

**Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины  
им. А.М. Никифорова МЧС России**

---

**ВЕСТНИК  
ПСИХОТЕРАПИИ**

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ**

**Главный редактор В.Ю. Рыбников**

**№ 71 (76)**

Санкт-Петербург  
2019

### **Редакционная коллегия**

В.С. Черный (Санкт-Петербург, д-р мед. наук, науч. ред.); С.Г. Григорьев (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.); О.В. Леонтьев (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.); Р. Мизерене (Литва, Паланга, д-р мед. наук); В.А. Мильчакова (Санкт-Петербург, канд. психол. наук доцент); Н.А. Мухина (Санкт-Петербург, канд. мед. наук доцент); В.Ю. Рыбников (Санкт-Петербург, д-р мед. наук, д-р психол. наук проф.)

### **Редакционный совет**

С.С. Алексанин (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.); А.А. Александров (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.); Ю.А. Александровский (Москва, д-р мед. наук проф.); Г.В. Ахметжанова (Тольятти, д-р пед. наук проф.); Е.Н. Ашанина (Санкт-Петербург, д-р психол. наук); С.М. Бабин (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.); Т.Г. Бохан (Томск, д-р психол. наук проф.); Р.М. Грановская (Санкт-Петербург, д-р психол. наук проф.); Г.И. Григорьев (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.); В.И. Евдокимов (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.); Е.В. Змановская (Санкт-Петербург, д-р психол. наук проф.); Е.А. Колотильщикова (Санкт-Петербург, д-р психол. наук); Н.Г. Незнанов (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.); Е.Л. Николаев (Чебоксары, д-р мед. наук проф.); И.А. Новикова (Архангельск, д-р мед. наук проф.); М.М. Решетников (Санкт-Петербург, д-р психол. наук проф.); Е.И. Чехлатый (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.); В.К. Шамрей (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.)

Адрес редакции:

194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11  
Телефон: (812) 592-35-79, 923-98-01

**ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ**

Научно-практический журнал

- © Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, 2019
- © Международный институт резервных возможностей человека, 2019

**Nikiforov Russian Centre of Emergency and Radiation  
Medicine, EMERCOM of Russia**

---

**BULLETIN OF  
PSYCHOTHERAPY**

**RESEARCH & CLINICAL PRACTICE JOURNAL**

**Editor-in-Chief V.Yu. Rybnikov**

**N 71 (76)**

St. Petersburg  
2019

## **Editorial Board**

V. S. Chernyi (St. Petersburg, Dr. Med. Sci., Science Editor); S. G. Grigorjev (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.); O.V. Leontev (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.); R. Mizeriene (Palanga, Lithuania, Dr. Med. Sci.); V.A. Milchakova (St. Petersburg, PhD Psychol. Sci. Associate Prof.); N.A. Mukhina (St. Petersburg, PhD Med. Sci., Associate Prof.); V.Yu. Rybnikov (St. Petersburg, Dr. Med. Sci., Dr. Psychol. Sci. Prof.)

## **Editorial Council**

S.S. Aleksanin (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.); A.A. Aleksandrov (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.); Yu.A. Aleksandrovskii (Moscow, Dr. Med. Sci. Prof.); G.V. Akhmetzhanova (Togliatti, Dr. Ed. Sci. Prof.); E.N. Ashanina (St. Petersburg, Dr. Psychol. Sci.); S.M. Babin (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.); T.G. Bohan (Tomsk, Dr. Psychol. Sci. Prof.); R.M. Granovskaya (St. Petersburg, Dr. Psychol. Sci. Prof.); G.I. Grigorjev (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.); V.I. Evdokimov (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.); E.V. Zmanovskaya (St. Petersburg, Dr. Psychol. Sci. Prof.); E.A. Kolotilshchikova (St. Petersburg, Dr. Psychol. Sci.); N.G. Neznanov (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.); E.L. Nikolaev (Cheboksary, Dr. Med. Sci. Prof.); I.A. Novikova (Arkhangelsk, Dr. Med. Sci. Prof.); M.M. Reshetnikov (St. Petersburg, Dr. Psychol. Sci. Prof.); E.I. Chekhlaty (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.); V.K. Shamrey (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.)

## **For correspondence:**

11, Pridorozhnaya alley  
194352, St. Petersburg, Russia  
Phone: (812) 592-35-79, 923-98-01

**BULLETIN OF PSYCHOTHERAPY**

Research & clinical practice journal

© Nikiforov Russian Centre of Emergency and Radiation  
Medicine, EMERCOM of Russia, 2019

© International Institute of Human Potential Abilities, 2019

## СОДЕРЖАНИЕ

### ПСИХИАТРИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

<b>Нечипоренко В.В., Лыткин В.М., Баурова Н.Н., Зун С.А., Ятманов А.Н.</b> О традиционных и современных подходах к изучению расстройств личности .....	7
<b>Орлов Ф.В., Николаев Е.Л., Иванова О.Ю.</b> Нарративный подход в психотерапии соматоформной дисфункции мочевого пузыря: анализ клинического случая .....	26
<b>Чистяков М.С.</b> Паническое расстройство. Некоторые психодинамические аспекты ...	44

### МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

<b>Григорьев Г.И., Григорьев С.Г., Мильчакова В.А., Кузнецова Д.В., Мизерас С.</b> Медико-демографические показатели лиц, прошедших курс психофизиологической саморегуляции .....	55
<b>Андреев В.А., Евдокимов В.И.</b> О способе развития мотивации к здоровому образу жизни при психотерапии наркоманий .....	78
<b>Киворкова А.Ю., Соловьев А.Г., Смирнова Н.Н.</b> Социально-психологические детерминанты возникновения чувства одиночества у членов семей специалистов опасных профессий .....	90
<b>Колотильщикова Е.А., Голенищенко А.В., Зотова А.В., Штакельберг О.Ю.</b> Выраженные эмоции при нервно-психических расстройствах .....	108
<b>Леонтьев О.В., Яремко В.И., Черкасова В.Л., Деревянко С.В., Войцицкий А.Н.</b> Динамика психологических показателей у больных гипертонической болезнью и ИБС после саногенетического санаторно-курортного лечения .....	127
<b>Беляев В.Р.</b> Интегральная медико-психологическая коррекция синдрома эмоционального выгорания сотрудников диспетчерских центров .....	137
Информация о журнале .....	148

## CONTENTS

### PSYCHIATRY AND PSYCHOTHERAPY

<b>Nechyporenko V.V., Lytkin V.M., Baurova N.N., Zun S.A., Yatmanov A.N.</b> About traditional and modern approaches to the study of personality disorders .....	7
<b>Orlov F.V., Nikolaev E.L., Ivanova O.Y.</b> A narrative approach to psychotherapy of somatoform bladder dysfunction: clinical case analysis .....	26
<b>Chistyakov M.S.</b> Panic disorder. Some psychodynamic aspects .....	44

### MEDICAL PSYCHOLOGY

<b>Grigorev G.I., Grigorev S.G., Milchakova V.A., Kuznetsova D.V., Mizeras S.</b> Medical and demographic indicators of the people who have passed a course of psychophysical self-regulation .....	55
<b>Andreev V.A., Evdokimov V.I.</b> About the method for forming of motivation to a healthy lifestyle at psychotherapy of drug addictions .....	78
<b>Kivorkova A.Y., Soloviev A.G., Smirnova N.N.</b> The emergence of the social and psychological determinants the feeling of loneliness among the family members of extreme profession persons .....	90
<b>Kolotilshchikova E.A., Golenishchenko A.V., Zotova A.V., Shtakelberg O.Yu.</b> Expressed emotion in mental disorders .....	108
<b>Leontev O.V., Yaremko V.I., Cherkasova V.L., Derevyanko S.V., Voytsitsky A.N.</b> Dynamics of psychological indicators at patients with a hypertension and IBS after sanogeneticheskyy sanatorium treatment .....	127
<b>Beliaev V.R.</b> Integral medical-psychological correction of emotional burnout syndrome of dispatching center employees .....	137
Information about the Journal .....	148

## ПСИХИАТРИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

УДК 616.89-008:37.032

**В.В. Нечипоренко<sup>1</sup>, В.М. Лыткин<sup>1</sup>,  
Н.Н. Баурова<sup>1</sup>, С.А. Зун<sup>1</sup>, А.Н. Ятманов<sup>2</sup>**

### О ТРАДИЦИОННЫХ И СОВРЕМЕННЫХ ПОДХОДАХ К ИЗУЧЕНИЮ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ

<sup>1</sup> Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова  
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6);

<sup>2</sup> Военный учебно-научный центр Военно-Морского Флота  
«Военно-морская академия»  
(Россия, Санкт-Петербург, Ушаковская наб., д. 17/1)

Статья посвящена литературному обзору традиционного и современного подходов к изучению расстройств личности. По мнению А.Б. Смулевича, исследование расстройств личности принадлежит к числу наиболее дискуссионных проблем современной клинической психиатрии. Актуальность такого исследования определяется не только необходимостью создания систематики расстройств личности, отвечающей задачам современной диагностики и терапии, но и первостепенной важностью теоретической концептуализации этой сложной проблемы. Отечественные психиатры внесли значительный вклад в развитие учения о психопатиях как на начальном периоде, так и в последующем. Исследования психопатий в зарубежных странах (в основном в США) отличаются междисциплинарным взаимодействием и разнообразием научных направлений. В отличие от традиционно клинических отечественных подходов, в зарубежных странах изучение проблемы психопатий находилось в основном в ведении психологов и в меньшей мере – философов и юристов. В настоящее время для ре-

---

Нечипоренко Валерий Владимирович – д-р мед. наук проф., проф. каф. психиатрии, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: szun@yandex.ru;

Лыткин Владимир Михайлович – канд. мед. наук доц., доц. каф. психиатрии, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: szun@yandex.ru;

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

Зун Сергей Андреевич – канд. мед. наук, доц., доц. каф. психиатрии, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6), e-mail: szun@yandex.ru;

✉ Ятманов Алексей Николаевич – канд. мед. наук, мл. науч. сотр., Воен. учеб.-науч. центр Воен.-морского флота «Военно-морская академия» (Россия, 197045, г. Санкт-Петербург, Ушаковская наб., д. 17/1), e-mail: yan20220@mail.ru.

шения проблем расстройств личности на современном уровне за рубежом создаются научные и реабилитационные центры, при этом их главной целью является установление наличия психопатии, а типы расстройств личности имеют значение только при проведении лечебно-реабилитационных мероприятий. Последние работы американских психологов свидетельствуют об определенных успехах по объективизации клинических проявлений расстройств личности. У этих лиц были выявлены изменения в паралимбической системе.

**Ключевые слова:** расстройство личности, психическое здоровье, пограничная психическая патология, коррекция поведения.

Патология личности на протяжении веков привлекала внимание как широких слоев общества, так и специалистов-психиатров, что находит определенное отражение и в современном противоречивом периоде нашего отечественного развития с его постоянно расширяющимися формами социальной приемлемости и в регламентированной, и в обыденной жизни, в которой рамки т. н. психической нормы (психического здоровья) представляются весьма аморфными и дискутабельными.

Личностная патология в группе пограничных состояний занимает особое место в силу того, что ежедневная психологическая и медицинская практика требует систематизации знаний о личностных аномалиях. Отмечено, что социальные институты любого общества либо способствуют гармонизации личности, либо усиливают конституционально-типологическую дефицитарность [2].

Понятие быть психически здоровым или психически больным в разных культурах предполагает констатацию различного психического статуса человека. Более того, даже в одной стране, но в разные исторические периоды, сопровождающиеся сменой общественного менталитета, понятие о психической норме и патологии меняется. Анализ многочисленных исследований, посвященных поиску маркеров «нормального поведения», позволяет выделить ряд подходов к решению этого вопроса: статистический, адаптационный, психопатологический, гуманистический и культурально-релятивистический [11].

*Расстройства личности* (РЛ), занимая центральное место в структуре психической патологии, относимой к пограничной области, встречаются также и в спектре расстройств эндогенного круга. Эти пациенты, как правило, не обращаются за специализированной помощью и не нуждаются в постоянном динамическом диспансерном наблюдении, за исключением тяжелых форм. Распространенность РЛ варьирует в весьма широких (от 4 до 23 %) пределах, а в неклинической популяции составляет 11 % [12]. По данным зарубежных исследований, в мире насчитывается около 30 млн



психопатов, каждые 47 секунд на свет рождается психопат. В США каждый год 3000 убийств совершается психопатами [7]. Распространенность психопатов среди населения в России составляет 10,3–13,5 % [11].

Экономические потери, связанные с лечением психопатических лиц, сопоставимы с расходами на больных с психическими заболеваниями. Кроме того, у аномальных лиц отмечаются снижение общеобразовательного и профессионального уровней, появление элементов антисоциального и криминального поведения, зависимости от алкоголя, наркотиков, игровых аддикций [12].

Традиционные подходы в исследовании психопатий формировались со второй половины XIX века. Прилагательное «психопатический», например «психопатическое состояние», встречается в психиатрической литературе XIX столетия в двояком смысле: в широком – как обозначение болезненного состояния психики вообще, и в более узком – приближающемся к современному. В этом значении термин «психопатия» встречается впервые в работах Гризингера, Модсли и Крафт-Эбинга в 70-е гг. XIX века, хотя первое упоминание о «психопатическом темпераменте» связано с именем Гиппократом, а традиционным автором термина «психопатия» считается И. Кох (1891) [7].

В создании учения о психопатиях (расстройствах личности) большая роль принадлежит отечественным психиатрам. Независимо от зарубежных психиатров, а подчас и раньше их, русские психиатры Ф.И. Герцог (1846), О.А. Чечотт (1882), В.Х. Кандинский (1882), И.М. Балинский (1884), В.М. Бехтерев (1885), С.С. Корсаков (1893) термином «психопатия» (психопатическая конституция) обозначали состояния тех лиц, которые не обнаруживали признаков психоза, но были лишены всяких нравственных понятий [11].

Блестательное определение психопатических личностей в свое время дал выдающийся отечественный психиатр В.М. Бехтерев: «Лица, страдающие психопатией, не могут считаться душевнобольными в собственном смысле этого слова, но они являются теми странными, загадочными существами, которые чувствуют, мыслят и поступают иначе, нежели здоровые лица» [1].

Фундаментальная работа по проблеме психопатий, изданная в 1933 г., принадлежит П.Б. Ганнушкину [4]. Главным методом исследования психопатий, использованным им, являлся клинический, а ведущими принципами их изучения автор считал статический (поперечный) и динамический (продольный). В понятие статики П.Б. Ганнушкин включал клиническое,

фактическое содержание психопатий, а в понятие динамики – в первую очередь варианты, законы и формулы развития. Статика и динамика неотделимы одна от другой. Статика, по его мнению, «есть нечто производное, есть уже результат динамики». Динамический анализ психопатий проводился П.Б. Ганнушкиным в трех направлениях: 1) динамика социальных условий (семья, быт, труд и т. д.); 2) биологическая динамика (возраст, возрастные кризисы и т. д.); 3) клиническая динамика.

Клиническая динамика психопатий имеет в своей основе два источника – ситуационный и конституциональный. Она может развиваться или в сторону появления качественно новых свойств, или в сторону дисгармоничного развития особенностей личности, имевшихся ранее. В любом случае в процессе течения отмечаются периоды компенсации и декомпенсации.

П.Б. Ганнушкину принадлежит классическое определение психопатий, не потерявшее свое значение и в настоящее время: психопатии – это такие аномалии характера, которые «определяют весь психический облик индивидуума, накладывая на весь его душевный склад свой властный отпечаток», «в течение жизни... не подвергаются сколько-нибудь резким изменениям и мешают... приспосабливаться к окружающей среде». В последующем эти три критерия были обозначены О.В. Кербиковым [7] как тотальность, относительная стабильность патологических черт характера и степень их выраженности, нарушающая социальную адаптацию. Тотальность, стабильность и выраженность вошли в историю отечественной психиатрии как диагностические критерии психопатии П.Б. Ганнушкина – О.В. Кербикова, однако определенные трудности возникали при отграничении т. н. нормальной личности от акцентуированной и тем более – от аномальной [2, 8, 10].

В начале XX века возникли два противоположных направления в изучении расстройств личности: 1) за основу бралась здоровая личность; 2) за основу рассматривалась психическая болезнь. В одной из своих работ П.Б. Ганнушкин выделял один из перспективных путей исследования личностных расстройств от оценки психического здоровья гармоничной личности к формированию личностных аномалий [3]. Этот путь, по его мнению, раскрывает тенденции становления и последующего формирования динамики здоровой и аномальной личности под влиянием биологических и социальных факторов. Индивид должен рассматриваться не только в течение отдельных этапов его жизни, а по возможности «на протяжении всего жизненного пути». Динамика приводит к кратковременному или длитель-

ному устойчивому изменению клинической картины, «новому характерологическому образованию, которое отличает личность в настоящем времени от нее же в предыдущем». У многих людей можно найти те или другие, подчас довольно диффузные конституционально-психопатические черты, однако сущность практической стороны диагностики заключается в констатации постоянного проявления этих психопатических черт вовне, в повседневной жизни. Познание закономерностей выявления механизмов формирования личности требует обязательного установления границ: одной – от здоровья, другой – от болезни. П.Б. Ганнушкин отмечал, что «в области патологии действуют те же законы и силы, что и в норме; между двумя формами существования человека – здоровьем и болезнью – разница только в том, что при последней нарушается гармония тех взаимоотношений между функциями организма, которые наблюдаются в норме» [3]. Переход здоровой личности к аномальной лежит через промежуточные формы, границы между которыми «крайне неустойчивы и крайне неопределенны». По К. Ясперсу (1913), психическая деятельность остается в диапазоне здоровья, если: а) человеку удастся удерживать свои переживания под контролем; б) эти переживания не приводят к последствиям, расстраивающим ход психической жизни; в) они представляются более или менее возможными в жизни любого человека [15].

К сожалению, во второй половине XX века интерес отечественных исследователей к проблеме аномальных личностей (психопатий) существенно снизился. Недостаточная изученность происхождения психопатий и их динамики привели к тому, что вплоть до настоящего времени не существует общепринятой классификации многочисленных аномальных типов характера. Современные классификации основаны на выделении «первичных» расстройств при патологии характера (эмоционально-волевые нарушения) и «вторичных» расстройств (мыслительные нарушения), а также «простом» и «сложном» вариантах структуры основного психопатологического синдрома [14]. По мнению А.Б. Смулевича, к трудностям типизации личностных расстройств приводят: многообразие вариантов аномальной личности; существование переходных типов; использование различных критериев диагностики (клинических, психологических, социальных); примыкание личностных расстройств одним полюсом к психозам, а другим – к психическому здоровью. Автором отмечается, что традиционные представления, отражающие клинический опыт создателей номенклатуры психопатий о «неизменности», «стабильности», «постоянстве» аномалий личности, сохраняющих свою структуру до старости, нуждаются в пере-

смотре. Современные данные катамнестического изучения РЛ свидетельствуют о конечности некоторых психопатических состояний и возможности компенсации РЛ. С учетом существующих в настоящее время диагностических критериев под РЛ понимаются патологические состояния, характеризующиеся дисгармоничностью психического склада (совокупность постоянных, чаще врожденных свойств индивидуума, отчетливо проявляющихся в эмоциональной и волевой сферах, а также в сфере влечений и в широком диапазоне социальных ситуаций и межличностных взаимодействий уже в детском или пубертатном возрасте) [12].

В то же время практические вопросы: динамика психопатий, организация помощи, судебно-психиатрическая и военно-врачебная экспертиза – в отечественной психиатрии решались удовлетворительно. Естественно, что для получения современных научных знаний по проблеме РЛ требовались новые методические исследовательские подходы, совершенствование лечебно-реабилитационного аспекта проблемы, сфокусированность исследований в специализированных научных центрах. Актуальность приобрел вопрос о «социализации» или «ресоциализации» психопатических личностей с учетом их ведущего клинического профиля. Складывается парадоксальная ситуация, когда эгосинтонность (индивидуальная приемлемость психопатических черт) входит подчас в противоречие с декларируемыми обществом нормами и правилами поведения.

Если отечественные ученые занимались в основном уточнением клинических признаков различных типов РЛ с соответствующей динамикой, их зарубежные коллеги пытались выявить способы коррекции антиобщественного поведения психопатов в обществе наряду с поисками объективизирующих методик диагностики психопатий и попытками определения в головном мозге зон, контролирующей эмоциональную и поведенческую сферы. Если традиционные подходы к изучению расстройств личности были направлены в основном на клинический аспект проблемы, то современные, преимущественно зарубежные, подходы акцентированы на социально-психологическом и биологическом аспектах.

Один из ведущих современных специалистов в этой области, философ и психолог по образованию, Р.Д. Хаэр в своих многолетних исследованиях пытается получить ответы на следующие вопросы: «кто эти люди (психопаты)?», «как защитить себя от них?». Он считает, что необходимо свести к минимуму отрицательное влияние психопатов на физическое, психологическое и финансовое благополучие окружающих людей. Исходя из этой предпосылки, им дается следующее определение психопатии – это

«расстройство личности, которому свойственны специфическая модель поведения и особые черты характера, большинство которых общество считает негативными» [13]. Им же упоминается следующее высказывание Г. Маудсли (1875): «...как есть люди, неспособные различать цвета, страдающие дальтонизмом, не имеющие музыкального слуха, неспособные отличить одну мелодию от другой, есть и те, кто от природы лишен нравственного чувства». В этом определении на первое место ставится «специфическая модель поведения» и только затем – особые черты характера. Возможно, у «психопатических личностей расстройство поведения» условно приравнивается к симптому; психопат так поступает не потому, что так хочет, а потому, что по-другому он просто не может. Основные симптомы психопатии, по Р.Д. Хаэру, разделяются на две группы: эмоциональные и межличностные особенности и особенности социального поведения. Называя подчас психопатов «социальными хищниками», автор образно отмечает, что «последние, очаровывая людей, используют их исключительно в собственных целях и безжалостно пробивают себе дорогу, оставляя за собой широкий след из разбитых сердец, несбывшихся надежд и пустых кошельков. Начисто лишённые совести и сочувствия, они берут, что хотят, и делают, что нравится, нарушая при этом общественные нормы и правила без малейшего чувства вины или сожаления».

К наиболее очевидным проявлениям психопатии относятся вопиющие нарушения общественных норм. Неудивительно, что среди психопатов много преступников. У психопатов имеется разительная неспособность воспринимать чужие боль и страдание, полное отсутствие сочувствия и, соответственно, любви. При этом умение производить хорошее впечатление – одна из самых сильных их сторон. Ложь, коварство, манипуляция – естественные таланты психопатов. Как отмечали старые американские психиатры, «психопат – это бунтарь, убежденный противник господствующих в обществе норм и устоев... бунтарь без причины, агитатор без лозунга, революционер без программы. Другими словами, его непокорность направлена только на достижение личных целей. Он не пошевелит и пальцем ради кого-то другого. Все усилия психопата – неважно, в какой форме – направлены на удовлетворение его сиюминутных желаний и нужд» [13].

В 1980 году Р.Д. Хаэр разработал «Перечень психопатических черт», состоящий из 20 пунктов, который стал диагностической инструкцией для оценки психопатий. Каждый пункт оценивался в баллах (0, 1, 2). При получении свыше 30 баллов пациент считался психопатической личностью. Последнее уточнение этого диагностического опросника проводилось в

1991 и 2001 гг., хотя впервые установление перечня психопатических черт, включавшего 13 пунктов, произошло еще в 1923 г., на первой конференции по проблемам психопатий, организованной Б. Карпманом. В последующем Х. Клекли сформулировал 16 четких критериев психопатии, которые легли в основу современной диагностики этих расстройств с 1941 г., хотя эти критерии по сей день продолжают уточняться и пересматриваться.

Начиная с 1991 г. 20 пунктов исправленного *Перечня психопатических черт* (ППЧ) Р.Д. Хаэра (1991, 2003) представляют собой клинический инструмент и золотой стандарт диагностики психопатий. В руководстве по применению ППЧ (2005) был изложен последний вариант в соответствии с новейшими научными данными. Ниже приводятся пункты этого перечня: 1) болтливость / поверхностное обаяние; 2) преувеличенное чувство собственной значимости; 3) потребность в психическом возбуждении; 4) патологическая лживость; 5) мошенничество / манипулирование; 6) отсутствие раскаяния и чувства вины; 7) поверхностность аффективных реакций; 8) бессердечие / отсутствие эмпатии; 9) паразитический образ жизни; 10) слабый поведенческий контроль; 11) беспорядочные половые связи; 12) проблемное поведение в детстве; 13) отсутствие реалистичных целей на будущее; 14) импульсивность; 15) безответственность; 16) неспособность нести ответственность за собственные действия; 17) неоднократные недолгие браки; 18) подростковая делинквентность; 19) отмена условного освобождения; 20) разнообразие преступной деятельности.

Разработчики экспертной группы ВОЗ по созданию МКБ-11 предлагают изъять из классификации РЛ редко встречающиеся типы, оставив лишь самые распространенные. Осуществить распределение психопатий по их типам после получения отчетов из стран Европы не удалось. В основу новой классификации было рекомендовано заложить не категориальный, а дименсиональный, точнее – смешанный подход, что связано со сложностью измерения психических (в отличие от физических) показателей.

Данный подход базируется на двух компонентах: измерение глубины тяжести расстройств и идентификация отдельных личностных областей (доменов). Было предложено пять степеней тяжести расстройств: 1) нет личностных нарушений; 2) личностные проблемы трудно квалифицировать как расстройство; 3) личностное расстройство; 4) умеренно тяжелая степень выраженности расстройства; 5) тяжелое личностное расстройство.

Личностные домены определяют природу этих нарушений. В настоящее время тестируются четыре или пять доменов: социаль-

ный/шизоидный, диссоциальный/экстернализация, тревожно-зависимый/интернализация, обсессивный/ананкастный, эмоциональный дистресс/нестабильность. Предложения экспертов по подготовке МКБ-11 отличаются выраженной клинической направленностью, отражают многомерную (многомерную) природу личностной патологии, устраняют во многом искусственную проблему коморбидности и делают личностные расстройства менее стигматизированными состояниями.

Очевидно, что споры о том, какие личностные расстройства следует сохранить в классификации, а какие должны быть удалены, а также какой из диагностических подходов более точно отражает сущность личностной патологии в целом, не ослабеют и в ближайшем будущем.

Р.Д. Хаэром был предложен ряд мероприятий по защите и минимизации вреда от негативного воздействия психопатов на окружающих людей: 1) психопаты присутствуют во всех слоях общества и шансы встретиться с ними велики, поэтому необходимо знать, с кем имеешь дело; 2) не следует обращать внимания на ослепительную внешность, гипнотизирующие манеры, пристальный взгляд психопата, ибо важной составляющей способности психопатов манипулировать окружающими является интенсивный визуальный и речевой контакт; 3) большинство психопатов стараются произвести на жертву хорошее впечатление, окружают ее заботой, пытаются убедить в своем высоком общественном и финансовом положении; 4) нужно насторожиться, если высказывания нового знакомого слишком хороши, чтобы быть правдой, их нужно проверить; 5) о личной жизни психопаты обычно отвечают уклончиво или противоречиво, стараются сообщить о себе только положительные факты; 6) необходимо быть бдительным в опасных ситуациях, где психопаты ищут встреч: бары, рестораны, курорты, круизы, аэропорты и т. д. Эти места предполагают наличие потенциальной жертвы, ищущей компании или развлечений, будучи одиночкой; 7) знайте свои слабые места, будьте начеку со всеми, кто пытается на них сыграть; 8) если вы любите лести и немного склонны к авантюризму, вас могут втянуть в любые аферы. Одиноким людям с тугим кошельком – основная мишень психопатов.

Следующие советы автор рассматривает как возможные меры по минимизации вреда: 1) обратитесь за помощью к специалисту. Даже если установлен правильный диагноз, проблемы на этом не заканчиваются; 2) не следует винить себя за связь с психопатом и брать вину на себя за его поступки; 3) установите твердые правила для себя и при общении с психопатом не идите на уступки; 4) чем больше будете уступать, тем ненасытнее

будет психопат в своем стремлении к власти над вами; 5) иногда философию «победить любой ценой» можно использовать в своих целях. «Победив», психопат полностью теряет интерес к происходящему; 6) не сдавайте позиций, ваше эмоциональное и физическое благополучие возможно только тогда, когда вы будете сами управлять своей жизнью; 7) наибольшие трудности возникают в случаях, когда родители пытаются справиться с детьми-психопатами. Нужно хотя бы свести наносимый психопатами вред к минимуму; 8) в семье источником проблем чаще всего является муж-психопат; если жена уступает и соглашается с ним (берет на себя вину), это только усугубляет ситуацию; 9) поймите, что вы не одиноки. Перед психопатом уязвимы все, поэтому вам не должно быть стыдно за то, что вы стали его жертвой. При необходимости можно обратиться в правоохранительные и судебные органы; 10) посещение группы поддержки, где вы можете заручиться эмоциональной поддержкой.

Р.Д. Хаэром реалистично отмечается, что не нужно ждать разительных перемен в поведении психопата. Следует помнить, что психопат неадекватен для общества, но адекватен для него самого. Он никогда не чувствует себя виноватым. Справедливо констатируется, что, по сравнению с другими заболеваниями, в области психопатий проводится явно недостаточно исследований, несмотря на степень опасности для общества со стороны данной патологии, превосходящей все остальные расстройства, вместе взятые. Автор призывает к интенсификации исследований проблемы РЛ, памятуя о том, что ситуация может измениться, если мы найдем ответ на вопросы о происхождении психопатий.

Касаясь терапевтической проблемы, Р.Д. Хаэр более 20 лет тому назад писал: «...за редким исключением, традиционные методы, включая психоанализ, групповую психотерапию и психодраму доказали свою неэффективность в лечении психопатий. Не лучше обстоит ситуация и с биологическими методами: психохирургией, электрошоковой терапией, медикаментозным лечением».

Примечательно, что психопаты не обращаются за профессиональной помощью самостоятельно, их взаимоотношение с другими людьми изначально направлено против недоброжелательности, исходящей, по их мнению, из внешнего мира. Эффективность психотерапевтических программ при этом невелика, на что ранее обращалось внимание американскими социологами; попытки изменить психопатические модели поведения в раннем возрасте обычно не были удачны. Тем не менее в практике положение



о том, что воздействовать на психопатических детей нужно в раннем возрасте, остается в силе.

В результате проведенных исследований Р.Д. Хаэром высказано предположение, что поведение психопатов зависит от социального опыта, психопат перенимает негативный опыт, поскольку в эмоциональном плане насилие для него ничем не отличается от любого другого типа поведения. Психопаты возникают, как правило, из сложного – и пока непонятого – взаимодействия биологического и социального факторов. Значение социальных факторов разные психологи оценивали неоднозначно. Плохое воспитание или негативные детские переживания иногда могут сыграть определенную роль в окончательном формировании заложенных природой особенностей личности.

Д. Либерман, будучи общепризнанным лидером в области поведения, межличностных отношений и проблем личности, разработал эффективную систему по определению эмоциональной устойчивости человека. Автор выделил четыре аспекта эмоционального здоровья человека: самооценка, ответственность, широта перспективы, границы взаимоотношений [9]. Согласно его взглядам, истинным показателем эмоционального здоровья считается умение человека реагировать на негативную ситуацию спокойно и терпимо, даже если он находится не в лучшей эмоциональной или физической форме. Эмоциональное состояние сопоставлялось им с рядом личностных черт, выделяемых психологами: экстраверсия, доброжелательность, добросовестность, нейротизм, открытость опыту. При этом нейротизм и добросовестность напрямую связаны с физическим и эмоциональным здоровьем и долголетием; экстраверсия, доброжелательность и открытость опыту предопределяют повторяемость позитивных жизненных событий.

Система определения эмоциональной устойчивости человека состоит, по мнению Д. Либермана, из ряда признаков и вопросов с соответствующей оценкой ответов в баллах. К первым относятся: обязательность; честность; уважение к социальным нормам; личная ответственность; социальная ответственность; эмоциональный стержень; перспектива; отношение к внешнему виду; отношение к жизни; самовыражение; границы; взаимоотношения; прошлое и шаблоны; сопереживание или зависть; принцип «живи сам и не мешай жить другим». Изучая взаимосвязь генов окружения, автор пришел к выводу, что психическое здоровье зависит от наследственности лишь в четверти случаев, в силу чего усилия клинической психологии и психиатрии направлены на то, чтобы помочь эмоцио-

нально неустойчивым людям достичь максимального уровня качества жизни.

Биологическую составляющую РЛ на протяжении длительного времени исследовал Кент А. Кил [6]. Опираясь на свой многолетний опыт работы с психопатами от безжалостных серийных убийц, которых он встречал за решеткой, до детей, в чьем поведении и чертах характера проявились тревожные сигналы этого будущего тяжелого расстройства, автор приходит к выводу, что все пациенты с РЛ в детстве отличались эмоциональными аномалиями. Ранее, как правило, изучалось поведение, но следует изучать также и мозговые функции, поскольку мозг управляет любым поведением. Прогнозировать возможное развитие РЛ взрослого возраста можно, в частности, по шкале детской психопатии (CPS), разработанной Д. Лайменом, благодаря которой черты их бессердечия оцениваются по самоотчетам пациентов.

Исследования Кента А. Кила показали, что у психопатов есть нарушения в некоторых участках мозга: в миндалевидном теле, гиппокампе, передней и задней поясной коре и височном полюсе. Для пациентов с повреждением паралимбической системы мозга в целом характерны проблемы с агрессией, мотивацией, эмпатией, планированием и организацией, импульсивностью, безответственностью, недостатком интуиции и слабым поведенческим контролем. У части таких лиц появлялись идеи величия и бесцельная ложь. Другие ученые выявили нарушения в глазнично-лобной коре.

Психопатия может быть связана с аномалией серого вещества в паралимбической системе, которая управляет эмоциями и импульсивностью. Атрофия паралимбической системы присутствует у психопатов с рождения. Таких детей, в отличие от других, наказание ничему не учит. Часть клиницистов заявляет, что у психопатов генетически подавляются ощущения тревоги и страха, но у них размыта граница между бесстрашием и безрассудством, поэтому они часто попадают в различные конфликтные и опасные ситуации. Дети и подростки с бессердечием и безразличием, равно как и взрослые психопаты, отличаются недостатком в обработке эмоциональных стимулов. По-видимому, аномалия у детей с расстройствами личности – является результатом недостаточной активности миндалевидного тела и глазнично-лобной коры. Височно-полюсная зона, в которой интегрируется информация об органах чувств, функционирует подобно тому, как сводится звук и изображение при монтаже кинофильма. При повреждении части паралимбической системы возможно появление психопата

тических черт. Кентом А. Килом сделаны следующие выводы: «...психопатия связана с эмоциональным дефицитом, проявляющимся практически во всех сферах жизни, но точная причина этого пока неизвестна. Имеющаяся у психопатов аномалия мозга носит врожденный характер, это эмоциональное расстройство, которое длится всю жизнь. Эти данные были получены в результате анализа ЭЭГ и фМРТ, а также работы аналитической группы, в которую входили психологи, нейрофизиологи, нейропсихологи, философы, профессора права и судьи, ищущие ответы на вопросы на стыке нейронаук и права. Установлено, что вся паралимбическая система аномальна из-за понижения плотности серого вещества...».

При получении новых научных данных возник, естественно, вопрос о попытке оказания помощи аномальным (в первую очередь – с ведущими антисоциальными тенденциями) личностям. Ранее отмечалось, что антисоциальные РЛ, характеризующиеся длительной историей, не рассматривались в качестве синонима криминальности. В различных *DSM* были изложены диагностические критерии для антисоциального РЛ (преимущественно поведенческого характера), среди которых, в частности, можно выделить следующие: «частые прогулы»; «убегал из дома по меньшей мере дважды»; «часто первым вступал в драку»; «применял оружие более чем в одной драке»; «проявлял физическую жестокость к животным»; «специально разрушал чью-нибудь собственность»; «часто лгал»; «воровал». Начиная с детского возраста вся жизнь этих людей представляет собой богатую историю асоциальных поступков, при этом основной личностной чертой психопатов остается стремление непрерывно получать удовольствие и наслаждение, максимально избегая всякого напряжения и труда. Характерными также являются алкоголизация и наркотизация, промискуитет, манипулирование окружающими в собственных интересах, примерами чего являются суицидный шантаж и жалобы соматического порядка. Лидерские качества лиц с антисоциальными РЛ позволяют им широко влиять на поведение окружающих, подчас с фатальными последствиями для последних. Лживость и бессовестность помогает психопату иногда обвести вокруг пальца даже опытного клинициста [5].

Для диагностики диссоциального расстройства личности состояние, помимо общих для всех расстройств личности черт, должно соответствовать, по меньшей мере, трем из следующих параметров: 1) бессердечное равнодушие к чувствам других, неспособность к эмпатии, 2) отчетливая и стойкая безответственность и пренебрежение социальными нормами, правилами и обязанностями, 3) неспособность к поддержанию устойчивых

отношений при отсутствии затруднений в их установлении, 4) крайне низкая фрустрационная толерантность, низкий порог появления агрессивного, в т. ч. насильственного поведения, 5) отсутствие осознания своей вины и неспособность извлекать уроки из негативного жизненного опыта, в особенности наказания, 6) выраженная склонность обвинять окружающих или предлагать благовидные объяснения поведению, приводящему конфликту с обществом, 7) постоянная раздражительность.

В настоящее время дифференциация диагностики антисоциального/диссоциального РЛ является поводом для серьезных дискуссий и проводится как минимум по двум направлениям – социологическому и клиническому. В целом типичными признаками этих типов РЛ являются недоразвитие нравственных чувств (отсутствие социальных эмоций), определяющих социальную дезадаптацию и конфликты с обществом, неспособность следовать общепринятым нормам, жить в согласии с законом [12].

Следует отметить, что термин «антисоциальное РЛ» введен в *DSM-IV-R* (2005) и является синонимичным «диссоциальному РЛ» в МКБ-10.

Примечательно, что проблема антисоциальных РЛ исследуется преимущественно американскими специалистами, которые обратили внимание на низкую эффективность терапевтических, реабилитационных и дисциплинарных мероприятий у данной категории лиц, ответная реакция которых носила отчетливо враждебный характер. С целью решения этой достаточно острой проблемы в 1995 г. в США был создан Мендотский реабилитационный центр для несовершеннолетних, а также разработана «декомпрессионная модель» – модель ослабления давления. Задача модели состоит в том, чтобы постепенно и медленно снизить давление на психику юноши, провоцирующее его оппозиционно-вызывающее поведение. Исходя из этого принципа, было создано лечение с целью развития у юношей базовых просоциальных связей, постепенной «декомпрессии» и переориентации имеющихся у них навыков общения с негативных на позитивные. Акцентировалось внимание на том, что, если психопаты с низкой чувствительностью к наказаниям оказывались в ситуациях дисциплинарного воздействия, их поведение также становилось подчас агрессивным и антиобщественным. После прохождения лечебно-реабилитационных курсов в такого рода центрах повторные правонарушения совершались реже, а степень их тяжести уменьшалась. По мнению этих специалистов, терапевтические программы на основе современных научных достижений и накопленного опыта являются, по сути, единственным способом остановки вол-

ны насилия и преступности в обществе, нуждающемся в спокойствии и безопасности.

### **Заключение**

1. Отечественные психиатры внесли значительный вклад в развитие учения о психопатиях как на начальном периоде – О.А. Чечотт, И.М. Баллинский, В.Х. Кандинский, так и в последующем – С.С. Корсаков, П.Б. Ганнушкин, О.В. Кербиков и его ученики. Из-за недостаточной изученности и сложности расстройств личности интерес психиатров в целом к этой проблеме в последнее время несколько сузился до конкретных аспектов: подростковый (А.Е. Личко), судебный (Б.В. Шостакович), военный (Л.И. Спивак, В.В. Нечипоренко), структурно-динамический (А.Б. Смулевич).

2. Исследования психопатий в зарубежных странах (в основном в США) отличаются междисциплинарным взаимодействием и разнообразием научных направлений: роль биологических и социальных факторов в происхождении психопатий, определение локализации изменений в головном мозге, вызывающих эмоциональные расстройства, уменьшение и защита окружающих людей от негативного влияния психопатов, разработка реабилитационных программ и способов социализации и ресоциализации для криминальных психопатов.

3. В отличие от традиционно клинических отечественных подходов, в зарубежных странах изучение проблемы психопатий находилось в основном в ведении психологов и в меньшей мере – философов и юристов. В настоящее время для решения проблем РЛ на современном уровне за рубежом создаются научные и реабилитационные центры, при этом их главной целью является установление наличия психопатии, а типы расстройств личности имеют значение только при проведении лечебно-реабилитационных мероприятий. Предложенный Р.Д. Хаэром «Перечень психопатических черт» показал высокую эффективность при диагностике расстройств личности.

4. В лечебно-реабилитационных целях в США разработана модель по снижению давления на психику, провоцирующего у подростков и юношей оппозиционно-вызывающее поведение и по переориентации их межличностного общения на установление просоциальных связей.

5. Последние работы американских психологов (Р.Д. Хаэр, Д. Либерман, Кент А. Кил ) свидетельствуют об определенных успехах по объективизации клинических проявлений РЛ. У этих лиц были выявлены изменения в паралимбической системе.

6. Целесообразно активизировать научные разработки по проблеме РЛ с использованием современных методов нейровизуализации, продолжить изучение биологических и социальных факторов в формировании РЛ, разработать методики воздействия на особенности поведения и социальную адаптацию лиц с РЛ. В перспективе представляется оправданным создание и в нашей стране научных и медико-реабилитационных центров с участием различных специалистов, занимающихся проблемами психического здоровья населения и социализацией аномальных личностей.

### Литература

1. Бехтерев В.М. Психопатия (психонервная раздражительная слабость) и её отношение к вопросу о вменении. – Казань, 1886. – 31 с.
2. Боев И.В. Пограничная аномальная личность. – Ставрополь, 1999. – 362 с.
3. Ганнушкин П.Б. Психиатрия, ее задачи, объем, преподавание. – М. : Изд-во М. и С. Сабашниковых, 1924. – 52 с.
4. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий: их статика, динамика, систематика. – М. : Север, 1933. – 143с.
5. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия: в 2 т. – Т. 1. – М. : Медицина, 1994. – 672 с.
6. Кербилов О.В. Избр. труды. – М. : «Медицина», 1971. – 321 с .
7. Кил Кент А. Психопаты. Достоверный рассказ о людях без жалости, без совести, без раскаяния / пер. с англ. Т.М. Шуликовой. – М. : Центрполиграф, 2015. – 319 с.
8. Леонгард К. Акцентированные личности / пер. с нем. – Киев : Вища школа. Головное изд-во, 1981. – 392 с.
9. Либерман Д. Психопаты повсюду, или Кругом дурдом! Как оценить эмоциональную устойчивость любого человека. – СПб. : Питер, 2011. – 192 с.
10. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Изд. 2-е изд., доп. и перераб. – Л. : «Медицина» (Лен. отд.), 1983. – 256 с.
11. Нечипоренко В.В., Лыткин В.М. Расстройства личности: прежние проблемы, новые подходы. – СПб. : Первая Академическая типография «Наука», 2014. – 280 с.
12. Смулевич А.Б. Расстройства личности. Траектория в пространстве психической и соматической патологии. – М. : ООО «Изд-во “Медицинское информационное агентство”», 2012. – 336 с.
13. Хаэр Р.Д. Лишенные совести. Пугающий мир психопатов / пер. с англ. – М. : ООО «И.Д. Вильямс», 2007. – 288 с.
14. Шостакович Б.В. Расстройства личности (психопатии) в судебно-психиатрической практике. – М. : МБА, 2006. – 372 с.
15. Ясперс К. Общая психопатология / пер. с нем. – М. : Практика, 1997. – 1056 с.

Поступила 09.06.2019

Авторы декларируют отсутствие конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

**Для цитирования.** Нечипоренко В.В., Лыткин В.М., Баурова Н.Н., Зун С.А., Ятманов А.Н. О традиционных и современных подходах к изучению расстройств личности // Вестн. психотерапии. 2019. № 71 (76). С. 7–25.

---

**ABOUT TRADITIONAL AND MODERN APPROACHES TO THE STUDY  
OF PERSONALITY DISORDERS**

**Nechyporenko V.V.<sup>1</sup>, Lytkin V.M.<sup>1</sup>, Baurova N.N.<sup>1</sup>, Zun S.A.<sup>1</sup>, Yatmanov A.N.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Kirov Military Medical Academy

(Akademica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, Russia);

<sup>2</sup> Military Training and Scientific Center of the Navy «Naval Academy»

(Ushakovskaya Emb., 17/1, St. Petersburg, 197045, Russia).

Valeriy Vladimirovich Nechiporenko – Dr. Med. Sci., Prof. Kirov Military Medical Academy (Academica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: szun@yandex.ru;

Vladimir Mikhailovich Lytkin – PhD Med. Sci., associate professor Kirov Military Medical Academy (Academica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: szun@yandex.ru;

Natalia Nikolaevna Baurova – PhD Psihol. Sci., psychologist Kirov Military Medical Academy (Academica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: baurova-n@mail.ru;

Sergey Andreevich Zun – PhD Med. Sci., associate professor Kirov Military Medical Academy (Academica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: szun@yandex.ru;

✉ Alexey Nikolaevich Yatman – PhD Med. Sci., junior scientific officer VUNC Navy «Naval Academy» (Ushakovskaya Emb., 17/1, St. Petersburg, 197045, Russia), e-mail: yan20220@mail.ru.

**Abstract.** The article is devoted to the literary review of traditional and modern approaches to the study of personality disorders. According to the opinion of the Author, the study of personality disorders is one of the most debatable problems of modern clinical psychiatry. The relevance of this study is determined not only by the need to create a system of personality disorders that meets the challenges of modern diagnosis and therapy, but also the paramount importance of theoretical conceptualization of this complex problem. Domestic psychiatrists have made a significant contribution to the development of the doctrine of psychopathy both in the initial period and in the future. Studies of psychopathies in foreign countries (mainly in the United States) are characterized by interdisciplinary interaction and a variety of scientific areas. Unlike traditional clinical domestic approaches in foreign countries, the study of the problem

of psychopathies was mainly conducted by psychologists and, to a lesser extent, philosophers and lawyers. Currently, to solve the problems of personality disorders at the present level abroad are created scientific and rehabilitation centers, with their main goal is to establish the presence of psychopathy, and the types of personality disorders are important only in the conduct of therapeutic and rehabilitation measures. Recent work of American psychologists show some success in objectification of clinical manifestations of personality disorders. These individuals were found to have changes in the Paralympic system.

**Key words:** personality disorder, mental health, borderline mental pathology, behavior correction.

### References

1. Behterev V.M. Psihopatija (psihonervnaja razdrazhitel'naja slabost') i jeo odnoshenie k voprosu o vmenenii [Psychopathy (psycho-nervous irritable weakness) and its relation to the issue of imputation]. Kazan', 1886. 31 p. (In Russ.)
2. Boev I.V. Pograničnaja anomal'naja ličnost' [Frontier abnormal personality]. Stavropol', 1999. 362 p. (In Russ.)
3. Gannushkin P.B. Psihijatrija, ee zadachi, ob'em, prepodavanje [Psychiatry, its tasks, scope, teaching]. Moskva, 1924. 52 p. (In Russ.)
4. Gannushkin P.B. Klinika psihopatij: ih statika, dinamika, sistematika [Clinic of psychopathies: their statics, dynamics, systematics]. Moskva, 1933. 143 p. (In Russ.)
5. Kaplan G.I., Sjedok B.Dzh. Kliničeskaja psihijatrija. Vol. 1 [Clinical Psychiatri]. Moskva, 1994. 672 p. (In Russ.)
6. Kent Kil A. Psihopaty. Dostovernyj rasskaz o ljudjah bez zhalosti, bez sovesti, bez raskajanija [Psychopaths. A reliable story about people without pity, without conscience, without remorse]. Moskva, 2015. 319 p. (In Russ.)
7. Kerbikov O.V. Izbrannye trudy [Selected Works]. Moskva, 1971. 321 p. (In Russ.)
8. Leongard K. Akcentirovannye ličnosti [Accented personality]. Kiev, 1981. 392 p. (In Russ.)
9. Liberman D. Psihopaty povsjudu, ili Krugom durdom! Kak ocenit' jemočional'nuju ustojčivost' ljubogo čeloveka [Psychopaths everywhere, or Around the madhouse! How to evaluate the emotional stability of any person]. Sankt-Peterburg, 2011. 192 p. (In Russ.)
10. Lichko A.E. Psihopatii i akcentuacii haraktera u podrostkov [Psychopathy and character accentuation in adolescents]. Leningrad, 1983. 256 p. (In Russ.)
11. Nechiporenko V.V., Lytkin V.M. Rasstrojstva ličnosti: prezhnie problemy, novye podhody [Personality disorders: old problems, new approaches]. Sankt-Peterburg, 2014. 280 p. (In Russ.)
12. Smulevich A.B. Rasstrojstva ličnosti. Traektorija v prostranstve psihicheskoj i somatičeskoj patologii [Personality Disorders. The trajectory in the space of mental and somatic patholog]. Moskva, 2012. 336 p. (In Russ.)
13. Hajer R.D. Lishennyj sovesti. Pugajushhij mir psihopatov [The frightening world of psychopaths]. Moskva, 2007. 288 p. (In Russ.)



14. Shostakovich B.V. Rasstrojstva lichnosti (psihopatii) v sudebno-psihiatricheskoj praktike [Personality disorders (psychopathy) in forensic psychiatric practice]. Moskva, 2006. 372 p. (In Russ.)

15. Jaspers K. Obshhaja psihopatologija [General psychopathology]. Moskva, 1997. 1056 p. (In Russ.)

Received 09.06.2019

**For citing.** Nechyporenko V.V., Lytkin V.M., Baurova N.N., Zun S.A., Yatmanov A.N. O tradicionny`x i sovremenny`x podxodax k izucheniyu rasstrojstv lichnosti. *Vestnik psikhoterapii*. 2019. N 71. Pp. 7–25. (**In Russ.**)

Nechyporenko V.V., Lytkin V.M., Baurova N.N., Zun S.A., Yatmanov A.N. About traditional and modern approaches to the study of personality disorders. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2019. N 71. Pp. 7–25.

## НАРРАТИВНЫЙ ПОДХОД В ПСИХОТЕРАПИИ СОМАТОФОРМНОЙ ДИСФУНКЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ: АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

<sup>1</sup> Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова  
(Россия, Чебоксары, Московский пр., д. 15);

<sup>2</sup> Республиканская психиатрическая больница  
(Россия, Чебоксары, ул. Пирогова, д. 6).

Лечение соматоформной дисфункции мочевого пузыря является актуальной проблемой в медицине, поскольку из-за непризнания психосоматического характера расстройства пациенты могут длительное время неэффективно лечиться у уролога. Патогенетическим методом лечения данной дисфункции может быть психотерапия. В статье приведён пример клинического случая применения нарративного подхода в психотерапии с целью реструктурирования дисфункциональных паттернов пациента в сторону их позитивной направленности. В ходе психотерапии последовательно подготовлены восемь нарративов в виде письменно оформленных сюжетных историй, соответствовавших реальным эпизодам из жизни и отражавших особенности представлений пациента об актуальном состоянии в различные периоды – от манифестации болезни до клинического выздоровления.

**Ключевые слова:** соматоформная дисфункция мочевого пузыря, психотерапия, нарративный подход, личностно ориентированная (реконструктивная) психотерапия.

### Введение

На приёме у врача пациенты в первую очередь говорят о беспокоящих их симптомах. Симптомы чаще представляют собой лишь один из аспектов проблемы, лежащий на поверхности. Целью психотерапии является не только устранение симптомов, но и помощь пациенту в решении стоящих за ними проблем [13]. Правильно понять человека, обращающегося за

---

✉ Орлов Фёдор Витальевич – канд. мед. наук доц., доц. каф. психиатрии, мед. психологии и неврологии, Чувашский гос. ун-т им. И.Н. Ульянова (Россия, 428015, Чебоксары, Московский пр., 15), e-mail: orlovf@yandex.ru;

Николаев Евгений Львович – д-р мед. наук проф., зав. каф. соц. и клинич. психологии, Чувашский гос. ун-т им. И.Н. Ульянова (Россия, 428015, Чебоксары, Московский пр., 15), ORCID 0000-0001-8976-715X, e-mail: pzdorovie@bk.ru;

Иванова Оксана Юрьевна – мед. психолог, Республиканская психиатр. больница (Россия, 428015, Чебоксары, ул. Пирогова, д. 6), e-mail: oksana.i21@yandex.ru.

психотерапевтической помощью, возможно в случае, если специалисту доступен мир его субъективного мышления, понимание которого определяет направленность психотерапевтической работы и позиции психотерапевта. Следовательно, при вынесении диагностического решения и определении мишеней терапии необходимо учитывать все доступные для специалиста источники информации о состоянии пациента. В такой ситуации полезно написание самим пациентом автобиографического отрывка, истории жизни и своей болезни, позволяющих лучше оценить субъективный мир переживаний и особенности мышления пациента [6].

Нарративный подход позволяет пациентам спокойно рассказывать, а специалистам глубже понимать сложные и уникальные жизненные истории пациентов [7]. Целью нарративного подхода является совместное с пациентом создание персонализированного пути помощи [8].

Нарратив является основным средством получения, понимания и интеграции информации о пациенте и его болезни с точек зрения всех участников, вовлечённых в процесс [9]. Человек с помощью нарратива пытается упорядочить собственный опыт, исходя из своих представлений о мире. Письменная речь позволяет создавать более точные и полные представления об отдельных аспектах переживаний. Соответственно, человек может справиться с психологическими проблемами, переосмыслив и переписав собственную историю с помощью психотерапевта [4].

Нередко в повествованиях (нарративах) вскрывается патогенез психосоматического расстройства. Внедрение методов исследования речевой продукции в клиническое исследование существенно расширяет его возможности по выявлению объективных симптомов. Исследование речевой продукции (письма) позволяет оценить отражение в речи эмоционального состояния, личностных особенностей пациента [1].

Соматогенная дисфункция мочеполовых органов в отечественной традиции относится к категории психосоматических расстройств или органических неврозов, которые подчиняются общим закономерностям формирования и динамики неврозов. Важным методом лечебного воздействия здесь является психотерапия. При вкладе в генез наблюдаемых расстройств неразрешенных интрапсихических конфликтов психотерапия используется как патогенетический метод лечения [3].

В то же время, специалисты считают, что в условиях урологической клиники из-за непризнания психосоматического характера некоторых расстройств многие пациенты длительное время лечатся неэффективно [10, 12]. Доля пациентов, имеющих психосоматические проблемы, на приёме

уролога колеблется от 15 до 50 % [14], а обычное лечение, получаемое ими, показывает низкую эффективность. По отношению к таким пациентам необходим комплексный подход с использованием психотерапии [11]. Особо подчёркивается, что психологические симптомы и расстройства играют решающую роль в развитии патологии нижних мочевыводящих путей во всех возрастных группах и должны учитываться при её оценке и лечении [15].

Таким образом, роль психологических факторов в генезе дисфункции мочевыводящих путей явно недооценена. Патогенетическим методом лечения подобной психогенной дисфункции может быть психотерапия. Нарративный подход в психотерапии, опирающийся на исследование письменной продукции пациента с целью реструктурирования дисфункциональных паттернов в сторону их большей позитивной направленности, является перспективным содержанием психотерапевтической практики.

### **Материал и методы**

В статье приведено описание клинического случая психотерапии пациентки Н., 17 лет, страдавшей учащёнными неконтролируемыми позывами к мочеиспусканию в ситуациях высокого психоэмоционального напряжения или предвосхищения объективной трудности или невозможности пользования туалетом. По результатам анализа анамнеза жизни и заболевания, данным клинико-психопатологического и патопсихологического обследования, при исключении органической урологической патологии, у пациентки установлен диагноз соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы мочеполовых органов, соответствующий рубрике F45.34 по МКБ-10.

В течение года она проходила психотерапевтическое лечение в условиях дневного стационара с последующей амбулаторной психотерапией. Лечение проводилось психотерапевтом совместно с клиническим психологом. Для исследования специфики эмоционально-поведенческой сферы и сферы особо значимых отношений личности использовались патопсихологические методики, личностные опросники и проективные тесты.

В основу реализованного терапевтического подхода положена личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия, включавшая использование нарративов как основу для структурирования скрытых смыслов патологического состояния пациентки. В данной работе мы понимаем нарратив как сообщение пациента об историях своей жизни, про-

шлого и настоящего с оценками и аффективными установками по отношению к этим историям и действующим лицам [5].

В ходе прохождения психотерапии по заданию специалиста пациенткой последовательно подготовлены восемь нарративов в виде письменных оформленных сюжетных историй, соответствующих реальным эпизодам из жизни и отражавших особенности представлений Н. о собственном актуальном состоянии в различные периоды – от манифестации болезни до клинического выздоровления, а также о процессе психотерапии.

Обращение к феноменологическому анализу позволило представить описание данного клинического случая в содержательно структурированном и законченном виде. Публикация материалов произведена на основе получения информированного согласия со стороны пациентки.

### Результаты и их анализ

При первичном обращении к психиатру *жалобы* Н. были сфокусированы на учащённых позывах к мочеиспусканию и предъявлялись как обусловленные физическим расстройством мочевого пузыря. В течение полугода до этого обращения она лечилась у врача-уролога с диагнозом острого цистита. Многочисленные обследования не подтверждали органической природы расстройства, но тем не менее пациентка получала антибактериальную и противовоспалительную терапию.

Н. была сильно озабочена частыми и настойчивыми позывами к мочеиспусканию. Она опасалась возможного серьёзного заболевания мочевой системы, однако о своём беспокойстве никому не рассказывала. У неё также отмечались симптомы вегетативного возбуждения в виде тремора, покраснения, повышенной потливости, учащения пульса, лабильности артериального давления, головокружения, но и они оставались без должного внимания врача.

Без обсуждения со специалистом оставались и дополнительные симптомы в виде навязчивого страха не удержать мочу в общественном месте и таким образом опозориться. Данный страх сопровождался императивными позывами на мочеиспускание, в особенности в многолюдных местах.

При внимательном ознакомлении с жалобами и *историей развития заболевания* психотерапевтом выяснено, что речь шла не столько о дизурических явлениях как таковых, сколько об их появлении в связи с зафиксированным тревожным ожиданием и страхом не удержать мочу в присутствии других людей в транспорте, в школе.

Был установлен отправной момент развития патологических симптомов. В начале летних каникул после очередного занятия у репетитора из-за боязни причинить неудобство преподавателю Н. вышла на улицу с переполненным мочевым пузырём и по пути на остановку неожиданно для себя «обсикалась». Добиралась домой с чувством ужаса и ощущением себя объектом пристального внимания окружающих. После этого события появился страх утраты контроля над естественными функциями организма, приведший к ещё большему усилению контроля и возникновением ограничительного поведения.

Это подтверждалось и тем, что при отвлечении внимания Н. – во время сна, при наличии туалетов по маршруту следования, когда ничто не мешало ей в любой момент воспользоваться ими, – позывы мочеиспускания не беспокоили. Напротив, необходимость пользоваться общественным транспортом, пребывание в школе, когда было нельзя свободно, не привлекая внимания учеников и учителей отлучиться из класса в туалет, доставляли повышенное беспокойство, вызывали и усиливали неприятные ощущения в области мочевого пузыря, а также императивные позывы к его опорожнению.

В связи с чем пациентка выработала защитный стереотип поведения, заключавшийся в особом режиме физиологических отправления. Она детально изучила места расположения всех общественных туалетов по пути следования по городу. Из-за опасений удалиться от дома и оказаться в ситуации, в которой невозможно воспользоваться туалетом, стала посещать различные мероприятия ограниченно, только при условии, если ей доподлинно известно, что там можно посетить туалет. Перед самым выходом из дома обязательно опорожняла мочевой пузырь ещё раз, хотя могла делать это буквально за несколько минут. Характерно, что такие меры не избавляли от неприятных ощущений и страха перед дорогой и транспортом. Н. боялась выйти из дома, ограничила себя в «живом» общении с друзьями и одноклассниками, с ужасом думала о предстоящем начале учебного года и о своём будущем. Была вынуждена перейти на домашнее обучение.

По данным проведённого *клинико-психологического обследования* у Н. определены: «лабильность самооценки, неуверенность в себе, уступчивость, стремление к бесконфликтному общению с подавлением желаемого и ориентацией на получение положительной оценки и одобрения со стороны окружающих наряду с преобладающей мотивацией избегания неудач, высокие уровни ответственности и долга, тщательное и добросовестное отношение к выполнению какой-либо деятельности, высокая работо-

способность, приверженность общепринятым нормам, осторожность и избыточная самокритичность. Пациентка интровертирована, стремится к стабильности в межличностных отношениях и окружающей обстановке, в контактах постоянна, испытывает трудности при необходимости изменений привычных условий и необходимости решения проблемных ситуаций, при этом целеустремлена, склонна к планированию и последовательности в деятельности. Склонна к рационализации, анализу ситуаций и отношений.

По цветовому тесту Люшера (модификация Л.Н. Собчик) и методике многостороннего исследования личности (Ф.Б. Березин) диагностировано повышение шкалы «Психастения», низкая способность к вытеснению тревоги. Потребность в понимании, любви и поддержке является ведущей и поэтому легко травмируемой мишенью. Испытуемую характеризуют повышенная эмотивность, зависимость от ситуации успеха-неуспеха, черты максимализма и личностной незрелости. На момент исследования эмоциональная напряженность, сопровождаемая сомнениями и опасениями, проявляется непосредственно на поведенческом уровне, поведение испытуемой носит ограничительный характер. Таким образом, поведение строится так, чтобы свести к минимуму возможность неудачи в результате допущенной ошибки или навлечь на себя опасность неверным поступком. Склонна предъявлять завышенные требования к себе. Любой ценой стремясь избежать конфликта, который ею переживается чрезвычайно болезненно, она действует на предельном уровне своих возможностей, чтобы заслужить одобрение окружающих, а главное – что еще труднее – собственное одобрение. При избыточно самокритичном отношении к себе ей свойствен большой разрыв между реальным и идеальным «Я», т. е. отмечается устремленность к недостижимому идеалу. В связи с этим она постоянно находится в состоянии напряжения и неудовлетворенности, проявляющихся в действиях ограничительного характера, необходимых для самоуспокоения».

Доминирующее психическое состояние Н. характеризовалось сниженным фоном настроения, подавленными чувствами, трудностями в проявлении эмоций, страхом перед возвращением в школу. Объективная потеря в массе тела за пять месяцев составила 10 кг, наблюдалась задержка месячных. Своё актуальное состояние в начале терапии Н. описала в нарративе, названном ею «**Кактус**».

«...Она вдруг вся ошетижилась, сощурилась, сжалась. Спряталась под маленькими колючками, подавшись внезапному порыву страха, и затихла.

Знаете, люди по-разному реагируют на боль. Среднестатистическое большинство сначала топят себя в обиде и злости, барахтаются в собственном болоте, а потом выплёвывают ядовитые густые словечки на всех окружающих. Но иногда дело доходит до крайностей. Безголосых, невыражаемых, межрёберных. Разочарование заселяется прямо в сердце, предъявляя законные претензии на жилищные права, и затыкает уязвимые места острыми иголками, чтобы никто не беспокоил. Иголочки эти постепенно разрастаются. Незаметно, бесшумно. Безжалостно. Разочарование становится защитным рефлексом. Маленькая колючая точка – ответом на причинённую боль. Боль физическая вместо боли душевной.

Было наивно верить в то, что, получив один такой укол, человек решится на очередную попытку прикоснуться к завершившемуся существу. А Мири верила. Она не чувствовала, как ее кожа покрывается маленькими ножичками, прятала боль напротив нагрудного кармана и тянула улыбку от уха до уха. Но она замечала невооружённым глазом тихие перешёптывания близких, ведя отсчёт от единицы.

Мири так и не узнала бы, что с ней происходит, если бы придуманное для нее тайное прозвище так и осталось тайным.

Она вдруг вся оцетинилась, сощурилась, сжалась. Спряталась под маленькими колючками, поддавшись внезапному порыву страха, и затихла.

Кактус. Она стала кактусом».

Из содержания нарратива «**Сириус**» очевидно, что Н. давно не чувствует себя участником реальной жизни. Она пребывает в мире грёз и воспоминаний. У нее мрачное и призрачное настоящее, глубокое чувство одиночества, погружённость в себя, постоянные мысли о прошлом, в котором были как приятные моменты, так и страшное роковое событие, изменившее все.

«Сегодня призрак справлял юбилей. 10 лет, как он поселился на чердаке старого, уже заброшенного дома, скромно расположившегося на окраине города. 10 лет, как потерял всех тех, кто был ему когда-то дорог. 10 лет, как остался наедине со всеми своими мыслями, страхами и... крохотной искоркой в сердце, горящей, как слабенькая десятиваттная лампочка...

Призрак уснул. Он вновь оказался в мире грёз. Воспоминания для этого одинокого существа были так же необходимы, как пища для человека. Подобные путешествия во времени давали ему силы жить, просыпаться на рассвете, сладко потягиваясь на кровати, делать зарядку, чистить зубы и выходить в Большой Мир...

Призрак вновь перенёсся в далёкое прошлое, в день, когда он впервые «познакомился» с этим гостеприимным местом, ставшим для него настоящей крепостью».

Это состояние сопровождалось ожиданием «мудрейшего из существ Рехуа, который способен оживить мёртвых и излечить больных» и мечтами «вновь увидеть своих родных», то есть желанием вновь вернуться к важным для пациентки тёплым и близким отношениям с родными на фоне того, что она считала, что ее неправильное поведение в возрасте шести лет



стало причиной заболевания и смерти любимого дедушки. Родители Н. в разводе, пациентка проживала с мамой в квартире отца, они были зависимы от отца, и Н. считала себя ответственной за будущее своей мамы, к которой она испытывала сложные чувства – жалость, любовь и горечь от ее беспомощности и неспособности решать какие-либо вопросы. Н. боялась не оправдать ожидания отца. Н. считала необходимыми условиями любви отца к ней – послушание, ее хорошую учёбу и окончание школы с высокими баллами по ЕГЭ, поступление в московский вуз, а также выслушивание от бабушки постоянных недовольств всем и вся.

Нарратив «**Юнга**» отражает сочетание в Н. таких качеств, как целеустремлённость, решительность, интерес к новому, стремление к расширению собственных и социальных границ и вместе с тем страх оценок окружающих, сдерживание активности, ощущение себя физически и соматически неполноценной.

«Я – юнга. В моих жилах течёт пиратская кровь, от волос веет запахом водорослей и морской соли, а в голове безостановочно звучит полюбившаяся с детства “каррррамба!”. Вместо лёгких у меня жабры, вместо талисмана – маленький компас в нагрудном кармане, прямо у сердца. Между ключиц высечен полосатый маяк с едва заметным фонариком. Он светит неустанно и бесперебойно, заряжаясь безостановочными потоками моей энергии. Во мне гудит настоящий вечный двигатель, гоняющий жизнь по жилам.

Во время шторма я чувствую дыхание моря и беззвучный плач корабля. Я танцую под мелодию ветра и пропускаю через себя все его леденящие душу порывы. Кажется, я рождён, чтобы открывать безбрежные дали, крутить штурвал, пить ром прямо из горлышка и курить трубку.

Но у любой монеты есть обратная сторона. Бывают моменты, когда я забываюсь. Когда в моей каюте размером с карточный домик раздаются приглушённые рыдания, а горло дерут беззвучные крики. Когда я окунаюсь в омут реальности, теряясь в её липких щупальцах.

А все потому, что жизнь наградила меня безмерной тягой к открытиям и проклала морской болезнью».

Несмотря на испытываемые ею чувства и ограничительное поведение, Н. свойственно искать способ решения, и в нарративе «**Начало**» она описала сложный для нее этап перехода от пребывания в тягостном состоянии к активной работе со специалистами (психотерапевтом и психологом).

«Я боялся. Если бы кто-нибудь попросил меня написать список страхов, я бы, наверное, плюнул на эту затею. Слишком много в моей жизни было того, что вводило в ощущение потерянности, заставляя прятаться от внешнего мира за неустанным трудом и одиночеством.

Пустоту приходилось заполнять иллюзорным счастьем, но это не давало мне ни радости, ни спокойствия.

Казалось, стоит только выйти на улицу, как равнодушная толпа задавит меня своим безразличием и апатичностью. Вновь столкнёт в глубокое болото, оставив там на произвол судьбы.

Поэтому я искал безопасности, где только мог. В книгах, учёбе, вине, таблетках. Но всячески избегал единственно важного места – самого себя. Чувство внутренней гармонии меня давно покинуло. Я боялся признаться в любви, открыть свои истинные чувства, ответить взаимностью. Привычка сохранять субординацию отразилась и на отношениях с близкими людьми. Однако я не мог с собой ничего поделаться. Слишком велико было желание выглядеть неуязвимым и сильным. А лишние эмоции этому только препятствовали...

Я перестал дружить с собой. Мечтал испариться, исчезнуть, загореться яркой звездой на небе и упасть, вселив в какое-нибудь добродушное существо надежду. Это губило меня и мою жизнь, а я, прекрасно все понимая, ничего не предпринимал.

...А потом я наконец решился – сбросил свою старую шкуру, как это делают змеи, выбрал новую дорогу и отправился в путь. И знаете, что? Это помогло».

Свои чувства в процессе психотерапии и происходящие с ней изменения Н. описала в нарративе «**Звездное небо**», в нем же отмечена и поддержка со стороны отца (профессор Браун), который был включён в семейную психотерапию.

« – Это всего лишь на три месяца! – Профессор Браун начал выходить из себя. – Ты же знаешь, что волонтерство – отличный шанс познакомиться с изучаемым регионом, взглянуть на него “изнутри”.

– Да, но... – Я не могла придумать себе оправдания, поэтому оборвала фразу на половине и тяжело вздохнула.

– Дитя моё, все будет хорошо. Тебе не о чём беспокоиться. – Он поднял своё доброе морщинистое лицо, на котором уже были слегка заметные следы наступающей старости. И в этот момент я поняла, что просто не смогу ему отказать.

Мне едва удалось выдать из себя приглушенное «да» и ответить на радостное рукопожатие.

– Ну что, счастливого пути? – Профессор Браун улыбнулся.

– Счастливого пути, – пробормотала я еле слышно, повторяя раз за разом одну и ту же фразу, словно мантру, которая смогла бы избавить меня от любой проблемы.

И вот уже спустя неделю мой самолёт приземлился в Кении. Для человека, который не то что в соседнюю страну, в соседний город выбирался с огромной редкостью, такое путешествие казалось каким-то страшным сном. Однако, собрав всю свою волю в кулак, я закинула за спину походный рюкзак и сошла на трап. Лицо сразу же обдало жарким воздухом, на секунду у меня перехватило горло, и резко закружилась голова. Но увидев кучку улыбающихся мальчуганов с картонной табличкой, на которой кривыми буквами были выцарапано мое имя, я успокоилась. Рой этих добродушных пчёл облепил меня со всех сторон, и казалось, что они видели во мне не незнакомого человека, а своего давнего друга. И от этой искренности щемило в груди.

Вскоре возникла ещё одна трудность – я должна была смириться. Не с тем, что большая часть жителей этой Богом забытой страны – кочевые племена с собственными культурными особенностями. Нет. А с тем, что в этих маленьких народах главным вождём была болезнь. Именно она, высунув из земляных недр своих щупальца, решала, кому жить, а кому умирать, забирая всех без разбору. В университете у меня были подготовительные курсы специально для таких случаев – нас обучали некоторым необходимым медицинским техникам, рассказывали о различных традициях и способах взаимодействия с представителями столь необычного менталитета, делились некоторыми секретами.

Но в жизни ведь всегда все иначе, не так ли?

Было очень трудно. Но через 10 недель после знакомства с племенем Миру я стала для них *своей*. Я думала, что приезд и пребывание здесь станет для меня тяжким испытанием. А оказалось, таковым будет расставание.

Специально в честь моего отъезда была устроена церемония посвящения – мируинцы вдруг решили сделать исключение и впустить меня, неотесанную чужеземку, в свою большую семью. Они надели свои торжественные наряды, зажгли огромный костер и показали мне, что такое настоящий шаманский танец. Мы кружились с ними вокруг огня, выкрикивая какие-то магические заклинания, пили очень вкусный напиток с корешками не известных для меня растений, рисовали оккультные узоры на лицах и смотрели на звезды. Я рассказала им о том, что если увидеть падающую золотистую бисеринку, то загаданное желание обязательно сбудется. Они все как один подняли свои головы к небу и, указывая пальцами кто куда, радостно шептали себе под нос что-то важное.

Через два дня я вернулась домой и сразу же направилась к своему профессору – так сильно мне хотелось его поблагодарить за столь удивительный опыт. Он, увидев меня, довольно улыбнулся и вдруг неожиданно спросил:

– А они дали тебе какое-нибудь имя?

Я на секунду замешкала, стараясь припомнить слово, которым меня нарекли на церемонии.

– По-моему, Астрея... Да, точно, именно так. – Я вопросительно взглянула на мистера Брауна.

Он тихонько усмехнулся, подняв уголки губ еще выше, но промолчал.

А потом оказалось, что Астрея в переводе с древнесуахийского означает «звездное небо»».

Отношения в системе «пациент – психотерапевт» играют столь же важную роль в работе с нарративами, как и при других техниках психотерапии. Психотерапевтическое вмешательство, затрагивающее актуальное для Н. переживание этих отношений, отражено в нарративе «*Дети Луны*» (Орион и Рысь – психотерапевт и клинический психолог).

«Каждое лето мы выбирались в лес. Орион – робкий, худенький мальчик, чем-то напоминающий мне Питера Пэна, – вместо рюкзака брал небольшую сумку с уютно размещившимся там блокнотом и чернильным пером. Он краснел, когда я с улыбкой на глазах называла его “закоренелым писакой”, и продолжал выводить на чистых белых листах аккуратные строчки, периодически закладывая за ухо свой драгоценный инструмент. Эта бесполезная в совершенно

неталантливых руках ручка обретала волшебные свойства каждый раз, как Орион уверенно обхватывал ее металлическое тельце. Однако об увлечении этого неугомонного мальчишки знали лишь самые близкие – мы да прирученный енот, живший у него на заднем дворе. Только нам он до трепетной дрожи цитировал стихотворения Байрона и Гейне, перечитывал вслух свои любимые рассказы и – в особо редких случаях – делился чем-то своим. До забавного наивным, но столь глубоким, что сердце подхватывало ритм его голоса и билось со скоростью морского бриза. Орион был большей частью нашей небольшой команды.

Рысь был другим. Он постоянно сутулился, закусывал губу, чтобы не выплунуть в очередной раз какую-нибудь ироничную шутку, тихонько наблюдал за прохожими, будто пытаясь разгадать их мысли, и вообще был довольно-таки странным малым. Но мы его любили. Было в нем что-то притягательное – то, что отличало его от роботоподобной серой массы людей-потребителей. А ещё он умел играть на флейте. До мурашек, до заливистого смеха и кома в горле. Рысь любил кокетничать с соловьями, когда мы встречали рассвет на берегу озера, подхватывать чью-нибудь мелодию и устраивать настоящие состязания. Мы с чувством скрытого восторга потешались над ним, однако не могли представить ни одно из наших путешествий без него и его верного друга.

А ещё была я. Неуклюжая и рассеянная. Забывчивая и растерянная. Со стрижкой, как у мальчишки, вечно разбитыми коленями и бесцеремонно выказываемой любовью к жизни. У меня было совершенно неприметное лицо – глубоко посаженные серо-зелёные глаза, густые черные брови, тонкие губы и нос с горбинкой. Единственным, что заставляло оборачиваться проходящих мимо людей, был шрам, тянувшийся серой ниткой от переносицы до нижнего века. Было время, когда я закрывала ладошкой правую часть лица и ходила так, пока кровь не начинала пульсировать на изгибах запястья. А потом привыкла и к сочувственным взглядам, и к злым усмешкам. Даже прозвище получила – Стрела.

Долгое время я чувствовала себя лишней среди столь замечательных людей. Какими способностями я могла похвастать? Умением перепрыгивать через широкие речки? Или наличием огромного рюкзака с домашними мятными кексами, слоёными пирожными и тяжеленным термосом с малиновым чаем? На самом деле, последнее было действительно огромным плюсом в мою пользу – я на правах главной хозяйки отвечала за комфорт мальчишеских желудков. Рысь и Орион как-то раз мне так и сказали: “Быть тебе, Стрела, нашим вечным спасителем”, а затем коснулись скалкой моих плеч и посвятили в Орден “Недоповорят”. Однако я чувствовала, что они заметили и во мне нечто большее. В чем заключалось это “нечто”, я узнала во время нашего последнего похода.

Это была привычно звёздная ночь, безмолвная и умиротворяющая. Ребята как всегда разжигали костёр, а я нанизывала на длинные ветки чёрный хлеб. Они что-то беспрестанно говорили, однако я практически не обращала на них внимания – я прикладывала руку к грудной клетке и слушала, как свежий воздух наполняет мои лёгкие приятным холодком, а сердце тихонько шепчет о том, как ему хорошо.

После небольшой трапезы мы расположились треугольником вокруг огня. Каждый думал о своём, но чувствовал то, что чувствовали остальные – растекающееся по всему телу тепло и спокойствие.

– Знаете, ребята, – в какой-то момент нарушил тишину Рысь. – У Гайдара был рассказ «Тимур и его команда». А мы до сих пор не придумали название нашему сборищу самых искренних и отчаянных...

Я промолчала. А Орион, немного подумав, решил высказать мысль, которая уже давно заняла огромный шкафчик в его сознании:

– Если протянуть руку к небу, можно поймать звезды, – начал он издали. – Если растереть их между ладошками, получится звёздная пыльца. Если загадать желание и пустить эту золотую пыль по ветру, то оно обязательно сбудется.

– Орион, ну опять ты за своё! – проворчал в ответ Рысь. Однако я чувствовала улыбку в его голосе, и на душе стало светло-светло.

Прошло ещё немало времени, прежде чем кто-то вновь заговорил. И этим человеком была я.

– Мы – Дети Луны, – причём сказано это было с такой уверенностью, будто каждый из нас действительно пролетел автостопом по Галактике и из всех неизведанных планет выбрал именно Землю.

Орион и Рысь восхищённо вздохнули, тихо произнеся себе под нос, что, мол, «Стрела у них действительно чудесная».

А мы и вправду были Детьми Луны. Даже несмотря на то, что для всего дворового хулиганья мы отзывались на «Костя, Пашка и Лиза-подлиза!».

Мы носили полумесяцы на запястьях, прятали созвездия в глубоких карманах брюк и чувствовали очень тесную связь с тем, что лежало бесконечным полотном прямо над нашими головами».

Посредством представления нарративов Н. формирует и переформирует свою жизнь и свой опыт. Переживание пациенткой непростых отношений с психотерапевтом отражено в нарративе **«Рысь»**.

«Рысь никогда никому не рассказывал об этом. То ли стеснялся, то ли просто не считал подробности своей жизни достойными огласки. Дело, конечно же, было в боязни наткнуться на упрёки, выказываемые столь открыто и бесцеремонно. Ведь каждый имеет право на секреты? Поэтому он молчал, по-лиси улыбался, пока никто не видит, и очень часто витал где-то в облаках, чувствуя внезапно закипающую в груди животворящую энергию. Рысь постоянно проговаривал про себя какие-то строчки, беспричинно жестикულიровал и разыгрывал перед друзьями забавные сценки. Стрела и Орион сначала долго удивлялись, а потом махнули рукой и нередко сами неожиданно превращались в семейную пару, которая пришла на консультацию к психологу, или парочку закадычных друзей, случайно оказавшихся в компании хиппи.

Рысь играл в театре. Нет, не так. В театре он жил. А в жизни играл. Играл в ответственность, которая ему осточертела, в напускную взрослость и негибкую твёрдость характера. В театре герои хоть и надевали чужие маски, становясь частью большего спектакля, однако не теряли себя. В реальности все было иначе. Иногда он не мог различить в людях их истинных черт. Казалось, все человеческое тело покрылось плотной плёнкой из безразличия и неискренности, под которой не осталось ничего, кроме обтянутого кожей костяного скелета. И это доводило юношу до отчаяния. До скрипа зубов и скрежета сердца. До безнадежных попыток изменить мир к лучшему, а затем и вовсе до апатичного равнодушия.

«Мир не таков, каким кажется», – постоянно твердил он. Противоречиво, но правдиво».

Последний представленный в данной статье нарратив «**Чистосердечное признание**» относится к завершающему этапу терапии. Он раскрывает состояние Н. перед отъездом для учёбы в московском вузе, к чему пациентка очень стремилась.

«Если бы моё лето можно было попробовать, на вкус бы оно было как терпкое французское вино из сладкого красного винограда, собранного, “когда солнце налито в чаши”. Холодное, дурманящее, разгоняющее кровь в жилах, оно разливалось бы по всему телу, наполняя каждый уголок спокойствием и умиротворением. словно лёгкое дуновение прохладного ветра в палящий знойный день или бодрящий ливень в самый разгар колючего солнцепёка.

Если бы моё лето можно было почувствовать, оно было бы похоже на тёплое дружеское объятие. Как в те моменты, когда кажется, что земля уходит из-под ног, а тебя вдруг выхватывает из небытия пара заботливых рук. Ставит твёрдо на твёрдую поверхность, будто потерявшую равновесие тряпичную куклу, и вновь возвращает к жизни.

Если бы моё лето можно было бы увидеть, оно было бы небом. Завораживающим, притягивающим, выводящим из реальности и... дарующим надежду.

Если бы моё лето можно было описать словами, я бы сказала, что оно решающее. Своеобразный маячок, который укажет мне дальнейший путь в этом густом тумане из страхов и сомнений.

Если бы моё лето можно было изобразить на бумаге, вы бы увидели два огромных чемодана и меня.

Искреннюю, живую, открытую. Со следами светлой грусти на лице, душой нараспашку и неизмеримой любовью в сердце».

На момент **катамнестической оценки** (длительность проспективно-го наблюдения составила полтора года) Н. характеризовала своё состояние как удовлетворительное, позволявшее ей адаптироваться к жизни и учёбе в Москве, реализовывать свои планы и не сожалеть об отъезде из дома. Значимость решаемых ею с психотерапевтом и клиническим психологом проблем снизилась, симптомы неконтролируемых позывов мочеиспусканию исчезли.

## Обсуждение

Статья посвящена описанию специфики психотерапии соматоформного расстройства мочевого пузыря у девочки-подростка на основе работы с созданными пациенткой нарративами, опирающимися на реальные эпизоды из её жизни, жизни родственников и друзей.

В начале терапии психотерапевт и психолог, работая в тандеме, установили с пациенткой доверительные конструктивные отношения. Ей была дана возможность представить свои трудности и свою жизненную си-

туацию в форме завершённых письменных текстов. Именно в них она сообщила о своих страхах, тревоге, лишаящих её возможности выходить из дома. При этом позицию специалистов можно охарактеризовать как эмпатийное отношение к пациенту при безусловном принятии и поддержке. Психотерапевт и психолог высказывали пациентке своё понимание тех трудностей, которые та испытывала, объясняли пациентке, что со страхами можно справиться, что их можно преодолеть, для чего необходимо активное сотрудничество и мобилизация ею собственных сил. Постоянно поддерживалась вера в силы и возможности пациентки.

На следующем этапе психотерапии проводилась работа с внутренней картиной болезни. Пациентка выразила убеждение в том, что её состояние связано с несчастным случаем, происшедшим с нею в раннем детском возрасте. Психотерапевту удалось создать у пациентки мотивацию, необходимую для продолжения терапии. На основании проведённого анализа проблемы оказалось возможным связать развитие симптомов болезни с психогениями, структурой личности пациентки, которая характеризовалась высокими уровнями тревоги, ответственности, нормативности, контроля эмоций и поведения, направленностью на социальное одобрение,

Совместно с пациенткой была разработана программа поведенческой терапии с постепенной десенсибилизацией к страху и выработкой уверенного поведения. Данное поведение закреплялось и ориентировалось на новые незнакомые и трудно предсказуемые ситуации. На некоторых психотерапевтических сессиях присутствовал отец пациентки, которому было объяснено о необходимости поддержки, которую он может оказать дочери.

На завершающем этапе были подведены итоги проделанной работы, прослежена динамика позитивных изменений в эмоциональном состоянии, когнитивных установках и поведенческой активности. В результате чего пациентка оказалась способной справляться со страхами и почувствовала готовность поехать на учёбу в другой город.

Как было показано, в ходе проведённой психотерапии использовалась работа с нарративами или, в данном случае, письменными повествованиями о событиях жизни или собственных фантазиях как один из модулей психотерапевтического дискурса [2]. В ходе психотерапевтических сессий происходило осмысление и переработка личной истории пациентки через диалог со специалистами. Нарративы Н., включающие образы её жизни и болезни, содержали их оценку и её базовые установки, с которыми проводилась терапевтическая работа. В ходе обсуждения с психотерапевтом и психологом у пациентки появлялось новое осмысление этих ис-

торий как на когнитивном, так и на эмоциональном уровнях, благодаря чему Н. приходила к более позитивному восприятию себя, собственной жизни и перспектив.

Совместный с психотерапевтом анализ динамики содержания нарративов от Кактуса и Призрака до Юнги, Астреи, Стрелы и будущей студентки, соотнесение их с историей своей жизни и болезни помогли пациентке по-новому увидеть события собственной жизни, изменить значимые отношения в семье, найти внутренние ресурсы для самоопределения и адаптации к новым условиям жизни на новом этапе.

### **Заключение**

Обращение при лечении соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы мочеполовых органов к использованию нарративов в виде письменного текста в рамках личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, может быть вполне успешным. Одним из важнейших факторов психотерапевтического воздействия при соматоформном расстройстве является понимание специалистом специфики субъективных представлений пациента о своём заболевании и преодоление его дезадаптивных представлений о болезни. Посредством нарратива очень глубоко передаются важнейшие фрустрирующие переживания пациента, направленность их отреагирования, особенности структурирования жизненного опыта. В свою очередь, последовательный анализ нарративов позволяет пациенту увидеть в своём собственном прошлом более приемлемый опыт и переходить к его распространению на более адаптивное настоящее и будущее. С учётом медленного темпа продвижения к осознанию пациентами своих симптомов в подобных ситуациях рекомендуется долгосрочная психотерапия с вовлечением в совместную работу психотерапевта и клинического психолога.

### **Литература**

1. Ан Е.В., Ткаченко А.А. Экспериментальные методы диагностического исследования речевой деятельности при психических расстройствах // Российский психиатрический журнал. – 2006. – № 3. – С. 10–17.
2. Калмыкова Е.С., Мергенталер Э. Нарратив в психотерапии: рассказы пациентов о личной истории // Психологический журнал. – 1998. – Т. 19. – № 5. – С. 97–103.
3. Карвасарский Б.Д. Неврозы. – М. : Медицина. – 1990. – 576 с.
4. Кулаков С.А. Практикум по психотерапии психосоматических расстройств. – СПб. : Речь, 2007. – 294 с.



5. Николаев Е.Л., Сулова Е.С., Орлов Ф.В. Дискурсивный тип личности при невротических расстройствах. – Чебоксары, 2012. – 148 с.

6. Орлов Ф.В., Николаев Е.Л., Иванов В.Г. Клинический случай психовегетативного синдрома: история заболевания и психотерапия глазами пациента // Вестник психотерапии. – 2018. – № 66 (71). – С. 35–47.

7. Charon R., Dasgupta S., Hermann N. [et al.] The principles and practice of narrative medicine. – New York : Oxford University Press, 2016. – 360 p.

8. Conferenza di Consenso Linee di indirizzo per l'utilizzo della Medicina Narrativa in ambito clinico-assistenziale, per le malattie rare e cronico-degenerative. I Quaderni di Medicina. – I Sole24Ore Sanità, 2015. – [http://www.iss.it/binary/cnmr4/cont/Quaderno\\_n\\_7\\_02.pdf](http://www.iss.it/binary/cnmr4/cont/Quaderno_n_7_02.pdf)10.1007/s12124-015-9330-6.

9. Fioretti C., Mazzocco K., Riva S. [et al.] Research studies on patients illness experience using the narrative medicine approach: a systematic review // BMJ Open. – 2016. – N 6 (7). – e011220.

10. Hohenfellner U. [Psychological comorbidities in patients with psychosomatic disorders of micturition] // Urologe A. – 2016. – N 55 (8). – P. 1109–1120. – doi:10.1007/s00120-016-0193-3. (in German)

11. Hohenfellner U. Psychosomatic urology: how to treat chronic urological diseases // Aktuelle Urol. – 2019. – N 50 (2). – P. 184–189. – doi: 10.1055/a-0834-5989. (in German)

12. Kuffel A., Kapitzka K.P., Löwe B. [et al.] Chronic pollakiuria: cystectomy or psychotherapy // Urologe A. – 2014. – N 53 (10). – P. 1495–1499. – doi: 10.1007/s00120-014-3618-x. (in German)

13. Lindhiem O., Bennett C.B., Orimoto T. E., Kolko D.J. A meta-analysis of personalized treatment goals in psychotherapy: A preliminary report and call for more studies // Clinical Psychology: Science and Practice. – 2016. – N 23 (2). – P. 165–176.

14. Schwinges-Lyberopoulos M. Psychosomatic urology. A practice-oriented presentation // Urologe A. – 2010. – N 49 (6). – P. 767–773. – doi:10.1007/s00120-010-2325-5. (in German)

15. Von Gontard A., Vrijens D., Selai C. [et al.] Are psychological comorbidities important in the aetiology of lower urinary tract dysfunction-ICI-RS 2018? // Neurourol. Urodyn. – 2019. – May 6. – doi: 10.1002/nau.24016.

Поступила 14.06.2019

Авторы декларируют отсутствие конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи

**Для цитирования.** Орлов Ф.В., Николаев Е.Л., Иванова О.Ю. Нарративный подход в психотерапии соматоформной дисфункции мочевого пузыря: анализ клинического случая // Вестн. психотерапии. 2019. № 71 (76). С. 26–43.

---

**A NARRATIVE APPROACH TO PSYCHOTHERAPY OF SOMATOFORM  
BLADDER DYSFUNCTION: CLINICAL CASE ANALYSIS**

**Orlov F.V.<sup>1</sup>, Nikolaev E.L.<sup>1</sup>, Ivanova O.Y.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Chuvash State University (Moskovskii Ave., 15, Cheboksary, Russia);

<sup>2</sup> Republican Psychiatric Hospital  
(Pirogov str., 6, Cheboksary, Russia).

✉ Fyodor Vitalievich Orlov – PhD Med. Sci. Associate Prof., Department of psychiatry, medical psychology and neurology, Chuvash State University (Moskovskii Ave., 15, Cheboksary, 428015, Russia), e-mail: orlovf@yandex.ru;

Evgeni Lvovich Nikolaev – Dr. Med. Sci. Associate Prof., Head of the Department of Social and Clinical Psychology, Chuvash State University (Moskovskii Ave., 15, Cheboksary, 428015, Russia), e-mail: pzdorovie@bk.ru. ORCID 0000-0001-8976-715X;

Oksana Yuryevna Ivanova – Medical Psychologist, Republican Psychiatric Hospital (Russia, 428015, Cheboksary, Pirogov str., 6), e-mail: oksana.i21@yandex.ru.

**Abstract.** Treatment of somatoform bladder dysfunction is a pressing problem in medicine, because due to the non-recognition of the psychosomatic nature of the disorder, patients can be ineffectively treated by a urologist for a long time. The pathogenetic treatment of this dysfunction can be psychotherapy. The article provides an example of a clinical case of using the narrative approach in psychotherapy with the aim of restructuring the patient's dysfunctional patterns in the direction of their positive orientation. In the course of psychotherapy, eight narratives were consistently prepared in the form of written storylines that corresponded to real life episodes and reflected the characteristics of the patient's current state of mind at various periods, from manifestation of the disease to clinical recovery.

**Key words:** somatoform bladder dysfunction, psychotherapy, narrative approach, personality-oriented (reconstructive) psychotherapy.

### References

1. An E.V., Tkachenko A.A. Eksperimental'nye metody diagnosticheskogo issledovaniya rechevoi deyatel'nosti pri psikhicheskikh rasstroistvakh [Experimental methods of diagnostic studies of speech activity in mental disorders]. *Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal* [Russian Psychiatric Journal]. 2006. N 3. Pp. 10–17. (in Russ.)
2. Kalmykova E.S., Mergentaler E. Narrativ v psikhoterapii: rasskazy patsientov o lichnoi istorii [Narrative in psychotherapy: patient stories about personal history]. *Psikhologicheskii zhurnal* [Psychological Journal]. 1998. N 19 (5). Pp. 97–103. (in Russ.)
3. Karvasarsky B.D. Nevrozy [Neuroses]. Moskva. 1990. 576 p. (in Russ.)
4. Kulakov S.A. Praktikum po psikhoterapii psikhosomaticheskikh rasstroistv [Workshop on psychotherapy of psychosomatic disorders]. Sankt-Peterburg. 2007. 294 p. (in Russ.)

5. Nikolaev E.L., Suslova E.S., Orlov F.V. Diskursivnyi tip lichnosti pri nevroticheskikh rasstroistvakh [Discursive type of personality in neurotic disorders]. *Cheboksary*. 2012. 148 p. (in Russ.)

6. Orlov F.V., Nikolaev E.L., Ivanov V.G. Klinicheskii sluchai psikhovegetativnogo sindroma: istoriya zabolevaniya i psikhoterapiya glazami patsienta [Clinical case of psycho-vegetative syndrome: the history of disease and psychotherapy from the patient view]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2018. N 66 (71). Pp. 35–47. (in Russ.)

7. Charon R., DasGupta S., Hermann N., Marcus E. R., Spiegel M. The principles and practice of narrative medicine. New York. 2016. 360 p.

8. Conferenza di Consenso Linee di indirizzo per l'utilizzo della Medicina Narrativa in ambito clinico-assistenziale, per le malattie rare e cronico-degenerative. I Quaderni di Medicina. Il Sole24Ore Sanità, 2015.

[http://www.iss.it/binary/cnmr4/cont/Quaderno\\_n\\_7\\_02.pdf](http://www.iss.it/binary/cnmr4/cont/Quaderno_n_7_02.pdf)10.1007/s12124-015-9330-6

9. Fioretti C., Mazzocco K., Riva S., Oliveri S., Masiero M., Pravettoni G. Research studies on patients' illness experience using the narrative medicine approach: a systematic review. *BMJ Open*. 2016. N 6(7). e011220.

10. Hohenfellner U. Psychological comorbidities in patients with psychosomatic disorders of micturition]. *Urologe A*. 2016. N 55(8). Pp. 1109–1120. doi:10.1007/s00120-016-0193-3. (in German)

11. Hohenfellner U. Psychosomatic urology: how to treat chronic urological diseases. *Aktuelle Urol*. 2019. N 50(2). Pp. 184–189. doi: 10.1055/a-0834-5989. (in German)

12. Kuffel A., Kapitza K.P., Löwe B., Eichelberg E., Gumz A. Chronic pollakiuria: cystectomy or psychotherapy. *Urologe A*. 2014. N 53(10). Pp. 1495–1499. doi:10.1007/s00120-014-3618-x. (in German)

13. Lindhiem O., Bennett C. B., Orimoto T. E., Kolko D. J. A meta-analysis of personalized treatment goals in psychotherapy: A preliminary report and call for more studies. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2016. N 23(2). Pp. 165-176.

14. Schwinges-Lymeropoulos M. Psychosomatic urology. A practice-oriented presentation. *Urologe A*. 2010. N 49(6). Pp. 767–773. doi:10.1007/s00120-010-2325-5. (in German)

15. von Gontard A., Vrijens D., Selai C., Mosiello G., Panicker J., van Koevinge G., Apostolidis A., Anding R. Are psychological comorbidities important in the aetiology of lower urinary tract dysfunction-ICI-RS 2018? *Neurourol Urodyn*. 2019. May 6. doi: 10.1002/nau.24016.

Received 14.06.2019

**For citing.** Orlov F.V., Nikolaev E.L., Ivanova O.Y. Narrativnyi podkhod v psikhoterapii somatoformnoi disfunktsii mochevogo puzryrya: analiz klinicheskogo sluchaya. *Vestnik psikhoterapii*. 2019. N 71. Pp. 26–43. **(In Russ.)**

Orlov F.V., Nikolaev E.L., Ivanova O.Y. A narrative approach to psychotherapy of somatoform bladder dysfunction: clinical case analysis. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2019. N 71. Pp. 26–43.

## ПАНИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО. НЕКОТОРЫЕ ПСИХОДИНАМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Психиатрическая больница № 1 им. П.П. Кашенко  
(Россия, Санкт-Петербург, наб. реки Фонтанки, д. 132)

В статье описываются присущие объектным отношениям пациентов с паническим расстройством особенности, связанные с условиями, в которых они росли, которые накладывают свой отпечаток на их межличностные отношения со значимыми другими, приводя к развитию внутреннего конфликта зависимости/контр-зависимости, к накоплению злости и развитию тревоги сепарации в этих отношениях и возникновению панических атак.

**Ключевые слова:** паническое расстройство, паническая атака, объектные отношения, контейнирование, агрессивные импульсы, тревога сепарации.

Распространенность панического расстройства в популяции составляет от 1,9 до 3,6 %. Около 6 % людей, обращающихся к врачам первичного звена, имеют паническое расстройство [2]. Обычно дебют панического расстройства приходится на третье десятилетие жизни, т. е. на активный трудоспособный возраст. Только 50 % пациентов с тревожными расстройствами (включая паническое расстройство) получают адекватное лечение. В целом выздоравливает только около половины больных. Хотя остальные ведут относительно нормальную жизнь, несмотря на сохранение симптоматики, в ряде случаев заболевание, дополняясь агорофобией, приводит больного к нарастающей социальной изоляции и снижению трудоспособности [2]. Все это отражает актуальность проблемы понимания причин данного расстройства и нахождения эффективных подходов к его лечению.

Существует много разнообразной литературы, посвященной паническому расстройству, рассматривающей его как с биологических, так и с психологических позиций, в том числе с позиции психодинамического подхода. З. Фрейд считал, что появление паники при неврозе страха (паническом расстройстве, в современном понимании) связано с угрозой повторного переживания воспоминаний, эмоций, побуждений, которые до этого были подавлены, либо с опасностью отделения от объектов или частей самого себя, без которых выживание кажется невозможным (тревога

---

Чистяков Максим Сергеевич – врач-психотерапевт, Психиатрическая больница № 1 им. П.П. Кашенко (Россия, 191186, Санкт-Петербург, наб. реки Фонтанки, д. 132), e-mail: m\_chistyakov@inbox.ru.

отделения, тревога кастрации) [3]. В современной литературе, описывающей паническое расстройство с позиции психодинамической модели, в его возникновении отмечается роль неосознаваемых агрессивных чувств к близким, роль конфликтов вокруг зависимости и сепарации [6, 9, 10].

В настоящей статье сделана попытка с точки зрения психодинамического подхода осветить те аспекты панических приступов, а также те психологические особенности и установки пациентов с паническим расстройством, которым уделено недостаточно внимания в литературе, или они недостаточно систематизировано описаны. Эта статья основана на клинических впечатлениях автора из 26-летнего опыта работы в качестве психотерапевта на амбулаторном приеме в ПНД, где из 5–8 ежедневно приходящих на прием пациентов примерно 15–20 % составляют пациенты с паническим расстройством. За все время клинической практики за психотерапевтической помощью к автору обращалось не менее 600–800 таких пациентов. Содержание статьи основано на информации, полученной из диагностических интервью с этими пациентами и из материала сессий психодинамической терапии, которую проводил с этими пациентами автор. В этой статье описаны только те особенности и установки, которые проявлялись более чем у половины обратившихся к автору пациентов с этим расстройством.

Что же вызывает страх и панику у этих пациентов? Если спросить пациентов с паническим расстройством и с довольно часто появляющимся у них во время приступов паники страхом сойти с ума: «Как ведут себя сумасшедшие?», то в большинстве случаев они ответят: «Кричат, ругаются, бьют вещи и других людей». Если спросить этих пациентов, как бы могло проявиться в поведении такое же напряжение, которое они чувствуют в определенных местах тела во время приступа, «у какого-нибудь другого человека, который вообще не склонен контролировать и сдерживать свое поведение в моменты дискомфорта», то, после возможных первых ответов «не знаю», можно наиболее часто получить тот же ответ, что и в первом случае: «он бы кричал, ругался, бил бы кулаками в стену». И на следующий простой вопрос о том, что же за чувства испытывает человек, который таким образом себя ведет, эти пациенты через некоторое время наконец могут ответить, что такой человек испытывает агрессивные чувства, раздражение, злость, ярость, ненависть. И затем они, нередко с удивлением, осознают и соглашаются, что действительно переполнены злостью, раздражением, которые они стремятся держать под контролем внутри. И пациенты могут в этот момент рассказать, например, что долгое время

конфликтовали с супругом, родителем (своим или супруга) или проявляли много раздражения в адрес ребенка, а потом «устали от конфликтов», «перестали ругаться». И с этого момента у них появились панические приступы. Или недовольство другим человеком у пациентов было внутренним, а потом пациент «решил», что ему «надо выровнять отношения», у него появилось ощущение, что ему «удалось себя настроить в этом плане», и с этого момента у него появились «панические атаки». Далеко не всегда пациент может на первых сессиях последовательно все это рассказать. Из опыта клинической работы автора с этими пациентами следует, что чаще всего панику у этих пациентов вызывает угроза потери контроля над чувствами злости, ярости, ненависти по отношению к значимому другому, которыми они переполнены и которые в момент приступа возрастают до максимума и угрожают прорваться, вплоть до физических агрессивных действий. Это, в свою очередь, угрожает ощущением потери связи с идеализированным (внутренним) объектом привязанности, который отщеплен от «плохого, контролирующего объекта» и, как и последний, проецируется на значимого другого [4; 8]. Эти агрессивные импульсы угрожают вырваться наружу, по ощущению пациента, либо прямо, в отношении значимого лица и в его присутствии, либо непрямо, в отношении окружающих незнакомых людей, например в метро или в другом замкнутом помещении, где пациент переживает «ограничение личного пространства и ограничение свободы» (т. е. именно то, что он переживает во взаимоотношениях со значимым другим). По опыту автора, наиболее часто такие агрессивные импульсы у этих пациентов возникают в конфликтном напряжении (не обязательно проявляющемся в открытых конфликтах) во взаимоотношениях с матерью, супругом (на отношения с которым перенесены аспекты более ранних отношений с матерью, не важно, идет ли речь о супруге-женщине или о супруге-мужчине) или с ребенком (в этих отношениях с ребенком пациент также отображает свои ранние взаимоотношения с матерью). Иногда порождающее эти импульсы конфликтное напряжение перенесено на отношения с матерью супруга (и здесь также отражены аспекты ранних отношений пациента с матерью).

Опираясь на концепцию Фэйрбэйрна о формировании у ребенка либидинозной и антилибидинозной систем объектных отношений и увязывании их с фигурами обоих родителей [7], можно полагать, что обычно родители выполняют для маленького ребенка и поддерживающую (контейнирующую [1, 4]), и контролирующую (определяющую границы) функции. Обычно в условно психологически здоровой семье контейнирующую

функцию по отношению к ребенку выполняет в большей степени мать, контролирующую – отец, в идеале оба родителя выполняют по отношению к ребенку и ту, и другую функцию, с большим перевесом контейнирующей роли у матери, а контролирующей у отца. Для маленького ребенка до 3 лет имеет значение в первую очередь, как выполнение этих функций представлено и уравновешено у матери. В норме мать выполняет контейнирующую функцию по отношению к эмоциональным переживаниям ребенка, нарушающим его душевное равновесие. Ребенок доносит их до матери, а она их воспринимает, выдерживает, внутренне перерабатывает и выдает ребенку ответную реакцию, успокаивающую ребенка, дающую ему ощущение, что к этим чувствам можно относиться более или менее спокойно [1, 4]. Это отношение матери к чувствам ребенка (контейнирующая функция) интернализуется и превращается в его собственное отношение к своим чувствам. Если мать не выдерживает чувств ребенка, впадает от них в сильную панику, ярость, отгораживается от них, то ребенок получает сигнал от нее, что его чувства непереносимы для матери, пугают ее, могут ее разрушить. И ребенок начинает относиться к своим эмоциональным проявлениям также как мать [1]. Обычно это и происходит в ранних отношениях со своими матерями будущих пациентов с паническим расстройством. У матерей этих пациентов в отношениях с ребенком смещен баланс между контейнирующей и контролирующей функциями в сторону контролирующей. Чаще всего эти матери очень рано наделяют своего ребенка контейнирующей (материнской) функцией по отношению к ним самим. То есть со стороны матери нередко здесь имеет место «парентификация» в отношениях с ребенком [5]. Подразумевается, что ребенок «должен утешать» ее в ее расстройствах и «страданиях», «быть отдушиной и другом» или, по крайней мере, «не расстраивать» ее, «быть сильным, самостоятельно справляться со своими проблемами» с самого маленького возраста и т. д. Часто попытки пациента в раннем детстве поделиться с матерью своими переживаниями встречают такую степень ее беспокойства, которое, вместо облегчения, заряжает ребенка еще большим дискомфортом, и к тому же, в результате, он должен сам успокаивать мать. Таким образом, эти дети рано учатся не делиться с матерями своими переживаниями, стараясь справиться с ними самостоятельно, обычно путем подавления. Ребенок, не получая поддержки, часто находит утешение в том, что он «большой, взрослый, самостоятельный», «сильнее родителя» и даже «способен помочь» ему (у девочек это подпитывается и мотивами эдипального конфликта), начинает вести себя как помощник, иногда даже – как покровитель роди-

теля. Но здесь матери пациентов порой реагируют болезненно на советы, наставления, которые могут давать им эти дети в рамках навязанной им матерями родительской роли. И матери этих пациентов начинают «ставить» своих детей «на место», говорить им, что «яйца курицу не учат». Делегируя ребенку контейнирующую родительскую функцию в отношении себя, эти матери одновременно стремятся продолжить осуществлять родительскую контролирующую функцию в отношении своих детей. Но такое взаимодействие всегда по сути дисфункционально. Вышеописанное взаимодействие, более или менее осознанно или неосознанно, вызывает у ребенка большой внутренний протест. Такие дети, вырастая, «больше всего ненавидят любой контроль, давление извне». Однако на самом деле они нуждаются больше не в «свободе», а в контейнировании со стороны значимого другого. Матери этих пациентов часто тревожны, инфантильны, сфокусированы на себе (нарциссичны), нередко у них самих отмечается тревожная невротическая симптоматика. Они плохо определяют чувства и потребности ребенка, склонны проявлять «заботливое», гиперопекающее поведение по отношению к нему в тот момент, когда сами чувствуют потребность в этом (в частности, по отношению к себе), без учета потребностей ребенка. В результате эти пациенты в детстве зачастую ощущают такое поведение матери как вторгающееся и хотят отодвинуться от нее, защитить свои границы. В то же время, когда ребенок нуждается в матери, в основном для выполнения контейнирующей функции по отношению к его переживаниям («для получения поддержки»), такие матери отстраняются от ребенка, от его переживаний (зачастую не выдерживая их). И в эти моменты ребенок чувствует, что он в одиночестве со своими переживаниями, нуждается в матери, в ее поддержке, хочет быть ближе к ней, но мать для него недоступна. В результате к матери у таких детей возникает амбивалентное отношение, когда хочется одновременно быть и ближе к ней, и дальше от нее.

Иногда, хотя и значительно реже, матери у таких пациентов не столько тревожные и склонные занимать во взаимоотношениях «позицию страдающей жертвы», сколько эмоционально несколько дистанцированные и не склонные делиться своими эмоциональными проблемами с другими, предпочитающие «все проблемы решать самостоятельно», в достаточно раннем возрасте побуждающие своего ребенка к самостоятельности. При более внимательном рассмотрении оказывается, что такие матери сами являются дочерьми инфантильных, тревожных, нарциссичных матерей. Т. е. в этом случае такими тревожными, инфантильными, склонными занимать



позицию «страдающей жертвы» были бабушки пациентов с паническим расстройством. Однако и в этом случае у таких матерей все равно равновесие между контейнирующей и контролирующей функцией по отношению к ребенку смещено в пользу контролирующей при недостаточности контейнирующей функции.

Нередко пациентам с паническим расстройством в совсем раннем детском возрасте отцы кажутся более контейнирующими родительскими фигурами, способными выдержать больше чувств ребенка, чем матери. Однако в несколько более позднем детском возрасте эти пациенты часто теряли такие тесные отношения с отцами. Если обобщить, то наиболее частой, общей для разных пациентов, причиной потери связи с отцом было достаточно резкое разочарование в нем в определенном возрасте (из-за его усиливающейся алкоголизации, или его развода с матерью, или его физической смерти, или из-за его неспособности соответствовать прежнему идеалу после преждевременной смерти матери). Отношения с отцами начиная с более позднего детского возраста могли выглядеть как конфликтные, однако и в этом случае эти отношения были более прямые, позволяющие ребенку если и не всегда открыто выражать, однако свободно переживать самые разные чувства, включая агрессивные, в то время как «мать приходилось беречь», «ей не все скажешь», «нужно было не расстраивать ее, сдерживаться», «злиться на нее неправильно». Нередко при этом пациенты считали «проблемными» отношения с отцом, т. к. в них «больше открытых конфликтов». Однако постепенно в ходе психотерапии они нередко осознавали, что на самом деле наиболее проблемными (с точки зрения формирования установок и внутренних конфликтов, способствующих развитию панического расстройства) являлись отношения с матерью. Нередко матери этих пациентов склонны занимать в семье позицию «жертвы поведения отца», объясняя свои эмоциональные вспышки в отношении ребенка, преобладание контролирующей функции над контейнирующей «своим стрессом из-за отца». В результате отец (в этих семьях, конечно, обычно объективно дающий повод для недовольства и обид ребенка) оказывался «козлом отпущения», «громоотводом», в сторону которого отводилась еще и вся агрессия ребенка к матери, затеня амбивалентность в отношениях с ней. У пациентов с паническим расстройством, которых лечил автор, вообще часто отмечалось очень поляризованное отношение к родителям, когда один из них идеализировался, а другой обесценивался. И здесь даже эдипальный конфликт сильно подпитывался преэдипальными мотивами идеализации-обесценивания, расщепления объекта

привязанности на абсолютно плохой и абсолютно хороший объект и проекцией этих частичных объектов на разные родительские фигуры [4, 8].

Пациенты выносят из взаимоотношений со своими матерями правило «других людей не надо грузить своими эмоциями, проблемами и трудностями», которое они распространяют на отношения со знакомыми и друзьями. В результате в окружении этих пациентов оказываются «друзья и знакомые», которые нагружают пациентов контейнирующей функцией по отношению к себе и мало готовы выполнять эту функцию по отношению к ним.

Строя любовные отношения, эти пациенты нередко начинают выступать в отношениях со своими партнерами в той же роли, в которой выступали их матери по отношению к ним. Т. е., строя зависимые отношения с партнерами, ожидая от них поддержки, проявления материнской контейнирующей функции в отношении себя и своих переживаний, они в то же время протестуют внутри против «излишнего контроля, подчинения, ограничения свободы» со стороны партнера, пытаясь контролировать отношения и своего партнера, пытаясь доминировать в отношениях. Противоречивость установок, пропитывающая такие отношения, не осознается, так же как не осознавалась и противоречивость в установках матерей по отношению к ним в детстве. Однако из-за этих противоречий во взаимоотношениях у пациентов внутри накапливается много злости на партнеров («из-за излишнего контроля», «из-за недостатка свободы в отношениях»). В то же время, эта злость сильно подавляется из-за привычного страха в случае открытого выражения агрессии потерять расположение партнера, от которого чувствуется сильная зависимость в отношении получения эмоциональной поддержки (или надежды на ее получение), так же как в детстве подавлялась злость в отношении матери из-за страха ее потерять. В моменты нарастания ярости, при актуальном конфликте или воспоминании о нем, у пациента обычно и возникает «паническая атака» – фактически страх потерять контроль над собственной яростью в отношении объекта, от которого чувствуется зависимость. При этом роль, проецируемая пациентом на другого, в проигрываемом паттерне этих ранних отношений с матерью периодически меняется: то пациент проецирует на другого образ своей матери, а то – образ своего детского Я. В последнем случае пациент проявляет к этим вторичным объектам те же чувства, установки, поведение, которые когда-то мать проявляла по отношению к нему. При этом если эти поведение, установки, чувства, включающие раздражение, злость, желание отстраниться, проявляются по отношению к ребенку (чаще у жен-

щин), то это активирует у пациентки внутренний конфликт идентификации/контридентификации со своей матерью: «Я веду себя с ребенком, как моя мать в детстве вела себя со мной, – какой ужас! Я же всегда хотела быть со своим ребенком не такой, как она, вести себя наоборот!». Когда злость, ярость нарастают до максимума, возникает страх, что потеряется контроль над ними и они выплеснутся на ребенка, что «докажет, что я такая же, как мать», и возникает паническая атака. При том что в начале психотерапии эти пациентки могут описывать отношения с матерями как «хорошие», у них периодически возникают сны, в которых они ругаются или борются со своими матерями. Они идентифицируются со своими матерями и направляют злость на себя как на материнский объект.

Интересно, что если у пациентов на фоне частых панических атак развивается агорафобия и они стараются не отходить далеко от дома без сопровождения, то в сопровождающие они часто выбирают именно того человека, на отношениях с которым больше всего и сфокусирован вышеописанный конфликт зависимости/контрзависимости и в отношении которого у пациента и накоплено больше всего подавляемого гнева, будь то мать, партнер, ребенок или мать партнера. И это вполне объяснимо с точки зрения теории объектных отношений: пациент атакует внутри репрезентацию материнского объекта и пациенту постоянно нужно подтверждение, что в результате этих внутренних атак внешний материнский объект (или его заместитель) не уничтожен [4]. Самый лучший способ в этом убедиться, это если этот объект все время находится рядом. Однако нахождение внешнего заместителя этого объекта рядом все время усугубляет этот внутренний конфликт и поддерживает паническое расстройство и агорафобию.

В отношении таких пациентов к назначаемым лекарствам отражаются типичные паттерны, прослеживаемые и во взаимоотношениях, устанавливаемых ими с другими людьми, в особенности с их близкими. Эти пациенты обычно настойчиво просят о помощи, требуют «назначить какое-нибудь лекарство» и в то же время потом нередко не выполняют рекомендации по приему лекарств, вообще неохотно их принимают, не склонны придерживаться рекомендованных доз, высказывают опасения «зависимости от них».

Отмечая в этой статье роль подавленных агрессивных переживаний в возникновении панических атак, автор не имел в виду, что подавление только исключительно агрессивных импульсов приводит к возникновению панических атак. Определенную роль в возникновении конкретных панических атак может играть и подавление сексуального возбуждения, воз-

никшего в «неподходящей ситуации» (для Супер-Эго) и страх утратить над ним контроль.

Когда мы говорим о накоплении сильных агрессивных чувств у этих пациентов, помимо других факторов (в частности, возможности появления у этих пациентов в значимых отношениях более сильных, чем у более психологически здоровых индивидуумов, агрессивных чувств за счет использования частью этих пациентов вместе с более зрелыми защитами незрелых защит, в частности расщепления с разделением на «абсолютно хороший» и «абсолютно плохой объект» [4, 8]), нам нужно учитывать то, что понятие «сильное чувство» в субъективном опыте человека относительно. Оно определяется шириной диапазона интенсивности чувств, которые человек способен перенести и осознанно переживать без подавления и без немедленной прямой разрядки в действие. Представляется, что этот диапазон у пациентов с паническим расстройством изначально более узкий, чем в среднем (из-за недостаточной способности контейнировать, выдерживать собственные чувства как аспект интернализованных ранних отношений с материнским объектом [1, 4, 8]). Но этот дефект, возможно, долго остается в компенсированном состоянии. До тех пор, пока конфликт зависимости/контрзависимости, активизирующийся в значимых отношениях и повторяющий паттерны ранних взаимоотношений с материнским объектом, не приводит к накоплению у пациента агрессивных чувств, к срыву этой компенсации и возникновению панического расстройства.

Таким образом, ключевое нарушение, имеющееся у этих пациентов еще до появления симптоматики и приводящее впоследствии к развитию панического расстройства и поддерживающее его, – это нарушение у пациента контейнирующей функции по отношению к своим эмоциональным переживаниям. И это является аспектом интернализованных ранних объектных отношений с материнским объектом. И когда в последующей жизни, в контексте развивающегося внутреннего конфликта зависимости/контрзависимости в значимых отношениях, повторяющих паттерны ранних взаимоотношений с материнским объектом, особенно вокруг сепарации, у пациента накапливается агрессия, проявляется это раннее нарушение его способности контейнировать свое эмоциональное возбуждение. Перед пациентом встает альтернатива: либо с помощью жесткого контроля подавить чувства – либо выплеснуть эти чувства (в частности, агрессивные) в действиях. Но при этом этим пациентам недостает более психологически здорового и социально приемлемого выбора – переживать эти чувства, оставаться с ними и, переводя их в слова, говорить о них. Эту третью

возможность и создает для этих пациентов психотерапия.

### Литература

1. Бион У.Р. Научение через опыт переживания. – М. : Когито-Центр, 2008. – 128 с.
2. Воробьева О.В. Диагностика и терапия панических расстройств // Эффективная фармакотерапия. – Неврология и психиатрия. – 2010. – № 1. – С. 30–35.
3. Фрейд З. Торможение, симптом и тревога // Собр. соч.: в 10 т. – Т. 6. Истерия и страх. – М. : Фирма СТД, 2006. – С. 227–308.
4. Хиншелвуд Р. Словарь кляйнианского психоанализа. – М. : Когито-Центр, 2007. – 566 с.
5. Boszormenyi-Nagy I., Spark G.M. Invisible Loyalties. – London and New York : Routledge, 2014. – 432 p.
6. Busch F.N., Milrod B.L., Singer M.B., Aronson A.C. Manual of Panic-Focused Psychodynamic Psychotherapy – eXtended Range. – New York: Routledge, 2012. – 232 p.
7. Fairbairn W.R.D. Synopsis of an Object-Relations Theory of the Personality // International journal of Psychoanalysis. – 1963. – N 44. – P. 224–225.
8. Kernberg O. Structural derivatives of object relations // Essential papers on object relations / Ed. P.J. Buckley. New York : New York University Press. – 1986. P. 309–342.
9. Shear M.K., Cooper A.M., Klerman G.L et al. A psychodynamic model of panic disorder // American Journal of Psychiatry. – 1993. – Vol. 150, N 6. – P. 859–866. doi: 10.1176/ajp.150.6.859
10. Vukšić-Mihaljević Ž., Mandić N., et al. A current psychodynamic understanding of panic disorder // Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. – 1998. – Vol. 71, N 1. – P. 27–45.

Поступила 20.06.2019

Автор декларирует отсутствие конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

**Для цитирования.** Чистяков М.С. Паническое расстройство. Некоторые психодинамические аспекты // Вестн. психотерапии. 2019. № 71 (76). С. 44–54.

---

### PANIC DISORDER. SOME PSYCHODYNAMIC ASPECTS

**Chistyakov M.S.**

Psychiatric Hospital № 1 named after P.P. Kaschenko  
(Fontanka River Emb., 132, Saint Petersburg, Russia)

Maksim Sergeevich Chistyakov – psychotherapist, St. Petersburg State Budget Institution Psychiatric Hospital № 1 named after P.P. Kaschenko (Fontanka River Emb., 132, Saint Petersburg, 191186, Russia), e-mail: m\_chistyakov@inbox.ru.

**Abstract.** This article describes some intrinsic features of internal object relations of the patients with the panic disorder. These features, linked to these patients' upbringing, have an impact on their relationship with the most important people in their lives, contribute to the development of the internal conflict between dependency and counterdependency with accumulated anger and separation anxiety, which is manifested in the form of panic attack.

**Key words:** panic disorder, panic attack, object relations, containment, aggressive impulses, separation anxiety.

### References

1. Bion U.R. Nauchenie cherez opyt perezhvaniya [Learning from experience]. Moskva, 2008. 128 p. (In Russ.)
2. Vorob'eva O.V. Diagnostika i terapiya panicheskikh rasstrojstv [Diagnostic and therapy of panic disorder]. *Effektivnaya farmakoterapiya. Nevrologiya i Psikiatriya* [Effective pharmacotherapy. Neurology and Psychiatry]. 2010, №1. Pp. 30–35. (In Russ.)
3. Freid Z. Tormozhenie, simptom i trevoga [Inhibitions, Symptoms, and Anxiety]. *Sobranie sochinenii v 10 t. T. 6. Isteriya i strakh. [Collected Works in 10 vol. Vol. 6. Hysteria and Angst]*. Moskva, 2006. Pp. 227–308. (In Russ.)
4. Khinshel'vud R. Slovar' klyainianskogo psikoanaliza [A Dictionary of Kleinian Thought]. Moskva, 2007. 566 p. (In Russ.)
5. Boszormenyi-Nagy I., Spark G.M. *Invisible Loyalties*. London and New York, 2014. 432 p.
6. Busch F.N., Milrod B.L., Singer M.B., Aronson A.C. *Manual of Panic-Focused Psychodynamic Psychotherapy – eXtended Range*. New York, 2012. 232 p.
7. Fairbairn W.R.D. Synopsis of an Object-Relations Theory of the Personality. *International journal of Psychoanalysis*. 1963. N 44. P. 224–225.
8. Kernberg O. Structural derivatives of object relations. *Essential papers on object relations* / Ed.: P.J. Buckley. New York, 1986. P. 309–342.
9. Shear M.K., Cooper A.M, Klerman G.L [et al.] A psychodynamic model of panic disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1993. Vol. 150, N 6. P. 859–866. doi: 10.1176/ajp.150.6.859.
10. Vukšić-Mihaljević Ž., Mandić N., et al. A current psychodynamic understanding of panic disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 1998. Vol. 71, N 1. P. 27–45.

Received 20.06.2019

**For citing.** Chistyakov M.S. Panicheskoe rasstrojstvo. Nekotory'e psixodinamicheskie aspekty. *Vestnik psikhoterapii*. 2019. N 71. Pp. 44–54. **(In Russ.)**

Chistyakov M.S. Panic disorder. Some psychodynamic aspects. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2019. N 71. Pp. 44–54.

# МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 616.89 : 615.851

Г.И. Григорьев<sup>1,4</sup>, С.Г. Григорьев<sup>2</sup>,  
В.А. Мильчакова<sup>1,4</sup>, Д.В. Кузнецова<sup>3</sup>, С. Мизерас<sup>4</sup>

## МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЛИЦ, ПРОШЕДШИХ КУРС ПСИХОФИЗИЧЕСКОЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ

<sup>1</sup> Северо-Западный государственный медицинский университет  
им. И.И. Мечникова (Россия, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41);

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

<sup>3</sup> Русская христианская гуманитарная академия  
(Россия, Санкт-Петербург, наб. р. Фонтанки, д. 15);

<sup>4</sup> Международный институт резервных возможностей человека  
(Россия, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11).

В конце 1980-х годов в Международном институте резервных возможностей человека (МИРВЧ) начали применять метод психофизической саморегуляции (ПСР) для поддержания реабилитации больных с зависимостями, пролеченных методом стрессопсихотерапии. Цель – изучить социально-демографические и клинические характеристики лиц, обратившихся на занятия ПСР. Сеансы по формированию навыков ПСР в МИРВЧ проводили 4-5 раз в неделю. Средний срок длительности ремиссии пролеченных лиц только от алкоголизма составил 14,8 лет, а среднее число посещения ими занятий по саморегуляции составило 15,4 раз. Клинико-демографические сведения и эффективность сеансов ПСР по-

---

Григорьев Григорий Игоревич – д-р мед. наук проф., проф. каф. психотерапии, мед. психологии и сексологии Сев.-Зап. гос. мед. ун-та им. И.И. Мечникова, директор Междунар. ин-та резервных возможностей человека (Россия, 191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41), e-mail: grigorijgi@hotmail.com;

Григорьев Степан Григорьевич – д-р мед. наук проф., Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: gsg\_rj@mail.ru;

✉ Мильчакова Валентина Александровна – канд. психол. наук доц., каф. психотерапии, мед. психологии и сексологии Сев.-Зап. гос. мед. ун-та им. И.И. Мечникова, мед. психолог Междунар. ин-та резервных возможностей человека (Россия, 191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41), e-mail: vestnik-pst@yandex.ru;

Кузнецова Дарья Владимировна – врач общ. практики, магистрант каф. психол. Русской христиан. гуманит. акад. (Россия, 191023, Санкт-Петербург, наб. р. Фонтанки, д. 15), e-mail: dashabogomolova@yandex.ru;

Мизерас Саулос – канд. психол. наук, врач-психиатр, мед. психолог Междунар. ин-та резервных возможностей человека (Россия, 194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11), e-mail: sauliusm@yandex.ru.

лучили с помощью специально созданного опросника. Обследованы 74 пациента, в числе которых преобладали женщины (75,7 %). О наличии психических расстройств в прошлом у родственников заявили 18,9 % респондентов, травмы головы в анамнезе были у 31,1 %, до обращения в МИРВЧ принимали психоактивные вещества (ПАВ) 89,2 %. После проведения стрессопсихотерапии в МИРВЧ ко времени проведения анкетного опроса ПАВ употребляли только 44,6 % респондентов. Возраст женщин составил ( $51,3 \pm 1,6$ ) лет, мужчин – ( $51,3 \pm 1,6$ ) лет ( $p < 0,05$ ). В общей группе семейных респондентов было 46,5 %, имели детей 63 %, оказалось лиц с высшим образованием 62,2 %, проживали в Санкт-Петербурге 78,4 %. После сеансов ПСР 35,1 % обследуемых субъективно оценили свое здоровье как хорошее, 52,7 % – удовлетворительное и 12,2 % – плохое. Повышение общего фона настроения было у 72,7 % респондентов, сформированность мотивов на сдерживание патологических зависимостей в лично значимых ситуациях и при стрессе – у 36,4 %, снижение уровня тревожности и улучшение сна – у 42,2 %, повышение уровня активности и продуктивности деятельности – у 36,4 %.

**Ключевые слова:** психическая саморегуляция, психотерапия, психиатрия, аддикция, Международный институт резервных возможностей человека.

### Введение

XX-й и особенно XXI в. с появлением и развитием информатизации общества стали революционными, поворотными в истории человечества, сравнимыми с появлением языка, колеса, письменности. Произошедшие изменения привели к уменьшению физической нагрузки и значительному повышению психической нагрузки на человека. Огромный поток часто отрицательной и противоречивой информации, необходимость самореализации в жестких конкурентных условиях, возрастающий темп жизни создают выраженный психический стресс, в условиях которого происходит жизнедеятельность человека.

Ганс Селье отметил, что даже незначительная социальная угроза или предполагаемое будущее событие может запустить каскад физиологических реакций на стресс [11, 15]. Современный мир беспощаден и постоянно включает эти реакции. В результате функциональные резервы организма и психики постепенно, но неотвратимо снижаются и развиваются усталость, нарушения состояния здоровья и психические зависимости. При этом природа берет свое, и в ответ на стресс организм всегда автоматически готовится справиться с экстренной ситуацией и мобилизует все свои ресурсы. Важную роль при этом играют личностные усилия в сохранении психического здоровья и необходимость учиться контролировать и направлять в нужное русло свое психическое состояние в сложных условиях. [9].



Саморегуляция – свойство систем организма сохранять внутреннюю стабильность на определённом, относительно постоянном уровне в благодаря соответствующим реакциям, компенсирующим влияние внешнего воздействия. Это переход от одного состояния к другому за счет внутреннего переключения работы и связей психических свойств [16].

Помимо естественной, заложенной природой саморегуляции (поведение или физиологические процессы), существует психофизическая саморегуляция (ПСР), которая известна человечеству с давних времен. Она находится на стыке физиологии, нейрофизиологии, биологии и психологии, – научные исследования в этих областях науки проводились еще с XIX в. Смысл ее – управление своей деятельностью в сложных для человека ситуациях посредством правильного настроения и активной регуляции произвольных и непроизвольных психофизиологических функций с помощью специальных методик [16].

Теоретические положения И.М. Сеченова о рефлекторной природе психической деятельности человека были убедительно подтверждены в многочисленных экспериментальных исследованиях И.П. Павлова и его учеников. [3]. Изучая высшую нервную деятельность человека, И.П. Павлов пришел к выводу, что в результате умственной деятельности человека и его жизненного опыта **слово** приобретает такие связи с внешними и внутренними раздражителями, что способно заменять импульсы, приходящие от них в большие полушария. Поэтому слово может вызвать те действия и реакции организма, которые обусловлены этими раздражениями, то есть оно вызывает типичнейший условный рефлекс [14]. Исследования И.П. Павлова были особенно важны для создания научного подхода к ПСР. Он предложил и обосновал материалистическую базу для изучения внушения и саморегуляции [13].

Научные исследования ПСР в Западной Европе начались в середине XIX в. Эмиль Куэ, французский фармацевт и психолог, в начале XX в. разработал методiku психотерапии и личностного роста с элементами психофизической саморегуляции. Он подчеркивал особую роль позитивной мысли в изменении поведения [10, 18, 20].

Проф. Ш. Бодуэн [17] подверг научному анализу предпосылки метода Куэ и объяснил эффективность действия самовнушения работой самоприказа на неосознаваемом уровне психики, непосредственно связанном с управлением телесными функциями. Согласно выдвигаемой им теории, в условиях психической релаксации облегчается доступ к подсознанию. Иоганн Шульц [21] описывал аутогенную тренировку, как один из приемов

психофизической саморегуляции для лечения невротиков с психосоматическими заболеваниями.

Профессор Хасай Алиев, автор одной из известных методик ПСР [1], определил, что, «научившись сознательной саморегуляции, мы можем снимать у себя стресс по своему желанию, переводя в критический момент наш внутренний “автопилот” в режим “ручного управления”. Это помогает восстановить и сохранить здоровье и более полно реализовать свои способности и возможности, при этом не испытывая зависимости ни от кого и ни от чего. Поддерживая внутреннюю гармонию, мы этим самым сохраняем свою человеческую духовно-физическую целостность и поэтому становимся более деятельными и удачливыми, а вместе с этим и более способными чувствовать от жизни радость».

Многолетний опыт МИРВЧ по лечению лиц, зависимых от алкоголя и других психотропных веществ, позволяет заключить, что лечение любой зависимости представляет собой сложный, долгосрочный и многогранный процесс, целью которого является достижение устойчивой и длительной ремиссии. Исключительно клинико-патологические и патогенетические знания не позволяют полностью объяснить механизмы и феномены, связанные с изменением зависимо-проблемного поведения, адаптацией к заболеванию, лечением, реабилитацией и профилактикой алкоголизма [2, 5, 6, 7].

В конце 1980-х гг. в МИРВЧ начали применять метод психофизической саморегуляции, направленный на изменение отношения к стрессу и самопомощь в экстренных ситуациях. Метод применялся для реабилитации больных с зависимостями, пролеченных методом стрессопсихотерапии, улучшения психофизического и эмоционального состояния их родственников, для лечения больных невротами и некоторых психосоматических заболеваний, а также для обучения управлению собой в стрессовых ситуациях. «Как эффективный дополнительный психотерапевтический метод, закрепляющий воздействие стрессопсихотерапии на этапе реабилитации больных после лечения по методу Довженко, мы использовали психофизическую саморегуляцию с элементами дыхательной гимнастики (дозированные задержки дыхания на выдохе) по методу Бутейко и мышечную релаксацию по Джекобсону. При этом задержки дыхания создавали благоприятный фон для мышечной релаксации, что способствовало наиболее полной мысленной концентрации во время проведения группового занятия аутогенной тренировки для формирования “ключа” психофизической саморегуляции. Конечной целью этих занятий являлось на основе психотех-

ники, близкой к тренингу эмоциональности актеров – «системе манков» (К.С. Станиславский, В.Э. Мейерхольд, М.А. Чехов), в течение 10–20 занятий продолжительностью по 2–3 часа сформировать способность сознательного, произвольного “выманивания” ярких положительных воспоминаний и эмоций в эмоционально-стрессовых конфликтных ситуациях и при психосоматических кризах... Это и был “ключ” саморегуляции эмоционального состояния. “Ключ” – это мысленный мгновенный крик человека о помощи. С помощью данного самовнушения алкоголики, находящиеся в ремиссии, и их родственники зачастую адаптировались к социогенному и соматическому дискомфорту, не прибегая к помощи спиртных напитков и медикаментов» (Г.И. Григорьев [8]).

Таким образом, метод духовно ориентированной психотерапии патологических зависимостей в форме церковного зарок (ДОП ЦЗ), разработанный в Международном институте резервных возможностей человека (МИРВЧ) под руководством профессора Г.И. Григорьева, содержит элементы психофизической саморегуляции, в основе которой лежит концепция психологического «ключа» эмоциональной памяти (система «манков» К.С. Станиславского) [2, 4], позволяющая найти для современного человека пути и методы использования энергии стресса в созидательных целях, которые возможно применять на регулярной основе без существенных временных затрат. Смысл саморегуляции – обучение человека управлять своей психической деятельностью в сложных для него периодах жизни посредством правильного настроя и активной регуляции произвольных психофизиологических функций (дыхания, сердечной деятельности, мышечной активности и пр.). Особую актуальность сегодня приобретает проблема практического применения этих методов [4, 6].

В основе методики Г.И. Григорьева [4, 5, 6] как раз лежит переход от негативного (страх, тревога и пр.) психического состояния к позитивному (радость, покой, уверенность, работоспособность) независимо от времени, места и положения тела. Как следствие этого, появляется возможность регулировать в некоторой степени отдельные произвольные физиологические процессы. «Ключ» по Григорьеву дает возможность пациенту самостоятельно быстро менять свое психическое состояние, настроение, повышать результативность деятельности, а также регулировать некоторые произвольные физиологические процессы, например сон.

Сегодня метод ДОП ЦЗ с элементами ПСР применяется регулярно и позволяет обратившимся на лечение изменить направление движения от болезни к здоровью, от саморазрушения к самоактуализации, помогает

страдающим начать двигаться к полюсу психологического благополучия и впоследствии жить полноценной во всех отношениях жизнью за счет активации внутренних резервных возможностей организма.

Несмотря на явную практическую и теоретическую значимость изучения проблемы применения психофизической саморегуляции (ПСР), следует отметить, что подобные исследования малочисленны и фрагментарны. Не разработана практическая сторона оценки потребностей на обучение психической саморегуляции, не определена взаимосвязь мотивации на лечение с уровнем и структурой внутренней картины болезни, позволяющие прогнозировать вероятные результаты лечения, и т. д.

**Цель** – изучение социально-демографических и клинических характеристик лиц, обратившихся на занятия психофизической саморегуляции в Международный институт резервных возможностей человека.

### **Материал и методы**

Обследованы 74 пациента, обратившихся на саморегуляцию по методике Г.И. Григорьева (ПСР), в октябре 2018 года. В их числе 56 женщин и 18 мужчин. 13 респондентов ранее лечились в МИРВЧ с синдромом зависимости от алкоголя (F10.2 по МКБ-10), один – лечился от ожирения и один – от ожирения и никотинизма. Трое совместно с зависимостью от алкоголя лечились и от зависимости к наркотикам (F12.2 или F14.2), один – от азартных игр. Пятеро совместно с другими зависимостями решили и проблему с курением.

Все пациенты подписывали информированное согласие на проведение обследования. В общей сложности пациентам провели 4 занятия по формированию навыков ПСР в течение недели. Обследование респондентов проводили перед 1-м занятием ПСР и после 4-го дня занятий по саморегуляции.

У пациентов оценили гендерно-возрастной и семейный и анамнестически-клинический портрет по специально созданному для этой цели опроснику. Опросник содержал вопросы, характеризующие время и нозологические формы лечения в МИРВЧ, оценку результатов прошлого лечения (по длительности ремиссии), частоту посещений занятий по ПСР и мнение о результатах этих занятий (оценка возможности пациентов справиться с патологическими влечениями в лично значимых ситуациях и при стрессе, оценку уровня депрессии и уровня тревожности, оценку повышения общего фона настроения и уровня активности с продуктивной деятельностью, характеристику сна). Также по опроснику определялись со-

стояние здоровья на момент обследования, анамнестически значимые расстройства психики у родственников, травмы головы и употребление психотропных веществ в прошлом и в настоящем.

На основе исследования информации о прежнем лечении в МИРВЧ от зависимостей и посещения саморегуляции по Г.И. Григорьеву в прошлом всех пациентов разделили на 4 группы:

– 1-я (n = 12) – посещали занятия по саморегуляции после лечения в МИРВЧ от зависимостей;

– 2-я (n = 38) – в МИРВЧ никогда не лечились и не посещали занятия по саморегуляции;

– 3-я (n = 21) – ранее в МИРВЧ от зависимостей не лечились, но посещали занятия по саморегуляции;

– 4-я (n = 3) – ранее лечились в МИРВЧ от зависимостей, но занятия по саморегуляции не посещали.

Распределение по группам представлено на рис. 1, из которого следует, что более половины (51,4 %) обследуемых респондентов ранее в МИРВЧ не лечились и занятия по саморегуляции не посещали, более ¼ (28,4 %) – ранее в МИРВЧ от зависимостей не лечились, но сеансы саморегуляции посещали, 16,2 % – посещали занятия по саморегуляции после лечения в МИРВЧ от какой-либо зависимости. И только 3 мужчин (4,1 %) из числа исследовательской выборки в МИРВЧ лечились от зависимости, но занятия не посещали. Их возраст – 26, 39 и 59 лет, все с высшим образованием, один холост, двое женаты – живут в семьях, двое из них детей не имели, один отметил, что имеет двоих детей. Один приехал на лечение в МИРВЧ из Хабаровска, двое живут в Санкт-Петербурге. Один лечился в МИРВЧ от алкоголизма, никотинизма и наркомании, двое – только от алкоголизма несколько месяцев назад. Все находились в ремиссии. Занятия по саморегуляции никогда не посещали. Из-за малой численности расчет структурных характеристик по ним не проводился.

Для статистического описания рассчитывались относительные величины частоты и распределения, средние арифметические значения и их стандартные ошибки. Связь между признаками изучалась посредством построения таблиц сопряженности, и рассчитанного на их основе  $\chi^2$  Пирсона и его уровня значимости.



Рис. 1. Распределение пациентов в зависимости от лечения в МИРВЧ от зависимостей и посещения занятий по саморегуляции в прошлом

### Результаты исследования

Гендерно-возрастная характеристика исследовательских групп показана в табл. 1. Женщины в изученной группе составили 75,7 % их возраст был статистически бóльший, чем у мужчин ( $p < 0,05$ ). Наибольший интерес к проведению занятий по ПСР оказывали женщины (81,9 %).

При изучении гендерного состава (табл. 1) выяснилось, что доля женщин преобладала как в целом в исследовательской группе (75,7 % женщин и 24,3 % мужчин), так и в подгруппах от 58,3 % до 95,2 %. Средний возраст женщин (табл. 1) составил  $51,3 \pm 1,6$  года и статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) преобладал над этим показателем у мужчин –  $41,3 \pm 3,0$  года.

Таблица 1

Гендерно-возрастная характеристика исследовательских групп

Группа	Пол, n (%)		p	Возраст, (M ± m) лет		p
	мужской	женский		мужчины	женщины	
Общая	18 (24,3)	56 (75,7)		41,3 ± 3,0	51,3 ± 1,6	< 0,05
Посещали занятия по ПСР						
1-я	5 (41,7)	7 (58,3)		50,8 ± 2,6	55,9 ± 3,7	
3-я	1 (4,8)	20 (95,2)		30,0	55,0 ± 2,1	
А подгруппа	6 (18,1)	27 (81,9)				
Не посещали занятия по ПСР						
2-я	9 (23,7)	29 (76,3)		37,3 ± 4,2	47,6 ± 2,4	
4-я	3 (100)			41,3 ± 9,6		
Б подгруппа	12 (29,3)	29 (70,7)				

Группа	Пол				Возраст (M, m)			
	мужчины		женщины		мужчины		женщины	
	абс.	%	абс.	%	лет	ст.ош.	лет	ст.ош.
Саморегуляция после лечения в МИРВЧ от зависимостей	5	41,7	7	58,3	50,8	2,6	55,9	3,56
В МИРВЧ никогда не лечились и не посещали занятия	9	23,7	29	76,3	37,3	4,2	47,6	2,4
В МИРВЧ от зависимостей ранее не лечились, но посещали занятия	1	4,8	20	95,2	30,0		55,0	2,13
В МИРВЧ лечились от зависимости, но занятия не посещали	3	100			41,3	9,6		
Всего	18	24,3	56	75,7	41,3	3,0	51,3	1,6*

Примечание: \* – p < 0,05.

Распределение респондентов в группах по семейному статусу (рис. 2) показывает, что преобладающей является доля женатых, проживающих в семье, которая составляет от 38,1 % – третья группа до 58,3 % – первая группа. В целом по выборке доля таких опрошенных составила 46,5 %. На втором месте оказались разведенные – 22,5 % (от 15,8 % – вторая группа до 33,3 % – четвертая группа). Приведенные данные показывают, что почти половина обследованных лиц живут в семьях. Этот факт безусловно подкрепляет их психологический потенциал к лечению.

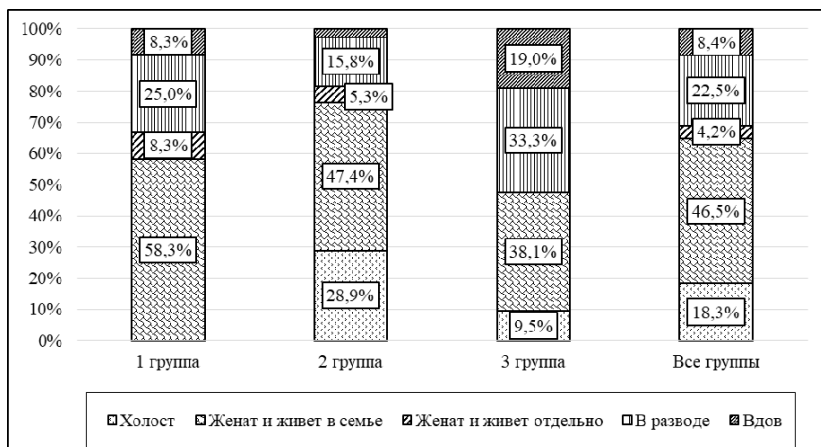


Рис. 2. Структура исследовательских групп в зависимости от семейного положения пациентов ( $\chi^2=15,6$ ,  $p=0,21$ )

Во всех группах преобладали респонденты с высшим образованием (рис. 3). Их доля составляла от 33,3 % – первая группа до 71,1 % – вторая группа, 62,2 % – в целом по выборке. На втором месте оказались респонденты со средним и средним специальным образованием. В первой группе их доля составила 41,6 %, во второй – 18,4 %, в третьей – 28,6 %, а в целом по выборке – 24,4 %.

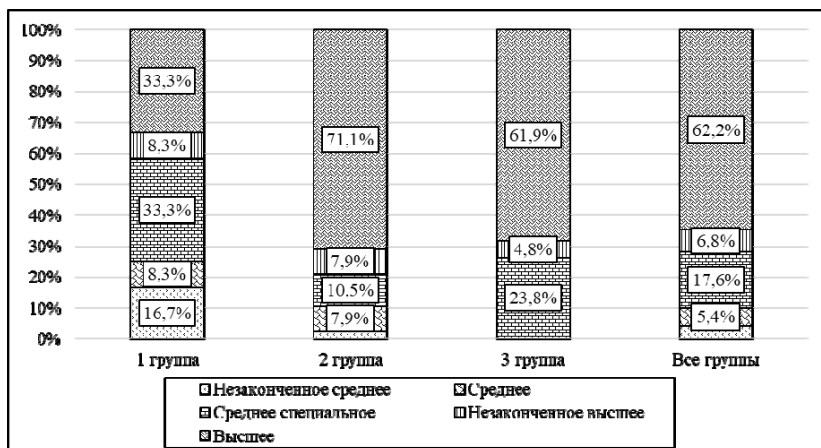


Рис. 3. Структура исследовательских групп в зависимости от образования пациентов ( $\chi^2 = 24,0$ ,  $p = 0,06$ )



По числу детей (рис. 4) в выборке в целом опрошенные распределились более-менее равномерно: 30,1 % отметили, что у них двое детей и более, 32,9 % – по одному ребенку и 37,0 % бездетные. Однако в группах такая однородность отсутствовала. Так, в третьей группе преобладали респонденты с одним ребенком – 57,1 %, во второй – бездетные 44,7 %, а в первой – по 36,4 %, у которых по 2 детей и бездетных.

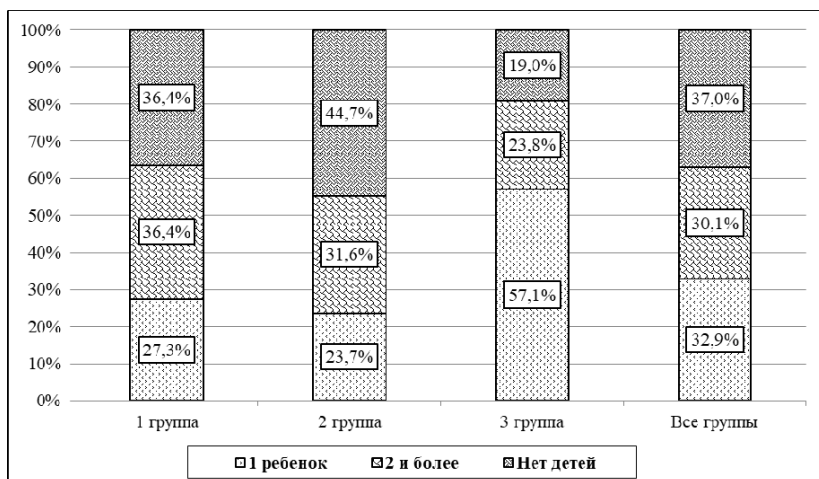


Рис. 4. Структура исследовательских групп в зависимости от числа детей в семье пациентов ( $\chi^2 = 9,4$ ,  $p = 0,15$ )

Исследование места жительства респондентов (рис. 5) показало, что преобладали те из них, кто проживает в Санкт-Петербурге (от 58,3 % – первая группа до 84,2 % – вторая группа). В целом же по выборке петербуржцы составили 78,4 %.

В группе респондентов, ранее пролеченных в МИРВЧ по поводу зависимостей, преобладали пациенты, которые лечились от алкоголизма и от алкоголизма в сочетании с другими зависимостями (табл. 2). Максимальная длительность ремиссии в 23 года оказалась у пациента, пролеченного одновременно от ожирения и курения. При этом он посещал занятия по саморегуляции около 60 раз. Средний срок длительности ремиссии пролеченных только от алкоголизма составил 14,8 лет, а среднее число посещения ими занятий по саморегуляции составило 15,4 раз. Прекрасно себя чувствовал пациент, бросивший пить и курить одновременно, срок ремиссии у которого достиг 13 лет при 25 посещениях занятий по саморегуля-

ции. Средний срок длительности ремиссии по всем нозологиям в этой группе составил 13,4 лет, число занятий по саморегуляции – 21,5 раза.

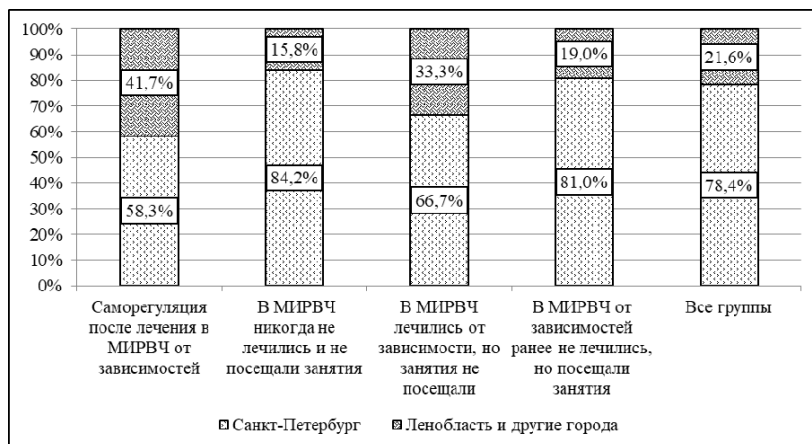


Рис. 5. Структура исследовательских групп в зависимости от постоянного места проживания респондентов ( $\chi^2 = 3,9$ ,  $p = 0,27$ )

Таблица 2

Нозологические формы респондентов, посещавших занятия по саморегуляции после лечения в МИРВЧ от зависимостей

Диагноз	К-во лечившихся	Длительность ремиссии, лет	К-во занятий по ПСР
Ожирение	1	7,0	20
Алкоголизм	6	14,8	15,4
Алкоголизм и никотинизм	1	13,0	25
Ожирение и никотинизм	1	23,0	60
Алкоголизм, никотинизм и наркомания	1	11,0	20
Алкоголизм, никотинизм, гемблинг	1	12,0	24
Алкоголизм, никотинизм, наркомания, ожирение	1	7,0	10
Всего	12	13,4	21,5

Проведен опрос респондентов двух групп: посещавших занятия саморегуляции после лечения в МИРВЧ от зависимостей (группа 1) и посещавших занятия саморегуляции, но ранее в МИРВЧ не лечившихся (группа 2).

па 3) – с целью выяснения количества таких, у кого улучшилось состояние или снизился уровень симптомов в результате занятий саморегуляцией (рис. 6).

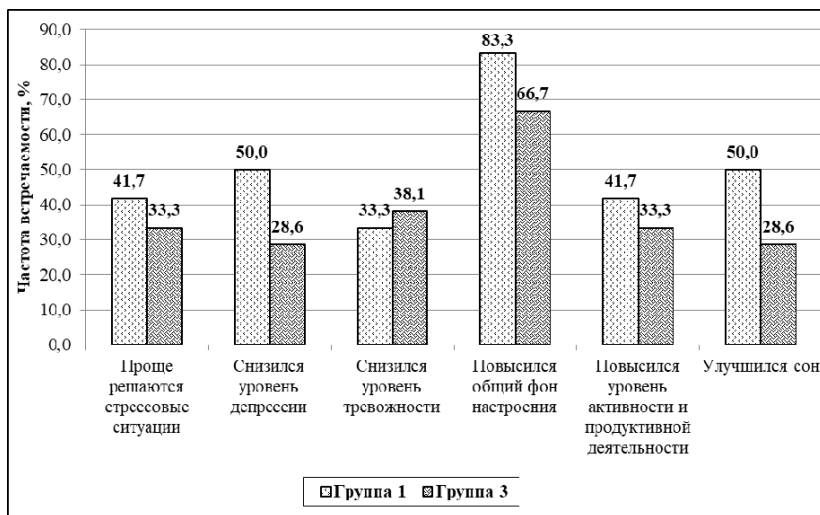


Рис. 6. Частота улучшения состояния здоровья у респондентов, ранее лечившихся в МИРВЧ от зависимостей и не лечившихся, но посещавших занятия по саморегуляции

Улучшение состояния и снижение уровня симптоматики отмечали респонденты обеих групп. Однако чаще на это указывали посетители занятий 1-й группы. Проще стали разрешаться стрессовые ситуации у 41,7 % респондентов 1-й группы и у 33,3 % 2-й. Отметили снижение уровня депрессии, а также улучшение сна 50,0 % из числа первых и 28,6 % из числа вторых. Повышение общего фона настроения встречалось у 83,3 % опрошенных 1-й группы и 66,7 % 2-й. Повышение уровня активности и продуктивности деятельности засвидетельствовали 41,7 % и 33,3 % соответственно. А вот снижение уровня тревожности отмечали чаще респонденты 2-й группы – 38,1 % – по сравнению с 1-й, где доля таких ответов составила 33,3 %. Приведенные данные показывают более существенную динамику невротической симптоматики в положительную сторону в 1-й группе, чем во 2-й. Побудительной причиной таких различий явилась активность пациентов, выразившаяся в среднем количестве посещений занятий по саморегуляции – 15 посещений у 1-й группы и 8 – у 2-й.

При изучении вопроса субъективной оценки состояния своего здоровья (рис. 7) выяснилось, что в 1-й и 4-й группах преобладали респонденты с высоким уровнем самооценки, которые не оценили свое здоровье как хорошее: 75,0 % и 66,7 % соответственно. Из числа 2-й и 3-й групп посчитали состояние своего здоровья удовлетворительным 52,6 % и 71,4 %. В целом по всей выборке оценили здоровье как хорошее 35,1 % обследуемых лиц, как удовлетворительное – 52,7 % и как плохое – 12,2 %. Связь распределения опрошенных в зависимости от самооценки состояния здоровья с группами оказалась статистически значимой ( $\chi^2 = 16,5$ ,  $p = 0,011$ ).

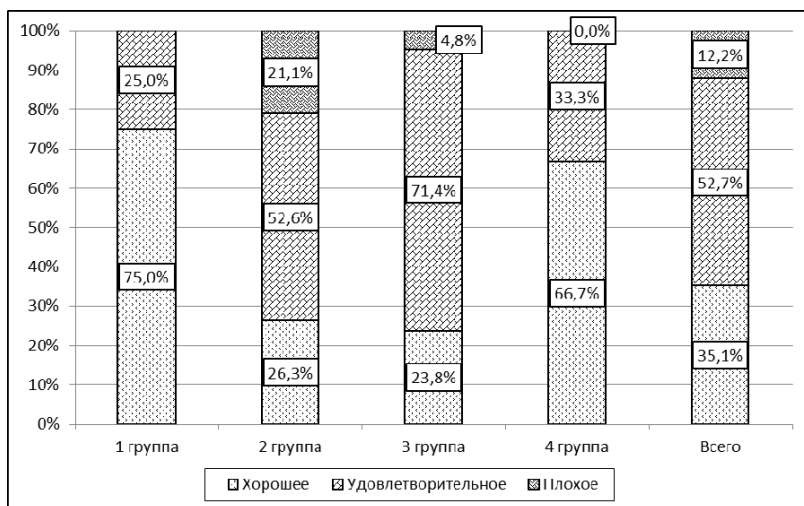


Рис. 7. Распределение респондентов в группах в зависимости от самооценки состояния здоровья ( $\chi^2 = 16,5$ ,  $p = 0,011$ )

Результаты изучения психоневрологического анамнестического статуса (рис. 8) показали, что преобладающее число опрошенных во всех исследовательских группах (от 57,1 до 100 %) считают его благополучным. О наличии психических расстройств у кровных родственников заявили от 16,7 до 21,1 % опрошенных из числа 1-й, 2-й и 3-й групп.

На неблагополучную наследственность в отношении психических расстройств у родственников указали 18,9 % из числа всех опрошенных, из них 16,7 % – в 1-й группе, 21,1 % – во 2-й группе, 19,0 % – в 3-й группе.

В составе 2-й и 3-й групп оказались респонденты, отметившие наличие в анамнезе у родственников других психоневрологических расстройств.

В их числе эпилепсия, попытка самоубийства и их сочетание с психическими расстройствами. Из общего числа исследовательской выборки доля таких больных составила 12,2 %.

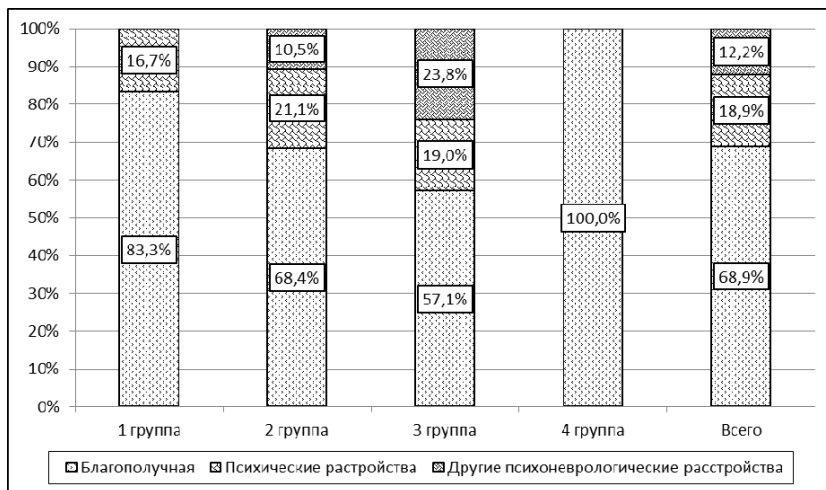


Рис. 8. Распределение респондентов в группах в зависимости от характера психоневрологической наследственности ( $\chi^2 = 8,4$ ,  $p > 0,05$ )

Наличие в прошлом травмы головы (рис. 9) подтвердили 41,7 % респондентов 1-й группы, 21,1 % – 2-й группы и 33,3 % – 3-й. Следует отметить 100-процентно (3 из 3) положительный ответ респондентов 4-й группы. По всей исследовательской выборке доля ответов, подтверждающих наличие травмы головы в анамнезе, составила 31,1 %. Отмечены достоверные различия распределений опрошенных по наличию травм в отдельных группах ( $\chi^2 = 901$ ,  $p = 0,027$ ).

Важным считали вопрос о том, какие психотропные вещества, в том числе никотин, принимали респонденты до обращения в МИРВЧ. Оказалось, что 89,2 % респондентов различные психотропные вещества употребляли.

Некоторые респонденты имели опыт приема двух, трех и даже четырех психотропных веществ (рис. 10). По выборке структура по числу принимаемых веществ оказалась следующей: не принимали психотропных веществ 10,8 %, имели опыт применения одного вещества 32,4 %, двух ве-

ществ – 31,1 %, трех веществ – 21,6 и четырех – 4,1 %. Различия их распределения в группах статистически достоверные ( $\chi^2 = 25,7$ ,  $p = 0,011$ ).

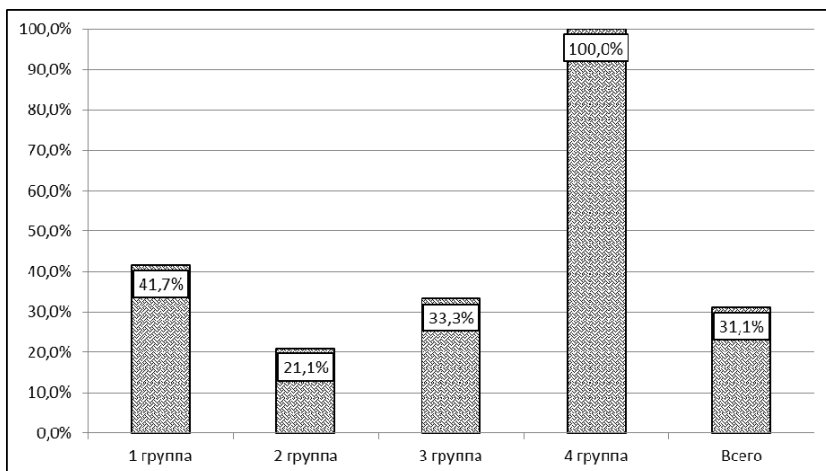


Рис. 9. Частота положительных ответов на вопрос о наличии травмы головы в анамнезе

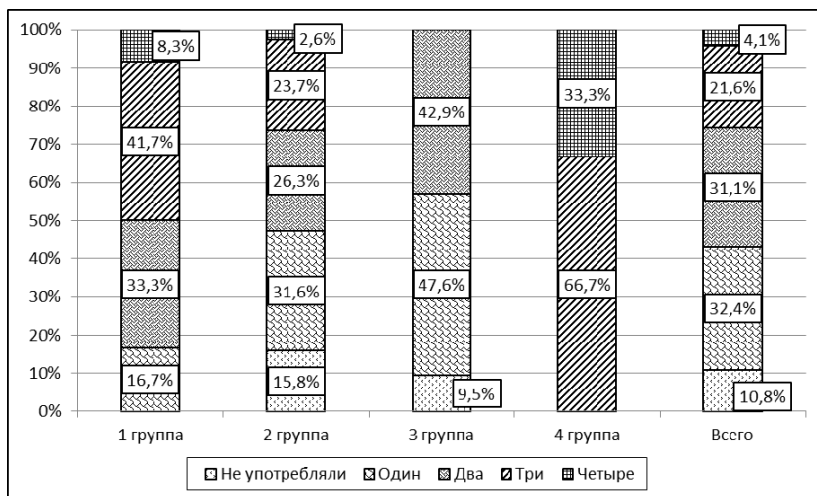


Рис. 10. Распределение респондентов в группах в зависимости от числа психотропных веществ, употреблявшихся в анамнезе до сеансов саморегуляции ( $\chi^2 = 25,7$ ,  $p = 0,011$ )

Из числа употреблявших психотропы 24,2 % указали на то, что это был только алкоголь, 10,6 % – только психотропные лекарства, 21,2 % – алкоголь и никотин, 21,2 % – алкоголь, никотин и психотропные лекарства, 10,6 % – алкоголь и психотропные лекарства, остальные 10 % назвали разные другие варианты, в том числе и совместно с наркотиками.

Совсем другая картина выяснилось при изучении вопроса с употреблением психотропных веществ в текущем времени. Ко времени проведения анкетного опроса 55,4 % респондентов всей выборки психотропных веществ не употребляли вовсе (в анамнезе не употребляли только 10,8 %), 33,8 % употребляли одно вещество, 10,8 % – два. При этом из числа употребляющих психоактивные вещества к моменту опроса 2/3, или 63,6 % употребляли только алкоголь или алкоголь с другими психотропными веществами (один с каннабиноидами, два с никотином и 5 пациентов с транквилянтами).

Доли опрошенных, употреблявших психотропные вещества в анамнезе и в текущем времени, показаны на рис. 11. 100 % пациентов 1-й группы в прошлом употребляли психотропные вещества, из-за чего они и лечились. Более 90 % отметили, что ко времени опроса давно их не употребляют (срок ремиссии у них в среднем 15 лет). В 3-й группе 94,8 % респондентов до посещения ПСР употребляли психотропные вещества, после посещения ПСР (в среднем 8 раз) употреблявших психотропы в текущем времени осталось 33,3 %. И только во 2-й группе, где респонденты впервые обратились в МИРВЧ, динамика числа употребляющих психотропные веществ как в анамнезе, так и в текущем времени оказалась весьма скромной (84,2 % и 63,2 %).

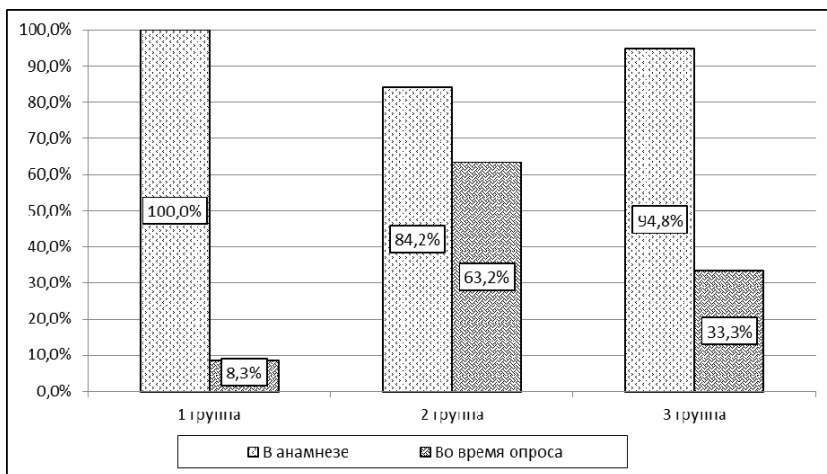


Рис. 11. Доли респондентов в группах, принимавших психотропные вещества (в том числе никотин) в анамнезе и во время опроса

Таким образом, изучение ответов респондентов о роли посещения занятий по ПСР в прошлом, как и в целом об опыте лечения в МИРВЧ от зависимостей, показывает, что метод ДОП ЦЗ, включающий занятия по саморегуляции, приводит к существенно ощутимому результату в виде положительного влияния на общее состояние здоровья, субъективно оцениваемое самими пациентами. Изучение возможного направления динамики параметров их психологического статуса при помощи соответствующих широко известных методик будет представлено в следующих работах.

### Заключение

Обследованы 74 пациента, в числе которых преобладали женщины (75,7 %). О наличии психических расстройств в прошлом у родственников заявили 18,9 % респондентов, травмы головы в анамнезе были у 31,1 %. До обращения в МИРВЧ принимали психоактивные вещества 89,2 %, после проведения стрессопсихотерапии в МИРВЧ ко времени проведения анкетного опроса – только 44,6 % респондентов. Средний срок длительности ремиссии пролеченных только от алкоголизма составил 14,8 лет, а среднее число посещения ими занятий по саморегуляции – 15,4 раз.

Возраст женщин в общей группе респондентов составил (51,3 ± 1,6) лет, мужчин – (51,3 ± 1,6) лет ( $p < 0,05$ ). Семейных лиц было 46,5 %, имели



детей 63 %, оказалось лиц с высшим образованием 62,2 %, проживали в Санкт-Петербурге 78,4 %.

После сеансов ПСР 35,1 % обследуемых субъективно оценили свое здоровье как хорошее, 52,7 % – удовлетворительное и 12,2 % – плохое. Повышение общего фона настроения было у 72,7 % респондентов, сформированность мотивов на сдерживание патологических зависимостей в личносно значимых ситуациях и при стрессе – у 36,4 %, снижение уровня тревожности и улучшение сна – у 42,2 %, повышение уровня активности и продуктивности деятельности – у 36,4 %.

Анализ эффективности саморегуляции у лечившихся (1-я группа) и не лечившихся ранее в МИРВЧ (3-я группа) от психических зависимостей показал более существенное уменьшение невротической симптоматики в 1-й группе по сравнению со 2-й. Например, улучшение общего фона настроения было у 83,3 % и 66,7 % лиц соответственно, преобладание мотива неупотребления психоактивных веществ в личносно значимых ситуациях или при стрессе – у 41,7 % и 33,3 % соответственно, уменьшение тревожности и улучшение сна – у 50 % и 28,6 % соответственно, повышение уровня активности и продуктивности деятельности – у 41,7 % и 33,3 % соответственно. Полагаем, что побудительной причиной таких различий могли явиться активность пациентов, выразившаяся в среднем количестве посещений занятий по саморегуляции – 15 посещений в 1-й группе и 8 – во 2-й.

### Литература

1. Алиев Х.М. Ключ к себе. – М. : Молодая гвардия, 1990. – 223 с.
2. Буль П. И., Григорьев Г.И., Мизерене Р.В. [и др.]. Концептуальные основы метода стрессопсихотерапии по А.Р. Довженко // Вестник психотерапии. – 2004. – № 11 (16). – С. 95–101.
3. Григорьев А.И., Григорьян Н.А. Патриарх русской физиологии. К 175-летию со дня рождения И.М. Сеченова // Вестник Российской академии наук, 2004. – Т. 74, № 7. – С. 633–643.
4. Григорьев Г.И. Грех как аддиктивное поведение, богословские основания и медико-психологический опыт исследования. – М., 2015. – 411 с.
5. Григорьев Г.И. Массовая эмоционально-эстетическая психотерапия ал-коголизма Григорьева // Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б.Д. Карвасарского. – 3-е изд., перераб. и доп. – СПб. : Питер, 2006. – С. 309–312.
6. Григорьев Г.И. Применение массовых эмоционально-эстетических методов психотерапии в амбулаторном лечении хронического алкоголизма // Интоксикации и нервная система : материалы междунар. науч.-практ. конф. – СПб., 1992. – С. 44.
7. Григорьев Г.И. Применение психотерапевтической методики аутогенного расслабления на фоне электросна и музыкотерапии : метод. указания для

врачей плавсостава Краснознаменного тихоокеанского флота, утвержденные главным психиатром КТОФ. – Владивосток, 1982. – 10 с.

8. Григорьев Г.И. Становление и организация духовно ориентированной психотерапии патологических зависимостей – СПб. : СПбМАПО – МИРВЧ, 2007. – 263 с.

9. Кузнецова Д.В., Мильчакова В.А. Проблема психофизической саморегуляции: современные концепции и их физиологические механизмы // Вестник психотерапии. – 2018. – № 67. – С. 66–91.

10. Куэ Э. Сознательное самовнушение как путь к господству над собой: методы, техники, практика. – СПб. : Свет, 2015. – 128 с.

11. Линдeman X., Селье Г. Система психофизического саморегулирования. Когда стресс не приносит горя. – М. : РЭНАР [и др.], 1992. – 160 с.

12. Осин Е.Н. Чувство связности как показатель психологического здоровья и его диагностика // Психологическая диагностика. – 2007. – № 3. – С. 22–40.

13. Павлов И.П. Лекции о работе больших полушарий головного мозга. – Л. : Акад. наук СССР, 1949. – 483 с

14. Платонов К.И. Слово как физиологический и лечебный фактор. – М. : Медгиз, 1962. – 532 с.

15. Селье Г. Очерки об адапционном синдроме. – М. : Медгиз, 1960. – 253 с.

16. Шойфет М.С. Психофизическая саморегуляция. Большой современный практикум – М. : Вече, 2010. – 319 с.

17. Baudouin Ch. Psychologie de la suggestion et autosuggestion. – Neuchâtel; Paris: Delachaux&Niestlé, 1924. – 384 p.

18. Coué É. La méthode Coué: La maîtrise de soi par l'autosuggestion consciente. – Le Livre De Poche, 2013. – 129 p.

19. Gable S., Haidt J. What (and Why) Is Positive Psychology? // Review of General Psychology. – 2005. – Vol. 9, N 2. – P. 103–111

20. Yeates L. Émile Coué and his Method // ASCH's Journal. – 2016. – Vol. 38, N 1. – P. 28–54.

21. Shul'cz I.G. Autogennaya trenirovka = Ubungscheft fur das autogene Training [Autogenic training]. Moskva. 1985. 32 p.

Поступила 01.09.2019

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

**Для цитирования.** Григорьев Г.И., Григорьев С.Г., Мильчакова В.А., Кузнецова Д.В., Мизерас С. Медико-демографические показатели лиц, прошедших курс психофизической саморегуляции // Вестн. психотерапии. 2019. № 71 (76). С. 55–77.

**MEDICAL AND DEMOGRAPHIC INDICATORS OF THE PEOPLE WHO HAVE PASSED  
A COURSE OF PSYCHOPHYSICAL SELF-REGULATION**

**Grigorev G.I.<sup>1,4</sup>, Grigorev S.G.<sup>2</sup>, Milchakova V.A.<sup>1,4</sup>,  
Kuznetsova D.V.<sup>3</sup>, Mizeras S.<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov  
(Kirochnaya Str., 41, Saint-Petersburg, Russia);

<sup>2</sup>Kirov Military Medical Academy  
(Academica Lebedeva Str., 6, Saint-Petersburg, Russia);

<sup>3</sup>Russian Christian Academy of Humanities  
(Fontanka emb., 15, Saint-Petersburg, Russia);

<sup>4</sup>International Institute of Human Potential Abilities  
(Pridorozhnaya alley, 11, Saint-Petersburg, Russia).

Grigorii Igorevich Grigoriev – Dr. Med. Sci. Prof., Professor of Department of Psychotherapy, Medical Psychology and Sexology, North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov (Kirochnaya Str., 41, Saint-Petersburg, 191015, Russia), Director, International Institute of Human Potential Abilities (Pridorozhnaya alley, 11, Saint-Petersburg, 194352, Russia), e-mail: grigorijgi@hotmail.com;

Stepan Grigoryevich Grigoriev – Dr. Med. Sci. Prof., Senior Research Associate of the research center of Kirov Military Medical Academy (Academica Lebedeva Str., 6, Saint-Petersburg, 194044, Russia), e-mail: gsg\_rj@mail.ru;

✉ Valentina Aleksandrovna Milchakova – PhD Psychol. Sci., Associate Professor, Associate Professor of Department of Psychotherapy, Medical Psychology and Sexology, North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, clinical psychologist, International Institute of Human Potential Abilities (Kirochnaya Str., 41, Saint-Petersburg, 191015, Russia), e-mail: vestnik-pst@yandex.ru;

Daria Vladimirovna Kuznetsova – undergraduate of Department of psychology, Russian Christian Academy of Humanities, doctor of general practice (Fontanka emb., 15, St. Petersburg, 191023, Russia), e-mail: dashabogomolova@yandex.ru;

Saulius Mizeras – PhD Psychol. Sci., psychiatrist, clinical psychologist, International Institute of Human Potential Abilities (Pridorozhnaya alley, 11, Saint-Petersburg, 194352, Russia), e-mail: sauliusm@yandex.ru.

**Abstract.** In the late 1980s, the International Institute of Human Potential Abilities (IIHPA) began to apply the method of psychophysical self-regulation (PSR) to support the rehabilitation of patients with addictions treated by stress therapy. The aim is to study the socio-demographic and clinical characteristics of people who applied for PSR classes. Sessions on development of skills of the PSR in IIHRC were carried out 4–5 times a week. The average duration of remission of treated individuals from alcoholism only was 14,8 years, and the average number of visits to self-regulation classes was 15,4 times. Clinical and demographic information and the effectiveness of sessions of PSR were received with the help of a specially created questionnaire. 74 patients were examined, predominately women (75,7 %). 18,9 % of respondents stated the presence of mental disorders in their relatives past, a history of

head injuries were in 31,1 %, before treatment in IIHRC took psychoactive substances (surfactants) 89,2 %. After stress psychotherapy in IIHRC by the time of the questionnaire survey only 44,6% of the respondents took the surfactants. The age of the women was  $(51,3 \pm 1,6)$  years, the men –  $(51,3 \pm 1,6)$  years ( $p < 0,05$ ). In the total group of family respondents there were 46,5 %, 63 % of them had children, 62,2% of respondents had higher education, 78,4 % lived in St. Petersburg. After the PCR sessions, 35,1 % of the examined subjectively assessed their health as good, 52,7 % as satisfactory and 12,2 % as bad. The general mood background increased in 72,7 % of the respondents, the formation of motives to curb pathological dependencies in personally significant situations and under stress – in 36,4 %, the decrease in the level of anxiety and improvement of sleep – in 42,2 %, the increase in the level activity and productivity of activity – in 36,4 %.

**Key words:** mental self-regulation, psychotherapy, psychiatry, addiction, International institute of human potential abilities.

### References

1. Aliev Kh.M. Klyuch k sebe [Key to yourself]. Moskva. 1990. 223 p. (In Russ.)
2. Bul' P.I., Grigorev G.I., Mizerene R.V. [et al.] Kontseptual'nye osnovy metoda stressopsikhoterapii po A.R. Dovzhenko [Conceptual basis of the method of stress therapy by A.R. Dovzhenko]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2004. N 11. Pp. 95–101. (In Russ.)
3. Grigorev A.I., Grigoryan N.A. Patriarkh russkoi fiziologii. K 175-letiyu so dnya rozhdeniya I.M. Sechenova [Patriarch of Russian physiology. To the 175th anniversary of I.M. Sechenov]. *Vestnik Rossiiskoi akademii nauk* [Herald of the Russian Academy of Sciences]. 2004. Vol. 74, N 7. Pp. 633–643. (In Russ.)
4. Grigorev G.I. Grekh kak additivnoe povedenie, bogoslovskie osnovaniya i mediko-psikhologicheskii opyt issledovaniya [Sin as addictive behavior, theological foundations and medical-psychological research experience]. Moskva. 2015. 411 p. (In Russ.)
5. Grigorev G.I. Massovaya emotsional'no-esteticheskaya psikhoterapiya alkogolizma Grigor'eva [Grigoriev's mass emotional and aesthetic psychotherapy of alcoholism]. *Psikhoterapevticheskaya entsiklopediya* [The psychotherapeutic encyclopedia]. Ed. B.D. Karvasarskii. 3rd edition. Sankt-Peterburg. 2006. Pp. 309–312. (In Russ.)
6. Grigorev G.I. Primenenie massovykh emotsional'no-esteticheskikh metodov psikhoterapii v ambulatornom lechenii khronicheskogo alkogolizma [Application of the mass emotional and aesthetic methods of psychotherapy in outpatient treatment of chronic alcoholism]. *Intoksikatsii i nervnaya sistema* [Intoxications and nervous system] : Scientific. Conf. Proceedings. Sankt-Peterburg. 1992. Pp. 44. (In Russ.)
7. Grigorev G.I. Primenenie psikhoterapevticheskoi metodiki autogennogo rasslableniya na fone elektrosna i muzykoterapii [Application of the psychotherapeutic technique of autogenetic relaxation against the background of electrosleep and music therapy]. Vladivostok. 1982. 10 p. (In Russ.)

8. Grigorev G.I. Stanovlenie i organizatsiya dukhovno orientirovannoi psikhoterapii patologicheskikh zavisimostei [Formation and organization of spiritually oriented psychotherapy of pathological addictions]. Sankt-Peterburg. 2007. 263 p. (In Russ.)

9. Kuznetsova D.V. Milchakova V.A. Problema psikhofizicheskoi samoregulyatsii: sovremennye kontseptsii i ikh fiziologicheskie mekhanizmy [The problem of psychophysical self-regulation: modern concepts and their physiological mechanisms]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2018. N 67. Pp. 66–91. (In Russ.)

10. Kue E. Soznatel'noe samovnushenie kak put' k gospodstvu nad soboi: metody, tekhniki, praktika [Self Mastery through conscious autosuggestion methods, techniques, practice]. Sankt-Peterburg. 2015. 128 p. (In Russ.)

11. Lindeman Kh., Sel'e G. Sistema psikhofizicheskogo samoregulirovaniya. Kogda stress ne prinosit gorya [System of the psychophysical self-regulation. When stress does not bring sorrow]. Moskva. 1992. 160 p. (In Russ.)

12. Osin E.N. Chuvstvo svyaznosti kak pokazatel' psikhologicheskogo zdorov'ya i ego diagnostika [Sense of coherence as an indicator of psychological health and its diagnosis]. *Psikhologicheskaya diagnostika* [Psychological diagnosis]. 2007. N 3. Pp. 22–40 (In Russ.)

13. Pavlov I.P. Lektsii o rabote bol'shikh polusharii golovnogo mozga [Lectures on the work of the big hemispheres of a brain]. Leningrad. 1949. 483 p. (In Russ.)

14. Platonov K.I. Slovo kak fiziologicheskii i lechebnyi faktor [The word as a physiological and therapeutic factor]. Moskva. 1962. 532 p. (In Russ.)

15. Sel'e G. Ocherki ob adaptatsionnom sindrome [Essays on the adaptation syndrome]. Moskva. 1960. 253 p. (In Russ.)

16. Shoifet M.S. Psikhofizicheskaya samoregulyatsiya. Bol'shoi sovremenniy praktikum [Psychophysical self-regulation. Large modern workshop]. Moskva. 2010. 319 p. (In Russ.)

17. Baudouin Ch. Psychologie de la suggestion et autosuggestion. Neuchâtel-Paris, Delachaux&Niestlé, 1924. 384 p.

18. Coué É. La méthode Coué: La maîtrise de soi par l'autosuggestion consciente. Le Livre De Poche, 2013. 129 p.

19. Gable S., Haidt J. What (and Why) Is Positive Psychology? *Review of General Psychology*. 2005. Vol. 9, N 2. Pp. 103–111

20. Yeates L. Émile Coué and his Method. *ASCH's Journal*. 2016. Vol. 38, N 1. – Pp. 28–54.

21. Shul'cz I.G. Autogennaya trenirovka = Ubungsheft fur das autogene Training [Autogenic training]. Moskva. 1985. 32 p.

Received 01.09.2019

**For citing.** Grigor'ev G.I., Grigor'ev S.G., Mil'chakova V.A., Kuznetsova D.V., Mizeras S. Mediko-demograficheskie pokazateli patsientov, proshedshikh kurs psikhofizicheskoy samoregulyatsii. *Vestnik psikhoterapii*. 2019. N 71. Pp. 55–77. **(In Russ.)**

Grigorev G.I., Grigorev S.G., Milchakova V.A., Kuznetsova D.V., Mizeras S. Medical and demographic indicators of the people who have passed a course of psychophysical self-regulation. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2019. N 71. Pp. 55–77.

## О СПОСОБЕ ФОРМИРОВАНИЯ МОТИВАЦИИ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ ПРИ ПСИХОТЕРАПИИ НАРКОМАНИЙ

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

Формирование мотивации к лечению – значимая проблема при психотерапии наркоманий. Объект исследования составили 38 пациентов с зависимостями от наркотических средств (F11, F19 по МКБ-10). Возраст пациентов составил от 15 лет до 51 года, срок употребления наркотических средств – от 2 до 27 лет. Как правило, пациенты со значительными сроками употребления наркотиков неоднократно лечились амбулаторно и стационарно. Цель – изучить возможность создания эмоционально-поведенческой мотивации к психотерапевтическому лечению наркологических пациентов посредством статических физических упражнений. В зависимости от возраста и функциональных резервов организма для формирования волевых качеств и эмоционально-поведенческой мотивации на здоровый образ жизни использовали статические упражнения, для выполнения которых не требовалась высокая физическая подготовленность. Считали, что через развитие волевых качеств на достижение результата на фоне ярко окрашенных эмоций формируется эмоционально-поведенческая мотивация на избавление от наркотиков и здоровый образ жизни. Пациентам указывали, что формирование лучших результатов по предлагаемым статическим физическим упражнениям является залогом избавления от наркотической зависимости. Упражнения рекомендовали выполнять 2-3 раза в день в течение 10–15 дней, результаты измеряли в секундах. Сеансы эмоциональной стрессовой психотерапии по А.Р. Довженко осуществляли в группах или индивидуально. На пациентов собрали анамнестические сведения. Оказалось, что в группе с высокой эффективностью психотерапевтического лечения результаты выполнения статических физических упражнений ( $p < 0,01$ ) лучше, чем в группе пациентов с низким уровнем эффективности, нарушивших запланированную ремиссию.

**Ключевые слова:** психотерапия, медицинская (клиническая) психология, наркология, наркомания, мотивация, статические физические упражнения.

---

Андреев Владимир Александрович – врач-нарколог, психотерапевт, индивидуальный предприниматель (Россия, 298112, Республика Крым, г. Феодосия, бул. Старшинова, д. 12, кв. 125), e-mail: dovzhenkomuseumandreev@yandex.ru;

✉ Евдокимов Владимир Иванович – д-р мед. наук проф., Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2), e-mail: 9334616@mail.ru.

## Введение

Распространенность пациентов, страдающих зависимостями от психоактивных веществ в Российской Федерации по-прежнему значительна – не менее 2 % населения. При всех современных методах их лечения результаты стойкой ремиссии составляют не более 7–10 %. Высокие показатели реабилитации наркологических больных представляются в публикациях, в которых используются психотерапевтические методики. В то же время, учет эффективности при психотерапевтическом лечении наркологических пациентов не всегда объективен и нуждается в унификации [2, 11].

Обзор научных исследований, посвященных роли мотивации в психотерапии, показал, что при всем многообразии взглядов основной акцент делается не на недостаточную мотивированность пациента, а на ответственность психотерапевта за создание тех условий, в которых эта мотивация может появиться и укрепиться [5].

По мнению Е.Э. Декало, готовность к лечению наркологических пациентов определяют переживания смыслов лечения, осознание собственных потребностей и глубины клинических нарушений и актуализация антинаркотического потенциала [3].

При лечении и реабилитации наркоманий у пациентов, как правило, происходит борьба двух основных мотивов: отказаться от приема наркотиков или возобновить их прием. Мотивация к лечению – это побуждение личности, инициирующее собственный выбор прекращения употребления наркотиков и заинтересованность пациента включиться в процесс лечения, продолжать участвовать в нем, быть приверженным рекомендованному лечению и определенной стратегии изменения поведения, связанного с болезнью [12].

В модели мотивации к лечению наркологических больных В.М. Ялтонский выделяет три уровня (негативный, амбивалентно-амбивалентно-неустойчивый, позитивный) и сложную структуру, включающую ценностно-смысловые, когнитивные, эмоциональные и поведенческие компоненты (предикторы) [12]. Уровни и структурные компоненты мотивации к лечению могут являться мишенями психотерапии. Актуализация мотивации пациентов в психотерапии создает готовность к лечению и повышает эффективность реабилитации больных наркоманиями [3, 6, 10].

Релаксация мышц, психофизические и идеомоторные упражнения активно используются в аутогенной тренировке, телесно-ориентированной терапии, арт-терапии и других методах [9]. В ряде исследований для повышения эффективности лечения применяли сочетание психотерапии и

статических физических упражнений. Например, в способе телесно-ориентированной психотерапии Н.Б. Филиппова [7] пациентам проводят сочетание психотерапевтических сеансов со статическими психофизическими упражнениями, направленными на перенапряжение мышц, например мышц нижних конечностей, мышц живота, ягодиц и тазового дна, мышц верхних конечностей и шейно-воротниковой зоны, после которого происходит снижение постоянного повышенного мышечного тонуса при стрессе. После серии статических упражнений для снятия их напряжения в мышцах рекомендуется выполнить несколько релаксирующих дыхательных психофизических упражнений.

Я.И. Маршак и П.А. Вороненко [8] предложили способ реабилитации больных с синдромом зависимости от психоактивных веществ, сочетающий использование психотерапии, пищевых добавок, комплексы дыхательных, динамических и статических физических упражнений. Статические упражнения пациенты выполняют в виде удержания определенных поз до преодоления дискомфортных ощущений.

Цель – изучить возможность создания эмоционально-поведенческой мотивации к психотерапевтическому лечению наркологических пациентов посредством статических физических упражнений.

### **Материал и методы**

Объект исследования составили 38 пациентов с зависимостями от наркотических средств (F11, F19 по МКБ-10). На способ лечения подана заявка на изобретение в Роспатент № 2019126188 от 12.09.2019 г.

Возраст пациентов составил от 15 лет до 51 года, срок употребления наркотических средств – от 2 до 27 лет. Как правило, пациенты со значительными сроками употребления наркотиков неоднократно лечились амбулаторно и стационарно.

При первом посещении у пациентов собирали анамнез заболевания, оценивали уровень анозогнозии к зависимости от наркотиков. По разработанной схеме во время лечения рекомендовали заполнить дневник по развитию зависимости для выявления значимых переживаний и ситуаций, связанных с негативным воздействием приема наркотиков на жизнедеятельность. Оценили психофизиологические резервы организма пациентов по адаптационному потенциалу системы кровообращения по Р.М. Баевскому [4]:

$$АП = 0,0011 \cdot ЧП + 0,014 \cdot САД + 0,008 \cdot ДАД + (0,009 \cdot МТ) - 0,009 \cdot Р + 0,014 \cdot В - 0,27,$$

где АП – адаптационный потенциал системы кровообращения (балл),



ЧП – частота пульса (уд/мин);  
САД и ДАД – систолическое и диастолическое артериальное давление (мм рт. ст.);  
Р – рост (см);  
МТ – масса тела (кг);  
В – возраст (лет).

В зависимости от возраста и функциональных резервов организма для формирования волевых качеств и эмоционально-поведенческой мотивации на избавление от наркотиков использовали статические упражнения, для выполнения которых не требовалась высокая физическая подготовленность. Считали, что через развитие волевых качеств на достижение результата в деятельности на фоне ярко окрашенных эмоций формируется эмоционально-поведенческая мотивация на избавление от наркотиков и здоровый образ жизни. Пациентам указывали, что формирование лучших результатов по предлагаемым статическим физическим упражнениям является залогом избавления от наркотической зависимости.

Упражнения рекомендовали выполнять 2-3 раза в день в течение 10–15 дней, после выполнения которых релаксация не проводится, а развитие выносливости напряженных мышц отождествляется с формированием эмоционально-поведенческой мотивации на успешность психотерапевтического лечения. Оценку выполнения упражнений измеряли в секундах. После каждого упражнения необходимо было медленно сделать поверхностный вдох, перейти на произвольное дыхание и возвратиться в исходное положение (И.П.)

1. Проба Генче. И.П. – сидя на стуле, стопы на ширине плеч, голени перпендикулярно полу, подбородок приподнят, плечи развернуты, спина прямая, прогнувшись в пояснице, вертикаль, опущенная из центра головы, проходит посередине между седалищными буграми, плечевыми и тазобедренными суставами. На фоне произвольного дыхания после вдоха зажать нос и сделать максимальный выдох. Держать максимальную паузу, не дышать.

2. «Планка». И.П. – лежа на полу лицом вниз, ладони под плечами, стопы вместе носки на себя. Удерживая голову, корпус и ноги на одной прямой линии, отжаться от пола и застыть на максимальное время, не дышать.

3. «Угол 90°». И.П. – лежа на спине, руки вдоль тела, ноги вместе. Одновременно поднять корпус и ноги, удерживая между ними угол 90°, полный выдох, не дышать.

4. «Попа всадника». И.П. – стоя, центр головы на вертикали, проходящей между параллельно расположенными стопами на ширине плеч, подбородок приподнят, плечи развернуты, спина прямая, прогнувшись в пояснице, плечевой и тазобедренный суставы на одной вертикали. Медленно и плавно присесть на воображаемый стул – бедра параллельно полу, голени стараться удерживать перпендикулярно полу, полный выдох, не дышать.

5. Видоизмененная проба Ромберга – «Попа дерево». И.П. – стоя, центр головы на вертикали, проходящей между параллельно расположенными стопами на ширине плеч, подбородок приподнят, плечи развернуты, спина прямая, прогнувшись в пояснице, плечевой и тазобедренный суставы на одной вертикали, руки опущены. Медленно плавно одновременно поднимаем ведомую ногу на высоту 25–30 см от пола и руки, как для обхвата ствола дерева, ладони на уровне пояса, полный выдох, не дышать.

Сеансы эмоциональной стрессовой психотерапии осуществляли в группах или индивидуально [1]. Продолжительность сеанса в среднем составляла 3-4 ч и предусматривала этапность:

- в 1-й части проводили вводную беседу косвенной (опосредованной) суггестией о биологическом, социальном и личностном вреде употребления психоактивных веществ;

- во 2-й части осуществляли сам сеанс психотерапии, в котором на передний план выступала рациональная психотерапия, основные положения которой (кульминационные моменты) завершались эмоционально-волевыми императивными суггестиями с элементами драматизации и ритуальных действий. В состоянии легкой гипноидности формировали доминанту исключения употребления психоактивных веществ. Вводили смысловое понятие «кода». В формуле внушения использовали ключевые слова, которые оказывали психотерапевтическое воздействие на пациента – «код», «кодирование», «раскодирование», «стресс при нарушении кода» и пр. Формировали программу нового образа жизни поведения пациента после кодирования, эмоционально-поведенческую мотивацию на здоровый образ жизни. Во время сеанса дезактуализировали значимые переживания и ситуации у пациентов, выявленные при заполнении дневника, акцентировали внимание на утверждении о нежелательности повторного лечения и в то же время давали пациенту право выбора, на какой срок он будет «закодирован». Подчеркивали необходимость полного воздержания от приема наркотических средств и неотвратимость «наказания», в случае нарушения этого условия;

• 3-я часть представляла собой материализацию суггестий – проведения в отдельном кабинете индивидуально с каждым больным психотерапевтического ритуала непосредственного «кодирования». После расписки о том, что пациент предупрежден о возможном ухудшении здоровья или даже смерти при приеме наркотических средств, пациентом выбирался срок психотерапевтического залога от приема наркотических средств. Предпочтение отдавалось залoгу – на всю жизнь.

На фоне зрительной депривации путем одномоментного принудительного закрытия глаз ладонью врача и воздействия на вестибулярный аппарат в результате резкого забрасывания головы назад осуществляли завершающее императивное внушение. Затем производили кратковременное и энергичное (болевое) раздражение тройничного нерва в точках выхода (зоны Валле).

Отличительными особенностями предлагаемого метода от других аналогов [7, 8] являлись: индивидуальный подбор статических физических упражнений, после выполнения которых не проводилась релаксация; развитие выносливости напряженных мышц отождествлялось с формированием мотивации на успешность психотерапевтического лечения; создание определенного мышечного дискомфорта повышало суггестивное воздействие на эмоционально-поведенческую мотивацию при сеансе эмоционально-стрессовой психотерапии, а дезактуализация значимых переживаний и ситуаций, которые отмечали пациенты в дневниках, улучшало эффективность лечения.

Результаты проверили на нормальность распределения признаков по критерию Колмогорова–Смирнова. Статистическую обработку данных провели при помощи методов описательной статистики. Для унификации сведений первичные данные переводили в баллы. Различия средних баллов выполнения упражнений провели при помощи t-критерия Стьюдента, связь показателей выполнения физических упражнений и эффективности лечения – линейной корреляции Пирсона.

### **Результаты и их анализ**

Средняя групповая оценка адаптационного потенциала по Р.М. Баевскому составила  $(1,65 \pm 0,06)$  ед. При показателях адаптационного потенциала более 3,50 ед. физические статические упражнения пациентам не назначали.

Полученная разница ( $\Delta$ ) фоновых и сформированных результатов выполнения физических упражнений методом вариационной статистики

позволила сформировать перевод абсолютных показателей в баллы (табл. 1). 1 балл свидетельствовал о низких результатах (меньше нижнего квартиля), 2 балла – диапазон больше нижнего квартиля, но меньше верхнего квартиля, 3 балла – больше верхнего квартиля. Улучшение индивидуальных результатов статических физических упражнений у пациента на 2-3 балла являлось условием для проведения эмоциональной стрессовой психотерапии.

Таблица 1

Перевод результатов физических упражнений в баллы

Упражнение	Балл		
	1	2	3
	Разница фоновых и сформированных данных, с		
Проба Генче	13 и менее	14–20	16 и более
Планка	12 и менее	13–35	36 и более
Угол 90 <sup>0</sup>	11 и менее	12–24	25 и более
Поза всадника	14 и менее	15–39	40 и более
Видоизмененная проба Ромберга	10 и менее	11–12	13 и более

На пациентов собрали анамнестические сведения и оценили эффективность лечения по сроку воздержания от употребления наркотиков после сеанса психотерапии. Если во время запланированной ремиссии пациент не употреблял наркотики, поддерживал контакты с врачом в виде консультативных приемов, контактов по телефону (скайпу) и др., то его относили в 1-ю группу, с высокой эффективностью лечения. Таких пациентов было 26. При нарушении запланированной ремиссии – возобновил употребление наркотиков – таких пациентов отнесли во 2-ю группу, с низкой эффективностью лечения. Таких пациентов было 6. После цикла физических упражнений двое не желали пройти психотерапевтический сеанс, мотивируя отказ формированием выраженного антинаркотического потенциала и вовлеченностью в религию. На четырех пациентов сведений собрать не удалось.

Отношение количества пациентов, которые не нарушили срок запланированной ремиссии, к общему числу пациентов выборки создает видимость эффективности лечения ( $26/32 \times 100$ ), которая составляет 81,3 %. Однако делать такое заключение необоснованно, что обусловливается малым количеством пациентов, не учетом возраста, сроков зорка и ряда других факторов. Например, для включения в анализ лиц, на которых не удалось

собрать анамнестические сведения (цензурированные пациенты), следует использовать модель интенсивности возникновения рецидивов и пр.

Лонгитюдные исследования 3414 больных алкоголизмом, пролеченных методом лечебного зорка в Международном институте резервных возможностей человека (Санкт-Петербург) показали, что вероятность сохранения ремиссии у пациентов среднего возраста при зорке в 1 год была у 57 %, в 2 года – 38 %, 3 года – 28 %, 5 лет – 28 %, у пациентов старшего возраста – 67 %, 50, 41 и 34 % соответственно [2]. Для оценки вероятности сохранения ремиссии у больных после применения авторского метода психотерапии необходимо провести расширенные исследования.

В табл. 2 сведены средние оценки выполнения статических физических упражнений. Статистически значимо бóльшие показатели ( $p < 0,01$ ) обнаружались в показателях суммы средних баллов всех упражнений в 1-й группе больных по сравнению со 2-й.

Таблица 2  
Результаты выполнения физических упражнений в группах, ( $M \pm m$ )

Упражнение	Группа, средний балл		p <
	1-я	2-я	
Проба Генче	2,0 ± 0,2	1,5 ± 0,2	
Планка	2,0 ± 0,1	1,7 ± 0,3	
Угол 90°	2,0 ± 0,1	1,5 ± 0,2	
Поза всадника	2,0 ± 0,1	1,7 ± 0,2	
Видоизмененная проба Ромберга	1,8 ± 0,2	1,5 ± 0,3	
Сумма баллов всех упражнений	9,8 ± 0,5	7,8 ± 0,5	0,01

Корреляционный анализ эффективности лечения не выявил статистически достоверных связей с показателями выполнения отдельных статических физических упражнений. Приближались к значимым корреляционные зависимости общей суммы баллов выполнения упражнений ( $r = 0,32$ ,  $p < 0,1$ ) и эффективности лечения в группах.

### Заключение

Отличительными особенностями способа психотерапевтического лечения наркоманий от других аналогов [7, 8] были: индивидуальный подбор статических физических упражнений, после выполнения которых не проводится релаксация; развитие выносливости напряженных мышц отождествлялось с формированием мотивации на успешность психотерапевтиче-

ского лечения; создание определенного мышечного дискомфорта повышало суггестивное воздействие на эмоционально-поведенческую мотивацию при сеансе эмоционально-стрессовой психотерапии по А.Р. Довженко, а дезактуализация значимых переживаний и ситуаций, которые отмечали пациенты в дневниках, улучшало эффективность лечения.

Проведенный анализ показал, что в группе с высокой эффективностью психотерапевтического лечения результаты выполнения статических физических упражнений ( $p < 0,01$ ) лучше, чем в группе пациентов, нарушивших запланированную ремиссию.

### Литература

1. Андреев В.А. Слово ученика об Учителе – Александре Романовиче Довженко // Вестн. психотерапии. – 2017. – № 64 (69). – С. 25–48.

2. Григорьев Г.И., Григорьев С.Г., Мизерас С., Тикноте Г. Построение модели прогноза длительности ремиссии больных алкоголизмом, пролеченных методом духовно ориентированной психотерапии на православной основе в форме целебного зорока // Вестн. психотерапии. – 2013. – № 45 (50). – С. 9–18.

3. Декало Е.Э. Уровни готовности к лечению больных опийной наркоманией: психокоррекция, реабилитация : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – СПб., 2014. – 24 с.

4. Жиженина Л.М., Клокова Т.Б. Методическая разработка исследовательского занятия по определению адаптационного потенциала системы кровообращения в школьном курсе биологии 8 класса // Молодой ученый. – 2016. – № 12. – С. 863–865. URL: <https://moluch.ru/archive/116/31401/>.

5. Колотильщикова Е.А., Мизинова Е.Б., Полторак С.В., Чехлатый Е.И. Мотивация в психотерапии (обзор литературы) // Обзор. психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. – 2011. – № 2. – С. 13–16.

6. Колпаков Я.В. Мотивация на психотерапию и реабилитацию в третичной профилактике рецидива у лиц, зависимых от опиоидов // XVI съезд психиатров России. Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы : всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием : тезисы / отв. ред. Н.Г. Незнанов. – СПб., 2015. – С. 393.

7. Пат. 2654661 Рос. Федерация. МПК А61Н 1/00, А61М 21/00. Способ телесно-ориентированной психотерапии / Филиппов Н.Б. – Заявка № 2016135882/14, 05.09.2016; опубл. 21.05.2018, Бюл. № 15.

8. Пат. 2203015 Рос. Федерация. МПК А61Н 1/00, А61М 21/00, А23Л 1/29. Способ антидепрессивного воздействия на эмоционально-аффективную сферу человека и способ реабилитации больных с синдромом зависимости от психоактивных веществ и больных с эмоционально аффективными нарушениями / Маршак Я.И., Вороненко П.А. – Заявка № 2001108387/14, 29.03.2001; опубл. 27.04.2003, Бюл. № 12.

9. Психотерапевтическая энциклопедия / [Абабков В.А. и др.] ; под ред. Б.Д. Карвасарского. – 3-е изд. – СПб. [и др.] : Питер, 2006. – 943 с.

10. Райзман Е.М., Белокрылов И.В., Кузнецов А.Г. Психотерапия больных наркоманией с низкой мотивацией на лечение // Вопр. наркологии. – 2010. – № 2. – С. 28–35.

11. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Никитина И.В., Пуговкина О.Д. Научные исследования процесса психотерапии и ее эффективности: современное состояние проблемы. Часть 1 // Соц. и клинич. психиатрия. – 2009. – Т. 19, № 3. – С. 92–100.

12. Ялтонский В.М. Теоретическая модель мотивации к лечению зависимости от психоактивных веществ // Вопр. наркологии. – 2009. – № 6. – С. 60–69.

Поступила 10.09.2019

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

**Для цитирования.** Андреев В.А., Евдокимов В.И. О способе развития мотивации к здоровому образу жизни при психотерапии наркоманий // Вестн. психотерапии. 2019. № 71 (76). С. 78–89.

---

**ABOUT THE METHOD FOR FORMING OF MOTIVATION  
TO A HEALTHY LIFESTYLE AT PSYCHOTHERAPY OF DRUG ADDICTIONS**

**Andreev V.A., Evdokimov V.I.**

Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine,  
EMERCOM of Russia (4/2, Academica Lebedeva Str, St. Petersburg, Russia)

Vladimir Aleksandrovich Andreev – narcologist, psychotherapist, individual entrepreneur (apt. 125, Starshinova Blvd., 12, Feodosia, Republic of Crimea, 298112, Russia), e-mail: dovzhenkomuseumandreev@yandex.ru;

✉ Vladimir Ivanovich Evdokimov – Dr. Med. Sci. Prof., Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (4/2, Academica Lebedeva Str, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: 9334616@mail.ru.

**Abstract.** The formation of a motivation for treatment is a significant problem in psychotherapy of drug addictions. The object of the study was 38 patients with drug addiction (F11, F19 according to ICD-10). The age of patients was from 15 years to 51 years, the period of drug use – from 2 to 27 years. As a rule, patients with significant periods of drug consumption have been repeatedly ambulatory and hospital treated. The goal is to study the possibility of creating emotional and behavioral motivation for psychotherapeutic treatment of narcological patients through statistical physical exercises. Depending on the age and functional reserves of the body, static exercises were used for the formation of volitional qualities and emotional-behavioral motivation for a healthy lifestyle, for which high physical workability was not required. It was be-

lieved that the development of volitional qualities to achieve a result on the background of brightly colored emotions are formed emotional-behavioral motivation for getting rid of drugs and a healthy lifestyle. Patients were pointed to the formation of the best results on the proposed static physical exercises is the key to getting rid of drug addiction. The exercises were recommended to perform 2–3 times a day for 10–15 days, the results were measured in seconds. Sessions of emotional stress psychotherapy according to A.R. Dovzhenko carried out in groups or individually. Anamnestic information was collected on patients. It turned out that in the group with high effectiveness of psychotherapeutic treatment were found the better results of performing static physical exercises ( $p < 0.01$ ) than in the group of the patients, what violated the planned remission.

**Key words:** psychotherapy, medical (clinical) psychology, narcology, drug addiction, motivation, static physical exercises.

### References

1. Andreev V.A. Slovo uchenika ob Uchitele – Aleksandre Romanoviche Dovzhenko [The Word of the Disciple about the Teacher – Aleksander Romanovich Dovzhenko]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2017. N 64. Pp. 25–48. (In Russ.)

2. Grigor'ev G.I., Grigor'ev S.G., Mizeras S., Tiknyute G. Postroenie modeli prognoza dlitel'nosti remissii bol'nykh alkoholizmom, prolechennykh metodom duhovno orientirovannoy psikhoterapii na pravoslavnoj osnove v forme celebno go zaroka [A prognostic model of remission duration in alcoholic patients treated using orthodox-based spirit-oriented psychotherapy in the form of healing vow]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2013. N 45. Pp. 9–18. (In Russ.)

3. Dekalo E.E. Urovni gotovnosti k lecheniyu bol'nykh opiinoy narkomaniei: psikhokorreksiya, reabilitatsiya [The levels of readiness for treatment of patients with opium addiction: psychocorrection, rehabilitation] : Abstract dissertation PhD Psychol. Sci. Saint-Peterburg. 2014. 24 p. (In Russ.)

4. Zhizhenina L.M., Klokova T.B. Metodicheskaya razrabotka issledovatel'skogo zanyatiya po opredeleniyu adaptatsionnogo potentsiala sistemy krovoobrascheniya v shkol'nom kurse biologii 8 klassa [Methodical development of the research classes to determine of the adaptive capacity of the circulatory system in the school course of biology, 8 th class]. *Molodoi uchenyi* [Young scientist]. 2016. N 12. Pp. 863–865. URL: <https://moluch.ru/archive/116/31401/>. (In Russ.)

5. Kolotilshchikova E.A., Mizinova E.B., Poltorak S.V., Chekhlyat E.I. Motivatsiya v psikhoterapii (obzor literatury) [Motivation in psychotherapy (literature review)]. *Obozrenie psikhiiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 2011. N 2. Pp. 13–16. (In Russ.)

6. Kolpakov Ya.V. Motivatsiya na psikhoterapiyu i reabilitatsiyu v tretichnoy profilaktike retsidiva u lits, zavisimyykh ot opioidov [Motivation for psychotherapy and rehabilitation in the tertiary prevention of relapse in opioid-dependent individuals]. *XVI s'ezd psixiatrov Rossii Psikhiiatriya na etapakh reform: problemy i perspektivy* [XVI Congress of Psychiatrists of Russia. Psychiatry at the stages of reform: problems



and prospects]: Scientific. Conf. Proceedings. Ed. N.G. Neznanov. Saint-Peterburg. 2015. P. 393. (In Russ.)

7. Patent 2654661 RU. MPI A61H 1/00, A61M 21/00. Sposob telesno-orientirovannoi psikhoterapii [Method for corporally-focused psychotherapy]. Filippov N.B. Application N 2016135882/14, 05.09.2016; published 21.05.2018, Bull. N 15. (In Russ.)

8. Patent 2203015 RU. MPI A61H 1/00, A61M 21/00, A23L 1/29. Sposob antidepressivnogo vozdeistviya na emotsional'no-affektivnyuyu sferu cheloveka i sposob reabilitatsii bol'nykh s sindromom zavisimosti ot psikhoaktivnykh veshchestv i bol'nykh s emotsional'no affektivnymi narusheniyami [Method for antidepressive impact upon human emotion-affective sphere and rehabilitation method in patients with addiction syndrome of psychoactive substances and patients with emotion-affective disorders]. Marshak Ya.I., Voronenko P.A. Application N 2001108387/14, 29.03.2001; published 27.04.2003, Bull. N 12. (In Russ.)

9. Psikhoterapevticheskaya entsiklopediya [Psychotherapeutic encyclopedia]. Ababkov V.A. [et al.]. Ed. B.D. Karvasarskii. 3rd edition. Saint-Peterburg [et al.]. 2006. 943 p. (In Russ.)

10. Raizman E.M., Belokrylov I.V., Kuznetsov A.G. Psikhoterapiya bol'nykh narkomaniei s nizkoi motivatsiei na lechenie [Psychotherapy of drug addicts with low motivation to treatment]. *Voprosy narkologii* [Addiction issues]. 2010. N 2. Pp. 28–35.

11. Kholmogorova A.B., Garanyan N.G., Nikitina I.V., Pugovkina O.D. Nauchnye issledovaniya protsessa psikhoterapii i ee effektivnosti: sovremennoe sostoyanie problemy. Chast' 1 [Kholmogorova Research concerning the process and efficacy of psychotherapy: current situation. Part I]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya* [Social and Clinical Psychiatry]. 2009. Vol. 19, N 3. Pp. 92–100. (In Russ.)

12. Yaltonskiy V.M. Teoreticheskaya model' motivatsii k lecheniyu zavisimosti ot psikhoaktivnykh veshchestv [Theoretical model of motivation to treatment of dependence from psychoactive substances]. *Voprosy narkologii* [Addiction issues]. 2009. N 6. Pp. 60–69. (In Russ.)

Received 10.09.2019

**For citing.** Andreev V.A., Evdokimov V.I. O sposobe razvitiya motivatsii k zdorovomu obrazu zhizni pri psikhoterapii narkomanii. *Vestnik psikhoterapii*. 2019. N 71. Pp. 78–89. (In Russ.)

Andreev V.A., Evdokimov V.I. About the method for forming of motivation to a healthy lifestyle at psychotherapy of drug addictions. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2019. N 71. Pp. 78–89.

## СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЧУВСТВА ОДИНОЧЕСТВА У ЧЛЕНОВ СЕМЕЙ СПЕЦИАЛИСТОВ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ

<sup>1</sup> Санаторий «Жемчужина Кавказа» (Россия, Кисловодск, пр. Мира, д. 1–3)

<sup>2</sup> Северный государственный медицинский университет  
(Россия, Архангельск, Троицкий пр., д. 51)

Обосновывается актуальность исследования одиночества как когнитивно- и одновременно социально-психологического феномена, переживание которого происходит в результате осознания дефицита межличностных отношений и неудовлетворенной потребности в эмоциональной близости. Раскрывается понятие субъективного одиночества, его социально-психологические детерминанты в супружеских отношениях, рассмотрены факторы, провоцирующие возникновение данного негативно окрашенного чувства. Систематизированы представления о феноменологии субъективного и маскированного одиночества у членов семей специалистов опасных профессий, представляющей одну из угроз психологической безопасности супружеских отношений. Акцентировано внимание на практической значимости результатов работы по созданию типологии выраженности дезадаптации у членов семей специалистов опасных профессий и разработке программ психологической помощи и коррекции.

**Ключевые слова:** медицинская (клиническая) психология, социальная психология, субъективное одиночество, маскированное одиночество, семья, психологическая безопасность, специалисты опасных профессий.

В сфере глобальных политических и экономических трансформаций, происходящих в современном обществе, разрушаемом на ментальном уровне глобализационными процессами, одной из самых распространенных социальных и психологических проблем является одиночество. Аксиомой стало признание того, что физическая изолированность человека совершенно не обязательно соседствует с одиночеством. Часто люди ока-

---

Киворкова Александра Юрьевна – канд. биол. наук, мед. психолог санатория «Жемчужина Кавказа» (Россия, 357700, Кисловодск, пр. Мира, д. 1–3), e-mail: Sandra077@yandex.ru;

✉ Соловьев Андрей Горгоньевич – д-р мед. наук проф., зав. каф. психиатрии и клинич. психологии Северного гос. мед. ун-та (Россия, 163000, Архангельск, Троицкий пр., д. 51), e-mail: ASoloviev;

Смирнова Наталья Николаевна – канд. биол. наук, доц. каф. психологии и педагогики Северного гос. мед. ун-та (Россия, 163000, Архангельск, Троицкий пр., д. 51), e-mail: nsmirnova-71@yandex.ru.

зываются одни и при этом не ощущают себя одинокими, и, напротив, можно остро почувствовать себя одиноким в толпе [6].

Одиночество – это тяжелое психическое состояние, обычно сопровождающееся плохим настроением и тягостными эмоциональными переживаниями [21]. В качестве одной из актуальнейших проблем нашего времени данное состояние определено как явление типичное, свойственное широким и самым различным слоям населения [25]. В отечественной психологии, в сравнении с западной, одиночество как самостоятельная проблема затрагивалась редко. Немногочисленные публикации появились лишь в последние десятилетия. В настоящее время этой проблеме посвящаются новые работы, исследующие сущность чувства одиночества, причины его возникновения, характерные проявления и влияние на людей в разные периоды жизни. Современными учеными выделены типы одиночества (хроническое, ситуативное, преходящее), его виды (отчуждающее одиночество, самоотчуждающее одиночество, уединенность), анализировались гендерные различия в переживании состояния одиночества [35]. Одиночество личности связано с падением нравственно-этических норм и «культивированием неразумных потребностей» [33]. Доказана связь между одиночеством и самооценкой: порождаемое низкой самооценкой ощущение одиночества нередко приводит к появлению у человека чувства неприспособленности и никчемности [36], в то же время, низкая самооценка может выступать и как следствие одиночества.

Феномен одиночества заключается в том, что чувство одиночества воспринимается как сугубо индивидуальное, уникальное переживание, одной из отличительных черт которого является сознание полной погруженности в самого себя. Считается, что это чувство побуждает человека к поиску средств и методов противостояния данному состоянию, потому что одиночество действует против основных ожиданий и надежд индивида и тем самым воспринимается как нежелательное [28]. При этом важнейшим является именно субъективная оценка человеком собственного одиночества, основанная на индивидуальном опыте [24]. Одиночество есть субъективный феномен, порожденный сознанием личности и переживаемый ею в виде негативного эмоционального состояния, изменить которое она не в силах [12]. Это явление свойственно людям различных возрастов, в том числе и молодому поколению.

По своим внешним и содержательным признакам одиночество сходно с депрессивными состояниями, поскольку часто сопровождается плохим настроением и тягостными эмоциональными переживаниями; глубоко одино-

кие люди несчастны [23]. Высокий показатель одиночества характеризуется наличием выраженного внутриличностного конфликта, а также средними либо высокими показателями уровня агрессии [34, 40]. К личностным особенностям, препятствующим развитию депрессивных расстройств в условиях одиночества, относят наличие гипертимного и шизотимного типов акцентуаций личности [19]. Основными личностными особенностями, способствующими развитию депрессивных расстройств в состоянии одиночества в позднем возрасте, являются наличие в структуре преморбидной личности психастенической, истерической акцентуаций, преобладание тревожно-мнительных, сензитивных и ригидных черт, что необходимо учитывать в функциональной оценке лиц пожилого возраста [5].

Одиночество способно превратить индивидов в эмоционально парализованных и беспомощных людей [38]. Растущий с каждым днем информационный поток интернет-ресурсов не только не уменьшает чувство одиночества, но, напротив, усиливает, обнажает его. Некоторые личности до такой степени страшатся одиночества, что вступают во множество отношений, играя в них зависимую роль и не получая никакого удовлетворения. Они так боятся остаться одни, что больше не в состоянии наслаждаться преимуществами приватности.

Одиночество рассматривалось разными исследователями как специфическое эмоциональное состояние личности, вызванное отсутствием близких, положительных эмоциональных связей с людьми и/или страхом их потери; как результат объективной социальной ситуации; как способ личности внешне адаптироваться к социальной ситуации при помощи регуляции своего поведения; как качество состояния сознания личности [13]. Представитель социологического подхода к одиночеству К. Боумен предположил наличие трех сил, ведущих к одиночеству в современном обществе [18]:

1) ослабление связей в первичной группе. Здесь имеется в виду ослабление межличностных связей в семье, ослабление взаимопонимания между поколениями. Такая проблема существовала всегда, повышение темпа жизни приводит к ее обострению, увеличению пропасти между поколениями, когда даже ближайшие поколения не понимают и не принимают друг друга. Все это происходит из-за слишком быстрой смены общественных ценностей и нравственных идеалов;

2) увеличение семейной мобильности. Институт брака претерпел большие изменения. Возможность легко создать и также легко разорвать семейные связи приводит к поверхностным (и даже безответственным)

отношениям. Смещение ролевых семейных функций (когда отсутствуют устойчивые представления о роли мужчины и женщины в семейной жизни), а также возможность создания ни к чему не обязывающих временных связей приводит к отсутствию тесных доверительно-интимных отношений и вызывает у человека ощущение заброшенности и одиночества;

3) увеличение социальной мобильности. Огромные социально-экономические и политические изменения приводят к нестабильности и неустроенности человека. Не все успевают перестроиться вслед за этими изменениями, человек становится игрушкой в руках обстоятельств. Очень часто он занят поиском работы, чтобы прокормить себя и свою семью, уже не думая о самореализации, и, задавленный внешними условиями, испытывает чувство беспомощности, потерянности, заброшенности и глубокое чувство одиночества.

В психологическом смысле понятие одиночества связывают с эмоциональным переживанием человека. Суть понимания одиночества может быть сведена к следующему: индивид не может найти необходимый ему эмоциональный отклик в процессе общения и, как следствие, испытывает одиночество. Одиночество как психологический феномен – это состояние переживания человеком противоречия между желаемым и имеющимся содержанием общения и взаимодействия. Это может быть и сужение круга лиц, с которыми возможно общение человека в пожилом возрасте, а также и проблема непонимания, которую способно обусловить множество факторов [1, 15]. А. Бек писал, что, когда внутренняя «реальность человека не соответствует внешней реальности, это может привести к эмоциональным расстройствам: депрессии, тревоге и чувству одиночества» [14]. Одинокое время от времени охватывают типичные эмоциональные состояния: отчаяние, тоска, нетерпение, ощущение собственной непривлекательности, беспомощность, панический страх, подавленность, внутренняя опустошенность, скука, охота к перемене мест, ощущения собственной недоразвитости, утрата надежд, изоляция, жалость к себе, скованность, раздражительность, незащищенность, покинутость, меланхолия, отчужденность [14]. Ф. Фромм-Рейхман считала главной причиной одиночества дефицит потребности в близости, а также полагала, что одиночество лежит в основе почти всех психических заболеваний. Фрустрация этой потребности может приводить не только к психическим, но и соматическим заболеваниям [42].

Многие личности обладают вполне определенными характеристиками, свойственными современным людям, – это чувство того, что твоя лич-

ность не ценится, и понимание, что ты не способен любить и тебя не любят, несмотря на общие потребности, общие усилия и совместное потребление алкоголя, который дает передышку, но только временную. Источники тревоги, провоцирующие одиночество, произрастают из определенных базисных элементов нашей культуры, один из которых – это принуждение к конформности [20].

Феномен одиночества необходимо рассматривать не как внешне наблюдаемое явление, а как внутреннее психическое состояние человека. Истинными причинами одиночества являются не только объективные внешние факторы, например потеря близких, социальная невключенность индивида, которые на самом деле являются пусковым крючком, запускающим механизм процесса одиночества. Истинными причинами являются внутриличностные психологические предрасположенности человека. Одиночество как результат социальной ситуации, скорее, есть реакция, являющаяся следствием личностных особенностей, нежели самой специфики ситуации. Одно и то же событие может вызвать различные стрессовые реакции. У одних пребывание в стрессовой ситуации спровоцирует запуск механизмов социальной изоляции, у других только укрепит конструкты социального взаимодействия, определит их базисные копинг-стратегии и активизирует личностные копинг-ресурсы [27].

Гендерные исследования показали, что способ женского самовосприятия существенно отличается от мужского. В то время как мужчины воспринимают себя как обособленные автономные существа, женщины склонны к восприятию себя как взаимосвязанных существ. Одиночество у мужчин в большей мере связано с нарушением связей в группе, в то время как женщины в основном переживают чувство одиночества в случае отсутствия тесных и личностных диадических контактов [41]. Душевная пустота и отсутствие целей порождает сверхзависимость от мужчины [37]. Женщины в состоянии одиночества сильнее чувствуют свою незащищенность и более ранимы, чем мужчины [4, 8]. При этом установлено, что женщины более одиноки и страдают от одиночества, если их мужья, работая, физически отсутствуют в жизнедеятельности семьи 30–45 дней, при этом мужчины в этих обстоятельствах чаще отрицают свое одиночество и избегают проблемы [16].

По своей природе женщины более чувствительны и эмоциональны в отличие от мужчин, поэтому более болезненно переживают одиночество. При этом субъективно одинокие и субъективно неодинокие женщины отличаются по всем параметрам переживания одиночества. Первые в боль-

шей степени, чем вторые, испытывают трудности в общении, не доверяют окружающим. Они чаще испытывают чувства опустошенности и страха по сравнению с субъективно неодинокими женщинами [17]. Овдовевшие мужчины более одиноки, чем мужчины, состоящие в браке; среди женщин, состоящих в браке и овдовевших, не обнаружено существенного различия в ощущении одиночества [32]. Определенный интерес в исследовании гендерных особенностей возникает при рассмотрении понятия «андрогинной личности», которая способна проявлять как мужские, так и женские черты [39]. Данный тип личности отличается, с одной стороны, от недифференцированных лиц, у которых нет акцента на мужских или женских чертах, и, с другой стороны, от тех лиц, которые имеют ярко выраженные мужские или женские черты. Андрогинные типы личности имеют высокую готовность к изменению ролевых представлений, им легче удастся построить удовлетворительные диадические отношения, и поэтому они меньше испытывают чувство одиночества, чем другие типы [43].

Чувство одиночества не обязательно соотносится с состоянием физической изолированности человека. Очень часто человек может испытывать подобное чувство, находясь в окружении своей семьи. Поэтому весьма важным показателем в исследовании феномена одиночества можно отметить удовлетворенность браком, а именно взаимосвязь удовлетворенности партнером в браке с возникновением одиночества. В браке важным условием его удовлетворительности является совпадение ролей, которые, в свою очередь, обусловлены целым рядом факторов, таких как готовность к вербальной коммуникации, способность к эмпатии, готовность к изменению ролевых представлений партнера. В связи с этим проблема приобретает особенное значение в русле семейных отношений, касающихся понимания себя и членов семьи.

Несмотря на наличие близкого человека, в некоторых случаях супруги могут испытывать одиночество, чувствуя себя ненужными, нелюбимыми. При этом длительное пребывание в состоянии одиночества в условиях семейной жизни может представлять одну из угроз психологической безопасности супружеских отношений [3]. Показана высокая значимость для российских испытуемых всех возрастов (9–90 лет) переживания одиночества в семейном контексте или «семейного одиночества», когда члены семьи испытывают острую потребность в привязанности, поддержке, единении, но не находят их в своей семье [26]. Включенность человека в ту или иную общность не гарантирует автоматического обеспечения переживания сопричастности, стабильности межличностных отношений. Достаточно

часто внешне благополучный человек, реализовавшийся и в профессиональной деятельности, и в социальных отношениях, чувствует себя одиноким. Именно чувствует – это чувство совершенно не обязательно отражает объективно существующую ситуацию: человек может иметь семью, находиться в компании друзей, ездить в гости к родственникам и вместе с тем ощущать себя совершенно одиноким [34]. Обычно это связано с поисками отсутствующего или утраченного смысла своего существования, сопровождающегося состоянием привычного или фрустрационного одиночества, когда теряются привычные социальные роли.

Переживание одиночества взрослыми людьми, имеющими семью, сложное психологическое явление, обусловленное внешне и основанное на экзистенциальном одиночестве, представляется в невозможности создания качественно новых в собственном понимании отношений, переживаний и поведении, является следствием фрустрированной потребности в социальном взаимодействии, близких доверительных отношениях. Опыт личностного саморазвития как процесс самореализации личности рассматривается в качестве весомого фактора преодоления одиночества через семейную жизнь, что реализуется при условии расширения связей с окружающим миром, социумом, другими людьми, создания ценностно-смысловых отношений в творческой деятельности, общении, этических переживаниях, ценностного отношения к семье, семейным ценностям, к партнеру [31].

Проблема семьи во все времена привлекала устойчивый интерес, находясь в центре внимания психологии. Следует отметить, что значительно учащившиеся в последние десятилетия и внезапно возникающие на фоне политических, идеологических, религиозных и экономических разногласий вооруженные конфликты, террористические акты обусловили появление нового научного направления, связанного с анализом статуса семей представителей экстремального профиля служебной деятельности и адаптацией сотрудников и членов их семей к современным социальным условиям [10]. Осложняет ситуацию исторически сложившееся в семьях специалистов опасных профессий и лиц, работающих в особых и экстремальных условиях, дистантное существование. Дистантная семья – одна из четырех типов семей (наряду с семьями, где один из родителей находится на заработках в разных регионах своей страны или за рубежом, в тюремном заключении, длительное время до официального развода проживает отдельно от семьи и др.), которую относят к числу неполных ввиду того, что жизнедеятельность каждого из супругов в связи со спецификой профессиональной деятельности проходит в большей степени отдельно (семьи спасателей, по-



жарных, подводников, космонавтов, летчиков, военнослужащих – участников боевых действий).

Семья военнослужащего выполняет в основном те же общественные функции, что и любая другая, однако испытывает большое воздействие специфики военной службы, что проявляется в ее психологических особенностях [7, 29]. Факторы риска, связанные со спецификой профессиональной деятельности лиц опасных профессий, имеют преимущественно негативное и деструктивное влияние на психологическую безопасность супругов, несмотря на бытующее мнение обывателей о консолидирующей функции выпадающих на долю военной семьи испытаний. Они влияют на межличностное и межгрупповое общение семьи, на эффективность совместной деятельности супругов [30]. При этом далеко не все члены семей в должной степени оказываются психологически подготовленными к возложенной на них ответственности и повышенной нагрузке [2]. В этой связи членов семей специалистов опасных профессий и лиц, работающих в особых и экстремальных условиях, можно отнести к группе риска возникновения эмоционального одиночества как болезненного переживания, связанного с потерей или дефицитом социальных и эмоциональных связей. Частые переезды делают сложным процесс профессиональной самореализации жен, формируют бытовой дискомфорт, проблемы с воспитанием, обучением детей, и со всеми этими проблемами женщины остаются, как правило, один на один в силу сверхзанятости мужа на службе. Прежде всего это связано с тем обстоятельством, что сотрудник не в состоянии пожертвовать службой, поэтому в жертву приносится семья, которая полностью отвечает интересам мужчины. И именно жена вынуждена идти на уступки в первую очередь, заботясь о профессиональной самореализации мужа. Следует отметить, что военнослужащие, в отличие от гражданских лиц, могут привлекаться к проведению мероприятий сверх нормальной продолжительности еженедельного рабочего времени, что закреплено на законодательном уровне [22].

Как уже было отмечено, чувствовать себя одиноко можно, и находясь в группе людей и рядом с близким человеком. Актуальность проблемы усиливается также и от того, что обострение этих субъективных чувств чаще происходит из-за нереализованных ожиданий вербальной коммуникации в семье, низкой способности сотрудников к эмпатии. Вследствие несоответствия между желаемой интенсивностью, близостью взаимоотношений со значимыми членами семьи возникает субъективное одиночество, сопровождающееся различными негативными эмоциями. Дефицит обще-

ния с семьей, обусловленный особыми условиями службы, жестким регламентом служебного времени, в итоге приводит к тому, что жена испытывает одиночество, потерю эмоциональной поддержки, трудности в общении с детьми, финансовые ограничения, а также стресс, связанный с перераспределением семейных ролей [11]. Кроме того, сочетание определенных личностных особенностей с длительным отсутствием специалистов опасных профессий может выявить чувство ревности, что также является предпосылкой к возникновению в семье конфликтов [9]. У жен военнослужащих, чьи мужья были отправлены в зону боевых действий, наряду со значительными психологическими проблемами, такими как тревога и нарушения взаимоотношений, могут возникнуть и сопутствующие нарушения соматического здоровья. Женщины становятся более подверженными депрессивным состояниям, могут развиваться приступы страха и отчаяния, а также расстройств сна и другие отклонения [11]. Длительные нарушения таких функций, как удовлетворение потребности в психологической защищенности, взаимопонимании, эмоциональной поддержке, могут привести к развитию у членов семьи печали, подавленности и в итоге сформировать субъективное чувство одиночества.

Члены семей лиц опасных профессий не всегда способны вербализовать состояния одиночества, ввиду чего возникает так называемое «маскированное одиночество», проявляющееся наличием подавленного настроения, грусти и часто сопровождающееся соматическими жалобами. При этом отмечаются снижение настроения и жалобы на повышенную раздражительность, слезливость, быструю утомляемость, потерю бодрости, ощущение разбитости, появление безразличия, скуки, невозможности радоваться, трудности в принятии решений и реализации планов, потерю интереса к окружающему, к тому, что раньше волновало, служило стимулом к жизни. Усугубляет маскированное одиночество низкий уровень самооценки и отсутствие самореализации.

Своевременное выявление маскированного одиночества и уточнение его скрытых причин способствует предупреждению деструктивного воздействия на личности членов семей представителей экстремальных профессий. Когда члены семей начинают чувствовать себя одинокими, это состояние приобретает реальные черты и усиливается, повышая степень значимости возможно даже не существующей проблемы. Одиночество, вызывающее стресс, страдание, депрессию, несомненно требует преодоления, совладания, т. е. целенаправленного социального поведения, позволяющего субъекту справиться с трудной жизненной ситуацией (или стрессом) спосо-

бами, адекватными личностным особенностям и ситуации через осознанные стратегии действий [16]. Соответственно терапия должна идти по пути избавления индивида от «неправильных», деструктивных установок [18].

Со стороны специалистов психологического профиля требуется проведение недирективной психокоррекционной работы, способствующей преобразованию чувства одиночества в позитивное переживание. Коррекционная работа должна быть направлена на системный анализ каждой ситуации, изменение отношения к ней и поиска конструктивных решений. Негативные проявления одиночества могут приобрести для психики членов семей лиц опасных профессий позитивный характер при трансформации в стремление к поиску различных направлений для профессиональной и/или творческой самореализации. Для того чтобы успешно преодолевать одиночество и трансформировать его в направлении позитивного личностного развития, прежде всего необходимо достичь осознания пациентами того, что именно маскированное чувство одиночества индуцирует череду жалоб.

Вышеперечисленные обстоятельства актуализируют необходимость разработки и внедрения диагностических и реабилитационных программ, направленных на выявление и устранение проявлений социально-психологической дезадаптации членов семей лиц опасных профессий, предпосылкой к возникновению которых является именно субъективное ощущение одиночества. Целесообразность дальнейшего продолжения исследовательской работы в данном направлении состоит в том, что на основе проведенного анализа теоретических представлений об одиночестве у членов семей представителей опасных профессий выделяется специфический тип одиночества как сложного психологического явления, характерного именно для данной группы и представляющего собой совокупность причин, форм, видов, типов переживания одиночества.

### **Заключение**

На основании совокупности факторов риска и степени проявления одиночества целесообразно выделять степень выраженности дезадаптации у членов семей специалистов опасных профессий и разработать программы психологического сопровождения, направленные на профилактику, коррекцию и трансформацию переживаемого одиночества в позитивное переживание. Акцент планируется сделать на том, что не всегда одиночество сопровождается дистрессом и временами, напротив, воспринимается позитивно, становясь источником восстановления ресурсов, необходимых

для развития личности, рефлексии, творческой активности и эмоциональной саморегуляции.

Учитывая, что семейные отношения могут стабилизировать или дестабилизировать работоспособность и уровень адекватности самосознания специалистов опасных профессий, необходимо разрабатывать и внедрять методы психологического сопровождения для членов их семей, в первую очередь – жен. При разработке программ реабилитации и психологического сопровождения необходимо учитывать, что находиться в состоянии позитивного одиночества может только подготовленная личность с высоким уровнем рефлексии, способная к глубокой личностной трансформации. Рассмотрение субъективного и маскированного одиночества как последствий негативных условий профессиональной деятельности специалистов опасных профессий и лиц, работающих в особых и экстремальных условиях, актуализирует необходимость разработки и внедрения членам их семей программ мониторинга качества жизни для эффективного оказания им специализированной помощи и психологического сопровождения.

### Литература

1. Азарнов Н.Н. Исследование трудностей взаимопонимания личностей в ситуациях общения // *Цивилизация знаний: российские реалии* : тр. 15-й Междунар. науч. конф. – М., 2014. С. 215–218.

2. Андрияшин И.И. Психологический механизм преодоления семейных трудностей у офицеров вооруженных сил РФ (психоаналитический подход) : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М., 2009. – 27 с.

3. Ахмадеева Е.В. Понимание одиночества как угрозы психологической безопасности семьи / *Психологические проблемы современной семьи* : сб. тез. – М. : Звенигород, 2015. – С. 20–36.

4. Бакалдин С.В. Эмоциональные особенности переживания одиночества // *Вестн. Адыгейского гос. ун-та.* – 2008. – Вып. 5. – С. 229–232.

5. Голубева Е.Ю., Данилова Р.И., Соловьев А.Г. Социально-экологические подходы в оценке потребности в уходе за пожилыми людьми // *Экология человека.* – 2005. – № 9. – С. 48–53.

6. Громова О.В. Онтологический аспект феномена деструктивного одиночества в экзистенциальной парадигме и аналитической практике // *Гилея* : науч. вестн. – 2016. – Вып. 103. – С. 129–133.

7. Евдокимов В.И., Мягер В.К. Роль семейно-бытовых отношений в психопрофилактике психогенно обусловленных расстройств летного состава // *Вестн. психотерапии.* – 2000. – № 7 (12). – С. 121–128.

8. Зинченко Е.В., Рудя И.А. Субъективное ощущение одиночества у женщин // *Сев.-Кавказ. психол. вестн.* – 2015. – № 13/4. – С. 20–36.

9. Кашенко Е.А. Сексуальная культура военнослужащих. – М. : Изд-во УРСС, 2003. – 272 с.

10. Киворкова А.Ю., Соловьев А.Г., Боев О.И. Медико-психологическая реабилитация жен военнослужащих : метод. рекомендации. – Ессентуки : Бланк-издат, 2013. – 38 с.

11. Киворкова А.Ю., Соловьев А.Г. Социально-психологическая дезадаптация и направления реабилитации членов семей представителей экстремально-го профиля служебной деятельности // Обзор. психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. – 2017. – № 2. – С. 3–9.

12. Колесникова Г.И. Одиночество: к вопросу определения понятия и классификации // Междунар. журн. прикладных и фундамент. исслед. – 2014. – № 10, ч. 1. – С. 115–117.

13. Колесникова Г.И. Феномен одиночества: понятие, классификация, экзистенциальный смысл // Фундамент. исслед. – 2015. – № 2, ч. 9. – С. 2024–2027.

14. Корчагина С.Г. Генезис, виды и проявления одиночества. – М. : Моск. психол.-соц. ин-т, 2005. – 196 с.

15. Корчагина С. Г. Психология одиночества : учеб. пособие. – М. : Моск. психол.-соц. ин-т, 2008. – 228 с.

16. Крюкова Т.Л. Психология совладающего поведения в разные периоды жизни. – Кострома : КГУ им. Н.А. Некрасова, 2010. – 296 с.

17. Крюкова Т.Л. Когнитивная психология совладания с одиночеством // Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова. – 2013. – Т. 19. – С. 93–97.

18. Лабиринты одиночества / под общ. ред. Н.Е. Покровского. – М. : Прогресс, 1989. – 624 с.

19. Летникова З.В. Анализ факторов развития депрессивных расстройств у лиц позднего возраста в условиях одиночества // Соц. и клинич. психиатрия. – 2006. – № 3. – С. 17–21.

20. Мэй Р. Проблема тревоги / пер. с англ. – М. : Эксмо-Пресс, 2001. – 432 с.

21. Немов Р.С. Психология : в 3 кн. – М. : ВЛАДОС, 2003. – Кн. 1. – 613 с.

22. О статусе военнослужащих : Федер. закон от 27.05.1998 г. № 76-ФЗ (ред. от 03.04.2017 г.). URL: <http://www.consultant.ru/document/>.

23. Осин Е.Н., Леонтьев Д.А. Дифференциальный опросник переживания одиночества: структура и свойства // Психология : журн. Высш. шк. экономики. – 2013. – Т. 10, № 1. – С. 55–81.

24. Рогова Е.Е. Рефлексия одиночества // Власть. – 2010. – № 9. – С. 38–41.

25. Романова Н.П., Осинский И.И. Одинокие женщины: потребности, жизненные ориентации и пути их реализации. – Чита : Изд-во ЧитГТУ, 2000. – 231 с.

26. Ронч А.М. Совладание с чувством субъективного одиночества в супружеских отношениях // Развитие психологии в системе комплексного человекознания / отв. ред. А.Л. Журавлев, В.А. Кольцова. – М. : Ин-т психологии РАН, 2012. – Ч. 2. – С. 369–371.

27. Рыбников В.Ю., Ашанина Е.Н. Психология копинг-поведения специалистов опасных профессий : монография. СПб. : Политехника сервис, 2011. 210 с.

28. Рыбников В.Ю., Улюкин И.М. Субъективное чувство одиночества больных ВИЧ-инфекцией в динамике заболевания. // Вестн. психотерапии. – 2014. – № 51 (56). – С. 49–57.

29. Соловьев А.Г., Киворкова А.Ю. Применение биоповеденческой терапии в медико-психологической реабилитации членов семей лиц опасных профессий // Медицина катастроф. – 2017. – № 4. – С. 26–30.

30. Солохина Л.В., Акимов И.В. Современные проблемы ведомственной медицины и их влияние на военную семью // Дальневост. мед. журн. – 2011. – № 3. – С. 113–117.

31. Строгая Ю.Г., Лебедева Н.Г. Переживание одиночества взрослыми людьми, имеющими семью: актуальность исследования // Наука и знание: конкурентоспособность общества, науки и бизнеса в условиях мировых интеграционных процессов : сб. тр. конф. / под общ. ред. В.В. Пономарева, Т.А. Куткович. – Новороссийск, 2017. – С. 172–175.

32. Тихонов Г.М. Феномен одиночества: гендерный аспект // Вестн. Пермского ун-та. Философия. Психология. Социология. – 2015. – Вып. 1 (21). – С. 26–31.

33. Фромм Э. Бегство от свободы. – М. : Джайдест, 2014. – 288 с.

34. Шелехов И.Л., Федчишина Е.С. Внутрилличностный конфликт и одиночество // Вестн. ТГПУ. – 2013. – № 6. – С. 164–170.

35. Шитова Н.В. Социально-психологические особенности одиноких женщин : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Воронеж, 2009. – 24 с.

36. Шитова Н.В. Субъективное эмоциональное состояние женщин, переживающих одиночество // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии : сб. ст. по материалам IX междунар. науч.-практ. конф. Ч. III. – Новосибирск : СибАК, 2011. С. 114–118.

37. Carol Gilligan. In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development. – Cambridge : Harvard University Press, 1982.

38. Fromm-Reichmann F. Loneliness // Psychiatry. – 1959. – Vol. 22, N 1. – P. 1–15.

39. Jackel U. Partnerwahl und Ehe Erfolg: eine Analyse der Bedingungen und Prozesse Ehelicher Sozialisation in einem rollentheoretischen Ansatz. – Stuttgart : Enke, 1980. – 129 p.

40. Russel D., Peplau L.A., Cutrona C.E. The Revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and Discriminate Validity Evidence // Journal of Personality and Social Psychology. – 1980. – Vol. 39, N 3. – P. 472–480. DOI: 10.1037//0022-3514.39.3.472.

41. Stokes J.P., Levin. I. Gender differences in predicting loneliness from social network characteristics // Journal of Personality and Social Psychology. – 1986. – Vol. 51. N 5. – P. 1069–1074. DOI: 10.1111/j.1467-6494.1986.tb00422.x.

42. The Lethality of Loneliness / by Judith Shulevitz, the science editor // The New Republic. – May 13, 2013. URL: <https://newrepublic.com/article/113176/science-loneliness-how-isolation-can-kill-you/>.

43. Wittenberg M.T., Reis H.T. Loneliness, social skills and social perception // Personality and Social Psychology Bulletin. – 1986. – N 12. – P. 126–130.

Поступила 28.06.2019

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

Для цитирования. Киворкова А.Ю., Соловьев А.Г., Смирнова Н.Н. Социально-психологические детерминанты возникновения чувства одиночества у членов семей специалистов опасных профессий // Вестн. психотерапии. 2019. № 71 (76). С. 90–107.

---

**THE EMERGENCE OF THE SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL DETERMINANTS  
THE FEELING OF LONELINESS AMONG THE FAMILY MEMBERS  
OF EXTREME PROFESSION PERSONS**

**Kivorkova A.Y.<sup>1</sup>, Soloviev A.G.<sup>2</sup>, Smirnova N.N.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Sanatorium “The Pearl of the Caucasus” (Avenue Mira, 1–3, Kislovodsk, Russia);

<sup>2</sup> Northern State Medical University (Troitsky Avenue, 51, Arhangelsk, Russia).

Alexandra Yrevna Kivorkova – PhD Biol. Sci., Medical psychologist, Sanatorium “The Pearl of the Caucasus” (Avenue Mira Str., 1-3, Kislovodsk, 357700, Russia), e-mail: Sandra077@yandex.ru;

✉ Andrey Gorgonievich Soloviev – Dr. Med. Sci. Prof., Chief, Department of Psychiatry and Clinical Psychology, Northern state medical university (Troitsky Avenue, 51, Arhangelsk, 163000, Russia), e-mail: ASoloviev;

Natalia Nikolarnva Smirnova – PhD Biol. Sci., Docent, Department of Psychology and Pedagogy, Northern state medical university (Troitsky Avenue, 51, Arhangelsk, 163000, Russia), e-mail: nsmirnova-71@yandex.ru.

**Abstract.** In article is proving the study of loneliness as a cognitive and, at the same time, socio-psychological phenomenon. The notion of subjective loneliness, is a social-psychological determinants in family relationships, reveals the factors which provoke the emergence of this negative-colored feeling. Systematized ideas about the phenomenology of subjective and masked loneliness among the family members of extreme profession persons, which represents one of the threats to psychological security in family relationships. Attention was focusing on the practical creating the typology of disadaptation among family members of extreme profession persons and development the programs for psychological care and correction.

**Key words:** medical (clinical) psychology, social psychology, subjective loneliness, masked loneliness, family, psychological security, extreme profession persons.

### References

1. Azarnov N.N. Issledovanie trudnosti vzaimoponimaniya lichnosti v situatsiyakh obshcheniya [Research of difficulties of mutual understanding of persons in situations of communication]. *Tsivilizatsiya znanii: rossiiskie realii* [Civilization of knowledge: Russian realities] : Scientific. Conf. Proceedings. Moskva. 2014. Pp. 215–218. (In Russ.)

2. Andryushin I.I. Psikhologicheskii mekhanizm preodoleniya semeinykh trudnosti u ofitserov vooruzhennykh sil RF (psikhoanaliticheskii podkhod) [Psychologi-

cal mechanism of overcoming family difficulties in officers of the armed forces of the Russian Federation (psychoanalytic approach) : Abstract dissertation PhD Psychol. Sci. Moskva. 2009. 27 p. (In Russ.)

3. Akhmadeeva E.V. Ponimanie odinochestva kak ugrozy psikhologicheskoi bezopasnosti sem'i [Understanding loneliness as a threat to the psychological security of the family]. *Psikhologicheskie problemy sovremennoi sem'i* [Psychological problems of the modern family] : Scientific. Conf. Proceedings. Moskva : Zvenigorod. 2015. Pp. 20–36. (In Russ.)

4. Bakaldin S.V. Emotsional'nye osobennosti perezhivaniya odinochestva [Emotional features of the experience of loneliness]. *Vestnik Adygeiskogo gosudarstvennogo universiteta* [Bulletin of Adyghey State University]. 2008. Iss. 5. Pp. 229–232. (In Russ.)

5. Golubeva E.Yu., Danilova R.I., Solov'ev A.G. Sotsial'no-ekologicheskie podkhody v otsenke potrebnosti v ukhode za pozhilymi lyud'mi [Socio-environmental approaches to assessing the need for care for the elderly]. *Ekologiya cheloveka* [Human Ecology]. 2005. N 9. Pp. 48–53. (In Russ.)

6. Gromova O.V. Ontologicheskii aspekt fenomena destruktivnogo odinochestva v ekzistentsial'noi paradigme i analiticheskoi praktike [The ontological aspect of the destructive phenomenon of loneliness in an existential paradigm and analytical practice]. *Gileya : nauchnyi vestnik* [Gileya : scientific bulletin]. 2016. Iss. 103. Pp. 129–133. (In Russ.)

7. Evdokimov V.I., Myager V.K. Rol semeino-bytovykh otnoshenii v psikhoprofilaktike psikhogenno obuslovlennykh rasstroistv letnogo sostava [The role of the family household relations in psychoprevention of psychogenetically conditioned disorders of the pilots]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2000. N 7. Pp. 121–128. (In Russ.)

8. Zinchenko E.V., Rudya I.A. Sub"ektivnoe oshchushchenie odinochestva u zhenshchin [Subjective feeling of loneliness in women]. *Severo-Kavkazskii psikhologicheskii vestnik* [North-Caucasian psychological bulletin]. 2015. N 13/4. Pp. 20–36.

9. Kashchenko E.A. Seksual'naya kul'tura voennosluzhashchikh [Military sexual culture]. Moskva. 2003. 272 p. (In Russ.)

10. Kivorkova A.Yu., Solov'ev A.G., Boev O.I. Mediko-psikhologicheskaya reabilitatsiya zhen voennosluzhashchikh [Medical and psychological rehabilitation of military wives]. Essentuki. 2013. 38 p. (In Russ.)

11. Kivorkova A.Yu., Solov'ev A.G. Sotsial'no-psikhologicheskaya dezadaptatsiya i napravleniya reabilitatsii chlenov semei predstavitelei ekstremal'nogo profilya sluzhebnoi deyatelnosti [Socio-psychological disadaptation and direction of rehabilitation of the families of representatives of extreme profile service activities]. *Obozrenie psikhatrii i meditsinskoi psikhologii im. V.M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 2017. N 2. Pp. 3–9. (In Russ.)

12. Kolesnikova G.I. Odinochestvo: k voprosu opredeleniya ponyatiya i klassifikatsii [Loneliness: to the question of definition and classification]. *Mezhdunarodnyi zhurnal prikladnykh i fundamental'nykh issledovaniy* [International journal of applied and fundamental research]. 2014. N 10, Iss. 1. Pp. 115–117. (In Russ.)

13. Kolesnikova G.I. Fenomen odinochestva: ponyatie, klassifikatsiya, ekzistentsial'nyi smysl [The phenomenon of loneliness: concept, classification, existential



meaning]. *Fundamental'nye issledovaniya* [Fundamental research]. 2015. N 2, Iss. 9. Pp. 2024–2027. (In Russ.)

14. Korchagina S.G. Genezis, vidy i proyavleniya odinochestva [Genesis, types and manifestations of loneliness]. Moskva. 2005. 196 p. (In Russ.)

15. Korchagina S.G. Psikhologiya odinochestva [Psychology of loneliness]. Moskva. 2008. 228 p. (In Russ.)

16. Kryukova T.L. Psikhologiya sovladayushchego povedeniya v raznye periody zhizni [Psychology of coping behavior in different periods of life]. Kostroma. 2010. 296 p. (In Russ.)

17. Kryukova T.L. Kognitivnaya psikhologiya sovladaniya s odinochestvom [Cognitive psychology of coping with loneliness]. *Vestnik KGU im. N.A. Nekrasova* [Bulletin of KSU named by N.A.Nekrasov]. 2013. Vol. 19. Pp. 93–97. (In Russ.)

18. Labirinty odinochestva [The labyrinth of solitude]. Ed. N.E. Pokrovskii. Moskva. 1989. 624 p. (In Russ.)

19. Letnikova Z.V. Analiz faktorov razvitiya depressivnykh rasstroystv u lits pozdnego vozrasta v usloviyakh odinochestva [Analysis of factors of development of depressive disorders in persons of late age in conditions of loneliness]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya* [Social and clinical psychiatry]. 2006. N 3. Pp. 17–21. (In Russ.)

20. Mei R. Problema trevogi [Anxiety problem]. Moskva. 2001. 432 p. (In Russ.)

21. Nemov R.S. Psikhologiya [Psychology]. Moskva. 2003. Book 1. 613 p. (In Russ.)

22. O statuse voennosluzhashchikh : Federal'nyi zakon ot 27.05.1998 N 76-FZ (red. ot 03.04.2017) [The Federal law from 27.05.1998, № 76-FZ (ed. by 03.04.2017)]. URL: <http://www.consultant.ru/document/>. (In Russ.)

23. Osin E.N., Leont'ev D.A. Differentsial'nyi oprosnik perezhivaniya odinochestva: struktura i svoystva [Differential questionnaire of loneliness experience: structure and properties]. *Psikhologiya : zhurnal Vysshei shkoly ekonomiki* [Psychology: Journal of higher school of economics]. 2013. Vol. 10, N 1. Pp. 55–81. (In Russ.)

24. Rogova E.E. Refleksiya odinochestva [Reflection of loneliness]. *Vlast'* [Authority]. 2010. N 9. Pp. 38–41. (In Russ.)

25. Romanova N.P., Osinskii I.I. Odinokie zhenshchiny: potrebnosti, zhiznennyye orientatsii i puti ikh realizatsii [Single women: needs, life orientations and ways of their realization]. Chita. 2000. 231 p. (In Russ.)

26. Ronch A.M. Sovladanie s chuvstvom sub"ektivnogo odinochestva v supruzheskikh otnosheniyakh [Coping with the feeling of subjective loneliness in marital relationships]. *Razvitie psikhologii v sisteme kompleksnogo chelovekoznaniya* [Development of psychology in the system of complex human knowledge] : collection of scientific works. Eds: A.L. Zhuravlev, V.A. Kol'tsova. Moskva. 2012. Pt. 2. Pp. 369–371. (In Russ.)

27. Rybnikov V.Yu., Ashanina E.N. Psikhologiya koping-povedeniya spetsialistov opasnykh professii [Psychology of coping behavior of specialists of dangerous professions]. Sankt-Peterburg. 2011. 210 p. (In Russ.)

28. Rybnikov V.Yu., Ulyukin I.M. Sub"ektivnoe chuvstvo odinochestva bol'nykh VICH-infektsiei v dinamike zabolevaniya [Psychology of coping behavior of

specialists of dangerous professions: monograph]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2014. N 51. Pp. 49–57. (In Russ.)

29. Solov'ev A.G., Kivorkova A.Yu. Primenenie biopovedencheskoi terapii v mediko-psikhologicheskoi reabilitatsii chlenov semei lits opasnykh professii [Application of bio-behavioral therapy in medical and psychological rehabilitation of family members of persons of dangerous professions]. *Meditsina katastrof* [Disaster medicine]. 2017. N 4. Pp. 26–30. (In Russ.)

30. Solokhina L.V., Akimov I.V. Sovremennye problemy vedomstvennoi meditsiny i ikh vliyanie na voennuyu sem'yu [Modern problems of departmental medicine and their impact on the military family]. *Dal'nevostochnyi meditsinskii zhurnal* [Far Eastern medical journal]. 2011. N 3. Pp. 113–117. (In Russ.)

31. Strogaya Yu.G., Lebedeva N.G. Perezhivanie odinochestva vzroslyimi lyud'mi, imeyushchimi sem'yu: aktual'nost' issledovaniya [The experience of loneliness by adults with a family: relevance of the study]. *Nauka i znanie: konkurentosposobnost' obshchestva, nauki i biznesa v usloviyakh mirovykh integratsionnykh protsessov* [Science and knowledge: competitiveness of society, science and business in the conditions of world integration processes] : Scientific. Conf. Proceedings. Eds.: V.V. Ponomarev, T.A. Kutkovich. Novorossiisk. 2017. Pp. 172–175. (In Russ.)

32. Tikhonov G.M. Fenomen odinochestva: gendernyi aspekt [The phenomenon of loneliness: the gender aspect]. *Vestnik Permskogo universiteta. Filosofiya. Psikhologiya. Sotsiologiya* [Bulletin of the Perm University. Philosophy. Psychology. Sociology]. 2015. Iss. 1. Pp. 26–31. (In Russ.)

33. From E. Begstvo ot svobody [Escape from freedom]. Moskva. 2014. 288 p. (In Russ.)

34. Shelekhov I.L., Fedchishina E.S. Vnutrichnostnyi konflikt i odinochestvo [Intrapersonal conflict and loneliness]. *Vestnik TGPU* [Bulletin of TVGU]. 2013. N 6. Pp. 164–170. (In Russ.)

35. Shitova N.V. Sotsial'no-psikhologicheskie osobennosti odinokikh zhenshchin [Socio-psychological characteristics of single women] : Abstract dissertation PhD Psychol. Sci. Voronezh, 2009. 24 p. (In Russ.)

36. Shitova N.V. Sub"ektivnoe emotsional'noe sostoyanie zhenshchin, perezvivayushchikh odinochestvo [Subjective emotional state of women experiencing loneliness]. *Lichnost', sem'ya i obshchestvo: voprosy pedagogiki i psikhologii* [Person, family and society: issues of pedagogy and psychology] : Scientific. Conf. Proceedings. Pt. III. Novosibirsk. 2011. Pp. 114–118. (In Russ.)

37. Carol Gilligan. In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development. Cambridge : Harvard University Press, 1982.

38. Fromm-Reichmann F. Loneliness. *Psychiatry*. 1959. Vol. 22, N 1. Pp. 1–15.

39. Jackel U. Partnerwahl und Ehe Erfolg: eine Analyse der Bedingungen und Prozesse Ehelicher Sozialisation in einem rollentheoretischen Ansatz. Stuttgart : Enke, 1980. 129 s. (German).

40. Russel D., Peplau L.A., Cutrona C.E. The Revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and Discriminate Validity Evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1980. Vol. 39, N 3. Pp. 472–480. DOI: 10.1037//0022-3514.39.3.472.

41. Stokes J.P., Levin. I. Gender differences in predicting loneliness from social network characteristics. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1986. Vol. 51, N 5. Pp. 1069–1074. DOI: 10.1111/j.1467-6494.1986.tb00422.x.

42. The Lethality of Loneliness / by Judith Shulevitz, the science editor. *The New Republic*. May 13, 2013. URL: <https://newrepublic.com/article/113176/science-loneliness-how-isolation-can-kill-you/>.

43. Wittenberg M.T., Reis H.T. Loneliness, social skills and social perception. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 1986. N 12. Pp. 126–130.

Received 28.06.2019

**For citing.** Kivorkova A.Yu., Solov'ev A.G., Smirnova N.N. Sotsial'no-psikhologicheskie determinanty vozniknoveniya chuvstva odinochestva u chlenov semei spetsialistov opasnykh professii. *Vestnik psikhoterapii*. 2019. N 71. Pp. 90–107. (**In Russ.**)

Kivorkova A.Y., Soloviev A.G., Smirnova N.N. The emergence of the social and psychological determinants the feeling of loneliness among the family members of extreme profession persons. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2019. N 71. Pp. 90–107.

## ВЫРАЖЕННЫЕ ЭМОЦИИ ПРИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

<sup>1</sup> Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова (Россия, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41);

<sup>2</sup> Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева (Россия, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3);

<sup>3</sup> Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 2 (Россия, Оренбургская обл., п. Старица, Майский пер., д. 2).

Психосоциальный конструкт «выраженные эмоции» (ВЭ) в настоящее время является одним из активно исследуемых в клинической психологии за рубежом, однако в отечественной психологии он практически не описан, что обусловило выбор цели данной статьи. ВЭ являются общим отражением отношения семьи к пациенту, высокий уровень ВЭ связан с увеличением числа рецидивов и других неблагоприятных в клиническом отношении последствий при разнообразных психических расстройствах. На основе исследований в области ВЭ были разработаны программы вмешательства в целях их сокращения в семьях больных и снижения вероятности последующего рецидива болезни. В данной статье также обсуждаются способы оценки ВЭ и механизмы их действия.

**Ключевые слова:** выраженные эмоции, клиническая (медицинская) психология, шизофрения, психические расстройства, психосоциальные вмешательства.

---

✉ Колотильщикова Екатерина Андреевна – д-р психол. наук, доц. каф. психотер., мед. психологии и сексол. Сев.-Зап. гос. мед. ун-та им. И.И. Мечникова, вед. научн. сотр. Нац. мед. исслед. центра психиатр. и неврол. им. В.М. Бехтерева (Россия, 191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41), e-mail: keab3@ Rambler.ru.

Голенищенко Андрей Викторович – канд. мед. наук, врач-психотерапевт, Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 2 (Россия, 460503 Оренбургская обл., п. Старица, Майский пер., д. 2). e-mail: golandr15@mail.ru.

Зотова Анна Владимировна – канд. психол. наук, доц. каф. психотер., мед. психологии и сексол. Сев.-Зап. гос. мед. ун-та им. И.И. Мечникова (Россия, 191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41), e-mail: avzot@mail.ru.

Штакельберг Ольга Юрьевна – д-р мед. наук проф., проф. каф. психотер., мед. психологии и сексол. Сев.-Зап. гос. мед. ун-та им. И.И. Мечникова (Россия, 191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41), e-mail: ostackelberg@gmail.com.

## Введение

Долгое время в психиатрии и медицинской психологии была влиятельной идея о том, что родители являются причиной расстройств их детей вследствие враждебности, отвержения или грубой неспособности выполнять родительские функции. В этой связи особенно подвергались критике матери, что нашло свое выражение в концепции «шизофреногенной матери», чье холодное и равнодушное поведение было основной причиной шизофрении [18]. Из-за отсутствия эмпирической поддержки эта теория не выдержала проверку временем.

На смену идеи, что особые неблагоприятные семейные условия и/или коммуникационные девиации могут послужить причиной шизофрении, пришло представление о гораздо более ординарном и распространенном явлении в области эмоций и поведения членов семей психически больных [7, 8]. В серии исследований G. Brown и его коллеги (1958) [6] стали развивать и совершенствовать конструкт выраженных эмоций (ВЭ) (expressed emotion).

Термин обозначает поведение родственников больных шизофренией, которое с большей вероятностью приводило к более частым госпитализациям пациентов. Такое поведение включает критику, враждебность в адрес больного и эмоциональную сверхвовлеченность.

Качество семейных взаимоотношений, как показывают исследования, тесно связано с течением и ответом на терапию при многих психиатрических и соматических расстройствах [5]. Роль семей в уходе за пациентами и вытекающая из этого нагрузка, лежащая на родственниках, все чаще становятся предметом научного изучения в последние три десятилетия [1, 3]. Хроническое бремя, лежащее на людях, оказывающих помощь тяжелому больному, вызывает отрицательные эмоции и, вероятно, служит причиной стресса, проявляющегося в том числе в высоком уровне ВЭ.

Как уже указывалось, концепт ВЭ был введен в исследованиях G. Brown и соавт. (1958) [6], в которых было показано, что эти эмоции оказывают влияние на рецидив шизофрении. За последние 15 лет конструкт ВЭ широко изучался [9, 27, 33]. В более чем 20 исследованиях, проведенных в различных странах, изучали взаимоотношения между ВЭ и рецидивом у больных шизофренией [31]. Кроме того, растет количество данных относительно роли ВЭ при большой депрессии [25, 54], биполярном аффективном расстройстве [41], расстройствах пищевого поведения [52], деменции [55], социальном тревожном расстройстве [19] и многих других. Таким образом, концепция представляет интерес не только при шизофрении, ВЭ – это бо-

лее общий предиктор неблагоприятного исхода при целом ряде состояний. Кроме того, ВЭ представляют интерес ввиду того, что терапия, направленная на их снижение эффективно уменьшает число рецидивов у пациентов [24, 36].

Целью этой статьи было описать современное понимание концепта выраженных эмоций, способы его диагностики, влияние и механизмы воздействия на различные психические расстройства, а также методы коррекции. Выбор цели был обусловлен тем, что, несмотря на свою известность и значимость, эта теория практически не знакома отечественным специалистам в области психического здоровья. Между тем конструкт ВЭ имеет не столько теоретическое, сколько практическое значение, поскольку снижение высокого уровня ВЭ в семье психически больных приводит к значительному повышению качества жизни как самих пациентов, так и членов их семей, снижению числа госпитализаций и нагрузки на ресурсы здравоохранения.

### **Уровень выраженности эмоций**

Несмотря на свое название, ВЭ не являются показателем эмоциональной выразительности. Скорее, это измерение степени, в которой каждый член семьи психиатрического пациента говорит об этом больном в критической или враждебной манере, или таким образом, что становится очевидной эмоциональная сверхвовлеченность или озабоченность. ВЭ – это характеристика членов семьи, а не самих пациентов [29].

На практике принято различать семьи с высоким и низким уровнем ВЭ. Параметрами высокого уровня ВЭ являются враждебность, эмоциональная сверхвовлеченность и критические замечания.

Члены семьи с высоким уровнем ВЭ враждебны, критичны и нетерпимы к пациенту. При этом они считают, что помогают, демонстрируя такое отношение. Они критикуют не только поступки, определяемые расстройством, но также и другие формы поведения, уникальные для личности пациента.

Критические замечания выражают недвусмысленную неприязнь или неодобрение поведения пациента (например: «Я раздражаюсь, когда он сидит, курит и ничего не делает»).

Враждебность – более резкие высказывания, критикующие пациента за то, кем он является. В данном случае подчеркивается, что критикуется личность человека (например, «Ты глупый», «Ты неудачник», а не «Ты неправильно сделал это задание», «Ты не справился с даже с этой простой

задачей»), а не за его специфическое поведение. Это негативное отношение к пациенту часто определяется представлением семьи, что расстройство является контролируемым и что пациент осознанно выбирает пораженческую позицию. Почему «пораженческая»? Смысл в том, что родственники считают, что пациент знает, как правильно себя вести, но не делает этого специально. Например, когда пациент говорит, что голос внутри его головы приказывает ему остаться в постели, то родственники воспринимают это не как галлюцинацию, а как сознательное нежелание больного помогать по дому. Здесь нет пораженческого поведения, здесь как бы поведение «на зло». Его часто обвиняют в проблемах в семье, и сам он по себе является проблемой, требующей разрешения.

Эмоциональная сверхвовлечённость – это довольно сложная конструкция, часто вызывающая трудности и у исследователей, и у клиницистов [4]. Это совокупность чувств и форм поведения члена семьи по отношению к пациенту с признаками излишнего покровительства или самопожертвования. Члены семьи, которые демонстрируют высокую эмоциональную вовлечённость, бывают навязчивы, часто высказывают мнение, что пациенты не могут помочь себе сами и поэтому их нужно контролировать и брать на себя многие их обязанности. В разных культурах это поведение может выражаться по-разному, например, в виде преувеличенного эмоционального реагирования, излишнего самопожертвования или преданности, чрезмерного покровительства.

При низком уровне ВЭ члены семьи более сдержанны в выражении своих критических замечаний. Они считают, что пациент не контролирует свое расстройство. Низкий уровень встречается чаще в семьях с более высоким уровнем образования и где принимают как факт расстройство пациента.

ВЭ влияют на каждого в доме, повышая уровень стресса для всех. Поведение каждого члена семьи влияет на риск развития рецидива или прогрессирования заболевания.

Течение и исход многочисленных психиатрических расстройств у детей и подростков также подвержены влиянию ВЭ [46]. В одном исследовании [54] было показано, что один компонент, а именно высокий уровень родительской критики, может быть использован в качестве индекса проблематичности детско-родительских взаимоотношений. При социальном тревожном расстройстве высокий уровень ВЭ со стороны родителей является тесно связанным с терапевтическим исходом у их детей [19].

## Оценка выраженных эмоций

*Полуструктурированное интервью* – Семейное интервью Camberwell (Camberwell Family Interview (CFI)) – это золотой стандарт измерения ВЭ [37]. CFI проводится с ключевым родственником или родственниками пациента (как правило, это родители или супруг) в отсутствие пациента и включает пять шкал: критика, враждебность, эмоциональная сверхвовлеченность, теплота и позитивные высказывания. Интервью широко используется в клинических выборках.

Образец пятиминутной речи (The Five Minute Speech Sample, FMSS) – члены семьи должны говорить о своих мыслях и чувствах по поводу пациента непрерывно в течение 5 минут [39]. Речь записывается, а затем кодируется для получения общего уровня ВЭ, критики и эмоциональной сверхвовлеченности. Враждебность не оценивается.

*Шкала уровня выраженных эмоций* (Level of Expressed Emotion Scale, LEE) – первоначально разработанный J.D. Cole и S.S. Kazarian (1988) [11] вопросник подвергся пересмотру, и в настоящее время состоит из 38 пунктов, составляющих четыре фактора (субшкалы): воспринимаемое отсутствие социальной поддержки, воспринимаемая навязчивость, воспринимаемое раздражение и воспринимаемая критика. Суммарный балл по всем четырем факторам называется воспринимаемыми ВЭ [21].

*Шкала семейного отношения* (Family Attitude Scale, FAS) [34] – это 30-пунктовая шкала самоочета для измерения ВЭ, заполняемая либо родственниками, либо пациентами.

*Воспринимаемая критика* (Perceived Criticism, PC) – из всех альтернативных методов измерения наиболее простой [26]. Авторы этой шкалы считают, что большинство важных элементов ВЭ относятся к критике. Этот метод состоит только из одного вопроса, а именно: «Как Вы считаете, насколько критично настроен родственник по отношению к Вам?». Введена 10-балльная шкала типа Likert с оценкой по краям от «совсем не критичен» до «на самом деле очень критичен». Проведение этой шкалы занимает мало времени (1 минуту). Интервьюер просит пациента оценить, насколько критично, как он считает, его родственники настроены по отношению к нему, используя настоящую шкалу.

## Выраженные эмоции и рецидив психических расстройств

В литературе ВЭ описываются как общее отражение семейного отношения к пациенту, предшествующего рецидиву [9]. Вероятно, ВЭ терминируют рецидив через их влияние на эмоции и контроль симптомов.



*Шизофрения.* Попытки понять, почему у пациентов с шизофренией наблюдаются разные исходы болезни, дали первоначальный импульс для развития конструкта ВЭ. Именно поэтому подавляющее большинство работ по ВЭ относилось к пациентам с этим расстройством. Многочисленные исследования, проведенные с пациентами со всего мира, неоднократно демонстрировали, что ВЭ (оцениваемые с использованием CFI) являются надежным предиктором рецидива для шизофрении. Когда пациенты возвращаются домой из лечебного учреждения и проживают в семьях с высоким уровнем ВЭ, риск развития рецидива более чем в два раза больше в период 9–12 мес. после госпитализации, чем у пациентов, живущих в среде с низким уровнем ВЭ [9]. Более того, хотя ВЭ являются фактором риска даже для пациентов, у которых расстройство развилось недавно, пациенты с хронически протекающими состояниями имеют еще больший риск развития рецидива, если они проживают в домашней среде с высоким уровнем ВЭ.

Кроме того, исследования показывают, что при снижении уровня ВЭ в семьях (обычно благодаря клиническим интервенциям) частота рецидивов у пациентов также уменьшается [13, 24, 36, 40].

*Расстройства настроения.* Проводились исследования для изучения взаимосвязи между уровнем ВЭ в семье и рецидивом у пациентов с расстройствами настроения. Большинство из них (кроме одного – [22]) показали положительную взаимосвязь между ВЭ и рецидивом [29, 31].

Необходимо отметить, что большинство родственников больных с шизофренией – это родители, в то время как большинство родственников больных депрессией – супруги. Важен тот факт, что ВЭ продолжают оставаться предиктором рецидива, даже когда родственники не имеют биологического родства с пациентом и когда основной диагноз не шизофрения.

*Тревожные расстройства.* В работах с пациентами с тревожными расстройствами исследователи изучали роль ВЭ в предсказании исхода после лечения методом поведенческой терапии.

N. Targier и соавт. (1999) [53] использовали методику CFI для оценки ВЭ у родственников (преимущественно супругов) пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством. Результаты были такими же, как и для шизофрении и депрессии, и критика и враждебность предсказывали меньший эффект от проводимой психотерапии. Напротив, H. Peter и I. Hand (1988) [47] сообщали, что пациенты с агорафобией, проживающие с супругами, чьи уровни ВЭ были оценены как критические по CFI, демонстрировали лучшие клинические исходы через 1–2 года после поведенче-

ской (экспозиционной) терапии по сравнению с пациентами, проживавшими с супругами с низким уровнем критицизма. Этот довольно противоречивый вывод был повторен у амбулаторных пациентов, страдавших либо от агорафобии, либо от обсессивно-компульсивного расстройства, которым проводилась экспозиционная терапия [10]. Хотя критицизм был связан с более позитивным клиническим исходом, пациенты не показывали таких же хороших результатов, если они проживали в семейной среде с высоким уровнем враждебности. Наконец, у пациентов, получавших когнитивно-поведенческую терапию при социальной фобии, ВЭ не были связаны с терапевтическим исходом, хотя отмечалась тенденция к ухудшению у пациентов с родственниками, набравшими высокие оценки по эмоциональной сверхвовлечённости [17].

Эти данные могут свидетельствовать о том, что влияние критики может быть неодинаковым для пациентов с разными видами психопатологии. Хотя больные шизофренией, расстройствами настроения и посттравматическим стрессовым расстройством, как правило, имеют тенденцию хуже себя чувствовать при наличии высокого уровня критики в семье, это не свойственно пациентам с агорафобией и обсессивно-компульсивным расстройством. Ученые предположили, что критичные супруги больше заставляют тревожных пациентов конфронтировать со стимулами, провоцирующими тревогу. Не поощряя избегания, эти критичные супруги могут фактически помогать пациентам включаться в экспозицию в их повседневной среде, что способствует улучшению после лечения. Это может не действовать на пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством из-за воображаемой (а не реальной) природы экспозиции. Подобным образом может объясняться случаи пациентов, получающих терапию, в которой больший акцент делается на когнитивную часть [17].

*Расстройства пищевого поведения.* L. Fischmann-Havstad, A.R. Marston (1984) [15] сообщили, что замужние женщины, потерявшие по меньшей мере 6 кг за прошедший год, были более склонны к рецидиву и повторному набору веса, если они жили с супругами с высоким уровнем ВЭ. Более высокие уровни родительской критики также предсказывали худшее клиническое течение у пациентов с нервной анорексией после шести месяцев терапии [38] и менее благоприятные исходы у пациентов с нервной булимией в конце шестилетнего периода наблюдения за ними [23]. Пациенты с нервной анорексией и нервной булимией с большей вероятностью прерывали амбулаторную семейную терапию преждевременно, если их родители имели высокий уровень ВЭ [52]. О взаимосвязи между

ВЭ и снижением терапевтического комплайенса сообщали D.A. Flanagan и H.L. Wagner (1991) [16] для пациентов с тяжелым ожирением.

Полученные данные свидетельствуют о том, что уровень ВЭ в семье является хорошим предиктором терапевтического комплайенса, ответа на лечение и долгосрочных клинических результатов для пациентов с расстройствами пищевого поведения и проблемами веса.

*Злоупотребление психоактивными веществами.* М.М. Fichter и соавт. (1997) [14] отметили связь между высоким уровнем ВЭ и большим количеством рецидивов при шестимесячном катамнезе у пациентов со злоупотреблением психоактивными веществами. Количество критических замечаний, сделанных членами семьи (чаще всего супругом), также связано с более коротким временем до начала рецидива. Т.Д. O'Farrell и соавт. (1998) [45] показали, что пациенты мужского пола, получавшие поведенческую супружескую терапию, разработанную в целях поощрения абстиненции, значительно ухудшали свои результаты в течение следующего года, если проживали с супругой с высоким уровнем ВЭ. У них с большей вероятностью развивался рецидив, время до развития рецидива было короче, и они чаще выпивали в течение последующего 12-месячного периода наблюдения по сравнению с теми, у кого супруги были с низким уровнем ВЭ. В исследовании, где изучались пациенты с двойным диагнозом, D. Pourmand и соавт. (2005) [50] выявили, что для пациентов с двойным диагнозом психоз и злоупотребление психоактивными веществами ВЭ были самым сильным предиктором рецидива среди всех изучаемых переменных.

*Личностные расстройства.* J.M. Hooley и P.D. Hoffman (1999) [28] измеряли ВЭ у членов семей пациентов, госпитализированных с диагнозом пограничное личностное расстройство. За пациентами вели наблюдение в течение одного года после того, как их выписали из больницы, и ВЭ были использованы для предсказания клинического исхода. Вопреки ожиданиям, ни критицизм, ни враждебность не были связаны с клиническими результатами в течение этого периода. Более того, пациенты, в чьих семьях были высокие рейтинги эмоциональной сверхвовлечённости, в действительности чувствовали себя лучше.

Такие данные подчеркивают важность учета диагноза пациента в понимании участия ВЭ в рецидиве. Несмотря на то что все родственники с высоким уровнем ВЭ демонстрируют одно и то же отношение, способы, которыми эти отношения и поведение воспринимаются и переживаются пациентами, разные. Для пациентов с шизофренией или расстройствами настроения высокий уровень критики и эмоциональной сверхвовлечённо-

сти связаны с рецидивом. Однако когда диагнозом является пограничное личностное расстройство, критика не связана с рецидивом, а эмоциональная сверхвовлечённость является индикатором лучшего долгосрочного исхода.

### **Механизмы действия выраженных эмоций**

Ж.М. Hooley и И.Н. Gotlib (2000) [29] предположили, что поведение, связанное с высоким уровнем ВЭ, демонстрируемое членами семьи, воспринимается пациентами как стресс. Кроме того, было обнаружено, что родственники с высоким уровнем ВЭ более склонны к поведенческому контролю пациентов [30]. Когда они пытаются помочь, они делают это весьма назойливыми способами (например: «Она не хотела засыпать, поэтому я держала ее голову на подушке»). Вполне возможно, что благонамеренные попытки родственников сделать лучше просто производят обратный эффект. Если пациенты испытывают стресс из-за действий их родственников, это может привести к увеличению уровня кортизола, повлиять на важные нейротрансмиттерные системы и в конечном итоге привести к возврату симптомов.

В настоящее время нет прямых доказательств того, что все происходит именно так. Тем не менее одно исследование заслуживает внимания. Группа исследователей изучала поведение больных шизофренией, когда они были вовлечены во взаимодействия с родственниками с высоким и низким уровнями ВЭ [51]. Исследователи заметили, что, когда пациенты говорят что-то странное, родственники с высоким уровнем ВЭ критично реагируют, и за этим, как правило, следует другое странное высказывание пациента. Иными словами, нарушение мышления пациентов происходит непосредственно после того, как пациент подвергся критике со стороны члена семьи.

В настоящее время исследователи используют техники функциональной нейровизуализации, чтобы больше узнать, как ВЭ влияют на мозг. Недавно полученные данные показывают, что выслушивание критики или эмоционально сверхвовлечённых комментариев приводит к различным паттернам мозговой активности у людей, которые уязвимы к психопатологии, по сравнению со респондентами контрольной группы [32, 44].

### **Методы психосоциальной терапии, призванные снизить уровень ВЭ**

Успехи в изучении ВЭ у членов семей пациентов с различными заболеваниями привели к развитию эффективных психосоциальных вмеша-

тельств. Многие семейные программы были разработаны на основе результатов исследований в области ВЭ и включают в себя такие компоненты, как психообразование пациентов и членов их семей, кризис-менеджмент, разъяснение мифов и неправильных представлений, выработку навыков решения проблем, эмоциональной поддержки и коммуникативных навыков. Хотя не все из этих программ оказались успешны, уровень ВЭ у родственников и, вследствие этого, число рецидивов у пациентов значительно снизились [2, 12, 49].

Целью психообразования является снижение ВЭ в ходе обучения, а также сокращение прямых контактов с родственниками с высоким уровнем ВЭ до менее чем 35 ч в неделю. Результаты показывают, что когда уровни ВЭ в семье снижаются, число рецидивов у пациентов также падает [35].

Программ по снижению уровня ВЭ в семьях разработано довольно много, в основном для пациентов с шизофренией и биполярным аффективным расстройством. В качестве примера можно привести семейно-ориентированную терапию (Family-focused treatment, FFT) – психообразовательный подход для пациентов с биполярным аффективным расстройством, которые недавно пережили эпизод мании или депрессии, разработанный D.J. Miklowitz и M. Goldstein (1997) [42].

Данный вид вмешательства проводится вместе со стандартной фармакотерапией для биполярного расстройства и начинается сразу после окончания острой фазы. Семейно ориентированная терапия предназначена для пациента и его референтной группы, куда могут входить супруг, родители, сиблинги и другие родственники. Как правило, данная терапия проводится в течение 21 сессии. Она состоит из четырех последовательных терапевтических модулей, проводимых в соответствии с руководством: оценка семьи, психообразование, тренинг улучшения коммуникации и тренинг навыков решения проблем.

В ходе терапии рассматриваются установки, связанные с ВЭ на трех уровнях: атрибуции, сделанные родственниками и пациентами относительно заболевания и, в частности, самого последнего эпизода; лежащие в основе эмоции, которые запускают критическое, враждебное или эмоционально сверхвовлечённое отношение; и способ, с помощью которого установки, связанные с ВЭ, проявляются непосредственно в поведении [43].

Структура проведения интервенций по снижению уровня ВЭ у родственников пациентов с шизофренией имеет ряд отличий от описанной выше для больных с биполярным аффективным расстройством [12, 48].

В настоящее время предпринимаются попытки разработать программы вмешательства для всех групп больных, в развитии рецидива и других неблагоприятных последствий которых большое значение имеет высокий уровень ВЭ (например, [20]).

### **Вывод**

Выраженные эмоции, как было показано, являются предиктором исхода при многих психических расстройствах. В настоящее время это один из наиболее изученных психосоциальных конструктов. В будущем необходимо акцентировать внимание на внедрении и проверке эффективности интервенций на индивидуальном или групповом уровне для семей и пациентов с различными психическими расстройствами и другими соматическими состояниями, имеющими дело с негативной эмоциональной атмосферой в семье. Вместе с этим требуется углубленное понимание механизмов влияния ВЭ на развитие рецидива и других неблагоприятных клинических последствий.

### **Литература**

1. Awad A.G., Voruganti L.N. The burden of schizophrenia on caregivers: a review // *Pharmaco Economics* – 2008. – Vol. 26. – P. 149–162.
2. Barbato A., D’Avanzo B. Family interventions in schizophrenia and related disorders: a critical review of clinical trials // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 2000. – Vol. 102. – P. 81–97.
3. Baronet A.M. Factors associated with caregiver burden in mental illness: a critical review of the research literature // *ClinPsychol Rev.* – 1999. – Vol. 19. – P. 819–841.
4. Bhugra D., McKenzie K. Expressed emotion across cultures // *Access Advan. in Psych. Treat.* – 2003. – Vol. 9(5). – P. 342–348.
5. Bloch S., Hafner J., Harari E., Szmukler G.I. *The family in clinical psychiatry* (Oxford Medical Publications) 1st Ed. – Oxford University Press, 1994. – 312 p.
6. Brown G.W., Carstairs G.M., Topping G. Post-hospital adjustment of chronic mental patients // *Lancet*. – 1958. – Vol. 27(2). – P. 685–688.
7. Brown G.W., Monck E.M., Carstairs G.M., Wing J.K. Influence of family life on the course of schizophrenic illness // *Br. J. Prev. Soc. Med.* – 1962. – Vol. 16(2). – P. 55–68.
8. Brown G.W. The discovery of expressed emotion: Induction or deduction? // *Expressed emotion in families* / J. Leff, C. Vaughn (editors). – New York: Guilford Press, 1985. – P. 7–25.
9. Butzlaff R.L., Hooley J.M. Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1998. – Vol. 55. – P. 547–552.
10. Chambless D.L., Steketee G. Expressed emotion and behavior therapy outcome: a prospective study with obsessive-compulsive and agoraphobic outpatients // *J. Consult. Clin. Psychol.* – 1999. – Vol. 67. – P. 658–665.

11. Cole J.D., Kazarian S.S. The Level of Expressed Emotion Scale: A new measure of expressed emotion // *J. Clin. Psychol.* – 1988. – Vol. 44. – P. 392–397.
12. Dixon L., Adams C., Lucksted A. Update on family psychoeducation for schizophrenia // *Schizophr. Bull.* – 2000. – Vol. 26(1). – P. 5–20.
13. Falloon I., Boyd J., McGill C. [et al.] Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: Clinical outcome of a two year longitudinal study // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1985. – Vol. 42(9). – P. 887–896.
14. Fichter M.M., Glynn S.M., Weyerer S. [et al.] Family climate and expressed emotion in the course of alcoholism // *Fam. Process.* – 1997. – Vol. 36(2). – P. 203–221.
15. Fischmann-Havstad L., Marston A.R. Weight loss maintenance as an aspect of family emotion and process // *Br. J. Clin. Psychol.* – 1984. – Vol. 23. – P. 265–271.
16. Flanagan D.A., Wagner H.L. Expressed emotion and panic-fear in the prediction of diet treatment compliance // *Br. J. Clin. Psychol.* – 1991. – Vol. 30. – P. 231–240.
17. Fogler J.M., Tompson M.C., Steketee G., Hofmann S.G. Influence of expressed emotion and perceived criticism on cognitive-behavioral therapy for social phobia // *Behav. Res. Ther.* – 2007. – Vol. 45(2). – P. 235–239.
18. Fromm-Reichmann F. Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy // *Psychiatry.* – 1948. – Vol. 11(3). – P. 263–273.
19. Garcia-Lopez L.J., Muela J.M., Espinosa-Fernandez L., Diaz-Castela M. Exploring the relevance of expressed emotion to the treatment of social anxiety disorder in adolescence // *J. Adolesc.* – 2009. – Vol. 32. – P. 1371–1376.
20. Garcia-Lopez L.J., Diaz-Castela M.M., Muela-Martinez J.A., Espinosa-Fernandez L. Can parent training for parents with high levels of expressed emotion have a positive effect on their child's social anxiety improvement? // *J. Anxiety Disord.* – 2014. – Vol. 28(8). – P. 812–822.
21. Hale W.W., Raaijmakers Q.A.W., Gerlsma C., Meeus W. Does the level of expressed emotion (LEE) questionnaire have the same factor structure for adolescents as it has for adults? // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* – 2007. – Vol. 42(3). – P. 215–220.
22. Hayhurst H., Cooper Z., Paykel E.S. [et al.] Expressed emotion and depression. A longitudinal study // *Br. J. Psychiatry.* – 1997. – Vol. 171. – P. 439–443.
23. Hedlund S., Fichter M.M., Quadflieg N., Brandl C. Expressed emotion, family environment, and parental bonding in bulimia nervosa: a 6-year investigation // *Eat. Weight Disord.* – 2003. – Vol. 8. – P. 26–35.
24. Hogarty G.E., Anderson C.M., Reiss D.J. [et al.] Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. I. One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1986. – Vol. 43(7). – P. 633–642.
25. Hooley J.M., Orley J., Teasdale J.D. Levels of expressed emotion and relapse in depressed patients // *Br. J. Psychiatry.* – 1986. – Vol. 148. – P. 642–647.
26. Hooley J.M., Teasdale J.D. Predictors of relapse in unipolar depressives: Expressed emotion, marital distress, and perceived criticism. *J. of Abnormal Psychiatry.* – 1989. – Vol. 98. – P. 229–235.

27. Hooley J.M., Rosen L.R., Richters J.E. Expressed emotion: Toward clarification of a critical construct // *The Behavioral High-Risk Paradigm in Psychopathology* / G.A. Miller (Editor) – N.Y.: Springer-Verlag New York Inc., 1995. – P. 88–120.
28. Hooley J.M., Hoffman P.D. Expressed emotion and clinical outcome of borderline personality disorder // *Am. J. Psychiatry*. – 1999. – Vol. 156. – P. 1557–1562.
29. Hooley J.M., Gotlib I.H. A diathesis-stress conceptualization of expressed emotion and clinical outcome // *Appl. Prev. Psychol.* – 2000. – Vol. 9(3). – P. 135–151.
30. Hooley J.M., Campbell C. Control and controllability: Beliefs and behavior in high and low expressed emotion relatives // *Psychological Medicine*. – 2002. – Vol. 32(6). – P. 1091–1099.
31. Hooley J.M. Expressed emotion and relapse of psychopathology // *Annu. Rev. Clin. Psychol.* – 2007. – Vol. 3. – P. 329–352.
32. Hooley J.M., Gruber S.A., Parker H.A. [et al.] Cortico-limbic response to personally challenging emotional stimuli after complete recovery from depression // *Psychiatry Res.* – 2009. – Vol. 30 ; 172(1). – P. 83–91.
33. Kavanagh D.J. Recent developments in expressed emotion and schizophrenia // *Br. J. Psychiatry*. – 1992. – Vol. 160. – P.601–620.
34. Kavanagh D.J., O'Halloran P., Manicavasagar V. [et al.] The Family Attitude Scale: Reliability and validity of a new scale for measuring the emotional climate of families // *Psychiatry Res.* – 1997. – Vol. 30 ; 70(3). – P. 185–195.
35. Lam D.H. Psychosocial family intervention in schizophrenia: a review of empirical studies // *Psychol. Med.* – 1991. – Vol. 21(2). – P. 423–441.
36. Leff J., Kuipers L., Berkowitz R. [et al.] A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients // *Br. J. Psychiatry*. – 1982. – Vol. 141. – P. 121–134.
37. Leff J.P., Vaughn C.E. *Expressed Emotion in Families: Its Significance for Mental Illness*. – N.Y.: Guilford Press, 1985. – 241 p.
38. le Grange D., Eisler I., Dare C., Hodes M. Family criticism and self-starvation: a study of expressed emotion // *J. Fam. Ther.* – 1992. – Vol. 14(2). – P. 177–192.
39. Magaña A.B., Goldstein J.M., Karno M. [et al.]. A brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients // *Psychiatry Res.* – 1986. – Vol. 17(3). – P. 203–221.
40. McFarlane W.R., Lukens E., Link B. [et al.]. Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1995. – Vol. 52(8). – P. 679–687.
41. Miklowitz D.J., Goldstein M.J., Nuechterlein K.H. [et al.] Family factors and the course of bipolar affective disorder // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1988. – Vol. 45(3). – P. 225–231.
42. Miklowitz D.J., Goldstein. M.J. *Bipolar disorder: A family-focused treatment approach*. – N.Y.: The Guilford Press, 1997. – 318 p.



43. Miklowitz D.J., Wendel J.S., Simoneau T.L. Targeting dysfunctional family interactions and high expressed emotion in the psychosocial treatment of bipolar disorder // In session: psychotherapy in practice. – 1998. – Vol. 4/3. – P. 25–38.

44. Nook E.C., Dodell-Feder D., Germine L.T. [et al.]. Weak dorsolateral prefrontal response to social criticism predicts worsened mood and symptoms following social conflict in people at familial risk for schizophrenia // *Neuroimage Clin.* – 2018. – Vol. 11(18). – P. 40–50.

45. O'Farrell T.J., Hooley J., Fals-Stewart W., Cutter H.S. Expressed emotion and relapse in alcoholic patients // *J. Consult. Clin. Psychol.* – 1998. – Vol. 66(5). – P. 744–752.

46. Peris T.S., Miklowitz D.J. Parental expressed emotion and youth psychopathology: new directions for an old construct // *Child Psychiatry Hum. Dev.* – 2015. – Vol. 46(6). – P. 863–873.

47. Peter H.I., Hand I. Patterns of patient-spouse interaction in agoraphobics: assessment by Camberwell Family Interview (CFI) and impact on outcome on self-exposure treatment / Panic and Phobias 2: Treatments and Variables Affecting Course and Outcome // I. Hand, H.-U. Wittchen (Eds.). – Berlin: Springer-Verlag, 1988. – P. 240–251.

48. Pharoah F., Mari J., Rathbone J., Wong W. Family intervention for schizophrenia // *Cochrane Database Syst. Rev.* – 2010. – Vol. 8(12).

49. Pilling S., Bebbington P., Kuipers E. [et al.]. Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy // *Psychol. Med.* – 2002. – Vol. 32(5). – P. 763–782.

50. Pourmand D., Kavanagh D.J., Vaughan K. Expressed emotion as predictor of relapse in patients with comorbid psychoses and substance use disorder // *Aust. N.Z. J. Psychiatry.* – 2005. – Vol. 39(6). – P. 473–478.

51. Rosenfarb I.S., Goldstein M.J., Mintz J., Nuechterlein K.H. Expressed emotion and subclinical psychopathology observable within the transactions between schizophrenic patients and their family members // *J. Abnorm. Psychol.* – 1995. – Vol. 104(2). – P. 259–267.

52. Szmukler G.I., Eisler I., Russell G.F., Dare C. Anorexia nervosa, parental "expressed emotion," and dropping out of treatment // *Br. J. Psychiatry.* – 1985. – Vol. 147. – P. 265–271.

53. Tarrier N., Sommerfield C., Pilgrim H. Relatives expressed emotion (EE) and PTSD treatment outcome // *Psychol. Med.* – 1999. – Vol. 29(4). – P. 801–811.

54. Vaughn C.E., Leff J.P. The influence of family and social factors in the course of psychiatric illness: a comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients // *Br. J. Psychiatry.* – 1976. – Vol. 129. – P. 125–137.

55. Vitaliano P.P., Becker J., Russo J. [et al.]. Expressed emotion in spouse caregivers of patients with Alzheimer's disease // *J. Appl. Soc. Sci.* – 1989. – Vol. 13(1). – P. 215–250.

Поступила 02.09.2019

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

Для цитирования. Колотильщикова Е.А., Голенищенко А.В., Зотова А.В., Штакельберг О.Ю. Выраженные эмоции при нервно-психических расстройствах // Вестн. психотерапии. 2019. № 71 (76). С. 108–126.

---

## EXPRESSED EMOTION IN MENTAL DISORDERS

**Kolotilshchikova E.A.<sup>1,2</sup>, Golenishchenko A.V.<sup>3</sup>, Zotova A.V.<sup>1</sup>,  
Shtakelberg O.Yu.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov  
(Kirochnaya St., 41, St. Petersburg, Russia);

<sup>2</sup> St. Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute  
(Bekhterev St., 3, St. Petersburg, Russia);

<sup>3</sup> Orenburg Regional Clinical Psychiatric Hospital N 2  
(Maisyky alley, 2, Staritsa, Orenburg region, Russia).

✉ Ekaterina Andreevna Kolotilshchikova – Dr. Psychol. Sci, Associate Prof. North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, St.Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute (Kirochnaya St., 41, St. Petersburg, 191015, Russia), e-mail: kea63@rambler.ru;

Andrey Viktorovich Golenishchenko – PhD. Med. Sci., Psychotherapist, Orenburg Regional Clinical Psychiatric Hospital N 2 (Maisyky alley, 2, Staritsa, Orenburg region, 460503, Russia), e-mail: golandr-15@mail.ru;

Anna Vladimirovna Zotova – PhD. Psychol. Sci., Associate Prof. North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov (Kirochnaya St., 41, St. Petersburg, 191015, Russia), e-mail: avzot@mail.ru;

Olga Yuryevna Shtakelberg – Dr. Med. Sci. Prof., Prof. North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov (Kirochnaya St., 41, St. Petersburg, 191015, Russia), e-mail: ostackelberg@gmail.com.

**Abstract.** Currently expressed emotion (EE) is one of the most thoroughly researched psychosocial construct in abnormal psychology. Expressed emotion is an indicator of the attitudes and behavior occurring against individuals with a different diagnosis. High-EE is associated with an increase of the number of relapses and other unfavorable clinical consequences for a variety of mental disorders. Based on researches interventions have been developed for reduce EE in the families of patients and for reduce relapse of the disease. This article also discusses measurement EE and the mechanisms of action.

**Key words:** expressed emotion (EE), measurement EE-tools, schizophrenia, mood disorders, anxiety disorders, personality disorders, eating disorders, substance use disorders, mechanisms of action EE, intervention.

## References

1. Awad A.G., Voruganti L.N. The burden of schizophrenia on caregivers: a review. *Pharmaco Economics*. 2008. Vol. 26. P. 149–162.
2. Barbato A., D'Avanzo B. Family interventions in schizophrenia and related disorders: a critical review of clinical trials. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2000. Vol. 102. P. 81–97.
3. Baronet A.M. Factors associated with caregiver burden in mental illness: a critical review of the research literature. *ClinPsychol Rev*. 1999. Vol. 19. P. 819–841.
4. Bhugra D., McKenzie K. Expressed emotion across cultures. *Access Advan. in Psych. Treat.* 2003. Vol. 9(5). P. 342–348.
5. Bloch S., Hafner J., Harari E., Szmukler G.I. The family in clinical psychiatry (Oxford Medical Publications) 1st Ed. Oxford University Press, 1994. 312 p.
6. Brown G.W., Carstairs G.M., Topping G. Post-hospital adjustment of chronic mental patients. *Lancet*. 1958. Vol. 27(2). P. 685–688.
7. Brown G.W., Monck E.M., Carstairs G.M., Wing J.K. Influence of family life on the course of schizophrenic illness. *Br. J. Prev. Soc. Med.* 1962. Vol. 16(2). P. 55–68.
8. Brown G.W. The discovery of expressed emotion: Induction or deduction? *Expressed emotion in families* / J. Leff, C. Vaughn (editors). New York, 1985. P. 7–25.
9. Butzlaff R.L., Hooley J.M. Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1998. Vol. 55. P. 547–552.
10. Chambless D.L., Steketee G. Expressed emotion and behavior therapy outcome: a prospective study with obsessive-compulsive and agoraphobic outpatients. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1999. Vol. 67. P. 658–665.
11. Cole J.D., Kazarian S.S. The Level of Expressed Emotion Scale: A new measure of expressed emotion. *J. Clin. Psychol.* 1988. Vol. 44. P. 392–397.
12. Dixon L., Adams C., Lucksted A. Update on family psychoeducation for schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 2000. Vol. 26(1). P. 5–20.
13. Falloon I., Boyd J., McGill C. [et al.]. Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: Clinical outcome of a two year longitudinal study. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1985. Vol. 42(9). P. 887–896.
14. Fichter M.M., Glynn S.M., Weyerer S. [et al.] Family climate and expressed emotion in the course of alcoholism. *Fam. Process*. 1997. Vol. 36(2). P. 203–221.
15. Fischmann-Havstad L., Marston A.R. Weight loss maintenance as an aspect of family emotion and process. *Br. J. Clin. Psychol.* 1984. Vol. 23. P. 265–271.
16. Flanagan D.A., Wagner H.L. Expressed emotion and panic-fear in the prediction of diet treatment compliance. *Br. J. Clin. Psychol.* 1991. Vol. 30. P. 231–240.
17. Fogler J.M., Tompson M.C., Steketee G., Hofmann S.G. Influence of expressed emotion and perceived criticism on cognitive-behavioral therapy for social phobia. *Behav. Res. Ther.* 2007. Vol. 45(2). P. 235–239.
18. Fromm-Reichmann F. Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy. *Psychiatry*. 1948. Vol. 11(3). P. 263–273.
19. Garcia-Lopez L.J., Muela J.M., Espinosa-Fernandez L., Diaz-Castela M. Exploring the relevance of expressed emotion to the treatment of social anxiety disorder in adolescence. *J. Adolesc.* 2009. Vol. 32. P. 1371–1376.

20. Garcia-Lopez L.J., Díaz-Castela M.M., Muela-Martinez J.A., Espinosa-Fernandez L. Can parent training for parents with high levels of expressed emotion have a positive effect on their child's social anxiety improvement? *J. Anxiety Disord.* 2014. Vol. 28(8). P. 812–822.
21. Hale W.W., Raaijmakers Q.A.W., Gerlsma C., Meeus W. Does the level of expressed emotion (LEE) questionnaire have the same factor structure for adolescents as it has for adults? *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2007. Vol. 42(3). P. 215–220.
22. Hayhurst H., Cooper Z., Paykel E.S. [et al.] Expressed emotion and depression. A longitudinal study. *Br. J. Psychiatry.* 1997. Vol. 171. P. 439–443.
23. Hedlund S., Fichter M.M., Quadflieg N., Brandl C. Expressed emotion, family environment, and parental bonding in bulimia nervosa: a 6-year investigation. *Eat. Weight Disord.* 2003. Vol. 8. P. 26–35.
24. Hogarty G.E., Anderson C.M., Reiss D.J. [et al.] Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. I. One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1986. Vol. 43(7). P. 633–642.
25. Hooley J.M., Orley J., Teasdale J.D. Levels of expressed emotion and relapse in depressed patients. *Br. J. Psychiatry.* 1986. Vol. 148. P. 642–647.
26. Hooley J.M., Teasdale J.D. Predictors of relapse in unipolar depressives: Expressed emotion, marital distress, and perceived criticism. *J. of Abnormal Psychiatry.* 1989. Vol. 98. P. 229–235.
27. Hooley J.M., Rosen L.R., Richters J.E. Expressed emotion: Toward clarification of a critical construct. *The Behavioral High-Risk Paradigm in Psychopathology* / G.A. Miller (Editor). N.Y., 1995. P. 88–120.
28. Hooley J.M., Hoffman P.D. Expressed emotion and clinical outcome of borderline personality disorder. *Am. J. Psychiatry.* 1999. Vol. 156. P. 1557–1562.
29. Hooley J.M., Gotlib I.H. A diathesis-stress conceptualization of expressed emotion and clinical outcome. *Appl. Prev. Psychol.* 2000. Vol. 9(3). P. 135–151.
30. Hooley J.M., Campbell C. Control and controllability: Beliefs and behavior in high and low expressed emotion relatives. *Psychological Medicine.* 2002. Vol. 32(6). P. 1091–1099.
31. Hooley J.M. Expressed emotion and relapse of psychopathology. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2007. Vol. 3. P. 329–352.
32. Hooley J.M., Gruber S.A., Parker H.A. [et al.] Cortico-limbic response to personally challenging emotional stimuli after complete recovery from depression. *Psychiatry Res.* 2009. Vol. 30; 172(1). P. 83–91.
33. Kavanagh D.J. Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *Br. J. Psychiatry.* 1992. Vol. 160. P.601–620.
34. Kavanagh D.J., O'Halloran P., Manicavasagar V. [et al.] The Family Attitude Scale: Reliability and validity of a new scale for measuring the emotional climate of families. *Psychiatry Res.* 1997. Vol. 30; 70(3). P. 185–195.
35. Lam D.H. Psychosocial family intervention in schizophrenia: a review of empirical studies. *Psychol. Med.* 1991. Vol. 21(2). P. 423–441.

36. Leff J., Kuipers L., Berkowitz R. [et al.] A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *Br. J. Psychiatry*. 1982. Vol. 141. P. 121–134.
37. Leff J.P., Vaughn C.E. *Expressed Emotion in Families: Its Significance for Mental Illness*. N.Y., 1985. 241 p.
38. le Grange D., Eisler I., Dare C., Hodes M. Family criticism and self-starvation: a study of expressed emotion. *J. Fam. Ther.* 1992. Vol. 14(2). P. 177–192.
39. Magaña A.B., Goldstein J.M., Karno M. [et al.] A brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients. *Psychiatry Res.* 1986. Vol. 17(3). P. 203–221.
40. McFarlane W.R., Lukens E., Link B. [et al.] Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1995. Vol. 52(8). P. 679–687.
41. Miklowitz D.J., Goldstein M.J., Nuechterlein K.H. [et al.] Family factors and the course of bipolar affective disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1988. Vol. 45(3). P. 225–231.
42. Miklowitz D.J., Goldstein. M.J. *Bipolar disorder: A family-focused treatment approach*. N.Y., 1997. 318 p.
43. Miklowitz D.J., Wendell J.S., Simoneau T.L. Targeting dysfunctional family interactions and high expressed emotion in the psychosocial treatment of bipolar disorder. *In session: psychotherapy in practice*. 1998. Vol. 4/3. P. 25–38.
44. Nook E.C., Dodell-Feder D., Germine L.T. [et al.] Weak dorsolateral prefrontal response to social criticism predicts worsened mood and symptoms following social conflict in people at familial risk for schizophrenia. *Neuroimage Clin*. 2018. Vol. 11(18). P. 40–50.
45. O'Farrell T.J., Hooley J., Fals-Stewart W., Cutter H.S. Expressed emotion and relapse in alcoholic patients. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1998. Vol. 66(5). P.744–752.
46. Peris T.S., Miklowitz D.J. Parental expressed emotion and youth psychopathology: new directions for an old construct. *Child Psychiatry Hum. Dev.* 2015. Vol. 46(6). P. 863–873.
47. Peter H.I., Hand I. Patterns of patient-spouse interaction in agoraphobics: assessment by Camberwell Family Interview (CFI) and impact on outcome on self-exposure treatment. *Panic and Phobias 2: Treatments and Variables Affecting Course and Outcome* / I. Hand, H.-U. Wittchen (Eds.). Berlin, 1988. P. 240–251.
48. Pharoah F., Mari J., Rathbone J., Wong W. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2010. Vol. 8(12).
49. Pilling S., Bebbington P., Kuipers E. [et al.]. Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychol. Med.* 2002. Vol. 32(5). P. 763–782.
50. Pourmand D., Kavanagh D.J., Vaughan K. Expressed emotion as predictor of relapse in patients with comorbid psychoses and substance use disorder. *Aust. N.Z. J. Psychiatry*. 2005. Vol. 39(6). P. 473–478.
51. Rosenfarb I.S., Goldstein M.J., Mintz J., Nuechterlein K.H. Expressed emotion and subclinical psychopathology observable within the transactions between

schizophrenic patients and their family members. *J. Abnorm. Psychol.* 1995. Vol. 104(2). P. 259–267.

52. Szmukler G.I., Eisler I., Russell G.F., Dare C. Anorexia nervosa, parental "expressed emotion," and dropping out of treatment. *Br. J. Psychiatry.* 1985. Vol. 147. P. 265–271.

53. Tarrier N., Sommerfield C., Pilgrim H. Relatives expressed emotion (EE) and PTSD treatment outcome. *Psychol. Med.* 1999. Vol. 29(4). P. 801–811.

54. Vaughn C.E., Leff J.P. The influence of family and social factors in the course of psychiatric illness: a comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *Br. J. Psychiatry.* 1976. Vol. 129. P. 125–137.

55. Vitaliano P.P., Becker J., Russo J. [et al.] Expressed emotion in spouse caregivers of patients with Alzheimer's disease. *J. Appl. Soc. Sci.* 1989. Vol. 13(1). P. 215–250.

Received 02.09.2019

**For citing.** Kolotilshchikova E.A., Golenishchenko A.V., Zotova A.V., Shtakelberg O.Yu. Vyrzhnnye ehmtsii pri nervno-psikhicheskikh rasstrojstvakh. *Vestnik psikhoterapii.* 2019. N 71. Pp. 108–126. **(In Russ.)**

Kolotilshchikova E.A., Golenishchenko A.V., Zotova A.V., Shtakelberg O.Yu. Expressed emotion in mental disorders. *The Bulletin of Psychotherapy.* 2019. N 71. Pp. 108–126.

## **ДИНАМИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ИБС ПОСЛЕ САНОГЕНЕТИЧЕСКОГО САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ**

<sup>1</sup> Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины  
имени А.М. Никифорова МЧС России

(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2);

<sup>2</sup> Санаторно-курортный комплекс «Западный» МО РФ  
(Россия, Санкт-Петербург, Тарховский пр., 24);

<sup>3</sup> Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова  
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6).

Совершенствование системы санаторно-курортного лечения имеет важное значение для восстановления трудоспособности больных, профилактики развития отклонений в состоянии здоровья военнослужащих запаса с гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца (ИБС).

Работа проведена с целью изучения динамики психологических показателей в период санаторного этапа лечения лиц с заболеваниями системы кровообращения с выраженным синдромом вегетативных дисфункций из числа военнослужащих запаса для повышения эффективности восстановительного лечения.

Определено, что нормализация психофизиологических и психологических показателей функционального состояния больных, оптимизация их самочувствия и настроения может быть достигнута комплексным воздействием на вегетативную регуляцию, что приводит к ее нормализации.

---

✉ Леонтьев Олег Валентинович – д-р мед. наук проф., зав. каф. терапии и интегративной медицины ин-та ДПО «Экстремальная медицина» Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2), e-mail: lov63@inbox.ru;

Яремко Василий Иванович – засл. врач РФ, начальник Санаторно-курорт. комплекса «Западный» (Россия, 197701, Санкт-Петербург, Тарховский пр., д. 24); e-mail: 9212249965@mail.ru;

Черкасова Вера Леонидовна – начальник филиала санатория «Тарховский» Санаторно-курорт. комплекса «Западный» (Россия, 197701, Санкт-Петербург, Тарховский пр., д. 24); e-mail: 9212249965@mail.ru;

Деревянко Сергей Витальевич – канд. мед. наук, зам. начальника филиала, санатория «Тарховский» Санаторно-курорт. комплекса «Западный» (Россия, 197701, Санкт-Петербург, Тарховский пр., д. 24); e-mail: 9212249965@mail.ru;

Войцицкий Анатолий Николаевич – д-р мед. наук доц., препод. каф. патол. физиол. Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6) , e-mail: lov63@inbox.ru.

**Ключевые слова:** психологические показатели человека, функциональное состояние организма, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, санаторно-курортное лечение,

### **Введение**

Важнейшее значение в скорейшем восстановлении трудоспособности больных, профилактике развития отклонений в состоянии здоровья военнослужащих запаса имеет совершенствование системы санаторно-курортного лечения с гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца (ИБС) [3, 4, 7, 9, 11].

Работа проведена с целью изучить динамику психологических показателей в период санаторного этапа лечения лиц с заболеваниями системы кровообращения с выраженным синдромом вегетативных дисфункций из числа военнослужащих запаса для повышения эффективности восстановительного лечения.

### **Материал и методы исследования**

Исследование проводилось на базе санаторно-курортного комплекса «Западный» МО РФ. Для исследования саногенеза в период санаторного этапа лечения обследовано 167 лиц мужского пола в возрасте от 47 до 58 лет, больных гипертонической болезнью и ИБС. Основное заболевание указанных пациентов сочеталось с вегетативными расстройствами. В анамнезе имели место выраженные вегетативные дисфункции – утомляемость, вегетативная лабильность, снижение интеллектуально-мнестических функций, учащение сердцебиения и астено-невротические состояния при психоэмоциональных нагрузках, возникшие после воздействия факторов военного труда в период военной службы. Контрольную группу составили 43 человека в возрасте от 42 до 50 лет, диагноз у которых был «практически здоровы».

В основу работы положен принцип новых методологических подходов с использованием современных данных о механизме исследования саногенеза и эффективных методов санаторно-курортного лечения у пациентов с заболеваниями системы кровообращения [1, 2, 5, 6, 8].

Основными критериями отбора больных для исследования являлись полное участие больных в исследованиях, их согласие на исследование, прохождение военной службы в прошлом, возраст от 47 до 58 лет. Больные находились под наблюдением более 1,5–2 лет на всех этапах лечения.



Критерии исключения: тяжелая сопутствующая патология, стенокардия выше III функционального класса, возраст старше 60 лет, сахарный диабет, онкологические и системные заболевания.

Программа исследования состояла из анализа эффективности предлагаемой саногенетической терапии и анализа результатов исследования [5, 9, 10].

При исследовании все пациенты были разделены на две группы. В группу 1 (числом 67 человек) вошли лица, которые получали базисную терапию, а в период пребывания в санатории дополнительно – воздействие в альфа-капсуле, с учетом предварительного изучения особенностей протекания заболевания. Также с ними проводился комплекс физической активности. Воздействие в альфа-капсуле основано на сочетании сенсорных влияний различной интенсивности, воздействующих на физические и психологические процессы организма, дозируемой гипертермией, ароматерапией, вибрацией, хромотерапией, а также комплексом физической активности (далее – комплексное саногенетическое воздействие).

Сочетанное воздействие различных факторов в капсуле позволяет создавать эффективные программы для комплексной оздоровительной коррекции, релаксации, борьбы с лишним весом, подготовки к массажу, детоксикации, а также улучшения сна и снятия стресса.

Полисенсорное воздействие улучшает настроение, снижает внутреннюю напряженность, обладает иммуномодулирующим и липолитическим эффектами.

Комплекс физической активности включал в себя физические упражнения по предлагаемой нами совместно с НИИ физкультуры и спорта схеме, под руководством специалиста ЛФК (ходьба, плавание в бассейне, общеукрепляющие упражнения).

Группа 2 (числом 100 человек) получала комплекс базисного лечения. Базисная терапия в группах была рекомендована лечащим врачом госпиталя, поликлиники и санатория и составляла медикаментозную терапию, в базисную терапию ИБС включались антиагреганты и гиполипидемические средства (в случае наличия дислипидемий), а также при необходимости антиангинальные препараты режим отдыха и лечебное питание, исходя из рекомендаций диетолога, физиотерапевтическое лечение по показаниям (массаж, терренкур).

В ходе исследования осуществлялся анализ полноты, доступности и качества восстановительных мероприятий, оценивалась динамика клинического и психологического состояния до и после курса санаторного лечения

и их последующего контроля. Даны рекомендации по применению методов лечения для повышения эффективности саногенеза у этих больных.

Исходя из комплексного подхода к исследованию, нами использованы следующие методы исследования. Психологические показатели оценивались с помощью тестов САН, Спилбергера–Ханина, определения оперативной памяти ОП1. Психофизиологические методики (сложная сенсомоторная реакция, критическая частота слияния световых мельканий) проводились на программно-аппаратном комплексе ПАКПФ-02. Программно-аппаратный комплекс для психофизиологических исследований разработан Я.В. Голубом и др. (2010), Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2013660913 от 22.11.2013.

### Результаты исследования

В результате обследования выявлено, что после санаторно-курортного лечения наблюдается нормализация показателей процессов лабильности в ЦНС, что свидетельствует о благоприятном воздействии лечебных процедур. Данные психологического обследования представлены в таблице 1.

Таблица 1  
Психологические показатели у больных группы 1 до и после лечения, ( $X \pm m$ )

Показатели, ед. изм.	Значения показателей в группе (n = 67)	
	до воздействий	после воздействий
ОП 1:		
– кол-во правильных действий, у. е.	31,2 ± 0,6	41,2 ± 0,3*
– кол-во ошибок, у. е.	2,3 ± 0,3	1,3 ± 0,2 *
Самочувствие, балл	4,0 ± 0,1	5,3 ± 0,1 *
Активность, балл	4,7 ± 0,1	5,0 ± 0,1
Настроение, балл	4,0 ± 0,2	5,8 ± 0,1 *
Реактивная тревожность, у. е.	50,4 ± 2,2	33,2 ± 1,2*
Личностная тревожность, у. е.	54,1 ± 2,3	53,1 ± 2,1

Примечание: \* – различия достоверны,  $p < 0,05$ .

После санаторного лечения отмечалось увеличение показателей оперативной памяти и снижение количества ошибочных действий. Достоверно увеличился балл самочувствия и настроения (тест САН). Снизился показатель реактивной тревожности теста Спилбергера–Ханина ( $p < 0,05$ ).

В группе 2 имелась тенденция к снижению латентного периода сложной сенсомоторной реакции с выбором (табл. 2). Показатель после лечения был достоверно выше, чем в группе 1, что свидетельствует о незавершенности саногенеза в связи с преобладанием процессов торможения в ЦНС. Процесс завершения саногенеза проявляется в уравновешенности процессов возбуждения и торможения в ЦНС, что зафиксировано в группе 1.

Таблица 2

Психофизиологические показатели у больных группы 2 до и после лечения, ( $\bar{X} \pm m$ )

Показатели, ед. изм.	Значения показателей в группе (n = 100)	
	до лечения	после лечения
Латентный период ССМР, мс.	295,7 ± 2,1	283,4 ± 2,2*
КЧСМ, у. е.	39,3 ± 1,5	40,4 ± 1,2

Примечание: \* – различия достоверны,  $p < 0,05$ .

Отмечается достоверное улучшение показателей оперативной (количество правильно выполненных действий) памяти, улучшились показатели самочувствия (тест САН) и реактивной тревожности (тест Спилбергера-Ханина) после лечения в группе 2 (табл. 3).

Таблица 3

Психологические показатели у больных группы 2 до и после лечения, ( $\bar{X} \pm m$ )

Показатели, ед. изм.	Значения показателей в группе (n = 100)	
	до лечения	после лечения
ОП 1:		
– кол-во правильных действий, у. е.	38,3 ± 0,5	41,2 ± 0,5*
– кол-во ошибок, у. е.	2,1 ± 0,3	1,8 ± 0,4
Самочувствие, балл.	4,1 ± 0,2	5,1 ± 0,3 *
Активность, балл	4,6 ± 0,3	5,0 ± 0,3
Настроение, балл	4,1 ± 0,2	4,5 ± 0,2
Реактивная тревожность, у. е.	51,4 ± 2,3	42,1 ± 2,4 *
Личностная тревожность, у. е.	56,1 ± 3,1	55,2 ± 3,1

Примечание: \* – различия достоверны,  $p < 0,05$ .

Однако в группе 1 показатели реактивной тревожности после лечения были достоверно ниже, чем в группе 2. Это свидетельствует о более полном восстановлении психологических показателей в группе 1.

Нормализация показателей личностной тревожности характеризуется снижением психоэмоционального напряжения, беспокойства, озабоченности, нервозности. Следовательно, эмоциональные реакции на ситуацию более рациональны, взвешены. По данным показателям можно определить уравновешенность психоэмоциональных реакций, которая более выражена в группе 1.

В группе 1 изменения показателей ЭКГ после курса лечения заключались в достоверном увеличении длительности интервалов RR и нарастании амплитуды зубца Т по сравнению с показателями в группе до лечения (табл. 4).

Таблица 4

Динамика показателей ЭКГ в период лечения в группе 1, ( $X \pm m$ ,  $n = 67$ )

Показатели ЭКГ	До санаторного лечения	После лечения с применением саногенетического подхода
Интервал RR (с)	$0,76 \pm 0,01$	$0,86 \pm 0,01^*$
Интервал PQ (с)	$0,16 \pm 0,01$	$0,15 \pm 0,01$
Амплитуда зубца Т (мм)	$1,32 \pm 0,04$	$1,71 \pm 0,03^*$
Интервал QT (с)	$0,38 \pm 0,01$	$0,39 \pm 0,01$
Интервал QRS (с)	$0,09 \pm 0,01$	$0,10 \pm 0,01$

Примечание: \* – различия достоверны,  $p < 0,05$ .

Однонаправленная, но в меньшей степени, нормализация показателей ЭКГ наблюдалась в группе 2 до и после лечения (табл. 5), однако достоверных значений по сравнению с исходными значениями не выявлено. По сравнению с группой 2, у пациентов группы 1 наблюдались достоверно значимое увеличение интервалов RR и нарастание амплитуды зубца Т, что свидетельствует о снижении симпатических влияний и относительной нормализации электролитного дисбаланса в миокарде.

Таблица 5

Динамика показателей ЭКГ в период лечения в группе 2 ( $X \pm m$ ,  $n = 100$ )

Показатели ЭКГ	До лечения	После лечения
Интервал RR (с)	$0,73 \pm 0,01$	$0,74 \pm 0,01$
Интервал PQ (с)	$0,15 \pm 0,01$	$0,13 \pm 0,01$
Амплитуда зубца Т (мм)	$1,34 \pm 0,04$	$1,42 \pm 0,04$
Интервал QT (с)	$0,37 \pm 0,01$	$0,37 \pm 0,01$
Интервал QRS (с)	$0,08 \pm 0,01$	$0,09 \pm 0,01$

В течение года после проведенного исследования с согласия больных ( $n = 18$ ) был проведен мониторинг самочувствия лиц, которые стояли на учете в военных поликлиниках Северо-Западного региона. Выявлено, что процент утраты трудоспособности по основному заболеванию снизился по сравнению с предыдущим периодом на 12 %. В представленной нами анкете больным после проведенного лечения в санатории отмечает субъективное улучшение состояния 81 % респондентов, а снижение симптомов вегетативных расстройств отмечали все опрошенные.

### Выводы

Определено, что нормализация психофизиологических и психологических показателей функционального состояния больных, оптимизация их самочувствия и настроения может быть достигнута комплексным воздействием на вегетативную регуляцию, что приводит к ее нормализации.

### Литература

1. Бурилич И.Н., Корневский Н.А., Штотланд Т.М. Комплексная диагностика функциональных состояний по данным психологических и физиологических экспериментов // Вест. новых медицинских технологий. – 2003. – № 3. – С. 44–46.
2. Васильков А.М. Психофизиологическое сопровождение профессиональной деятельности специалистов ВМФ // Актуальные проблемы психофизиологического сопровождения учебного процесса в военно-учебных заведениях: матер. науч.-практ. конф., посвящ. 5-летию каф. воен. психофизиологии Воен.-мед. акад. – СПб., 2002. – С. 24–26.
3. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Воробьева О.В. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение. – М.: Мед. информ. агентство, 2003. – 749 с.
4. Гордеев С.А. Церебральные механизмы тревожно-фобических расстройств: дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2008. – 390 с.
5. Кулешов В.И. Системный подход к оценке состояния здоровья и работоспособности моряков // Интегративная медицина: новое содержание и перспективы развития: материалы межрег. науч.-практ. конф. – СПб.: [Б. и.], 2002. –

С. 52–54.

6. Литовский И.А., Гордиенко А.В. Атеросклероз и гипертоническая болезнь: вопросы патогенеза, диагностики и лечения. – СПб.: СпецЛит, 2013. – 304 с.

7. Парцерняк С.А. Вегетативные дисфункции (вегетозы) в клинике внутренних болезней. – СПб., 2009. – 391 с.

8. Софронов Г.А., Черный В.С., Александров М.В. Качество жизни лиц, перенесших острые отравления продуктами горения // Вест. Росс. Воен.-мед. акад. – 2012. – №2 (38) – С. 6–10.

9. Фисун А.Я. [и др.] Медицинская реабилитация в Вооруженных Силах: истоки, современное состояние и перспективы // Воен.-мед. журн. – 2014. – Т. 335, № 8. – С. 4–15.

10. Цыган В.Н., Леонтьев О.В., Дергунов А.В. Патофизиология артериальной гипертензии. – СПб.: МедИнфо, 2012. – 132 с.

11. Bobrie G. [et al.] Masked hypertension: a systematic review // J. Hypertens. – 2008. – Vol. 26. – P. 1715–1725.

Поступила 30.08.2019

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

**Для цитирования.** Леонтьев О.В., Яремко В.И., Черкасова В.Л., Деревянко С.В., Войццкий А.Н. Динамика психологических показателей у больных гипертонической болезнью и ИБС после саногенетического санаторно-курортного лечения // Вестн. психотерапии. 2019. № 71 (76). С. 127–136.

---

#### DYNAMICS OF PSYCHOLOGICAL INDICATORS AT PATIENTS WITH A HYPERTENSION AND IBS AFTER SANOGENETICHESKY SANATORIUM TREATMENT

**Leontev O.V.<sup>1</sup>, Yaremko V.I.<sup>2</sup>, Cherkasova V.L.<sup>2</sup>, Derevyanko S.V.<sup>2</sup>,  
Voytsitsky A.N.<sup>3</sup>**

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

<sup>2</sup> Sanatorium complex “Western” (Tarkhovskiy Ave., 24, St. Petersburg, Russia);

<sup>3</sup> Kirov Military Medical Academy  
(Akademica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, Russia).

✉ Oleg Valentinovich Leontev – Dr. Med. Sci. Prof., head of Department of therapy and integrative medicine of the Institute DPO “Extreme Medicine” Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Akademica Lebedeva Str., 4/2, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: lov63@inbox.ru;

Vasily Ivanovich Yaremko – Honored doctor of the Russian Federation, Head of the spa complex “Western” (Tarkhovskiy Ave., 24, St. Petersburg, 197701, Russia), e-mail: 9212249965@mail.ru;

Vera Leonidovna Cherkasova – head of the sanatorium “Tarkhovskiy” of the spa complex “Western” (Tarkhovskiy Ave., 24, St. Petersburg, 197701, Russia), e-mail: 9212249965@mail.ru;

Sergey Vitalyevich Derevyanko – PhD Med. Sci., deputy head of the sanatorium “Tarkhovskiy” of the spa complex “Western” (Tarkhovskiy Ave., 24, St. Petersburg, 197701, Russia), e-mail: 9212249965@mail.ru;

Anatoly Nikolaevich Voytsitskiy – Dr. Med. Sci. Associate Professor, department of pathological physiology of the Kirov Military Medical Academy (Akademicheskaya Lebedeva Str., 4/2, St. Petersburg, 1940044, Russia), e-mail: lov63@inbox.ru.

**Abstract.** Improvement of a system of sanatorium treatment is important for restoration of working ability of patients, to prevention of development of deviations in the state of health of the military personnel of a stock has with a hypertension and IBS.

Work is carried out with the purpose to study dynamics of psychological indicators in the period of a sanatorium stage of treatment of persons with blood circulatory system diseases with the expressed syndrome of vegetative dysfunctions from among the military personnel of a stock for increase in efficiency of recovery treatment.

It is defined that normalization of psychophysiological and psychological indicators of a functional condition of patients, optimization of their health and mood can be reached by complex impact on vegetative regulation that leads to its normalization.

**Key words:** psychological indicators of a person, functional state of an organism, hypertension, ischemic heart disease, sanatorium treatment.

## References

1. Burilich I.N. Kompleksnaya diagnostika funktsional'nykh sostoyaniy po dannym psikhologicheskikh i fiziologicheskikh eksperimentov [Comprehensive diagnosis of functional states according to psychological and physiological experiments]. *Vestnic novykh meditsinskikh tekhnologiy* [J. of new medical technologies]. 2003. № 3. Pp. 44–46. (In Russ.)
2. Vasil'kov A.M. Psikhofiziologicheskoe soprovozhdenie professional'noy deya-tel'nosti spetsialistov VMF [Psychophysiological support of professional activities of specialists of the Navy]. *Aktual'nye problemy psikhofiziologicheskogo soprovozhdeniya uchebnogo protsessa v voenno-uchebnykh zavedeniyakh* [Actual problems of psychophysiological maintenance of educational process in military schools] : Scientific. Conf. Proceedings. Sankt-Petersburg. 2002. P. 24–26. (In Russ.)
3. Gordeev S.A. Tserebral'nye mekhanizmy trevozno-fobicheskikh rass-troystv [Cerebral mechanisms of anxiety-phobic disorders] : Abstract dissertation Dr. Med. Sci. Moskva. 2008. 390 p. (In Russ.)
4. Zagryadskiy V.P. Metody issledovaniya v fiziologii voennogo truda [Research methods in the physiology of military labor]. Leningrad. 1991. 110 p. (In Russ.)
5. Kuleshov V.I. Sistemnyy podkhod k otsenke sostoyaniya zdorov'ya i rabotosposobnosti moryakov [A system approach to assessing the health and perform-

ance of seafarers] : Scientific. Conf. Proceedings. Sankt-Petersburg. 2002. Pp. 52–54. (In Russ.)

6. Litovskiy I.A. Ateroskleroz i gipertonicheskaya bolezn': voprosy patogeneza, diagnostiki i lecheniya [Atherosclerosis and hypertension: issues of pathogenesis, diagnosis and treatment]. Sankt-Petersburg. 2013. 304 p. (In Russ.)

7. Partsernyak S.A. Vegetativnye disfunktsii (vegetozy) v klinike vnutrennikh bolezney [Vegetative dysfunctions (vegetoses) in the clinic of internal diseases]. Sankt-Petersburg. 2009. 391 p. (In Russ.)

8. Sofronov G.A., Chernyj V.S., Aleksandrov M.V. Kachestvo zhizni lic, perenessih ostrye otravleniya produktami goreniya [Quality of life of the persons who had sharp poisonings with burning products]. *Vestnik rossijskoj voenno-meditsinskoj akademii* [Bulletin of the Russian Army medical academy]. 2012. N 2 (38). Pp. 6–10. (In Russ.)

9. Fisun, A.Ya. Meditsinskaya reabilitatsiya v Vooruzhennykh Silakh: istoki, sovremennoe sostoyanie i perspektivy [Medical rehabilitation in the Armed Forces: origins, current state and prospects]. *Voенно-meditsinskij zhurnal* [Military-medical magazine]. 2014. Vol. 335, N 8. Pp. 4–15. (In Russ.)

10. Tsygan, V.N. Patofiziologiya arterial'noy gipertenzii [Pathophysiology of arterial hypertension]. Sankt-Petersburg. 2012. 132 p. (In Russ.)

11. Bobrie G. [et al.] Masked hypertension: a systematic review. *J. Hypertens.* 2008. Vol. 26. Pp. 1715–1725.

Received 30.08.2019

**For citing:** Leontev O.V., Yaremko V.I., Cherkasova V.L., Derevyanko S.V., Voytsitsky A.N. Dinamika psixologicheskix pokazatelej u bol'ny'x gipertonicheskoy bolezn'yu i IBS posle sanogeneti-cheskogo sanatorno-kurortnogo lecheniya. *Vestnik psixhoterapii*. 2019. N 71. Pp. 127–136 (In Russ.)

Leontev O.V., Yaremko V.I., Cherkasova V.L., Derevyanko S.V., Voytsitsky A.N. Dynamics of psychological indicators at patients with a hypertension and IBS after sanogenetic sanatorium treatment. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2019. N 71. Pp. 127–136.



## ИНТЕГРАЛЬНАЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ СОТРУДНИКОВ ДИСПЕТЧЕРСКИХ ЦЕНТРОВ

Отдел страхования ООО «Газпром трансгаз Санкт-Петербург»  
(Россия, Санкт-Петербург, Варшавская ул., д. 3, корп. 2)

Профессиональная деятельность сотрудников диспетчерских центров крупных страховых компаний отличается большими психоэмоциональными нагрузками, связанными с принятием ответственных решений. Для улучшения психоэмоционального статуса и повышения работоспособности сотрудников диспетчерских центров был применен метод интегральной медико-психологической коррекции, основанный на техниках краткосрочной интегральной психотерапии, методик псаммотерапии, плассотерапии и телесно ориентированной терапии. Для оценки эффективности метода использовался комплекс психологических и психофизиологических методик. Всего обследовано 94 мужчины в возрасте 22–45 лет. Выявлено, что методики, применяемые в ходе интегральной медико-психологической коррекции, позволяют улучшить психоэмоциональное состояние обследуемых, отмечается положительная динамика физической и умственной работоспособности, что ведет к улучшению выполнения ими своих профессиональных обязанностей.

**Ключевые слова:** синдром эмоционального выгорания, психоэмоциональные нагрузки, интегральная медико-психологическая коррекция, псаммотерапия, плассотерапия, телесно ориентированная терапия.

Частым следствием воздействий психогенных факторов, связанных с выполняемыми профессиональными задачами, является развитие синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) у сотрудников круглосуточных медицинских диспетчерских центров (пультов) страховых компаний, работающих в системе добровольного медицинского страхования (ДМС).

Результатом развития СЭВ может явиться критическое снижение профессиональной работоспособности и надежности профессиональной деятельности, что особенно важно для лиц, принимающих ответственные решения, зачастую связанные с жизнью и здоровьем застрахованных, в условиях дефицита времени для принятия решения [9].

---

Беляев Валерий Робертович – канд. мед. наук, начальник отдела страхования ООО «Газпром трансгаз Санкт-Петербург» (196128, Россия, Санкт-Петербург, Варшавская ул., д. 3, корп. 2), e-mail: 9279717@mail.ru.

**Объекты и цель исследования.** Обследованы сотрудники круглосуточных диспетчерских пультов, работающих в системе ДМС нескольких крупных страховых компаний с симптомами СЭВ, обусловленными воздействием профессиональных факторов.

Основной целью исследования явилась оценка динамики физической и умственной работоспособности, а также психоэмоционального статуса пациентов в результате интегральной медико-психологической коррекции (ИМПК) [8].

Нами обследованы 94 мужчины в возрасте 22–45 лет. Все они были разделены на основную группу (60 чел.) и группу сравнения (34 чел.). В основную группу вошли лица, которые получали лечебные программы – курс ИМПК, состоявший из 8–10 сеансов в рамках интегрального подхода, с использованием техник краткосрочной интегральной психотерапии, телесно ориентированной терапии, современных методик псаммотерапии (использование песка в ИМПК) и плассотерапии (использование инновационного материала «kinetic sand»).

В группу сравнения вошли лица, получавшие медикаментозную терапию и физиотерапевтические процедуры. Основная группа была разделена на 3 подгруппы, которые отличались содержанием лечебного воздействия. В первой подгруппе (22 чел.) использовались только техники краткосрочной интегральной психотерапии, во второй (20 чел.) – методики телесно ориентированной терапии в сочетании с техниками интегральной психотерапии; лицам третьей подгруппы (18 чел.) был проведен полный курс ИМПК.

Исследования проводились в три этапа: перед началом курса ИМПК, после пятого сеанса и по окончании курса.

Для оценки физической выносливости пациентов применялась стандартизированная проба с приседаниями Мартине [3]. Тестируемый выполнял 20 глубоких приседаний за 30 с. Сразу после прекращения нагрузки подсчитывали частоту сердечных сокращений (ЧСС) за 15 с и параллельно измеряли артериальное давление (АД). Затем рассчитывали коэффициент выносливости Квааса (КВК) [2]. Нормы КВК для здоровых лиц трудоспособного возраста – 4–8 усл. ед.

Для оценки влияния проводимых мероприятий ИМПК на состояние умственной работоспособности пациентов использовали 8-минутный тест устного арифметического счета (УАС), применяющийся в практике профессионального психологического отбора [5]. По результатам тестирования рассчитывали интегральный показатель успешности (ИПУ, усл. ед.)

[7]. По величине ИПУ при стабилизации результатов выделены следующие градации уровня умственной работоспособности [1, 7]: очень низкий – менее 1 усл. ед., низкий – 1,01–3 усл. ед., средний – 3,01–8 усл. ед., высокий – 8,01–16 усл. ед., очень высокий – более 16 усл. ед.

Для оценки выраженности ипохондрических тенденций был использован психофизиологический «Тест детекции изменений» [6], основанный на выявлении предвзятости непроизвольного внимания к невербальным мотивационно значимым стимулам, что позволяет выявить скрытые доминирующие тенденции в поведении и мотивациях пациента.

В качестве стимульного материала использовались фотографии реалистичных жизненных сцен, включающих элементы предметного окружения, связанные с медицинской тематикой (например шприц, скальпель, тонометр и др.) и нейтральные предметы (книги, ножницы, мобильные телефоны и др.). Изменения происходили как в нейтральных элементах, так и в элементах, отражающих медицинскую тематику.

Оценивали среднее время обнаружения исчезновения нейтральных предметов и предметов, связанных с медицинской тематикой. После этого рассчитывали «индекс выраженности ипохондрии» (ИВИ, отн. ед.) по формуле:

$$\text{ИВИ} = T_{1\text{ср.}} / (T_{2\text{ср.}}),$$

где:  $T_{1\text{ср.}}$  – среднее время обнаружения «нейтральных» стимулов;  $T_{2\text{ср.}}$  – среднее время обнаружения «значимых» стимулов.

Значения ИВИ в пределах 1,0 отн. ед. расцениваются как отсутствие ипохондрических тенденций в психическом состоянии обследуемого. Значения ИВИ существенно меньшие 1 (менее 0,7) свидетельствуют о «предвзятости» внимания к стимулам, связанным с медицинской тематикой, и, следовательно, о повышенном уровне ипохондрии и снижении нервно-психической устойчивости пациента.

Одним из проявлений нервно-психической неустойчивости в структуре СЭВ является депрессивная симптоматика. Для экспресс-оценки уровня депрессии (УД) в структуре динамичных личностных свойств применяли шкалу Тейлор [4]. Тест представляет собой вопросник, состоящий из 60 простых утверждений. Значения шкалы в диапазоне 40–50 баллов рассматриваются как показатель очень высокого уровня депрессии; 25–39 баллов свидетельствуют о высоком уровне депрессии; 15–24 балла – о среднем (с тенденцией к высокому) уровне; 5–14 баллов – о среднем (с тенденцией к низкому) уровне и 0–5 баллов – о низком УД.

## Результаты исследования

Проведенные программы ИМПК позитивно повлияли на состояние физической работоспособности обследованных лиц, оцениваемой с использованием пробы Мартине с вычислением коэффициента выносливости (рис. 1).

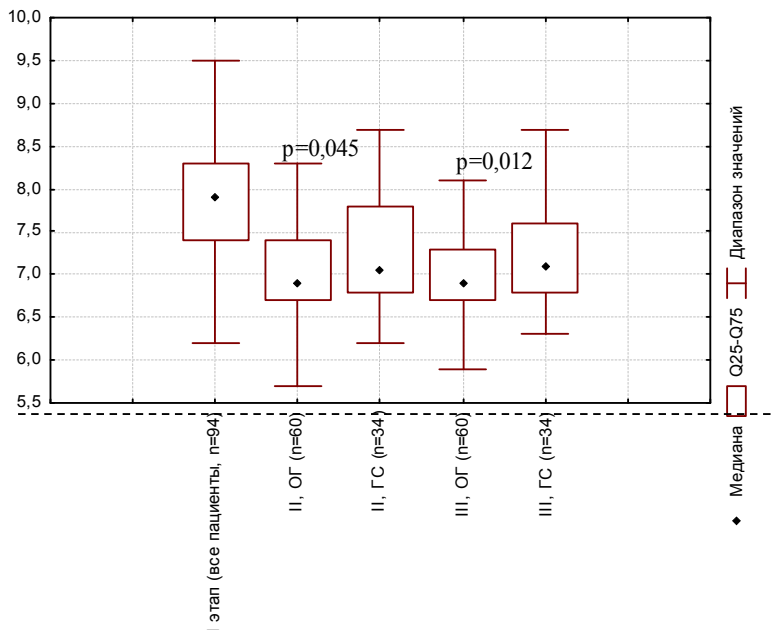


Рис. 1. Динамика коэффициента выносливости Квааса, усл. ед.

Примечание: ОГ – основная группа, ГС – группа сравнения; I, II, III – этапы наблюдения. Значимость различий между группами – p. Различия по сравнению с I этапом значимы ( $p < 0,05$ ). Пунктирной линией показана верхняя граница нормы [3].

Результаты исследования коэффициента выносливости на I этапе выявили отсутствие достоверных различий между подгруппами, что позволило объединить данные исходного состояния в общую группу. При этом среднее значение коэффициента выносливости Квааса, находясь на уровне 7,9 усл. ед., свидетельствовало об умеренном снижении физической работоспособности большинства обследованных (86,1 %).

Ко II этапу наблюдения в обеих группах отмечено значимое ( $p < 0,01-0,001$ ) уменьшение медиан значений КВК, достигших нормального уровня (менее 7,2 усл. ед.). При этом сдвиги средних значений показателя в основных подгруппах были примерно идентичными (в среднем – 20,2–22,5 % от исходного уровня), что позволило их объединить для проведения дальнейшего анализа. В ГС аналогичные изменения КВК были статистически значимо меньшими, чем по всей основной группе ( $p = 0,049$ ), составляя в среднем –15,2 %.

К заключительному этапу наблюдения выявленные различия между основной группой и ГС достоверно углублялись ( $p = 0,019$ ). При этом в основной группе число пациентов, у которых на III этапе был выявлен нормальный уровень физической работоспособности (КВК менее 7,2 баллов), достигло 81,6 % (39 чел. из 60), в то время как в ГС – лишь 55,9 % (19 чел. из 34).

Подтверждение оптимизирующему влиянию ИМПК на состояние высшей нервной деятельности у лиц с признаками СЭВ было получено при анализе результатов выполнения ими теста сложного устного арифметического счета. Исходное снижение эффективности и продуктивности умственной деятельности было выявлено у 76,6 % от всей группы пациентов, в связи с чем средние по сравниваемым подгруппам значения интегрального показателя успешности теста УАС находились в пределах  $5,5 \pm 1,3$  балла, что расценивается как «умеренное снижение умственной работоспособности». Проведение программ ИМПК привело к достоверному увеличению ИПУ во всех подгруппах.

Наиболее выраженным (22,4 % по сравнению с I этапом) увеличение показателя оказалось в 3-й подгруппе, во 2-й подгруппе прирост ИПУ составил 20,4 %, в 1-й подгруппе – 16,2 %. Наименьшими сдвиги показателя (в среднем 11,2 %) оказались в группе сравнения, причем были зафиксированы статистически значимые различия ( $p = 0,022-0,004$ ) между всеми подгруппами основной группы, с одной стороны, и группой сравнения, с другой.

К III этапу имевшие место различия между подгруппами несколько углубились ( $p = 0,017-0,002$ ), что в целом свидетельствовало о повышении стойкости и длительности позитивных эффектов программ ИМПК на состояние умственной работоспособности лиц с СЭВ (рис. 2).

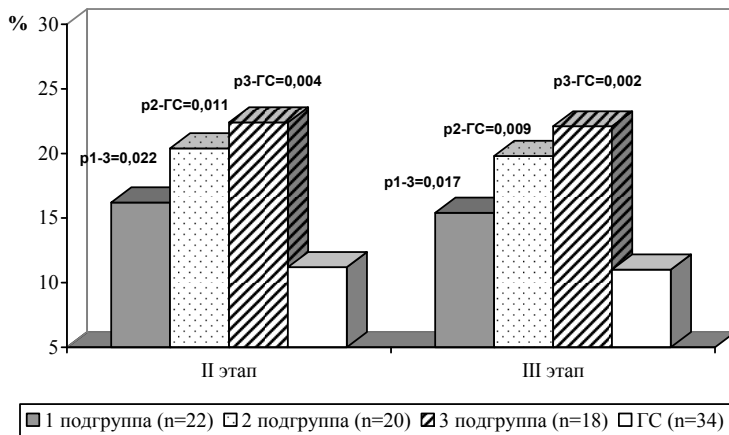


Рис. 2. Изменения средних значений интегрального показателя успешности теста УАС в подгруппах наблюдения (в % к I этапу)

Примечание: значимость различий между сравниваемыми подгруппами – p. Различия по сравнению с I этапом значимы ( $p < 0,05$ ) на последующих этапах наблюдения во всех группах.

Результаты психодиагностических исследований выявили наличие негативных изменений психоэмоционального статуса у всех обследованных лиц в исходном (на момент начала ИМПК) состоянии, не достигавших, однако, клинического уровня, что явилось одним из критериев наличия СЭВ. Основным проявлением психоэмоциональных нарушений у пациентов, привлеченных к исследованиям, были признаки нервно-психической неустойчивости в форме ипохондрических реакций и депрессивных состояний.

В табл. 1 показаны результаты сравнительной оценки выраженности ипохондрических акцентуаций, выявленных с использованием психофизиологической методики «Тест детекции изменений».

В исходном состоянии у 62,8 % пациентов имели место признаки ипохондрических реакций, о чем свидетельствовали значения рассматриваемого индекса, находящиеся на уровне ниже 0,75 баллов. Проведение мероприятий ИМПК привело к высоко статистически значимому ( $p < 0,01$ ) повышению ИВИ во всех подгруппах. Однако у пациентов, которым назначались ИМПК, степень сдвигов ИВИ оказалась достоверно большей, чем в группе сравнения, причем во 2-й и 3-й подгруппах зафиксирован

наибольший прирост показателя, значения которого у 92,1 % пациентов этих подгрупп достигали рамок среднестатистической нормы.

Таблица 1  
Динамика индекса ипохондрии в подгруппах, Ме (Q<sub>25</sub>, Q<sub>75</sub>), отн. ед.

Этап наблюдения	1-я подгруппа (n = 22)	2-я подгруппа (n = 20)	3-я подгруппа (n = 18)	ГС (n = 34)
I этап	0,63 (0,59; 0,67)	0,65 (0,62; 0,67)	0,65 (0,62; 0,67)	0,63 (0,55; 0,67)
II этап	0,78 (0,74; 0,82) p1-3 = 0,014; p1-ГС = 0,047	0,81 (0,77; 0,84) p2-ГС = 0,006	0,83 (0,79 0,88) p3-ГС < 0,001	0,72 (0,64; 0,82)
III этап	0,73 (0,67; 0,80) p1-2 = 0,004; p1-3 < 0,001; P <sub>II-III</sub> < 0,001	0,79 (0,76; 0,82) p2-ГС = 0,002; P <sub>II-III</sub> = 0,009	0,80 (0,77; 0,82) p3-ГС < 0,001; P <sub>II-III</sub> = 0,019	0,71 (0,62; 0,78) P <sub>II-III</sub> < 0,001

Примечание: уровень достоверности различий между сравниваемыми группами – p; достоверность различий между II и III этапами наблюдения – P<sub>II-III</sub>. Различия по сравнению с исходным состоянием значимы (p < 0,01) на последующих этапах наблюдения во всех подгруппах.

На III этапе наблюдения у лиц 2-й и 3-й подгруппы значения ИВИ оставались на достоверно более высоком уровне, чем в двух других подгруппах, что явилось подтверждением повышения стойкости и длительности психокоррекционных эффектов ИМПК у лиц с СЭВ.

На рис. 3 представлены результаты исследований по оценке выраженности таких проявлений нервно-психической неустойчивости, как тревожно-депрессивные акцентуации (тест Тейлор).

Анализ данных I этапа наблюдения позволил заключить, что на момент начала курса ИМПК у 65,9 % из всех пациентов (62 чел.) выявлены признаки тревожно-депрессивных реакций, в связи с чем средние по подгруппам показатели УД находились в диапазоне средних и высоких значений (23,5–24,9 балла), межгрупповых различий в исходном состоянии не отмечено.

Как показали результаты повторного обследования, проведенные мероприятия ИМПК в целом благоприятно отразились на психическом статусе большинства обследованных, о чем свидетельствует высоко статистически значимое снижение УД в подгруппах наблюдения, достигшее диапазонов «низкой выраженности – отсутствия депрессии» [4].

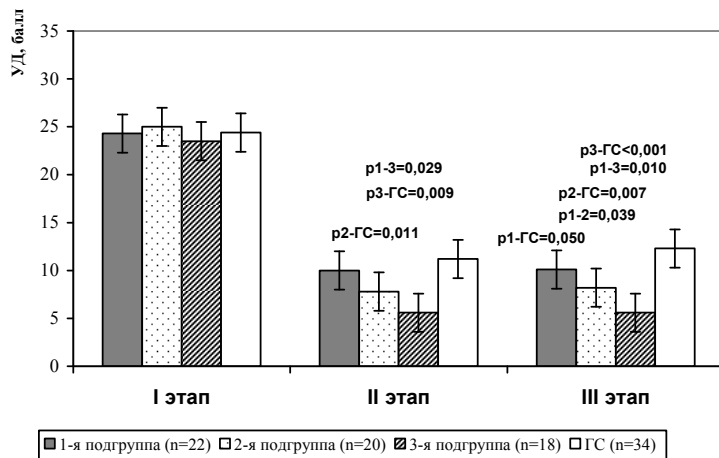


Рис. 3. Динамика уровня депрессии ( $M \pm \sigma$ ) у пациентов сравниваемых подгрупп в процессе наблюдения

Примечание: уровень значимости различий между подгруппами –  $p$ . Различия по сравнению с I этапом значимы ( $p < 0,001$ ) на всех этапах наблюдения.

Наиболее выраженная редукция тревожно-депрессивных акцентуаций наблюдалась в 3-й подгруппе, несколько меньшими аналогичные сдвиги оказались у лиц 2-й подгруппы, наименьшими – в группе сравнения. Отмечались достоверные различия по показателю УД между 3-й и 1-й подгруппами, 3-й подгруппой и ГС, а также 2-й подгруппой и ГС.

Для последующего периода наблюдения характерной оказалась стабилизация параметра в подгруппах, где применялись ИМПК, при наличии тенденций к повышению УД у лиц ГС, что привело к углублению различий между 1, 2, 3-й подгруппами, с одной стороны, и ГС – с другой.

Таким образом, в ходе интегральной медико-психологической коррекции синдрома эмоционального выгорания у сотрудников круглосуточных медицинских диспетчерских центров страховых компаний, работающих в системе ДМС, отмечается положительная динамика физической и умственной работоспособности. Улучшается также психоэмоциональный статус обследованных, и, как результат, проведенные мероприятия позволяют эффективно использовать программы ИМПК для восстановления профессионального здоровья этой группы специалистов, повысив тем самым надежность их профессиональной деятельности.



## Литература

1. Горанчук В.В., Н.И. Сапова, Иванов А.О Гипокситерапия. – СПб. : ООО «ОЛБИ–СПб», 2003. – 536 с.
2. Загрядский В.П., Сулимо-Самуйлло З.К. Методы исследования в физиологии военного труда. – Л. : Б. и., 1991. – 112 с.
3. Карпман В.Л., Белоцерковсикй З.Б., Гудков И.А. Тестирование в спортивной медицине. – М. : Физкультура и спорт, 1988. – 208 с.
4. Методы исследования в психологии. Т. 2 / под ред. Л.И. Вассермана. – СПб. : ОЛБИ, 2001. – 334 с.
5. Новиков В.С., Боченков А.А., Чермянин С.В. Психофизиологическое обоснование проблемы коррекции и реабилитации участвовавших в боевых действиях военнослужащих // Воен.-мед. журнал. – 1997. – № 3. – С. 18–21.
6. Петрова Н.А., Зотов М.В., Петрукович В.М. Внимание к мотивационно значимым стимулам у больных алкоголизмом // Психофизиология профессиональной деятельности человека. – СПб., 2004. – С. 128–136.
7. Сапова Н.И. Комплексная оценка данных ритмокардиографического исследования в покое и при функциональных пробах : метод. рекомендации. – СПб., 1993. – 35 с.
8. Старостин О.А. и др. Коррекция нарушений психофизиологических функций у специалистов «опасных» профессий путем сочетанного использования физических факторов // Экология человека. – 2012. – № 5. – С. 36–40.
9. Westlander G., Aberg E. Variety in VDT Work: An Issue for Assessment in Work Environment Research // International J. Human–Comp. Interaction. – 2009. – Vol. 4, № 3. – P. 283–301.

Поступила 07.09.2019

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

**Для цитирования.** Беляев В.Р. Интегральная медико-психологическая коррекция синдрома эмоционального выгорания сотрудников диспетчерских центров // Вестн. психотерапии. 2019. № 71 (76). С. 137–147.

---

## INTEGRAL MEDICAL-PSYCHOLOGICAL CORRECTION OF EMOTIONAL BURNOUT SYNDROME OF DISPATCHING CENTER EMPLOYEES

**Beliaev V.R.**

Insurance Department of Gazprom Transgaz St. Petersburg LLC  
(Warsaw Str., 3, corporation 2, St. Petersburg, Russia)

Valerii Robertovich Beliaev – PhD Med. Sci., Head of Insurance department Insurance Department of Gazprom Transgaz St. Petersburg LLC (Warsaw Str., 3, corporation 2, St. Petersburg, 196128, Russia), e-mail: 9279717@mail.ru.

**Abstract.** Professional activity of employees of dispatching centers of large insurance companies is characterized by large psychoemotional loads related to making responsible decisions. In order to improve psychoemotional status and increase the efficiency of the staff of dispatching centers, the method of integral medical and psychological correction was applied, based on techniques of short-term integral psychotherapy, techniques of psammotherapy, placotherapy and bodily-oriented therapy. A set of psychological and psychophysiological techniques was used to assess the effectiveness of the method. A total of 94 men aged 22-45 were examined. It has been revealed that the methods used in the course of integral medical and psychological correction allow to improve the psychoemotional condition of the subjects, positive dynamics of physical and mental efficiency are noted, which leads to improvement of their professional duties.

**Key words:** emotional burnout syndrome, psychoemotional loads, integral medical-psychological correction, psammotherapy, placotherapy bodily-oriented therapy.

### References

1. Goranchuk V.V., Sapova N.I., Ivanov A.O. Gipoksiterapiya [Hypoxytherapy]. Sankt-Peterburg, 2003. 536 p. (In Russ)
2. Zagryadskij V.P., Sulimo-Samujllo Z.K. Metody` issledovaniya v fiziologii voennogo truda [Methods of Research in the Physiology of Military Labor]. Leningrad, 1991. 112 p. (In Russ)
3. Karpman V.L., Belocerkovskij Z.B., Gudkov I.A. Testirovanie v sportivnoj medicine [Testing in Sports Medicine]. Moskva, 1988. 208 p. (In Russ)
4. Metody` issledovaniya v psixologii [Research methods in psychology]. T. 2 Ed. L.I. Vasserman. Sankt-Peterburg, 2001. 334 p. (In Russ)
5. Novikov B.C., Bochenkov A.A., Chermyanin S.V. Psixofiziologicheskoe obosnovanie problemy` korrekcii i rehabilitacii uchastvovavshix v boevy`x dejstviyax voennosluzhashchix [Psychophysiological justification of the problem of correction and rehabilitation of military personnel involved in hostilities]. *Voенно-медицинский журнал* [Military Medical Journal]. 1997. N 3. Pp. 18–21. (In Russ)
6. Petrova N.A., Zotov M.V., Petrukovich V.M. Vnimanie k motivacionno znachimy`m stimulam u bol`ny`x alkogolizmom [Attention to motivationally significant incentives in patients with alcoholism]. *Psixofiziologiya professional`noj deyatel`nosti cheloveka* [Psychophysiology of human professional activity]. Sankt-Peterburg, 2004. Pp. 128–136. (In Russ)
7. Sapova N.I. Kompleksnaya ocenka danny`x ritmokardiograficheskogo issledovaniya v pokoe i pri funkcional`ny`x probax : metod. rekomendacii [Comprehensive evaluation of data of rhythmocardiographic examination in rest and in functional samples: method. recommendations]. Sankt-Peterburg, 1993. 35 p. (In Russ)
8. Starostin O.A. [et al.] Korrekciya narushenij psixofiziologicheskix funkcij u specialistov «opasny`x» professij putem sochetannogo ispol`zovaniya fizicheskix fak-

torov [Correction of disorders of psychophysiological functions in specialists of "dangerous" professions by combined use of physical factors]. *E'kologiya cheloveka* [Human ecology]. 2012. N 5. Pp. 36–40. (In Russ)

9. Westlander G., Aberg E. Variety in VDT Work: An Issue for Assessment in Work Environment Research. *International J. Human–Comp. Interaction*. 2009. Vol. 4, N 3. Pp. 283–301.

Received 07.09.2019

**For citing:** Beliaev V.R. Integral'naya mediko-psixologicheskaya korrekciya sindroma e'mocional'nogo vy'goraniya sotrudnikov dispetcherskix centrov. *Vestnik psikhoterapii*. 2019. № 71. Pp. 137–147. **(In Russ.)**

Beliaev V.R. Integral medical-psychological correction of emotional burnout syndrome of dispatching center employees. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2019. N 71. Pp. 137–147.



ЖУРНАЛ «ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ»  
Редакционная коллегия

194352 Россия, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11,  
тел. (812) 592-35-79, 923-98-01  
e-mail: vestnik-pst@yandex.ru

### Уважаемые коллеги!

Учредителем журнала «Вестник психотерапии» является Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Санкт-Петербург). Международный институт резервных возможностей человека (МИРВЧ, Санкт-Петербург), ранее являвшийся учредителем журнала, оказывает содействие в развитии, издании и обеспечении функционирования журнала.

Журнал издается с 1991г. и является научным рецензируемым изданием, имеет **свидетельство о перерегистрации средства массовой информации** ПИ № ФС77-34066 от 07 ноября 2008 г., выданное Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций РФ. С 2002 г. **журнал включен в каталог Роспечати РФ (индекс–15399)** и на всей территории РФ и СНГ проводится его подписка через почтовые отделения. Журнал выпускается 4 раза в год.

**Журнал «Вестник психотерапии» включен в Перечень научных журналов и изданий**, в которых должны быть опубликованы результаты диссертаций на соискание ученых степеней кандидата и доктора наук (<http://vak.ed.gov.ru/87>) по научным специальностям и соответствующим им отраслям науки: 14.01.06 – Психиатрия (медицинские науки), 19.00.04 – Медицинская психология (медицинские науки), 19.00.04 – Медицинская психология (психологические науки). Основание: Распоряжение Минобрнауки России от 28.12.2018 № 90-р «О формировании Перечня рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук» (102 стр., № 391).

**Желающие опубликовать свои научные материалы** (статьи, обзоры, краткие информационные сообщения) **должны** представить их в редакцию журнала в текстовом редакторе WORD (не старше 2003 г.), шрифт Times New Roman, 14-й шрифт, межстрочный интервал полуторный, поля по 2,5 см с каждой стороны. Должны быть указаны фамилия, имя, отчество (полностью), ученая степень, ученое звание, должность и место работы автора (авторов), адрес (почтовый и e-mail) и телефон (телефоны). Статья должна быть подписана автором (авторами).

Материал статьи представляется по ГОСТу 7.89-2005 «Оригиналы текстовые авторские и издательские». Рекомендуемый объем статьи 10–20 стр. (28–30 строк на стр., до 70 знаков в строке). К статье должно быть приложено резюме (реферат), отражающее основное содержание работы, размером не менее ½ стр. Название статьи, реферат, ключевые слова, сведения об авторах, переводятся английский язык. Англоязычное название места работы приводится в точном соответствии с Уставом учреждения. 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». Список литературы оформляется по ГОСТу 7.05.2008 «Библиографическая ссылка ...». Независимо от количества авторов все они выносятся в заголовок библиографической записи.

Рукописи рецензируются членами редакционного совета или редакционной коллегии и ведущими специалистами данных областей медицины и психологии. При положительной рецензии поступившие материалы будут опубликованы. Представленные материалы должны быть актуальными, соответствовать профилю журнала, отличаться новизной и научно-практической или теоретической значимостью. Фактический материал должен быть тщательно проверен и подтвержден статистическими данными или ссылками на источники, которые приводятся в конце статьи. При несоответствии статьи указанным требованиям тексты рукописей не возвращаются.

Направление статьи в журнал является согласием автора (авторов) на размещение статьи или ее материалов (реферата, цитатных баз и др.) в отечественных и зарубежных реферативно-библиографических базах данных.

Телефон (812) 592-35-79, 923-98-01 – заместитель главного редактора – кандидат психологических наук доцент Мильчакова Валентина Александровна (e-mail: vestnik-pst@yandex.ru).

Полнотекстовые версии журнала размещены на официальных сайтах ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России <http://www.arcerm.spb.ru> и МИРВЧ <http://www.mirvch.com>, а также на сайте научной электронной библиотеки <http://www.elibrary.ru>.

**Главный редактор журнала** – доктор медицинских наук, доктор психологических наук профессор Рыбников Виктор Юрьевич (e-mail: [rvikirina@mail.ru](mailto:rvikirina@mail.ru))

**Научный редактор журнала** – доктор медицинских наук Черный Валерий Станиславович (e-mail: [9297911@list.ru](mailto:9297911@list.ru))

Журнал «Вестник психотерапии» зарегистрирован Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.

Журнал «Вестник психотерапии» издается с 1991 г.

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

Учредитель:

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий (ФГБУ «ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова» МЧС России).

Главный редактор – Рыбников Виктор Юрьевич.

Научный редактор – Черный Валерий Станиславович.

Корректор – Устинов Михаил Евграфович.

Индекс в каталоге Роспечать РФ «Газеты. Журналы» – 15399.

Адрес редакции: 194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д.11.

Адрес издательства и типографии: ООО «Политехника-сервис».

190005, г. Санкт-Петербург, Измайловский пр., д. 18-д.

тираж 500 экз.

цена – свободная

Отпечатано в типографии «Политехника-сервис»

с оригинала-макета заказчика.

190005, Санкт-Петербург, Измайловский пр., 18-д.

Подписано в печать 25.09.2019. Печать – цифровая.

Бумага офсетная. Формат 60/84<sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Тираж 500 экз.

Объем 9,38 п. л. Заказ 21948.