) пациентов, F41.1 – 10(6,45%) пациентов, F41.01 – 5(3,23%) пациентов, F41.0 – 6(3,87%) пациентов, F40.8 – 2 (1,29%) пациента, F40.08 – 1(0,65%)

пациент, F40.01 – 1(0,65%) пациент. Участие в исследовании было добровольным и с информированием о его результатах.

Методы исследования

Клинический; клинико-психологический, включающий батарею психодиагностических методик, разработанных в лаборатории медицинской психологии НИПНИ им В.М. Бехтерева под руководством Л.И. Вассермана: методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ) (Вассерман и др., 2005), методика «Уровень социальной фрустрированности» (УСФ) (Вассерман и др., 2004, 2021), методика «Опросник депрессивных состояний» (ОДС-2) (Вассерман, Щелкова, 2014), «Интегративный тест тревожности» (ИТТ) (Бизюк 2003, Караваева 2018), копинг-тест Лазаруса (Вассерман и др., 2004, 2009), опросник «Индекс жизненного стиля» (ИЖС) (Вассерман и др., 1999, 2005).

Методы статистической обработки

Коэффициент альфа Кронбаха, показывающий согласованность шкал использованных методик в применении к данной выборке $\alpha = 0,87$ (на основе стандартизованных пунктов). Методы статистической обработки в программе SPSS: описательные статистики для определения выраженности измеряемых показателей, параметров ошибки среднего и имеющейся дисперсии, корреляционный анализ (коэффициент корреляции Пирсона, предварительно осуществлялась проверка нормальности распределения, $p < 0,05$), направленный на исследование согласованности изменений исследуемых показателей адаптации.

Дизайн исследования подразумевал однократное клинико-психологическое исследование психосоциальных особенностей адаптации у больных с невротическими расстройствами с последующей статистической обработкой и последующей интерпретацией в соответствии с рассмотренными классификациями.

Результаты

В проведенном исследовании уровень социальной фрустрированности в основных сферах жизнедеятельности рассматривается как описание психосоциальной среды, особенности взаимодействия и отношений с которой определяют динамику внутреннего и внешнего адаптационного напряжения и соотносятся с актуальным психотерапевтическим запросом обратившихся пациентов. Выявлен

низкий и средний уровень психосоциальной фрустрированности актуальных потребностей, при этом отмечается наличие средних оценок. Наблюдается относительная удовлетворенность в сфере отношений с друзьями ($2,21 \pm 0,08$), коллегами ($2,21 \pm 0,08$), детьми ($2,24 \pm 0,1$), администрацией по работе ($2,29 \pm 0,09$), относительная удовлетворенность жилищно-бытовыми условиями ($2,36 \pm 0,1$) и более выраженная, но не акцентированная фрустрированность, связанная с оценкой психоэмоционального состояния ($3,75 \pm 0,09$) и физического здоровья ($3,29 \pm 0,09$). Наибольшая неопределенность связана с оценкой взаимоотношений с мужем(женой) ($2,9 \pm 0,12$), материальным положением ($3,03 \pm 0,1$), образом жизни в целом ($3,05 \pm 0,09$), проведением свободного времени ($3,07 \pm 0,01$) и работоспособностью ($3,09 \pm 0,11$). Таким образом, локализованные в пункте 1.1 первой оси, по классификации Каткова А.А., актуальные мишени констатируют относительную успешность удовлетворения основных потребностей в отношениях «личность-психосоциальная среда» с наличием выраженной неопределенности в оценках и повышенным риском дезадаптации в связи с беспокойством о психоэмоциональном состоянии и физическом здоровье. Отмечается, что исследуемая группа пациентов не соотносит фрустрированность в остальных сферах жизнедеятельности с удовлетворенностью эмоциональным и физическим состоянием, рассматривая их как не связанные между собой.

Для более детального изучения особенностей адаптации к сложившимся жизненным условиям и когнитивно-аффективных реакций в связи с этим также были использованы методики интегративный тест тревожности (ИТТ) и опросник депрессивных состояний (ОДС-2). Опросник депрессивных состояний не выявил актуальных признаков клинически значимой депрессивной симптоматики ($67,39 \pm 1,3$), континуум невротическая-эндогенная депрессия находится в зоне неопределённости ($51,77 \pm 1,01$). Структура тревожных переживаний с наличием статистически достоверных различий для менее выраженной ситуативной тревоги как актуального состояния и повышенной личностной тревожности на протяжении длительного времени как отражение личностных особенностей, характеризуется такими структурными компонентами, как эмоциональный дискомфорт ($7 \pm 0,16$) и тревожная оценка перспектив ($7 \pm 0,08$). Наблюдается средне нормативный показатель уровня социальной тревожности на личностном ($4,5 \pm 0,22$) и ситуативном ($4 \pm 0,37$) уровнях, без статистически значимых различий, что может

рассматриваться как возможный психотерапевтический ресурс, открытость к диалогу, а также относительно высокий уровень доверия. Фобический компонент личностной тревожности ($6,1 \pm 0,12$) также относительно менее представлен, что описывает общую структуру тревоги как несфокусированную относительно конкретных объектов, событий или отношений к ним. Ситуативная структура тревоги связана с повышенными значениями астенического компонента ($5,7 \pm 0,36$), отражая степень истощения и непродуктивность предшествующих способов саморегуляции, а также беспокойством относительно будущего ($5,2 \pm 0,32$), тем самым обозначая общую экстернальную позицию относительно значимых событий в жизни как на личностном (установка «от меня это не зависит»), так и на ситуативном (регрессия и повышенное ожидание от психотерапевта) уровнях тревоги.

Таким образом, отмечается ряд специфических особенностей аффективно-личностной сферы изучаемых пациентов в виде повышенной тревожности, предполагаемой экстернальности локуса контроля, низкой эффективности адаптивных стратегий при возможности диалога, общительности при невыраженной депрессивной симптоматике. Отмечается согласованность с данными методики УСФ (сфера межличностных отношений с дальним кругом социального взаимодействия: друзья, коллеги по работе-социум). Психотерапевтическая интерпретация полученных результатов по методикам УСФ, ОДС-2 и ИТТ, позволяет отнести их к уровню специфических мишеней первой оси 1.2, отражающих сложности саморегуляции в результате личностной тревожности, противоречия между одновременной чувствительностью к социальному окружению и повышенной чувствительностью к собственному психоэмоциональному и физическому состоянию.

Возможность перехода к классу(уровню)универсальных мишеней 1.3 первой оси обеспечивается корреляционным анализом показателей, использованных для 1.1 и 1.2, а именно показатели методик УСФ, ИТТ и ОДС-2. Описание универсальных мишеней (1.3) отражает патогенетическое противоречие между возможностями личности, с одной стороны, ее стремлениями и завышенными требованиями к себе, чувствительностью к мнению других людей, с другой стороны. Напомним, что функциональный смысл выведения первой и второй оси ПМ заключается в возможностях адекватного стратегического целеполагания психотерапевтического процесса и психотерапевтической коммуникации. И, как мы предполагаем, в том числе аспектам «само-терапии», саморегуляции, особенностям «внутреннего диалога», «обращения к себе».

В исследовании вторая ось представлена сочетанием показателей психологической защиты, копинг поведения (класс ПМ 2.1) и отношения к болезни (класс ПМ 2.2 и 2.3). Так, методика ТОБОЛ описывает параметры интрапсихической и интерпсихической дезадаптации, копинг механизмы выражают различные варианты направленности механизмов совладания, а механизмы психологической защиты – специфические искажения в этих процессах. Испытывая адаптационное напряжение в отношениях «личность-среда», пациенты прибегают к различным способам совладания с возникающими трудностями. Это может соответствовать классу макротехнологических мишеней второй оси, определяющему актуальный эпигенетический вектор «автономность, уверенность (конструктивный сценарий)» или вектор «сомнение, стыд (деструктивный сценарий)», отражающий динамику объектных отношений раннего детства по Э. Эриксону, и составляет анти-ресурсный статус в виде сложностей определения проблемного поля (значимость субъективных переживаний и особенностей межличностных отношений) и решения проблемной ситуации с использованием имеющихся ресурсов в процессе творческой адаптации.

Как известно, копинг-стратегии состоят в первичной когнитивной оценке актуальных условий ситуации, вторичной оценке имеющихся ресурсов и возможностей специфических действий, направленных на устранение возникшего противоречия. Отсутствие ожидаемого результата обуславливает корректировку представлений о стрессоре и оптимальных способах реагирования. Таким образом, на основе механизма обратной связи происходит формирование цикла непрерывного взаимодействия индивида с окружающим миром. Отмечается, что важнейшей характеристикой психической адаптации является ее активно-приспособительный характер. Применение методики «Копинг-тест Лазаруса» выявило преобладание проблемно-ориентированной стратегии поиска социальной поддержки ($70,54 \pm 3,17$), когнитивно ориентированного планирования решения проблемы ($65,94 \pm 1,19$), принятия ответственности на уровне отношения ($63,45 \pm 2,54$), положительной переоценки ($59,67 \pm 2,11$), а также самоконтроля ($58,59 \pm 2,08$). Относительно более редко используются такие копинги, как конфронтация ($49,11 \pm 3,09$), дистанцирование ($48,17 \pm 0,78$) и «бегство-избегание» ($53,19 \pm 0,38$). Учитывая, что все показатели имеют значение близкое к 50% и выше, можно говорить о широком репертуаре доступных механизмов совладающего со стрессом поведения, с предпочтением внутренне ориентирован-

ных действий и склонностью к формированию зависимой позиции и/или чрезмерных ожиданий по отношению к окружающим.

Механизмы психологической защиты имеют средний уровень актуального напряжения и в соответствии с данными методики ИЖС в большей степени представлены механизмами регрессии ($72,2 \pm 4,09$). Отметим, что преобладание поиска социальной поддержки и регрессии не предполагают креативную генерацию новых идей и способов решения актуальных проблем и внутренних противоречий, а в большей степени отражают стремление к повторению своего более раннего опыта или опыта других людей, на это также указывают относительно сниженные показатели интеллектуализации ($42,65 \pm 3,09$) и склонность к аффективному реагированию. Снижение креативной способности указывает на факт деморализации и общее снижение уровня адаптивных возможностей. Механизм проекции представлен в наименьшей степени ($39,4 \pm 2,12$), что связано с возможностями более прямой социальной перцепции с возможными трудностями использования сферы воображения представлений и образов (собственно их проекции).

Таким образом, степень напряжения психологических защит и активности копинг механизмов направлены не на актуализацию ресурсного состояния с возможностью креативно-творческих решений для выхода из фрустрирующих переживаний, а скорее, наоборот, на регрессию, фиксированную невротическую симптоматику, выражающих избыточное напряжение механизмов адаптации.

Тип отношения к болезни отражает систему отношений личности к болезни и личностному смыслу здоровья. Представляется что выстраивание внутренней картины болезни происходит в защитных целях для совладания со стрессом болезни и связанных с ней обстоятельств. В более ранних публикациях показана взаимосвязь этапов формирования внутренней картины здоровья и совладающего со стрессом поведения, подразумевающего последовательный переход от первоначального восприятия и оценки ситуации к более глубокому и всестороннему формированию личностной позиции относительно сложившейся ситуации. Внутренняя картина болезни (ВКБ) в данном контексте выступает как интегрирующая система, определяющая уровень адаптации через систему аффективного, когнитивного и поведенческого компонентов отношений. Именно это позволяет отнести показатели методики ТОБОЛ ко второй шкале структурно-технологических мишеней, рассматриваемых как возможность эффективной саморегуляции и управления существенными парамет-

рами (уровнями) внутреннего диалога, и саморегуляции, а также психотерапевтической коммуникации со специалистом (параметры интра- и интер- психической адаптации соответственно).

Методика ТОБОЛ, характеризуя интегральное восприятие и отношение к болезни, выявила смешанный вариант с преобладанием интер- и интра- психической дезадаптации по сенситивно-неврастеническому варианту ($15,79 \pm 2,1$ и $12,21 \pm 1,16$ соответственно). Таким образом, наблюдается повышенная чувствительность к мнению и реакциям близкого окружения на факторы, связанные с состоянием здоровья, феномены раздражительной слабости, истощения, повышенной восприимчивости и чувствительности, что подтверждает феноменологию деморализации пациентов на момент обращения. Наименее представлены меланхолический ($4,86 \pm 0,04$), апатический ($3,89 \pm 0,1$), паранойяльный ($6,75 \pm 1,02$) и дисфорический ($7,23 \pm 1,08$) типы отношения к заболеванию. Соотношения высокой социальной и психофизиологической чувствительности как факторы психосоциальной дезадаптации могут рассматриваться, в связи с этим как выделенные психотерапевтические мишени.

Отмечается тенденция к эргопатическому реагированию ($14,55 \pm 1,68$), стремление уйти в работу, сферу профессиональной деятельности, поддающуюся максимальному контролю, что следует расценивать как возможный ресурс адаптации, так как сфера работы согласно методике УСФ не имеет выраженного фрустрирующего действия. Низкие показатели по уровням апатического ($3,89 \pm 0,1$) и меланхолического ($4,86 \pm 0,04$) типов отношения в сочетании с отсутствием выраженной депрессивной симптоматики и повышенной тревожностью интерпретируются как потенциал личностного смысла здоровья.

Неосознаваемая динамика психологических защит и внутренняя картина болезни фокусирует внимание на классе мета-технологических мишеней; психофизиологические аспекты неврастенического компонента отношения к заболеванию в виде раздражительной слабости отражают высокий уровень сенсомоторного напряжения, подавление актуальных сенсорно-перцептивных импульсов и пассивно-агрессивного стиля коммуникации. Снижение уровня подавления и игнорирования импульсов при этом совпадает с переходом к содружественно-коммуникативным стратегиям. Ориентированность на поиск социальной поддержки, регрессия, сенситивный тип отношения к болезни отражают особенности прохождения стадий эпигенетического развития по Э. Эриксону автономия-зависимость,

при этом появление невротических симптомов может быть способом уменьшения внутреннего напряжения.

Дальнейшее изучение полученных результатов подразумевает анализ взаимных переходов и взаимосвязей внутри выделенных классов мишеней. Так, параметры социальной фрустрированности (методика УСФ) могут иметь значимые взаимосвязи с показателями уровня тревоги (методика ИТТ) и депрессии (методика ОДС-2), характеризуя таким образом глубину и специфическое содержание тревожно-депрессивных реакций в связи с фрустрациями в процессе взаимодействия «организм-среда». Изучение взаимосвязи уровня тревоги и депрессии с показателями методики копинг-тест Лазаруса и методики Индекс жизненного стиля отражают специфическую согласованность параметров адаптации и параметров психологической защиты и копинг поведения в целом. Показатели методики типа отношения к болезни (ТОБОЛ), рассматриваемые в их поведенческом, когнитивном и аффективном компонентах, во взаимосвязи с остальными показателями могут определять степень интегрированности отдельных симптомов, способов совладания с ними и психологической защиты в целостном отношении. Для изучения указанных взаимосвязей и взаимодействий может применяться корреляционный анализ, показывающий степень согласованности изменений переменных, то есть наличие значимых взаимосвязей между ними, что позволяет структурировать имеющиеся эмпирические данные с выделением выраженных приоритетных (взаимосвязанных) показателей-мишеней.

Корреляционный анализ показателей, условно отнесенных к классу 1.1 (актуальные запросы) и 1.2 (специфические запросы) психотерапевтических мишеней, а именно методики УСФ и ИТТ, ОДС-2, не выявил статистически значимых и выраженных взаимосвязей. Таким образом, тревожные переживания (как уже было отмечено выше, по средним показателям депрессивная симптоматика не выявлена, в связи с чем ОДС-2 далее не упоминается) и параметры социальной фрустрированности рассматриваются как независимые друг от друга. Актуальная фрустрированность и ситуативная тревога также не имеют взаимосвязи, однако, учитывая выраженность личностной тревожности, можно предположить, что она взаимосвязана не с актуальными, а с прошлыми анамнестическими событиями, обращение к которым может соответствовать классу 1.3 (универсальные ПМ).



Рис. 1. Корреляционные связи параметров адаптации ($r > 0,40$; $p < 0,05$).

На рисунке 1 представлены результаты корреляционного анализа показателей, выраженных и значимых корреляционных связей ($r > 0,40$; $p < 0,05$). Показатели методики ТООЛ, характеризующиеся смешанным типом отношения к болезни, также не выявили значимых взаимосвязей с остальными показателями. Таким образом, механизмы психологической защиты и копинг поведения не позволяют выстроить однозначное отношение к имеющимся симптомам, особенностям эмоционального состояния, а предшествующий опыт болезни не имеет значимой взаимосвязи с актуальным напряжением психологических защит и копинг механизмов. Симптоматика воспринимается как внешняя по отношению к системе отношений личности, то есть пациенты не осознают патогенетическую связь между особенностями личности и проявляющимися невротическими симптомами. Используются не специфические паттерны саморегуляции, отражающие отношение к болезням в целом, в виде чувствительности, астенизации, уменьшения уровня активности. Механизмы регрессии ($r = 0,60$; $p < 0,05$) и замещения ($r = 0,45$; $p < 0,05$), а также степень напряжения психологических защит ($r = 0,50$; $p < 0,05$) имеют выраженную корреляцию с копинг стратегией «бегство-избегание». Учитывая повышенные средние значения указанных переменных их можно рассматривать как приоритетные мишени последующей психотерапии. Механизм отрицания также позитивно связан с положительной переоценкой ($r = 0,43$; $p < 0,05$). Таким образом, механизмы избегания можно рассматривать как

системообразующий фактор в системе внутреннего саногенеза. Возвращение к предшествующим способам реагирования подразумевает и отсутствие актуальной спонтанности, указывает на прошлый опыт беспомощности, когда поменять ситуацию не было возможности и единственным способом повлиять на нее было переключение на другую деятельность и буквально выход из ситуации.

Корреляция параметров психологических защит отрицания и положительной переоценки, действуя совместно, отражают когнитивные искажения, препятствующие актуализации личностного роста в виде осознания актуальной проблемы и формирования более зрелого адаптивно-приспособительного ответа, положительная переоценка позволяет сфокусироваться на удовлетворении актуальной потребности. Это может объяснять повышенное число неопределённых ответов в методике УСФ, отрицание актуальной фрустрированности. Неосознаваемые негативные переживания разочарования, обиды, страха и т.п. могут находить свое символическое выражение с помощью соответствующих невротических симптомов комплексов.

Отмечаются позитивные корреляции фобического компонента личностной тревожности с копинг стратегиями принятия ответственности ($r = 0,41$; $p < 0,05$) и бегства-избегания ($r = 0,43$; $p < 0,05$). Учитывая двустороннюю корреляционную связь, это отражает невротический конфликт по неврастеническому типу принятия ответственности («я хочу») и страха не справиться («но, я не могу»), стремление избежать переживания страха, но парадоксальное «возвращение» к нему. Положительная связь с относительно невыраженным фобическим компонентом личностной тревожности также может рассматриваться как специфическая мишень психотерапии, недоступная для саморегуляции. Механизм регрессии имеет положительную корреляцию с эмоциональным дискомфортом личностной тревожности ($r = 0,47$; $p < 0,05$). Раскрывается эмоциональное переживание беспомощности – «нужно что-то делать, но я не знаю что», – отсюда стремление к социальной поддержке и деморализация в связи с фрустрированностью базовых потребностей («детская позиция»).

Наблюдаются выраженные и статистически значимые взаимосвязи отдельных шкал методик ИТТ, ИЖС и копинг-теста Лазаруса, соответствующие классам первой оси 1.2 (специфические мишени) и второй оси 2.1 (макро-технологические) ПМ. Между остальными классами взаимосвязи выявлены не были. Наибольшее количество

корреляционных связей образует копинг-стратегия бегство-избегание, что может указывать на преобладающую тенденцию саморегуляции личностной тревожности, непосредственно обращенной и взаимосвязанной с механизмами психологической защиты (регрессия, отрицание, замещение, степень напряжения психологических защит) и копинг стратегиями (бегство-избегание, позитивная переоценка и принятие ответственности), вне связи с актуальным контекстом (параметры актуальной фрустрированности) и интегрирующей системой отношения к болезни (методика ТОВОЛ) в ее поведенческом, когнитивном и аффективном компонентах. Таким образом, саморегуляция пациентов с невротическими расстройствами преимущественно связана с обращением к двум классам выделенных психотерапевтических(саморегуляция) мишеней.

В целом, результаты психотерапевтической интерпретации психодиагностических данных в структуре адаптации позволяют выделить и описать критически выраженные параметры и особенности взаимосвязи между ними, подразумевая актуальные, специфические и универсальные цели, а также особенности компонентов системы отношений на мета-, макро- и структурно технологическом уровне.

Выводы

1. Применение двухосевой классификации психотерапевтических мишеней к психодиагностическим данным, характеризующим особенности адаптации, позволяет структурировать имеющиеся показатели, выделяя преобладающие и взаимосвязанные переменные, а также особенности переходов(взаимосвязей) между выделенными классами (уровнями) мишеней, условно обозначая их как относительно приоритетные.

2. У пациентов с невротическими расстройствами наблюдаются специфические особенности адаптации – возможные психотерапевтические мишени: первая ось – личностная тревожность (эмоциональный дискомфорт, фобический компонент, тревожная оценка перспектив), вторая ось – степень напряжения психологических защит (механизм регрессии), копинг-стратегия бегство-избегание, поиск социальной-поддержки, а также сенситивно-неврастенический тип ВКБ. Способность к положительной переоценке и снижение уровня регрессии могут рассматриваться как механизмы саногенеза и психологической адаптации.

3. Выявлена особенность саморегуляции, избирательно адресованная к специфическим мишеням первой оси, а именно компонен-

там личностной тревожности, и второй оси с преобладанием копинг-стратегии бегство-избегания, а также механизмам психологической защиты, регрессии и замещения. Отмечается независимость системы отношения к болезни и актуальной фрустрированности. Пациенты с невротическими расстройствами фиксированы на ранних стадиях адаптивно-креативного цикла в связи с преобладающим использованием механизмов избегания и регрессии и затружденного использования ресурсов воображения и интеллектуализации.

Литература

- Александровский, Ю.А. Состояние психической дезадаптации и их компенсация: (пограничные нервно-психические расстройства). М.: Наука, 1976.
- Александровский, Ю.А. Социально-стрессовые расстройства // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 1992. № 2. С. 5–10.
- Беребин, М.А. Диалектические системные основания для разработки теории психической адаптации личности в медицинской психологии // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия психология. 2009. № 42 (175). С. 26–41.
- Беребин, М.А., Вассерман, А.И. Факторы риска пограничных нервнопсихических и психосоматических расстройств у педагогов общеобразовательных школ // Обзорение психиатр. и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. 1994. № 46. С. 12–17.
- Березин, Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека: монография. Л.: Наука, 1988.
- Бизюк, А.П., Вассерман, А.И., Иовлев, Б.В. Применение интегративного теста тревожности (ИТТ) СПб.: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2003.
- Благовещенская, И.В., Капцов, А.В., Конева, О.Б. Модели невротического поведения у лиц, страдающих расстройствами адаптации // Психология. Психофизиология. 2021. Т. 14. № 4. С. 62–71. DOI: 10.14529/jpps210406
- Вассерман, А.И., Ерышев, О.Ф., Клубова, Е.Б. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля. Пособие для психологов и врачей. СПб.: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005.
- Вассерман, А.И., Ерышев, О.Ф., Клубова, Е.Б., Петрова, Н.Н. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: пособие для врачей и психологов. Санкт-Петербург: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1999.
- Вассерман, А.И., Иовлев, Б.В., Беребин, М.А. Методика для психологической диагностики уровня социальной фрустрированности. Методические рекомендации. СПб.: Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. 2004.

- Вассерман, А.И., Иовлев, Б.В., Исаева, Е.Р. и др. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями: пособие для врачей и медицинских психологов. Санкт-Петербург: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2009.
- Вассерман, А.И., Иовлев, Б.В., Карпова, Э.Б. и др. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей. СПб.: Психоневрологический институт имени В.М. Бехтерева, 2005.
- Вассерман, А.И., Щелкова, О.Ю. Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы и личности. Санкт-Петербург: СПбГУ, 2014.
- Вассерман, А.И., Щелкова, О.Ю., Дубинина, Е.А. и др. Разработка методики экспресс-психодиагностики уровня социальной фрустрированности: теоретическое обоснование и опыт применения // СибСкрипт. 2024. Т. 26. № 5. С. 659–671.
- Вассерман, А.И., Щелкова, О.Ю., Дубинина, Е.А. и др. Социальная фрустрированность как фактор психогенеза расстройств психической адаптации // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2021. Т. 55. № 3. С. 8–18.
- Емельянова, А.А. Теоретический анализ концепции адаптации применительно к медицинской психологии // Вестник психотерапии. 2022. № 84. С. 46–55. DOI: 10.25016/2782-652X-2022-0-84-46-55
- Караваева, Т.А., Васильева, А.В., Мизина, Е.Б. и др. Алгоритмы диагностики тревожных расстройств невротического уровня (панического, генерализованного тревожного и тревожно-фобических расстройств): методические рекомендации. СПб.: НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2018.
- Катков, А.А. Интегративная психотерапия (философское и научное методологическое обоснование). СПб.: РГКП, 2013.
- Катков, А.А. Систематика и классификация психотерапевтических мишеней // Антология всемирной психотерапии: материалы научно-практических конгрессов Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги и Национальной саморегулируемой организации «Союз психотерапевтов и психологов». Москва: ОППА, 2021. С. 27–34
- Ляпковская, С.В. О классификации психотерапевтических мишеней и ее использовании для повышения качества психотерапии больных с невротическими расстройствами // Вестник психотерапии. 2016. №59 (65). С. 7–28.
- Ляпковская, С.В., Тапшыков, В.А., Семенова, Н.В. Подходы к определению и типологии мишеней психотерапии в контексте задач совершенствования индивидуальных программ психотерапии // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. 2017. № 1. С. 89–98.

- Панфилов, А.Ю. Деморализация тяжелобольных пациентов с риском для жизни // Национальный психологический журнал. 2023. Т. 18. № 4. С. 90–98. <https://doi.org/10.11621/npj.2023.0408>
- Психотерапия: учебник / Под ред. А.В. Васильевой, Т.А. Караваевой, Н.Г. Незнанова. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. DOI: 10.33029/9704-6485-4-VKN-2022-1-864.
- Frank, J.D. General psychotherapy: the restoration of morale. International Psychotherapy Institute: From American Handbook of Psychiatry. URL: <https://www.freepsychotherapybooks.org/ebook/general-psychotherapy-the-restoration-of-morale/> (access date 07.05.2022).
- Plutchik, R., Keffemian, R., Coute, H. A structural theory of ego defenses and motions / In E. Jsaard (Ed.), Emotions in personality and psychopathology. New York: Plenum, 1979. P. 229–257.

Сведения об авторах

Михаил А. Буткевич, главный врач, психоневрологический диспансер № 4, Санкт-Петербург, Россия; 197110, Россия, Санкт-Петербург, ул. Пудожская, д. 6; pnd4@zdrav.spb.ru

Даниил Н. Чугунов, кандидат психологических наук, медицинский психолог, психоневрологический диспансер № 4, Санкт-Петербург, Россия; 197110, Россия, Санкт-Петербург, ул. Пудожская, д. 6; steelpulses@list.ru

Butkevich M.A., Chugunov D.N.

Features of the Adaptation of Patients with Neurotic Disorders

Psycho-neurological dispensary № 4, St. Petersburg, Russia

The article considers current approaches to the definition and classification of psychotherapeutic targets in the context of adaptation characteristics in patients with neurotic disorders. The possibility of psychotherapeutic interpretation of experimental psychological data is described, highlighting the critical indicators and links between them in the correlation of the results obtained with the two-axis classification of psychotherapeutic targets (Katkov A.L.), where the first axis relates to current, specific, and universal targets, and the second to macro-, meta-, and structural-technological features of psychotherapeutic communication, including self-regulation. Relevance is related to the possibility of optimization of psychotherapeutic assistance at the present stage, given the prevalence of neurotic disorders and the accumulated range of psychotherapeutic methods, by identifying systemic factors of degeneration that can be interpreted as psychotherapeutic targets (goals).

The study conducted aims to identify adaptation characteristics in patients with neurotic disorders that can be considered significant priority goals, guiding

psychotherapeutic interventions that are relatively more effective and therefore “adaptive capacity” as part of an appropriate approach.

Methods and materials: clinical, clinical-psychological: integrative test of anxiety; questionnaire of depressive states-2; method “Type Attitude to the Disease”; method “Level of Social Frustration”; method “Index of Lifestyle”; coping-test of Lazarus; methods of statistical treatment. A total of 155 primary patients with neurotic disorders (F40–F48) were investigated.

Identified adaptation features include: average level of intensity, difficulties in single-digit assessments, expressed anxiety symptoms, predominance of escape-avoidance strategies, search for social support, regression mechanisms, and mixed type of relations.

Additionally, identified adaptation features include: average level of frustration, difficulties in single-digit assessments, expressed anxiety symptoms, predominance of escape-avoidance strategies, search for social support, regression mechanisms, and mixed sensory-neurotic type of relationship to the disease.

The ability for positive reassessment and reduction of regression can be seen as mechanisms of autogenesis and psychological adaptation.

Key words: psychotherapeutic psychodiagnostics, psychotherapeutic goals, neurotic disorders, adaptation

For citation: Butkevich, M.A., Chugunov, D.N. (2025). Features of the Adaptation of Patients with Neurotic Disorders. New Psychological Research, No. 3, 267–290. DOI: 10.51217/npsyresearch_2025_05_03_13

References

- Aleksandrovskii, Yu.A. (1976). *The state of mental maladaptation and their compensation: (borderline neuropsychiatric disorders)*. Moscow: Nauka.
- Aleksandrovskii, Yu.A. (1992). Social stress disorders. *Obozrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V.M.Bekhtereva*, 2, 5–10.
- Berebin, M.A. (2009). Dialectical system bases for the development of the theory of mental adaptation of personality in medical psychology. *Vestnik Yuzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya psikhologiya*, 42(175), 26–41.
- Berebin, M.A., Vasserman, L.I. (1994). Risk factors for borderline neuropsychiatric and psychosomatic disorders in teachers of secondary schools. *Obozrenie psikiatrii, i med. psikhologii im. V.M.Bekhtereva*, 46, 12–17.
- Berezin, F.B. (1988). *Mental and psychophysiological adaptation of man: monograph*. Leningrad: Nauka.
- Bizyuk, A.P., Vasserman, L.I., Iovlev, B.V. (2003). *Application of the integrative anxiety test (IAT)*. St. Petersburg: Izd-vo NIPNI im. V.M. Bekhtereva.
- Blagoveshchenskaya, I.V., Kaptsov, A.V., Koneva, O.B. (2021). Models of neurotic behavior in people suffering from adaptation disorders. *Psikhologiya. Psikhofiziologiya*, 4(14), 62–71. DOI: 10.14529/jpps210406

- Emelyanova, A.A. (2022). Theoretical analysis of the concept of adaptation in relation to medical psychology. *Vestnik psikhoterapii*, 84, 46–55. DOI: 10.25016/2782-652X-2022-0-84-46-55
- Frank, J.D. (n.d.). General psychotherapy: The restoration of morale. International Psychotherapy Institute. Retrieved from <https://www.freepsychotherapy-books.org/ebook/general-psychotherapy-the-restoration-of-morale/>
- Karavaeva, T.A., Vasileva, A.V., Mizinova, E.B., Belan, R.M., Morgacheva, T.V., Guzheva, O.B. (2018). *Algorithms for the diagnosis of neurotic anxiety disorders (panic, generalized anxiety and anxiety-phobic disorders): methodological recommendations*. St. Petersburg: Izd-vo NIPNI im. V.M. Bekhtereva.
- Katkov, A.L. (2013). *Integrative psychotherapy (philosophical and scientific methodological justification)*. St. Petersburg: RGKP.
- Katkov, A.L. (2021). Systematics and classification of psychotherapeutic targets. In *Anthology of World Psychotherapy: Materials of scientific and practical congresses of the All-Russian Professional Psychotherapeutic League and the National Self-regulatory Organization "Union of Psychotherapists and Psychologists"* (pp. 27–34). Moscow: OPPL.
- Lyashkovskaya, S.V. (2016). On the classification of psychotherapeutic targets and its use to improve the quality of psychotherapy for patients with neurotic disorders. *Vestnik psikhoterapii*, 59(65), 7–28.
- Lyashkovskaya, S.V., Tashlykov, V.A., Semenova, N.V. (2017). Approaches to the definition and typology of psychotherapy targets in the context of the tasks of improving individual psychotherapy programs. *Obozrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii*, 1, 89–98.
- Panfilov, A.Yu. (2023). Demoralization of seriously ill patients at risk to life. *Natsional'nyi psikhologicheskii zhurnal*, 4(18), 90–98. DOI:10.11621/npi.2023.0408
- Plutchik, R., Keffemian, R., Coute, H. (1979). A structural theory of ego defenses and motions. In E. Jasad (Ed.), *Emotions in personality and psychopathology* (pp. 229–257). New York: Plenum.
- Vasilyeva, A.V., Karavaeva, T.A., Neznakov N.G. (Eds.). (2022). *Psychotherapy: a textbook*. Moscow: GEOTAR-Media. DOI: 10.33029/9704-6485-4-VKN-2022
- Vasserman, L.I., Eryshev, O.F., Klubova, E.B. (2005). *Psychological diagnostics of the life style index. A manual for psychologists and doctors*. St. Petersburg: Izd-vo NIPNI im. V.M. Bekhtereva.
- Vasserman, L.I., Eryshev, O.F., Klubova, E.B., Petrova, N.N. (1999). *Psychological diagnostics of the life style index: a manual for doctors and psychologists*. St. Petersburg: Izd-vo NIPNI im. V.M. Bekhtereva.
- Vasserman, L.I., Iovlev, B.V., Berebin, M.A. (2004). *Methodology for psychological diagnosis of the level of social frustration. Methodological recommendations*. St. Petersburg: Izd-vo NIPNI im. V.M. Behtereva
- Vasserman, L.I., Iovlev, B.V., Isaeva, E.R., Trifonova, E.A., Shchelkova, O.Yu., Novozhilova, M.Yu. (2009). *Methodology for psychological diagnosis of coping with stressful*

and problematic situations for a person: a manual for doctors and medical psychologists. St. Petersburg: Izd-vo NIPNI im. V.M. Bekhtereva.

Vasserman, L.I., Shchelkova, O.Yu. (2014). *Psychological diagnosis of disorders of the emotional sphere and personality.* St. Petersburg: SPbGU.

Vasserman, L.I., Shchelkova, O.Yu., Dubinina, E.A., Berebin, M.A., Mikhailov, V.A., Nikiforova, E.A., Chugunov, D.N. (2021). Social frustration as a factor in the psychogenesis of mental adaptation disorders. *Obozrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva*, 3(55), 8–18.

Vasserman, L.I., Shchelkova, O.Yu., Dubinina, E.A., Mikhailov, V.A., Nikiforova, E.A., Chugunov, D.N. (2024). Development of a method for rapid psychodiagnostics of the level of social frustration: theoretical justification and application experience. *SibSkript*, 5(26), 659–671.

Wasserman L.I., Iovlev B.V., Karpova E.B. (2005). *Psychological diagnostics of attitudes to illness: a manual for doctors.* St. Petersburg: Izd-vo NIPNI im. V.M. Bekhtereva.

Information about the authors

Mikhail A. Butkevich, Chief physician, Neuropsychiatric Dispensary No. 4, St. Petersburg, Russia; bld. 6, Pudozhskaya str., St. Petersburg, Russia, 197110; pnd4@zdrav.spb.ru

Daniil N. Chugunov, Ph.D. (Psychology), medical psychologist, Neuropsychiatric dispensary No. 4, St. Petersburg, Russia; bld. 6, Pudozhskaya str., St. Petersburg, Russia, 197110; steelpluses@list.ru